

มองอนาคตงานสื่อพื้นบ้าน
กับการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ดร.กาญจนา แก้วเทพ

เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง แนวทางการประเมินผลโครงการสื่อพื้นบ้านสาธารณสุข (สพส.)
วันที่ 14-15 พฤศจิกายน 2547
ณ ห้องประชุมศรีรามเทพ อาคารสวนหลวง
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(ตีพิมพ์ใน สื่อพื้นบ้าน ขานรับงานสุขภาพ กาญจนา แก้วเทพ เขียนชัย อิศรเดช (บรรณาธิการ)
โครงการสื่อพื้นบ้านสื่อสาธารณสุข(สพส) สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส) 2549)

สารบัญ

- ภาพรวมของบทความ

1. ขบคิดสำนึกเรื่อง "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ"

2. ทฤษฎีโรค VS ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

3. การทำโครงการของ สพส.ท่ามกลาง 3 ยุคสมัยแห่งประวัติศาสตร์สุขภาพไทย

(1) ยุคแรกของสุขภาพไทย: ยุคการแพทย์พื้นบ้าน

(2) ยุคสองของสุขภาพไทย : ยุคทฤษฎีโรค การแพทย์แบบตะวันตกแผนใหม่

(3) ยุคสามของสุขภาพไทย : ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

4. บททดลองเสนอการประเมินผลด้านสุขภาพ

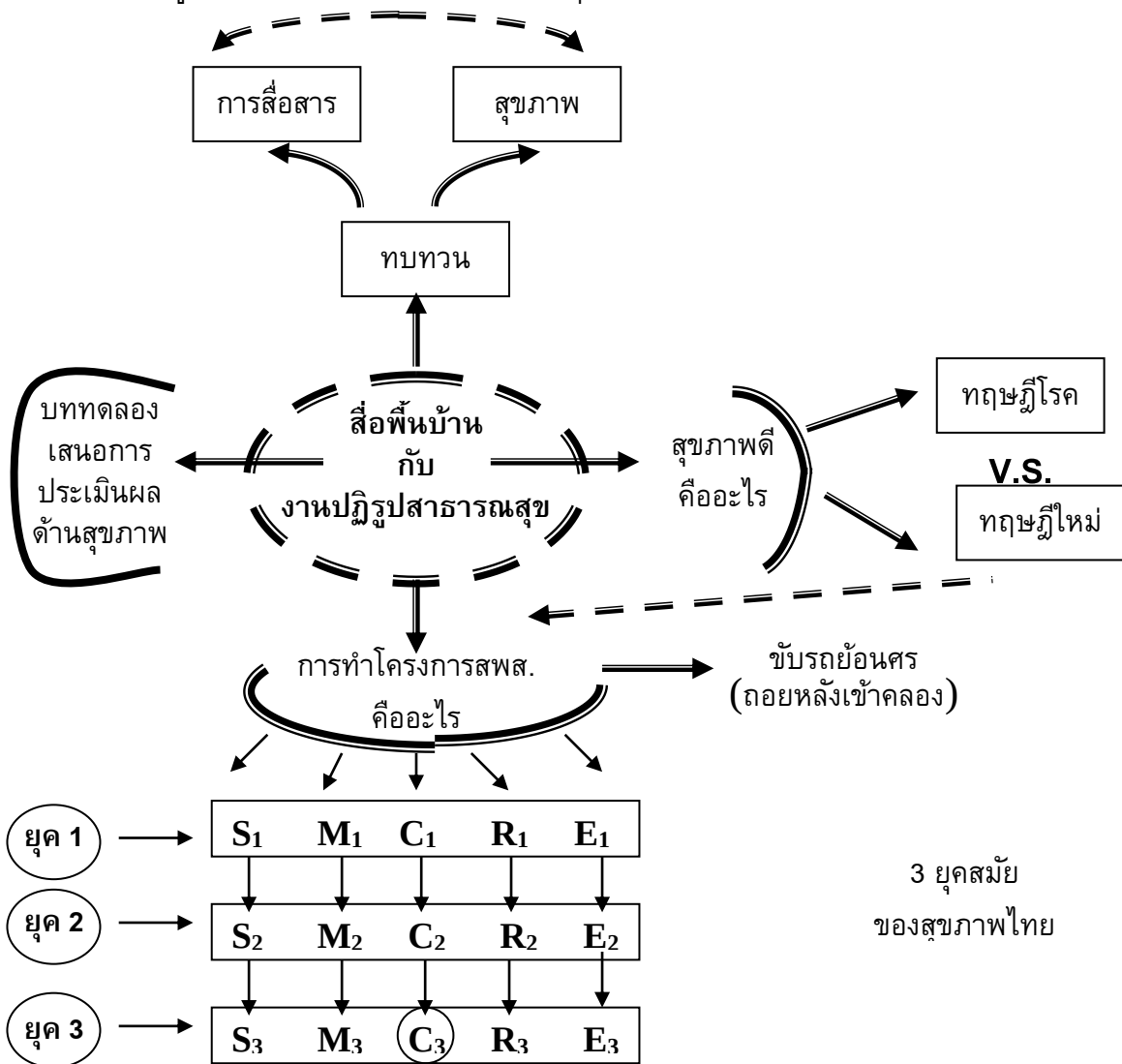
มองอนาคตงานสื่อพื้นบ้านกับการปฏิรูประบบสาธารณสุข

กาญจนา แก้วเทพ

ภาพรวมของบทความ

เอกสารชิ้นนี้มีสถานะเป็น "เบี้ย" ตัวหนึ่งในกระดานหมากรุกทั้งกระดาน คืองานในโครงการสื่อพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สพส.) และในระหว่างที่จะเดินเบี้ยตัวนี้ ทางโครงการ สพส.กำลังหมกมุ่นอยู่กับประเด็นเรื่อง "การประเมินผล" โครงการของบรรดาภาคีย่อยๆ ดังนั้น เส้นทางเดินของเบี้ยจึงต้องให้สอดคล้องกับตัวหมากอื่นๆ ทั้งกระดาน

หน้าเมนูหลักของเอกสารชิ้นนี้จึงจะครอบคลุมเนื้อหาดังนี้



ภาพที่ 1 : แผนผังรวมของบทความ

(1) ขบคิดสักนิตกับแนวคิดเรื่อง "การสื่อสาร" กับ "สุขภาพ" เนื่องจากสพส.เป็นหนึ่งในโครงการย่อยของโครงการใหญ่ "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ" หากเกิดอาการขุ่นมัวที่ตัวต้นโครงการก็อาจจะเกิดไผ่ตามมาที่ตัวโครงการสพส. เราจึงควรมาขจัดถุแนวคิดทั้งสองให้ชัดเจน

ส่วนคำถามที่ว่า ทำไม "สื่อพื้นบ้าน" ต้องเข้ามาโยงเรื่องสุขภาพด้วยนั้น ทางโครงการสพส. ซึ่งมีเจตนารมณ์อย่างแรงกล้าในการพลิกฟื้นเกียรติภูมิและศักดิ์ศรีของสื่อพื้นบ้านอันเป็นมรดกล้ำค่าของชุมชนไทยทั่วหัวระแหงได้ใช้กลยุทธ์ 2 ด้านในการบรรลุเจตนารมณ์นี้คือ

- **การเพิ่มหน้าที่ของสื่อพื้นบ้าน** ให้เป็นมากกว่าที่เห็นๆ กันอยู่ คือหน้าที่การให้ความบันเทิงเท่านั้น และหน้าที่หนึ่งที่เข้าตากรรมการอย่างมากๆ เพราะเป็นความกังวลใจของมนุษย์รุ่นปีค.ศ.2000 นี้ก็คือเรื่องสุขภาพ สื่อพื้นบ้านจึงขอเสนอตัวเองเพื่อเป็นกลไกหนึ่งในการ "สร้างเสริมสุขภาพ" เช่น เมื่อพ่อนึงแล้วจะแก้ปวดเขาได้จะดังอย่างไร เป็นต้น

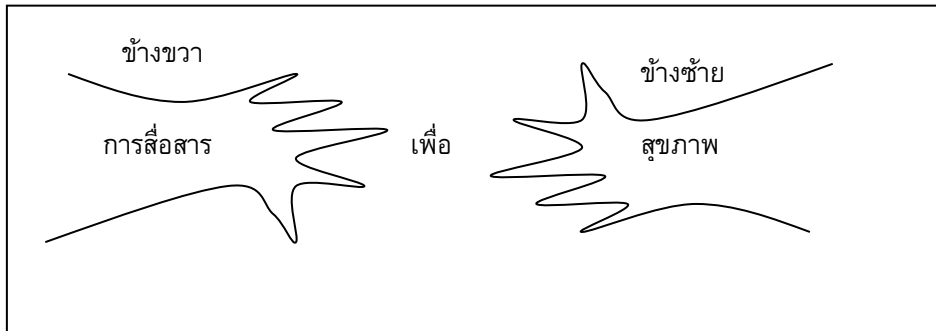
- **การพลิกเหลี่ยมมุมของสื่อพื้นบ้าน** สำหรับสื่อพื้นบ้านที่เคยมีเหลี่ยมมุมด้านสุขภาพอยู่แล้ว เช่น ของเล่นพื้นบ้านแบบเดินโก้งแก้ง (เดินต่อขาบนไม้ไผ่/กะลา) ซึ่งช่วยให้เส้นเอ็นร้อยหวายแข็งแรงนั้น หากปัจจุบันนี้ คนรุ่นใหม่ไม่มีดวงตาเห็นธรรมดังกล่าว ก็ต้องมีกระบวนการท้าววิทยายุทธ์พลิกเหลี่ยมมุมด้านสุขภาพของสื่อพื้นบ้านขึ้นมาให้เห็นแวววาวชัดเจนขึ้น (โครงการของเล่นพื้นบ้าน บ้านหนองหล่ม จ.ลำพูน)

(2) ต่อยอดจากเรื่อง "สุขภาพ" ข้อเขียนชิ้นนี้จะพาไปท่องหน้าเว็บนิยามของคำว่า "สุขภาพดีคืออะไร" และจากคำนิยามที่หลากหลายนี้ ก็จะพาเจาะเข้าไปดู software ที่ใช้ให้คำนิยาม ซึ่งมีอยู่ 2 หมวดใหญ่ตามข้อคิดเห็นของนพ.ประเวศ วะสี คือ software ชื่อทฤษฎีโรคและทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ (ดู ประเวศ วะสี, 2547 ก.)

(3) จากทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพสู่โครงการสพส. จากนั้นเอกสารนี้จะขอคลิกไปที่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดหลักด้านสุขภาพที่โครงการสพส. ใช้อยู่เป็นสาระอยู่ และเพื่อให้เห็น "ที่มา/ที่ไป" ของบรรดาโครงการต่างๆ ในสพส. ข้อเขียนนี้จะพาผู้อ่าน "ย้อนรอยถอยหลังกลับไปดู 3 ยุคสมัยของแนวคิดด้านสุขภาพของไทยเพื่อให้เห็นบรรพบุรุษรากเหง้าทางความคิดด้านสุขภาพของไทย ซึ่งงานโครงการของเรานั้นเป็นแนวคิดชั้นลูกหลานในยุคที่ 3 จะได้เห็น "ที่ทางของตนเอง" ในเส้นทางประวัติศาสตร์นี้

(4) บททดลองนำเสนอการประเมินผลด้านสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าเนื่องจากบทความนี้เป็นเบ้าตัวหนึ่งในกระดานหมากรุกทั้งกระดาน ซึ่งขณะที่เกิดบทความนี้ สพส. กำลังอยู่ในช่วงเข้าได้เข้าไฟเรื่อง "การประเมินผล" ดังนั้น ในช่วงตบท้ายนี้ ผู้เขียนจึงจะขอทดลองขโมยความคิดของนพ.ประเวศ วะสี (อีกครั้ง) มาใช้เป็นเนื้อหาเพื่อการประเมินผลด้านสุขภาพของบรรดาโครงการต่าง ๆ ให้ผู้อ่านได้นำไปพิจารณาใช้งานต่อไป

1. ขบคิดสักนิตเรื่อง "การสื่อสารเพื่อสุขภาพ"



ภาพที่ 2: มือ 2 ข้างของการสื่อสารเพื่อสุขภาพ

โครงการการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นเปรียบเสมือนมือ 2 ข้าง ข้างหนึ่งคือ "การสื่อสาร" อีกข้างหนึ่งคือ "สุขภาพ" มือทั้ง 2 ข้างนี้ต้องตบให้พร้อมกันจึงจะส่งเสียงดังได้

แต่เท่าที่ผ่านมา โครงการสพส.มักจะ "หนักขวาแต่เบาซ้าย" กล่าวคือเน้นหนักไปทางด้าน "การสื่อสาร/สื่อพื้นบ้าน" เพราะจะมีการพูดคุยเรื่องสื่อพื้นบ้านกันอย่างคับคั่ง แต่ทว่า จะไม่ค่อยมีการพูดถึง "เรื่องสุขภาพ" มากนัก สาเหตุที่โครงการสพส.กลายเป็นมวยที่ "หนักขวาเบาซ้าย" นี้ นอกจากจะเนื่องมาจากภูมิหลังที่ตัวบุคคลในโครงการมักจะมาจากสายการสื่อสาร/สื่อพื้นบ้านแล้ว อาการมือสองข้างไม่สมดุลกันนี้ยังอาจเนื่องมาจาก "การรับรู้เรื่องการสื่อสารและสุขภาพ" ที่ผู้เขียนจะชวนผู้อ่านมาขบคิดกันสักนิตอีกด้วย

(1) การสื่อสาร:เบ็ดประตูกว้างไปหรือเปล่า

ถ้าหากการสื่อสารมีความหมายถึง "การพูด/การฟัง" แล้ว คนทั่วไปก็มักจะมี ความคิดว่า "ไม่เห็นต้องร่ำเรียนอะไร เราก็พูดได้/ฟังเป็น" อยู่แล้ว ความคิดเช่นนี้ก็ถูกต้องอยู่ ส่วนหนึ่ง

แต่หากเราตั้งความคาดหวังเอาไว้ว่าจะพูดให้ไ้ระดับ "จะพลิกพริ้วชีวิหาเป็นอาวุธ" (งานเปลี่ยนแนวคิดด้านสุขภาพของสสส. คงต้องการพูดถึงระดับนี้)หรือการฟังแบบให้ "เข้าใจ เจาะแท่งตลอด" การสื่อสารระดับสูงเยี่ยมเทียมเมฆนั้น คงจะต้องมีการเรียนรู้กันพอสมควร เพราะมิฉะนั้นแล้ว "การพลิกพริ้วชีวิหา" ก็อาจจะม่ค่าเพียงแค่การกระดกลิ้นเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ในสำนึกของคนทั่วไปก็ยังมักจะคิดว่า ถึงไม่ต้องเรียนก็สื่อสารได้อยู่ แล้ว ซึ่งหมายความว่า "ประตูห้องของการสื่อสาร" นั้นเปิดกว้างอ้าซ่าอย่างมาก จนใครๆก็เดิน เข้าๆออกๆได้อย่างง่ายดาย

(2) เรื่องสุขภาพ: ผู้ไม่มีบัตรผ่านห้ามเข้า

ในลักษณะที่ตรงกันข้ามกับเรื่อง "การสื่อสาร" ในสำนักของคนทั่วไป เมื่อเวลาที่ "ไม่สบาย" เรามักจะคิดถึง "การไปหาหมอ" และหากมีใครมาแนะนำเรื่องการรักษาเยียวยา หรือพูดเรื่องสุขภาพ เราก็มักจะถามว่า "เรียนมาทางหมอหรือเปล่า ถึงมาพูดเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย"

สำนักดังกล่าวก็คือข้อสรุปว่า เรื่องของสุขภาพ/โรคภัยไข้เจ็บนั้น ต้องเป็นหมอ/พยาบาลเท่านั้นจึงจะมีสิทธิพูดได้ พวกที่ไม่ได้ร่ำเรียนมา "อย่าพูด"

นี่ก็เป็นอาการที่บ่งบอกว่า "ประตูห้องของเรื่องสุขภาพ" นั้นก็ปิดแคบอย่างมาก ผู้ที่ไม่มี "บัตรผ่าน" นั้น ห้ามเข้ามายุ่มย่ามก้าวก่าย

ทั้งประตูที่เปิดกว้างมากเกินไปของเรื่อง "การสื่อสาร" และประตูที่ปิดแคบเกินไปในเรื่อง "สุขภาพ" นั้น เป็นกระบวนการทัศน์/วิธีคิดที่โครงการสพส.ต้องปรับแก้เสียใหม่ โดยเฉพาะในข้อเขียนชิ้นนี้ จะขอแง้มประตูด้านสุขภาพออกให้กว้างขึ้นด้วยการนำเสนอคำขวัญที่ว่า

"ถึงไม่ต้องเป็นหมอ ก็พูดเรื่องสุขภาพได้"

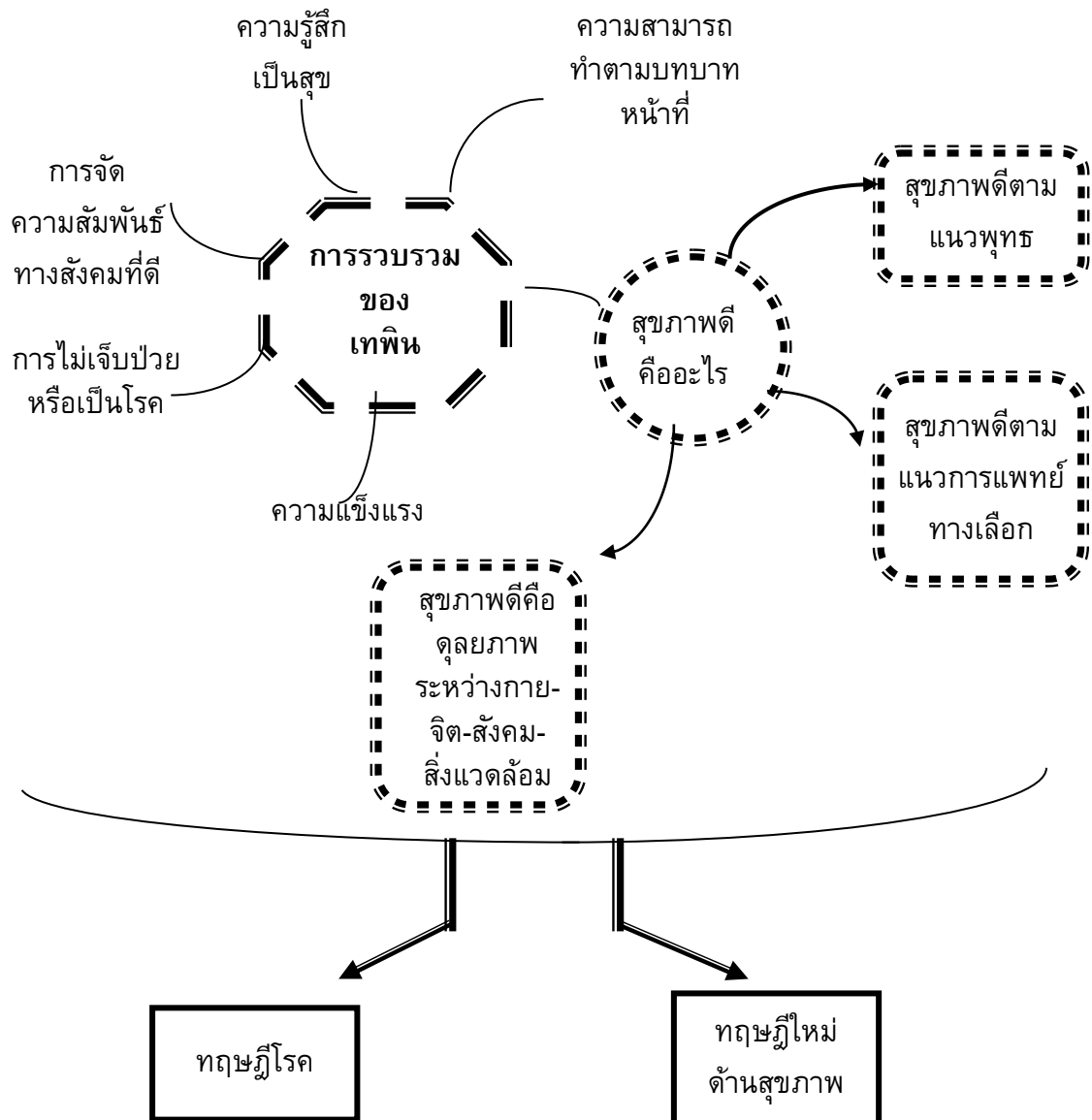
"เรื่องสุขภาพของเรา ไม่พูดไม่ได้แล้ว"

ทั้งนี้เพราะเราจำเป็นต้อง "ปลูกสร้างสุขภาพที่ดีด้วยสมองและสองมือของเราเอง"

คำถามจึงน่าจะอยู่ที่ว่า บรรดาพวกเราคนธรรมดาสามัญจะต้องรู้เรื่องและเข้าใจสุขภาพถึงระดับไหน และเข้าใจว่าอย่างไร ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาในข้อเขียนชิ้นนี้

2. ทฤษฎีโรค V.S. ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

หลักกิโลเมตรแรกที่เราจะเริ่มเรียนรู้เรื่องสุขภาพก็คือ เมื่อเราอยากจะได้เป็นเจ้าของ "สุขภาพที่ดี" เราก็ต้องเริ่มต้นหาความหมายว่า "อันว่าสุขภาพที่ดีนั้นหมายความว่าอย่างไร" แล้วเราก็จะไม่แปลกใจเลยว่า คำนิยามของคำว่า "สุขภาพดี" นั้นก็เหมือนคำอื่นๆ กล่าวคือมิได้ผูกขาดมีเพียงเจ้าเดียว หากแต่มีความหมายอย่างหลากหลาย ดังที่ เทพิน พัทธานุรักษ์ (2546) ได้ประมวลความหมายนิยามของสุขภาพดีเอาไว้ว่ามีอย่างน้อย 5 ความหมาย และนอกจากนั้น ก็ยังมีการนิยามสุขภาพดีตามแนวพุทธ ตามแนวการแพทย์แบบทางเลือกที่หมายถึงดุลยภาพ เป็นต้น



- เน้นโรคเป็นหลัก (Disease – oriented)
- เน้นดุลยภาพระหว่าง กาย-จิต-สังคม-สิ่งแวดล้อม
- ชีวการแพทย์ (Bio-Medical Model)
- การแพทย์ทางเลือก

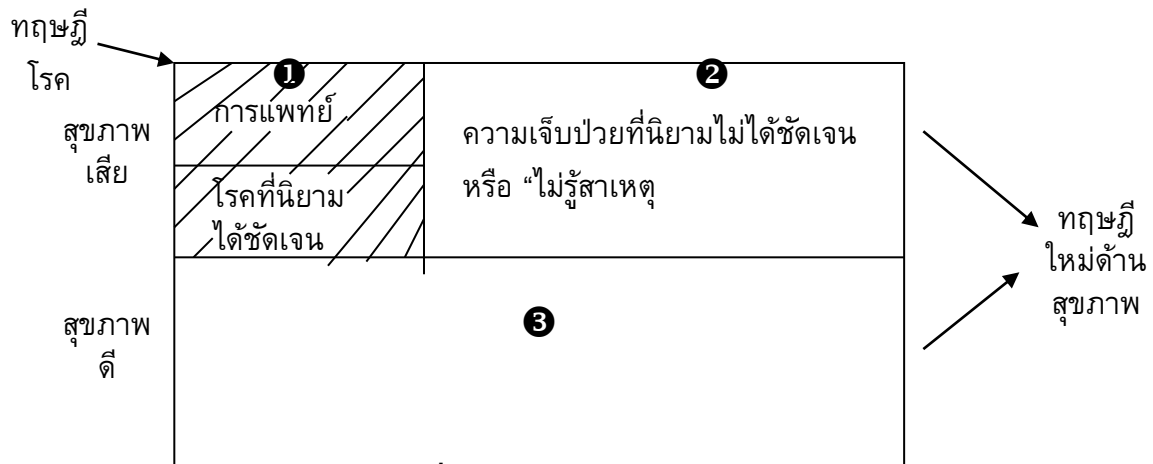
ภาพที่ 3 : นิยามของสุขภาพดีคืออะไร

จากคำนิยามอันหลากหลายเหล่านั้น คุณหมอประเวศได้เจาะเข้าไปดูเบื้องหลังวิธีคิดอันเปรียบเสมือนตัว software ในคอมพิวเตอร์ แล้วสรุปว่า แต่ละนิยามจะสังกัดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ 2 แบบ คือ

- (1) ทฤษฎีโรค
- (2) ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

เขตพื้นที่รับผิดชอบ

ก่อนที่จะรายละเอียดของทั้ง 2 ทฤษฎีว่าเป็นอย่างไร ผู้เขียนจะขอพาผู้อ่านมาดูแผนที่ทางอากาศเกี่ยวกับบริเวณที่ทฤษฎีทั้งสองได้จับจองอยู่ตามธรรมชาติของนพ.ประเวศ วะสี ดังนี้



ภาพที่ 4: ปริมณฑลของสุขภาพ

คุณหมอประเวศอธิบายว่า ประชากรทั้งหมดในสังคมนั้นจะสังกัดอยู่ใน 3 ปริมณฑลทางสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันนี้ แต่ละปริมณฑลนั้นจะมาเกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์แบบแผนใหม่ที่ใช้ทฤษฎีโรคเป็นแนวคิดนำมาอย่างน้อยต่างกัน

ปริมณฑลสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 ส่วนใหญ่คือ

(1) ส่วนที่สุขภาพดี ได้แก่ เขตที่ 3 ก็คือ กลุ่มคนที่มีสุขภาพพลานามัยดีเป็นปกติ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย ดำเนินชีวิตอย่างสามัญธรรมดา ส่วนนี้จะเป็นส่วนใหญ่ของพื้นที่ทั้งหมด เพราะโดยทั่วไปสังคมเราจะมีคนสุขภาพเป็นปกติ/สุขภาพดีมากกว่าคนเจ็บไข้ได้ป่วย

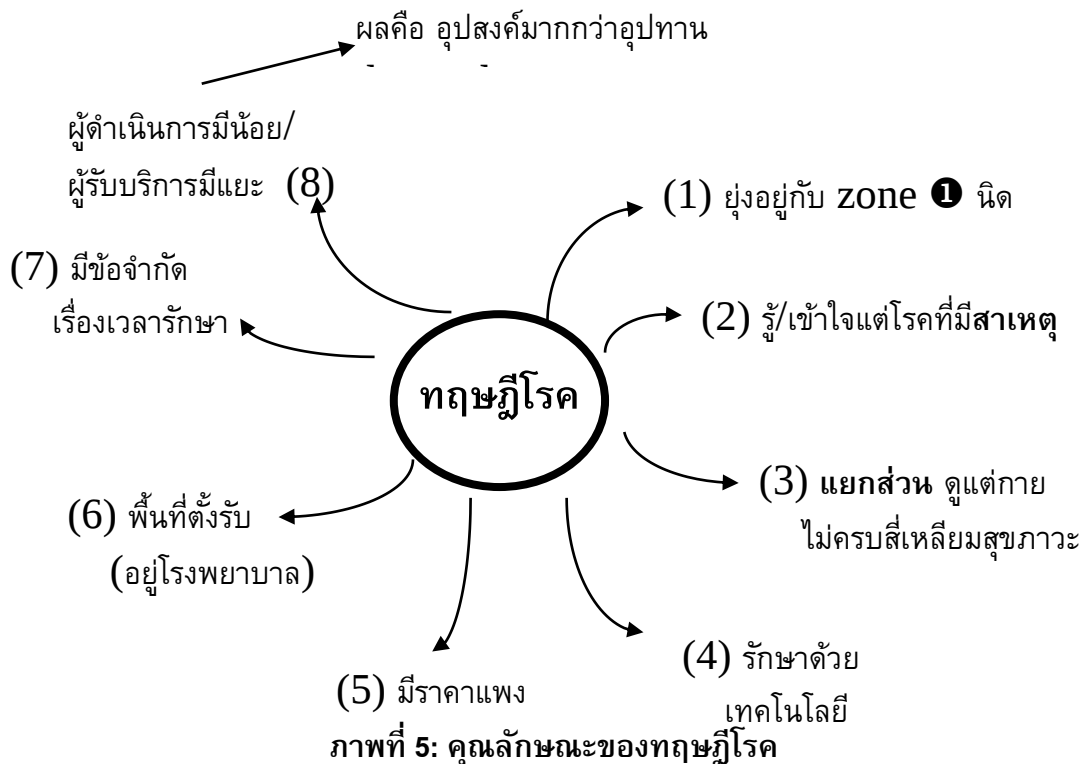
(2) ส่วนที่สุขภาพเสีย ได้แก่ ส่วนนี้มีพื้นที่ขนาดเล็กลงมา ซึ่งเริ่มได้แก่คนที่มีการเจ็บไข้ได้ป่วย ในกลุ่มสุขภาพเสียนี้ ยังแบ่งออกเป็นอีก 2 กลุ่มคือ

(2.1) เจ็บป่วยโดยหมอรู้สาเหตุ อันเป็นเขตที่ 1 เป็นพวกที่เจ็บไข้ได้ป่วยแล้วหมอใช้เครื่องมือทางการแพทย์ตรวจพบว่ามีสาเหตุมาจากอะไร เป็นเพราะเชื้อโรคตัวไหน หรืออวัยวะส่วนใดบกพร่อง จะสังเกตเห็นได้ว่าเขตนี้กินพื้นที่เพียงนิดเดียว

(2.2) กลุ่มคนที่เจ็บป่วยแต่ไม่รู้สาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ซึ่งนพ.ประเวศ บอกว่า บรรดาแพทย์จะไม่สบายใจมากกับพวกที่อยู่ในเขตนี้ เพราะไม่เข้าใจว่าคนไข้ป่วยเพราะอะไร และบางครั้งก็โกรธว่าคนไข้แกล้งทำ

จากเขตพื้นที่ทั้ง 3 พื้นที่นี้ คุณหมอประเวศเสนอว่า การแพทย์แบบทฤษฎีโรคนั้นจะจัดการได้แต่กลุ่มสุขภาพเสียในเขต 1 เท่านั้น แต่สำหรับในเขต 2 และเขต 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่กว้างใหญ่นั้น จำเป็นต้องใช้ "ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ" มาเป็นแนวคิดหลักชี้นำโดยเฉพาะกลุ่มคนที่สุขภาพดีเป็นปกติในเขต 3 ทั้งนี้ เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องไม่แน่นอน ไม่มั่นคง ไม่ตายตัว หากไม่มีแนวคิดเรื่อง "การทํานุบำรุงรักษา หรือสร้างเสริมสุขภาพที่ดี" ประคองเอาไว้ คนในกลุ่ม 3 อาจอพยพเคลื่อนย้ายไปอยู่เขต 2 หรือเลยไปถึงเขต 1 ไปเลย

คุณลักษณะของทฤษฎีโรค



(1) **พื้นที่รับผิดชอบ** จากภาพที่วาดมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า องค์กรความรู้ในเรื่องทฤษฎีโรคนั้นจะรับผิดชอบกลุ่มคนเพียงเล็กน้อย คือคนที่เจ็บป่วยแล้ว

(2) **ขอบเขตของโรค** และในกลุ่มคนที่เจ็บป่วยนั้น ทฤษฎีโรคจะรับผิดชอบอย่างเต็มที่ ได้เฉพาะโรคที่ตรวจพบรอยโรคทางกายภาพหรือทางวัตถุ เช่น โรคที่ตรวจพบด้วยคลื่นรังสีหรือตัดชิ้นเนื้อไปตรวจเท่านั้น ซึ่งความผิดปกติทั้งหลายต้องเกิดมาจาก "ทางกายหรือทางวัตถุ" แต่หากเป็น "โรคที่เกิดจากทางใจ/ทางสังคม" คลื่นรังสีหรือชิ้นเนื้อก็ไม่อาจจะระบุได้

(3) **ลีลาการเข้าสู่ปัญหาความเจ็บป่วย** ทฤษฎีโรคนั้นก่อตัวมาจากวิชาด้านชีววิทยา จึงเรียกว่าเป็น "ชีวการแพทย์" ซึ่งมองแต่แกนดั้งเดิมคือ **เกณฑ์ทางกาย** เท่านั้น แยกดูแต่เรื่องทาง

ร่างกาย แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงแกนอื่นๆ เช่น แกนกว้างทางสังคม หรือแกนลึกทางด้านจิตใจ แต่ความเจ็บป่วยนั้นเกิดมาจากหลายแกน ดังเช่นที่องค์กรอนามัยโลกก็ได้รับรู้แล้วว่า สุขภาพที่ดีนั้นต้องมีสภาวะที่ดีครอบคลุมทั้ง 4 แกนคือ กาย/จิต/สังคม และจิตวิญญาณ

(4) วิธีจัดการกับปัญหา ทฤษฎีโรคนั้นเติบโตมาจากวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ซึ่งเป็นการจัดการกับปัญหาด้วยเทคโนโลยี ดังนั้น ทั้งกระบวนการตรวจและรักษาของการแพทย์แผนใหม่จึงเป็นเรื่องของเครื่องตรวจวัดความดัน เครื่องเอ็กซเรย์สมอง การให้ยาบำรุง การให้ยาฆ่าเชื้อ ฯลฯ ซึ่งหากเป็นโรคที่มีสาเหตุทางกายก็น่าจะไปกันได้ดี แต่ถ้าเป็น "โรคทางใจ/ทางสังคม" แบบที่กล่าวมาแล้ว เครื่องเอ็กซเรย์หัวใจหรือยาบำรุงหัวใจที่ให้นั้นเห็นจะแก้ไขไม่ได้ เพราะทางแก้แบบเทคโนโลยีจะไปใช้แก้โรคที่ไม่ได้เกิดจากเทคโนโลยีนั้นจะได้หรือ

คุณหมอประเวศอ้างอิงข้อมูลที่อ่านแล้วแม้ยากจะหวัระก็หวัระไม่ออก คือสำนักงานของคณะกรรมการประเมินผลเทคโนโลยีของรัฐสภาอเมริกันระบุว่า โรคที่เป็นแล้วหายได้นั้น มีไม่ถึงร้อยละ 20 ที่หายเพราะการใช้เทคโนโลยีที่เฉพาะเจาะจง อีก 80% หายเพราะสาเหตุอื่น เช่น หายเอง หายเพราะยาแบบ placebo (ยาที่ไม่ได้มีฤทธิ์โดยตรงกับโรค) หายเพราะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ฯลฯ อ่านแล้ว คิดถึงหมอพื้นบ้านหรือลำผีฟ้าขึ้นมาตะหงิดๆ เลย

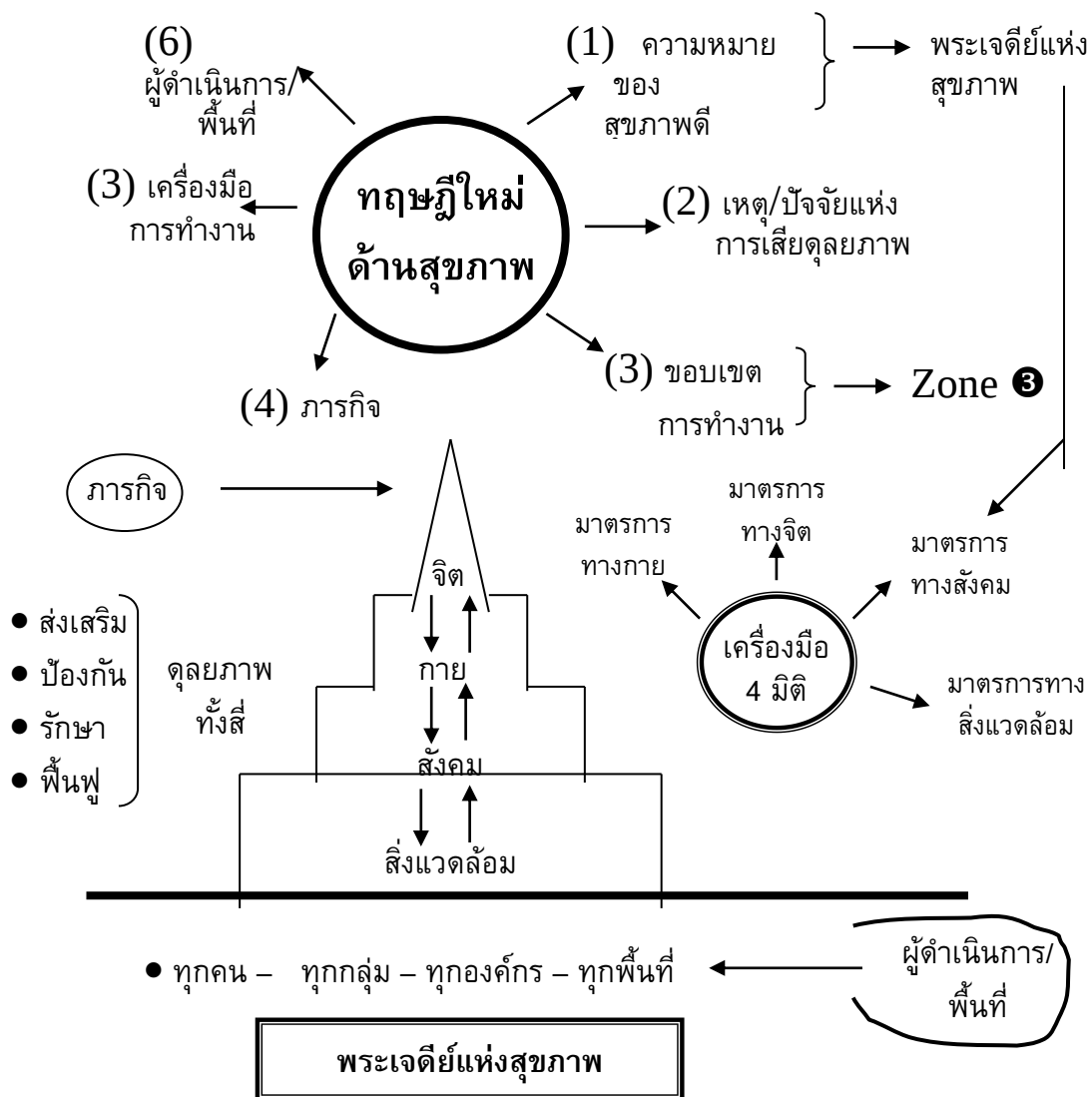
(5) มีราคาแพง เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่มีความซับซ้อน ได้มาอย่างยากลำบาก จำเป็นต้องมีการใช้อุปกรณ์ทางวิทยาศาสตร์สกัดออกมา จึงทำให้มีราคาแพง และเมื่อยิ่งมาบวกผสมกับระบบการแพทย์ที่กลายเป็นระบบธุรกิจหวังกำไร ค่าบริการเยียวราคาก็ยิ่งพุ่งกระฉูด การไปคลินิก โรงพยาบาลเอกชน หรือขอแนะนำที่มีอะไรก็ให้ปรึกษาแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่คนยากจนไม่อาจจะทำได้ แม้ว่าจะอยากทำใจแทบขาด เนื่องจากบริการด้านสุขภาพได้กลายเป็นสินค้าราคาแพงจนเกินเอื้อมมือคว้า

(6) การตั้งรับของสถานให้บริการ เนื่องจากวิธีออกแบบของการให้บริการของทฤษฎีโรคนั้นมีลักษณะรวมศูนย์ กล่าวคือทุกอย่างตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลทั้งหมด ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจึงต้องเป็นฝ่ายก้าวเข้ามาหา และบางที ถ้า "ขาสั่นเกินไป" (เช่น บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ไม่มีค่าเดินทาง) ก็ไม่อาจจะก้าวไปถึงบริการได้

(7) ผู้ที่มีความรู้ที่จะใช้ทฤษฎีโรคได้นั้นมีปริมาณจำกัด และผูกขาดอยู่ในมือคนกลุ่มเล็กๆ กลุ่มหนึ่ง คือ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ที่ฝึกอบรมทฤษฎีโรคมาบ้างน้อยบ้างตามลำดับไหล แต่ในขณะที่ผู้ให้บริการมีจำกัด (supply น้อย) และผู้ต้องการใช้บริการมีมาก (demand มาก) จึงก่อให้เกิดสภาวะติดขัดด้านการให้บริการ จนกลายเป็นอาการคนไข้ล้นโรงพยาบาล การตรวจรักษาคนไข้มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (ตรวจแค่คนละ 2 นาที) ระบบให้บริการทั้งระบบก็เสื่อมทรุดลง

จากสาเหตุที่สืบทอดต่อเนื่องกันจนลูกหลานดังที่กล่าวมาแล้ว ทำให้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันแบบทฤษฎีโรคไม่เพียงแต่มี "คนไขเจ็บ" เท่านั้น แต่ "หมอก็ต้องเจ็บ พยาบาลก็ป่วยตามไปด้วย" เมื่อแม้แต่ในเขตรับผิดชอบ zone 1 ยังทำไม่สำเร็จ zone 2 ก็ยิ่งขยายตัวมากขึ้น และคนจาก zone 3 ก็จะมาถล่มพวยพเข้ามาอยู่ใน zone 1 และ 2 มากยิ่งขึ้นทุกทีทำให้เกิด "วิกฤติในระบบสุขภาพไทย" และเป็นแรงผลักดันให้ต้องแสวงหาแนวคิดใหม่ แนวทางใหม่ในการออกจากปัญหา ซึ่งคุณหมอประเวศได้นำเสนอ "ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ" มาให้พิจารณา

คุณลักษณะของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ



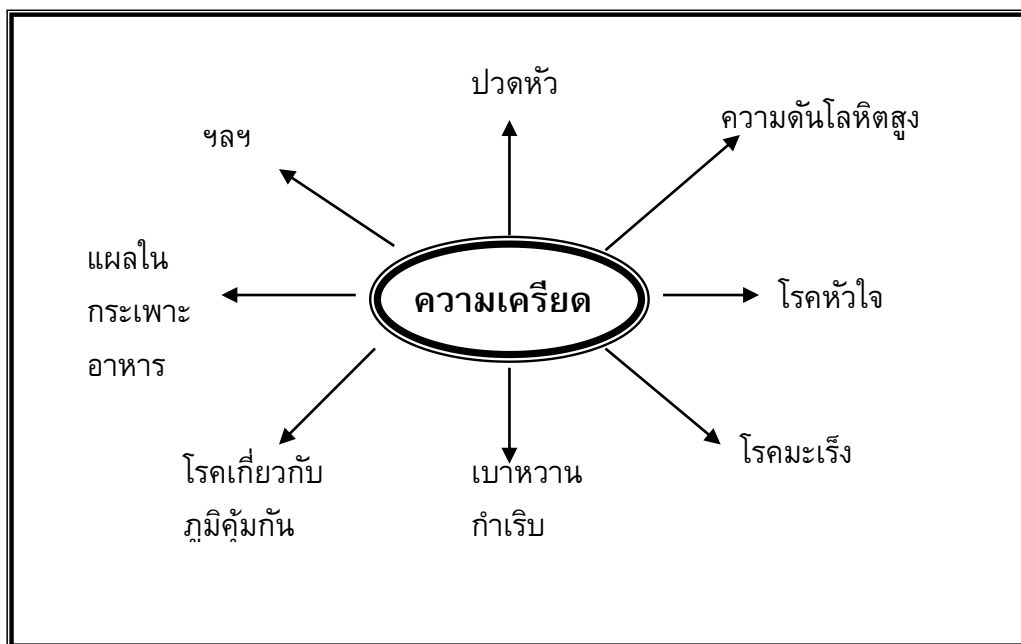
ภาพที่ 6 : คุณลักษณะของทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

(1) ความหมายของสุขภาพดี หากจะมีการปรับเปลี่ยน "กระบวนทัศน์" หรือ "แนวคิด/วิธีคิด" ให้ถึงรากถึงโคนนั้น จะต้องถอนทิ้งกันตั้งแต่ "ค่านิยม" ดังนั้น ในขณะที่ ทฤษฎีโรคนิยามว่า "สุขภาพดี หมายถึงการปราศจากโรค" นั้น ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพได้ขอปรับเปลี่ยนนิยามดังกล่าวว่า **"สุขภาพดีหมายถึงการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ของสุขภาพ คือ กาย-จิต-สังคม-สิ่งแวดล้อม" ซึ่งคุณหมอประเวศได้นำมาต่อเรียงกันให้เข้ากับวิธีคิดแบบไทย ๆ คือ "พระเจดีย์แห่งสุขภาพ" (ดูภาพที่ 6 ประกอบ)**

จากภาพพระเจดีย์แห่งสุขภาพนี้ มีข้อน่าสังเกต 2 ประการคือ ประการแรก ชั้นต่างๆ ของพระเจดีย์นั้นต้องสมดุลย์กัน ถ้าเกิดอาการเสื่อมทรุดตรงชั้นใด พระเจดีย์ทั้งองค์ก็จะพังทลายลงมา เริ่มตั้งแต่ฐานสิ่งแวดล้อม (เช่น อากาศเป็นพิษ) ไล่มาถึงชั้นของสังคม (เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือที่ทำงานเป็นพิษ) กระทบมาจนถึงร่างกายและกระเทือนไปจนถึงจิตใจ เส้นสายการสะท้อนนี้มีทั้ง "ขาไปและขามา"

ประการที่สอง คุณหมอประเวศได้จัดวางเอาเรื่องของ "จิต" ไว้เป็นยอดของพระเจดีย์เลย ซึ่งหมายความว่า มีความสำคัญอย่างสูงสุด อันเป็นไปตามคติของชาวพุทธที่ว่า "จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว" และน่าจะเป็นเพราะ "จิต" นี้เอง ที่ทำให้เกิดคนไขใน zone 2 ซึ่งมีอาการเจ็บป่วยทางกาย แต่สาเหตุของโรคนั้นมาจากใจ "ที่รู้จักกันในนามของโรค Psychosomatic ซึ่งเราแต่ละคนก็เป็นกันคนละเล็กคนละน้อย เช่น เวลากังวลใจจะรู้สึกหะอืดหะอม เวลากลัวจะรู้สึกเจ็บในช่องท้อง ฯลฯ

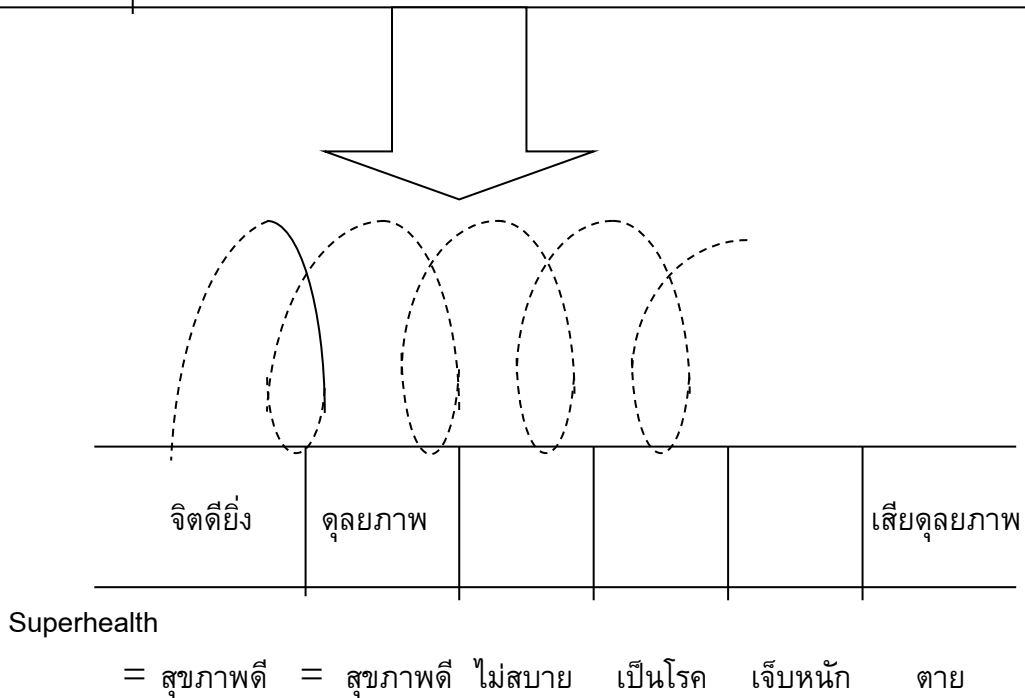
ยกตัวอย่างเช่น เรื่อง "ความเครียดทางจิตใจ" เรื่องเดียว ก็ทำให้เกิดโรคได้สารพัดโรค เช่น



ภาพที่ 7: ความเครียดเป็นสาเหตุของโรคอันหลากหลาย

2. เหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียดุลยภาพ ต่อเนื่องจากคำนิยามที่ว่า "สุขภาพดีคือการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้งสี่" ดังนั้น สุขภาพเสียจึงเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการเสียดุลยภาพที่องค์ประกอบตัวใดตัวหนึ่ง แล้วส่งผลสะท้อนไปถึงองค์ประกอบตัวอื่นๆ ในท่วงทำนองแบบ "หยิกแค่เล็บ แต่เจ็บไปทั้งตัว"

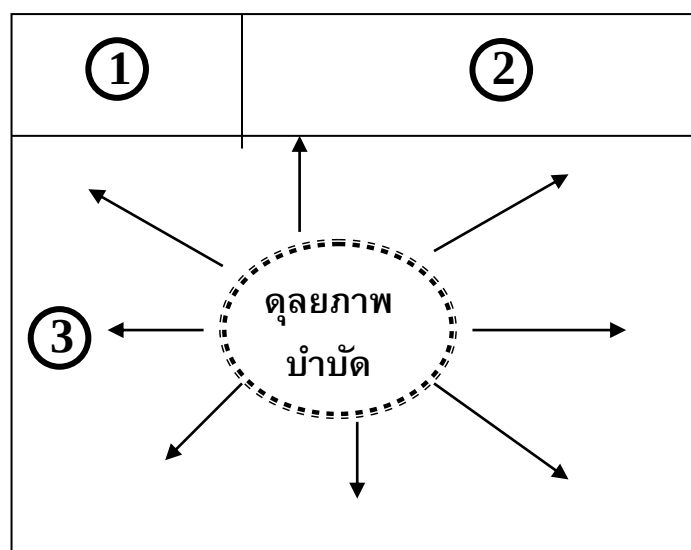
องค์ประกอบ	เหตุปัจจัย
กาย	DNA/อณู / เซลล์ / อวัยวะ / เชื้อโรค / อาหาร / ยาเสพติด / อุบัติเหตุ
จิต	ความเครียด / ความเชื่อ / สมาริ / สติ / ปัญญา / โลกทัศน์ / วิธีคิด
สังคม	การอยู่ร่วมกัน / สงคราม / สันติภาพ / โครงสร้างสังคม
สิ่งแวดล้อม	อุณหภูมิ / ความชื้น / แสงแดด / รังสีอุตราไวโอเล็ต / มลพิษ / น้ำท่วม / แผ่นดินไหว / พายุ / สภาพการทำงาน



ภาพที่ 8: เหตุปัจจัยของการเสียดุลยภาพตามแนวคิดทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ

จากภาพที่ 8 อธิบายได้ว่า สุขภาพของเรานั้นมีใช้สิ่งที่หยุดนิ่งตายตัว หากทว่ามีลักษณะเคลื่อนไหวเป็นพลวัตตลอดเวลาแบบล้อเกวียนที่เลื่อนไหลไปมาอยู่บนแกนที่ปลายข้างหนึ่งเป็นด้านที่มีสุขภาพดีอย่างยิ่ง แต่หากองค์ประกอบ 4 ประการข้างบนมีเหตุปัจจัยทำให้เสียสมดุลย์ เช่น เกิดความเครียดทางจิตใจ ล้อนี้ก็จะเลื่อนไหลมาสู่ "การไม่สบาย" หากแก้ไขเหตุปัจจัยไม่ได้ ก็จะเคลื่อนต่อไปถึงการเป็นโรค/เจ็บหนัก และหากขาดดุลยภาพจนถึงที่สุด ก็จะถึงตาย

3. ขอบเขต สำหรับขอบเขตที่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะทำงานนั้นก็อยู่ในเขตที่ 3 ซึ่งเป็นส่วนของคนที่มีความสุขดีเป็นส่วนใหญ่ และยังกินที่ไปถึงเขต 2 สำหรับคนที่เจ็บป่วยจากเรื่องทางใจหรือทางสังคมด้วย



ภาพที่ 9: ปริมาณของดุลยภาพบำบัด

การสร้างดุลยภาพบำบัดนั้นสามารถเป็นแนวทางด้านสุขภาพที่กินพื้นที่อาณาบริเวณในขอบเขตขนาดใหญ่คือ การทำงานกับคนที่มีความสุขดีให้ "สร้างเสริมและบำรุงรักษาดุลยภาพเอาไว้" อย่าให้เลื่อนไหลไปบนล้อข้างบน

4. การกิจ การกิจด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านสาธารณสุขก็คือ การกิจด้านส่งเสริม/ป้องกัน/รักษาและฟื้นฟู ซึ่งได้แก่การสร้างดุลยภาพดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และอาจจะต้องขีดเส้นได้ว่าต้องทำการกิจด้านส่งเสริมหรือการสร้างสุขภาพที่ดีก่อนเป็นอันดับแรก

5. เครื่องมือการทำงาน หากองค์ประกอบของสุขภาพมี 4 ชั้นแบบพระเจดีย์สุขภาพที่กล่าวมาแล้ว เครื่องมือการทำงานก็ต้องมี 4 เครื่องมือคือ มาตรการทางกาย มาตรการทางจิต ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งหากเปรียบเทียบกับทฤษฎีโรคแล้ว ทฤษฎีโรคจะมีแต่มาตรการทางกายเป็นหลักเท่านั้น ในแง่นี้จะเห็นได้ว่า บรรดาพวกสื่อพื้นบ้านนั้นจะสามารถเล่น

บทบาทเป็นมาตรการทางด้านจิตใจ (เช่น การสวดสรัญญะ) มาตรการทางสังคม (เช่น งานประเพณีต่าง ๆ) รวมทั้งมาตรการทางสิ่งแวดล้อมด้วย

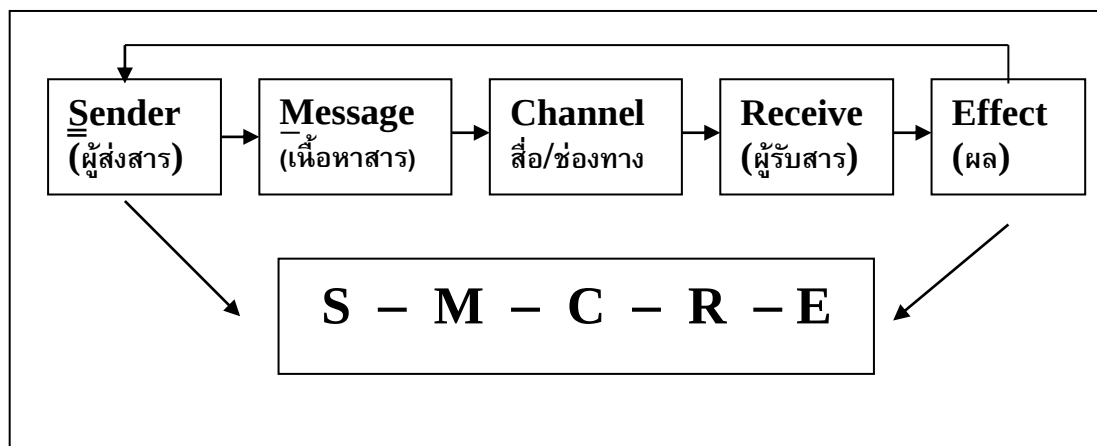
6. ผู้ดำเนินการ/พื้นที่ ในขณะที่ทฤษฎีโรคนั้น บรรดาผู้ให้บริการจะเป็นคนกลุ่มเล็ก ๆ ในวงการแพทย์และสาธารณสุข และจำกัดพื้นที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ในทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพนั้น ทุกคนทุกกลุ่ม/ทุกองค์กรจะเข้ามามีส่วนในโรงงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และพื้นที่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพนั้นก็จะเป็นไปได้ทุกหนทุกแห่งอย่างไม่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นในบ้าน โรงเรียน วัด สถานที่ทำงาน ฯลฯ

ดังนั้น หากการดำเนินงานด้านสุขภาพใช้แนวคิดเรื่องทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพเป็นธงชัยนำทางแล้ว เส้นทางสุขภาพนี้ก็เปิดกว้างสำหรับทุกคนและทุกหนแห่ง

3. การทำโครงการของสพส.ท่ามกลาง 3 ยุคสมัยแห่งประวัติศาสตร์สุขภาพไทย

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า ในเวลาปัจจุบันนี้ บรรดาองค์กรเช่นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใช้แนวคิด "ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ" ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นประทีปส่องทางการทำงาน สสส.ได้ให้การสนับสนุนให้กลุ่มและหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้อ่านได้มองเห็น "ที่มาและที่ไปของการทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพ" ที่กำลังเบิกบานอยู่ในปัจจุบันนี้ ผู้เขียนจะขอพาผู้อ่านเดินลอด "กระจกแห่งกาลเวลา" เพื่อย้อนกลับไปยุคสมัยของสุขภาพไทยที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

และในการเดินทางย้อนกลับไปสู่อดีตครั้งนี้ ผู้เขียนจะขอใช้ยานพาหนะของด้านนิเทศศาสตร์เป็นตัวขับเคลื่อน การศึกษาด้านนิเทศศาสตร์นั้นมีสูตรเรื่ององค์ประกอบของการสื่อสารดังนี้

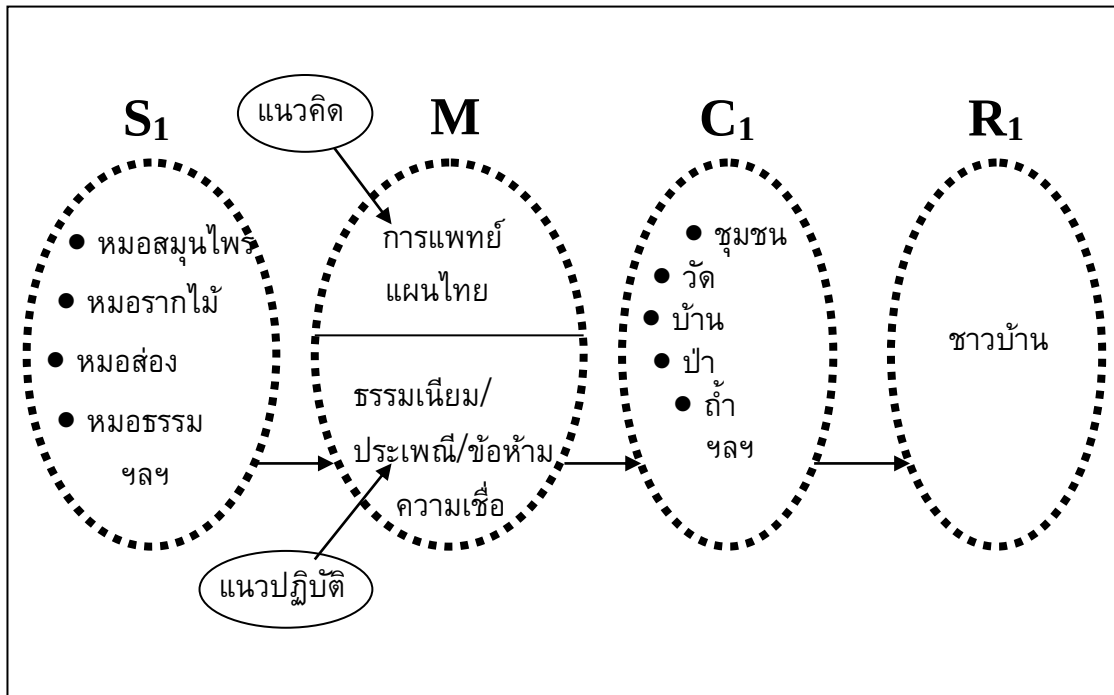


ภาพที่ 10: องค์ประกอบของการสื่อสาร

จากกรอบ S-M-C-R-E นี้ เราจะแบ่งยุคสุขภาพไทยออกเป็น 3 ยุค คือ

- (1) ยุคแรกของสุขภาพไทย : การแพทย์แบบพื้นบ้าน
- (2) ยุคสองของสุขภาพไทย: การแพทย์แบบตะวันตก/แผนใหม่
- (3) ยุคสาม : ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

(1) ยุคแรกของสุขภาพไทย : ยุคการแพทย์พื้นบ้าน



ภาพที่ 11: ยุคแรกของสุขภาพไทย

(1.1) ผู้ส่งสาร-ผู้รับสารและรูปแบบความสัมพันธ์

ในยุคสมัยก่อนหน้าที่จะมีการแพทย์แผนใหม่แบบตะวันตกเข้ามาในสังคมไทยนั้น ผู้รับสารซึ่งเป็นชาวบ้าน/คนไทยทั่วไปนั้น เมื่อเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยหรือแม่ในยามใช้ชีวิตปกติก็จะพึ่งพาอยู่กับบรรดา "มดหมอประเภทต่างๆ" เช่น หมอสมุนไพร หมอรากไม้ หมอส่อง หมอความ หมอตำแย ฯลฯ

ส่วนรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง "ผู้ส่งสารกับผู้รับสาร" นี้จะตกผลึกอยู่ในคำกล่าวที่ว่า "ยาขอ หมอวาน" อันบ่งบอกคุณลักษณะอย่างชัดเจนว่า เรื่องการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัยนั้น เป็นเรื่อง "การให้สวัสดิการและการให้บริการ" ดังนั้น "ยาที่ใช้รักษา" จึงมีลักษณะเป็น "การขอ" (คนไทยสมัยโบราณไม่ใช้คำว่า "ซื้อ" กับการไปหาหมอมาใช้ แต่ใช้คำว่า "ไปเจียดยา" เช่นเดียวกับไม่ใช้คำว่า "ซื้อ" กับ "พระเครื่อง" แต่ใช้คำว่า "เช่าพระ") ส่วนบริการจาก "หมอ" นั้นก็มีลักษณะ "ให้वान"

ในส่วนของตัว "หมอ" (ผู้ส่งสาร)/ผู้ให้บริการ ก็จะมีจรรยาบรรณควบคุมอยู่ อย่างมากมาย แต่จะแสดงออกมาในรูปแบบความเชื่อและเป็นการควบคุมจากอำนาจเหนือ มนุษย์ เช่น บรรดาหมอธรรม/หมอสงฆ์นั้น หากเรียกค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าที่กำหนดเอาไว้ ก็อาจมีผลทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ หรืออาจจะถึงเป็นอันตรายแก่ตัวเอง (เช่น ถูกปอบ เข้าสิง)

(1.2) เนื้อหาสาร องค์ความรู้ในเรื่องการแพทย์ของไทยนั้น แยกออกได้เป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่แนวคิด และส่วนที่เป็นแนวปฏิบัติ

ส่วนที่เป็นแนวคิดนั้น การแพทย์พื้นบ้านของคนไทยมีแหล่งที่มาของความรู้ จาก 2 สาย

(i) สายแรกคือการแพทย์ของจีน ซึ่งมีอายุประมาณ 5,000 ปี เนื้อหาหลักๆ มีดังนี้

- ทฤษฎีหยิน/หยาง ซึ่งเน้นเรื่องสมดุล/ดุลยภาพของพลังทั้ง 2 ด้าน (อันเป็นหลักการเดียวกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่ได้อธิบายมา)
- ความรู้ในการใช้สมุนไพร ทั้งพืช/สัตว์/แร่ธาตุ
- ความรู้เรื่องการหมักเวียนของโลหิต

(ii) สายสองคือการแพทย์ของอินเดีย ซึ่งต่อเนื่องมาหลายยุคสมัย เริ่มตั้งแต่ยุคคัมภีร์ไตรเพท ที่เชื่อในเทพเจ้าหลายองค์ ในส่วนเรื่องสุขภาพนั้น เชื่อว่าโรคเกิดจากพระเจ้านันดาล ดังนั้นจึงต้องทำพิธีการบูชา (เช่นในคัมภีร์เล่ม 4 ที่ชื่อว่า อาถรรพเวท)

ในยุคต่อมา เป็นยุคพราหมณ์ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยเกิดจากโรค มิใช่ผีสาปหรือเทพเทวดากระทำ จึงเกิดความรู้เรื่องการแสวงหาสมุนไพรมาใช้ รวมทั้งมีการศึกษาเรื่องการผ่าตัดศัลยกรรม (เช่น การเจาะหู) ในยุคของพุทธศาสนา เราก็นำเรื่องของหมอชีวกแพทย์ที่รักษาพระพุทธเจ้า

ส่วนที่เป็นแนวปฏิบัติ ในระดับชีวิตประจำวันของผู้คนทั่วไป มักจะไม่มีคำอธิบายแบบเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ (อาจกล่าวได้ว่า คนโบราณไม่ได้เน้นมีสติความรู้/ความเข้าใจ) แต่ "การเสริมสร้างสุขภาพ" นั้นมักจะออกมาในรูปแบบของขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ข้อห้าม (เช่น ชะล่า) ข้อพึงปฏิบัติ ฯลฯ ซึ่งหลายอย่าง หากเอาหลักวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ไปจับ ก็จะได้เห็นว่า เป็นเรื่องของวัฒนธรรมการเสริมสร้าง/ป้องกันสุขภาพ เช่น ข้อห้ามที่ว่าเวลามีการแบกคนตายผ่านหน้าบ้าน ให้เก็บผ้าที่ตากเอาไว้ ซึ่งอธิบายได้ด้วยหลักระบาดวิทยาว่า เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อโรค เป็นต้น

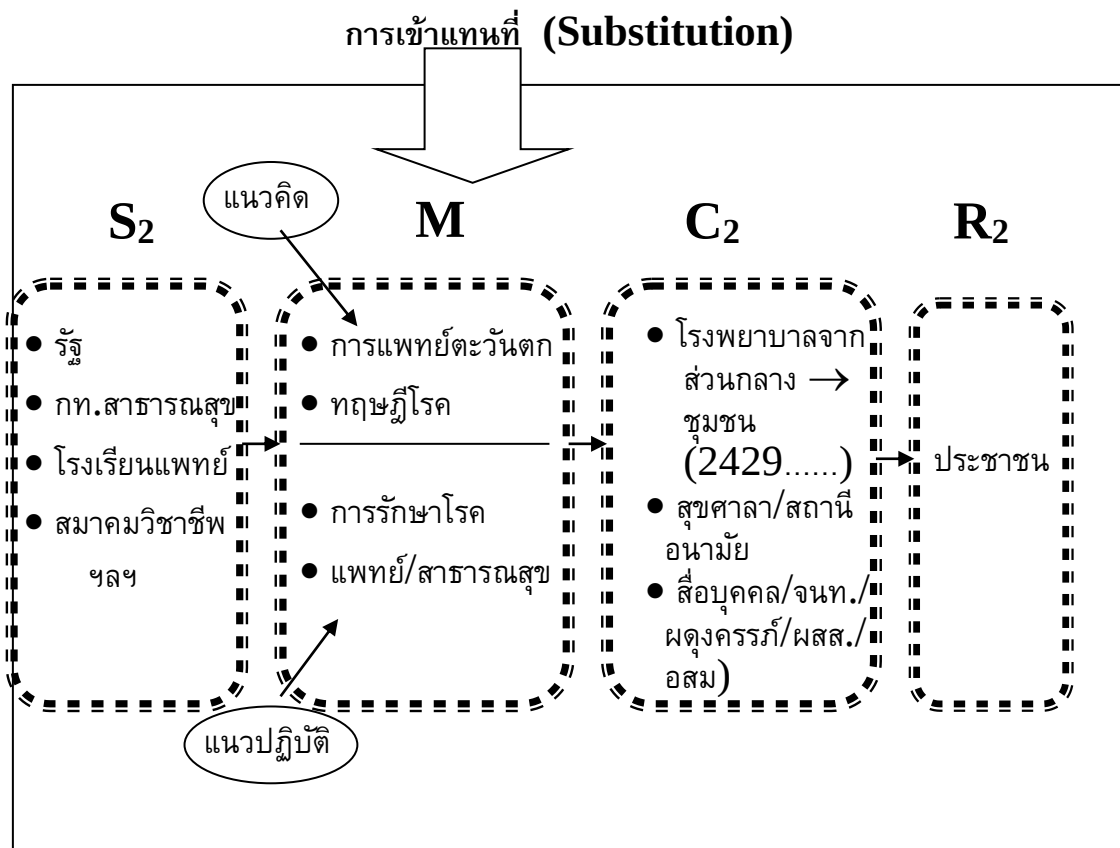
(1.3) ช่องทาง/สถานที่/วาระ/โอกาส/สื่อ สำหรับช่องทางด้านสุขภาพนั้น อาจจะมีตั้งแต่ในชุมชน ในวัด ตามบ้าน ในป่าเขา ถ้ำ หนองคลองบึง ฯลฯ ที่ใช้สำหรับรักษาสุขภาพ

บ้าง/สร้างเสริมสุขภาพบ้าง หรือป้องกันสุขภาพบ้าง (เช่น ผู้หญิงหลังคลอดก็จะไปสร้างที่พักสำหรับอยู่ไฟ เป็นต้น)

เราอาจสรุปได้สั้นๆว่า ในยุคของการแพทย์พื้นบ้านนั้น มีแนวคิดเรื่อง "สร้างนำซ่อม" อยู่แล้ว แต่อาจจะอ่อนด้อยในการจัดการกับโรคที่มีตัวเชื้อ เช่น อหิวาตกโรค (โรคห่า) กาฬโรค (โรคไข้ววม) ไข้ทรพิษ มาเลเรีย ฯลฯ แต่ที่น่าจะเป็นการแพทย์ที่มีความโดดเด่นในมิติสุขภาพด้านอื่น ๆ เช่น ด้านจิตวิญญาณ หรือด้านสังคม

อย่างไรก็ตาม การแพทย์พื้นบ้านนี้ก็ได้อุบัติแทนที่ (substitution) ด้วยการแพทย์แบบใหม่: ทฤษฎีโรคในเวลาต่อมา

(2) ยุคสองของสุขภาพไทย : ยุคทฤษฎีโรค/การแพทย์แบบตะวันตกแผนใหม่



ภาพที่ 12: ยุคสองของสุขภาพไทย

(2.1) ผู้ส่งสาร-ผู้รับสาร: รูปแบบความสัมพันธ์

ในยุคสมัยนี้ ผู้ที่ให้บริการของด้านการแพทย์ (ผู้ส่งสาร) จะเริ่มมีการเปลี่ยนจากตัวบุคคลที่อยู่ในชุมชน มาเป็นตัวบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมจากระบบของรัฐ เช่น แพทย์/พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่ต้องผ่านการรับรองจากรัฐ/กฎหมาย/สถาบันฝึกอบรม/สมาคมวิชาชีพ ฯลฯ จึงจะมีความชอบธรรมในการให้บริการสาธารณสุขได้ ส่วนกลุ่มผู้ส่งสารเดิมนั้นก็จะกลายเป็น "หมอเถื่อน" หรือ "ผู้ที่ให้การรักษาพยาบาลอย่างผิดกฎหมาย" ไป

นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านตัว "ผู้ส่งสาร" จากแบบเดิมมาเป็นแบบใหม่แล้ว การเปลี่ยนแปลงนี้ยังมีผลกระทบไปถึง "ระบบความสัมพันธ์" ระหว่างผู้ให้-ผู้รับบริการด้านสุขภาพจากเดิมที่เป็นแบบ "ยาขอ หมอวาน" ก็เปลี่ยนมาเป็น "ยาซื้อ หมอจ้าง" กล่าวคือ ทุกส่วนเสี้ยวของบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นตัวหมอ ตัวยา การตรวจรักษา ฯลฯ ได้แปรเปลี่ยนจาก "สวัสดิการ/บริการ" มาเป็น "สินค้า" ที่มีราคาค่างวด

(2.2) เนื้อหาสาระ องค์ความรู้แบบใหม่ที่เข้ามาแทนที่การแพทย์พื้นบ้านนั้น เป็นความรู้ที่มาจากโลกตะวันตก เป็นระบบการแพทย์ที่วางอยู่บนหลักวิทยาศาสตร์ที่เรียกว่า ชีวแพทย์ (Bio-Medicine) และมีคุณลักษณะของ "ทฤษฎีโรค" ดังที่กล่าวมาข้างต้น

ในแง่ของแนวทางการปฏิบัติก็ต่อเนื่องมาจากแนวคิดที่ว่า "สุขภาพดีคือความไม่มีโรค" การปฏิบัติจึงเน้นการรักษาเย็บยา ทวิศศักดิ์ เผือกสม(2546) ศึกษาพบว่า อันที่จริง การแพทย์แผนตะวันตกนั้นก็มีการกิจ 2 ด้านคือ ด้านการแพทย์ที่เน้นด้านการรักษาพยาบาล และด้านสาธารณสุขที่เน้นการป้องกัน/ส่งเสริม แต่เนื่องจากในช่วงรอยต่อจากยุคการแพทย์พื้นบ้านมาสู่การแพทย์แบบตะวันตกนั้น ในขั้นแรก ประชาชนยังไม่รู้จักการแพทย์แผนใหม่ จึงยังกลัวและไม่ไว้วางใจ เช่น หญิงมีครรภ์จะไม่มาคลอดที่โรงพยาบาลจนต้องมีการว่าจ้างกัน คนที่เป็นกาฬโรค (ไข้บวม) ก็ไม่ยอมแจ้งอนามัย เพราะกลัวต้องไปนอนตายในโรงพยาบาลอย่างไร้ญาติขาดมิตร ดังนั้น จากหลักการที่ควรจะนำเอา "การสาธารณสุขนำการแพทย์" แต่เพื่อให้ระบบสุขภาพแบบใหม่ได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็ว จึงมีการใช้กลยุทธ์ "การแพทย์นำการสาธารณสุข" เพื่อมุ่งรักษาโรคให้หายอย่างฉับพลันทันที ผู้คนจะได้ยอมรับและนิยมการแพทย์แผนใหม่ในช่วงเวลาสั้นๆ ด้วยเหตุนี้ ระบบสุขภาพของไทยก็ได้ค่อย ๆ เคลื่อนคล้อยจาก "สร้างนำซ่อม" มาสู่ "ซ่อมนำสร้าง" จนถึงปัจจุบัน

(2.3) ช่องทางการสื่อสาร ในงานวิจัยของทวิศศักดิ์ เผือกสม (2546) ได้แสดงให้เห็นการเข้ามาของพื้นที่/ช่องทางของระบบการแพทย์แบบใหม่ที่มาแทนที่การแพทย์แผนโบราณ โดยเริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลในเขตส่วนกลางในปีพ.ศ.2429 แล้วค่อย ๆ

ขยายตัวออกไปยังเขตรอบนอก (ส่งผลให้การคลอດที่เคยทำกันในพื้นที่ของบ้าน/ชุมชนต้องมาทำที่โรงพยาบาล) จากนั้นก็มีการกระจายตัวของ "พื้นที่การรักษา/ป้องกัน/ส่งเสริมแบบใหม่ๆ เช่น สุขศาลา สถานือนามัย ฯลฯ เกิดตามมาอย่างต่อเนื่อง

นอกเหนือจาก "พื้นที่" แล้ว ก็ยังมีการสร้างสื่อบุคคลแบบใหม่ที่เข้ามาแทนที่สื่อบุคคลในระบบการแพทย์พื้นบ้าน เริ่มตั้งแต่ผดุงครรภ์ที่มาทดแทนหมอด่าแยะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระเบียบมาจนถึงผสส./อสม. ในปัจจุบันที่เข้ามาแทนที่หมอพื้นบ้านนานาประเภท

เป็นที่น่าสังเกตว่า การช่วงชิงเรื่องช่องทาง/พื้นที่การสื่อสารนี้นับว่าเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์การเข้าแทนที่ของการแพทย์แผนใหม่แบบตะวันตก กลยุทธ์ที่สำคัญก็คือ "การปิดกั้นช่องทางเก่าทั้งหมด และเปิดตัวของช่องทางใหม่ตลอดเวลาควบคู่กันไป" ตัวอย่างของการปิดกั้นช่องทางเก่าก็เช่น

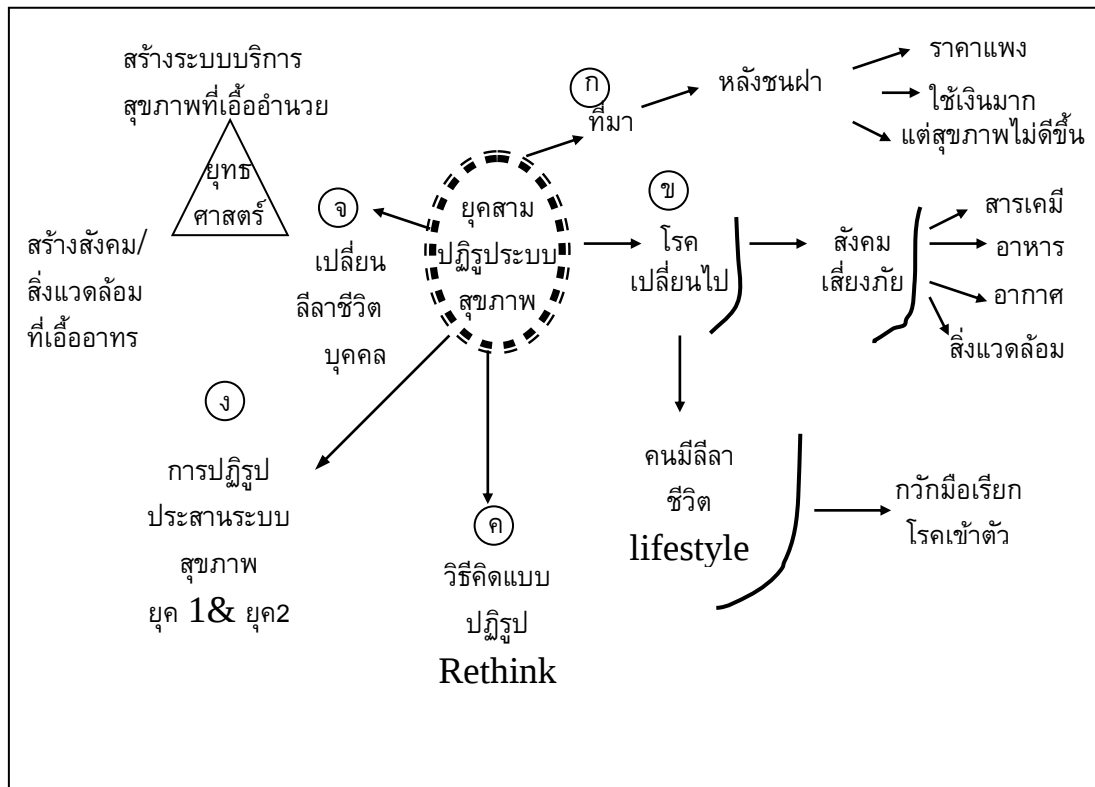
- การเลิกสอนหลักสูตรการเรียนการแพทย์แผนโบราณในสถาบันการศึกษา เช่น ศิริราชพยาบาล
 - การออกกฎหมายห้ามการแพทย์แผนโบราณนำเอา "วิธีการแบบวิทยาศาสตร์" ไปใช้ในการปรุปรุยา เช่น การสกัดทำเป็นรูปแคปซูล การผลิตยาแผนโบราณต้องใช้วิธีการแบบโบราณเท่านั้น
 - การต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ที่ได้รับการรับรองจากรัฐ/กฎหมาย จึงจะให้บริการรักษาเยียวยาได้
- ด้วยกลยุทธ์แทนที่ดังกล่าว ทำให้โฉมหน้าระบบสุขภาพของไทยค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปในทุกๆ ด้าน ในแง่พื้นที่เรื่องสุขภาพค่อยๆ หดตัวเข้ามาอยู่เฉพาะใน zone 1 (จะสนใจสุขภาพก็ต่อเมื่อเจ็บป่วยไปโรงพยาบาล) ในแง่แนวคิดก็กลายเป็น "ซ่อมสร้าง" และต้องพึ่งพา "คนอื่น/แพทย์-พยาบาล" ความเข้าใจเรื่อง "สุขภาพดี" ไปสังกัดอยู่ที่ทฤษฎีโรคเท่านั้น

(2.4) ประชาชน/ผู้รับสาร ถึงแม้จะมีการเข้าแทนที่ของระบบการแพทย์แผนใหม่ แต่เนื่องจากคุณลักษณะบางประการของการแพทย์แผนใหม่/ทฤษฎีโรคเอง ทำให้กระบวนการเข้าแทนที่นี้ไม่อาจเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เช่น การมีราคาแพงก็เป็นกำแพงขวางกั้นคนยากจนที่จะเข้าถึงบริการสาธารณสุขแผนใหม่ การรักษาแต่ "โรคทางกาย" ทำให้ผู้ที่ป่วยด้านจิตใจ/จิตวิญญาณไม่สามารถจะเยียวยาได้ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเรื่องปกติธรรมดามากที่เมื่อมีการวิจัยครั้งใดก็จะพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบ "ประสมประสาน" กล่าวคือ ทั้งซื้อยากินเอง ไปโรงพยาบาลให้น้ำเกลือ และกลับไปสะเดาะเคราะห์ที่วัดพร้อมๆ กัน

เราอาจสรุปได้สั้นๆ ว่า ในขณะที่การแพทย์ยุคสองนี้มีข้อโดดเด่นเรื่องการจัดการกับบรรดาโรคที่มีตัวเชื้อทั้งหลาย แต่ก็มียข้อด้อยอย่างมากในการเยียวยาความเจ็บป่วย

อันเกิดจากเหตุ/ปัจจัยอื่นๆ รวมทั้งยังไม่สามารถเข้าถึงคนทุกกลุ่มได้เนื่องจากลักษณะธุรกิจ/รวมศูนย์การบริการ/และเป็นบริการแบบตั้งรับ นอกจากนี้การแพทย์ยุคที่สองนี้ยังค่อยๆ ถอด "วิถีคิดทางสุขภาพแบบสร้างน่าซ่อม" ที่มีอยู่ในยุคแรกแล้วเปลี่ยนใส่ "วิถีคิดแบบซ่อมน่าสร้าง" เข้าไปในระบบคิดของคนไทย ซึ่งจะกลายมาเป็นการกิจต่อไปในยุคที่สาม

(3) ยุคสามของสุขภาพไทย: ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ



ภาพที่ 13: คุณลักษณะของยุคปฏิรูปสุขภาพ

ในปัจจุบันนี้ สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่ยุคที่สามของสุขภาพไทย ที่เรียกว่า "ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ" ในที่นี้จะกล่าวถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของยุคที่สามนี้ตามภาพประกอบข้างต้น (ภาพที่ 13)

(ก) ที่มากของยุคที่สาม การปฏิรูปนั้นจะเกิดขึ้นเมื่อมีวิกฤติ นพ.ประเวศ (2547 ข.) เขียนเอาไว้ว่า ระบบบริการสุขภาพของไทยวิ่งเข้าสู่ภาวะวิกฤติเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่า 10% อย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งปัญหาเอาไว้คือความเจ็บและความตาย ซึ่งคุณหมอวิเคราะห์ไว้ว่า เนื่องจากวิถีคิดแบบ "ซ่อมน่าสร้าง" นั้นเอง ทั้งที่ความตายร้อยละ 90 นั้นเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นหากมีการเปลี่ยนระบบคิดมาเป็น "สร้างน่าซ่อม" จึงอาจกล่าวได้ว่า การ

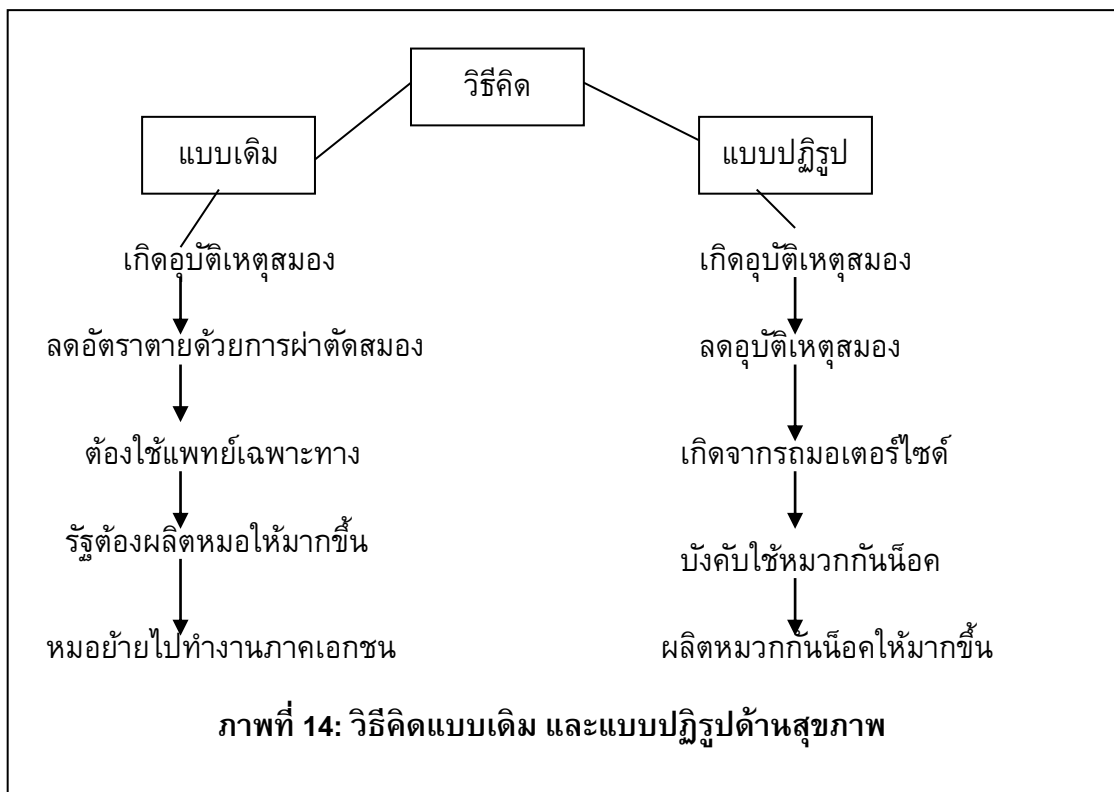
เกิดขึ้นของระบบปฏิรูปสุขภาพนั้นเป็นสภาวะหลังชนฝาของยุคสมัยที่สองของสุขภาพไทยที่จนตรอกไม่มีทางอื่นไปนอกจากเส้นทางปฏิรูปเท่านั้น

(ข) โรคภัยไข้เจ็บเปลี่ยนไป ในขณะที่ยุคสมัยที่สองนั้น ความเจ็บป่วยของคนไทยเกิดมาจากตัวเชื้อโรคทั้งหลาย แต่ทว่าในยุคสมัยปัจจุบันนี้ อากาศสุขภาพเสื่อมโทรมของคนไทยนั้นเกิดมาจากสาเหตุใหม่ 2 ประการคือ

- เกิดมาจากสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภัย (Risk society) ทุกวันนี้สิ่งแวดล้อมรอบตัวเราล้วนแล้วแต่มีอันตราย เช่น ในพื้นดินมีสารเคมีและสารพิษนานาชนิด ในอาหารก็ปนเปื้อนมลพิษ ในน้ำมีของเสีย ในอากาศมีมลพิษ ฯลฯ

- สีสาวชีวิตที่สุ่มเสี่ยง สีสาวชีวิตของคนยุคใหม่มีลักษณะก๊วกมือเรียกโรคเข้าหาตัวเอง เช่น การสูบบุหรี่ (ที่ไม่มีใครบังคับ) เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและความตายให้ประชาชนมากที่สุด รวมทั้งการดื่มเหล้าอันก่อให้เกิดอุบัติเหตุตามมา หรือโรคตับแข็ง ทั้งนี้ยังไม่นับโรคภัยแรงเช่นเอดส์ที่เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น

(ค) วิธีคิดแบบปฏิรูป จากวิกฤติของระบบสุขภาพที่ทำให้คนไทยเราเข้าสู่หนทางอันจวนไม่มีทางไปแล้ว หนทางไปสู่การมีสุขภาพดีจึงมีแต่ต้องปรับเปลี่ยน/ยกเครื่องวิธีคิดและวิธีปฏิบัติกันใหม่อย่างถึงรากถึงโคน ที่เรียกว่า "การปฏิรูปสุขภาพ" ซึ่งนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แสดงให้เห็นความแตกต่างเวลาที่เรามีวิธีคิดแบบเก่ากับแบบปฏิรูปเป็นสายโซ่ทางความคิดดังนี้



แนวทางแรก เป็นวิธีคิดแบบเดิม เริ่มต้นจากปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อด้านสมอง และมีวิธีคิดว่า ต้องแก้ปัญหาด้วยการลดอัตราการตายด้วยการผ่าตัดสมอง ทั้งนี้ การผ่าตัดสมองดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นรัฐบาลจึงจำเป็นต้องผลิตหมอผ่าตัดสมอง (ศัลยแพทย์) ให้มากขึ้น แต่หลังจากลงทุนจำนวนมากเพื่อผลิตหมอผ่าตัดสมองออกมาได้แล้ว เนื่องจากระบบแพทย์แบบธุรกิจแข่งขันโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีทุนหนากว่า มีเครื่องมือเครื่องมือทันสมัยกว่า ก็มาประมูลหมอผ่าตัดจากภาครัฐไปทำงาน เกิดเป็นโรคใหม่ขึ้นคือโรคสมอง(หมอผ่าตัด)ไหล และเกิดหมอผ่าตัดสมองไม่พอ คนไข้ก็ตายจากอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อสมอง วันเวียนเป็นการเดินในเขาวงกตหาทางออกไม่ได้อยู่อย่างนี้

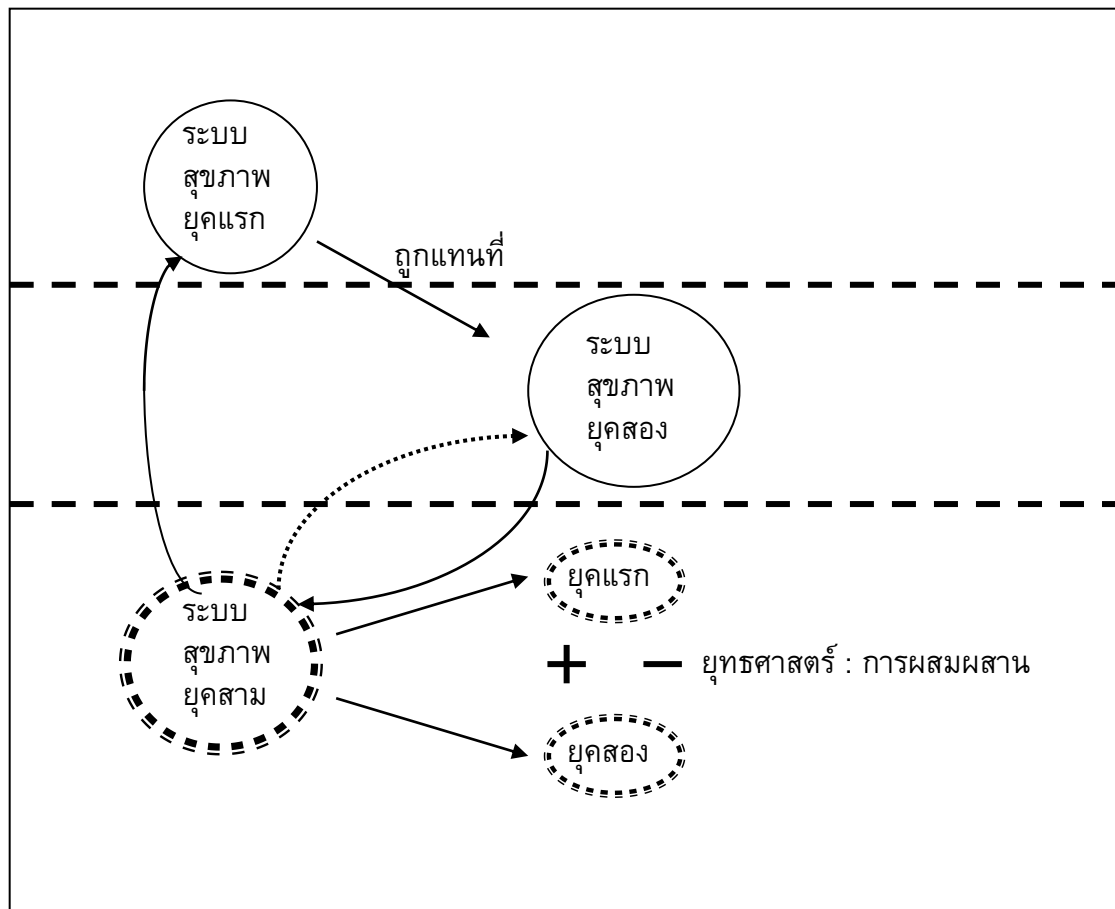
แนวทางที่สอง เป็นแนวทางใหม่ที่เสนอให้มองตามหลัก "อริยสัจสี่" ของพุทธศาสนา และเป็นการมอง "ย้อนขึ้นไป" แทนที่จะ "มองไปข้างหน้า" แบบแนวทางแรก วิธีคิดแบบใหม่นี้ จะเริ่มมองที่ตัวปัญหาคือเมื่อเกิดอุบัติเหตุสมอง (ทุกข์) ให้มองไปที่เหตุแห่งทุกข์ (สมุทัย) คืออุบัติเหตุสมองส่วนใหญ่เกิดจากการขี่มอเตอร์ไซด์โดยไม่สวมใส่หมวกกันน็อค จากนั้นจึงแสวงหาทางดับทุกข์ (นิโรธ) เช่น อาจออกเป็นกฎหมายบังคับให้สวมหมวกกันน็อค ครอบรถให้ใช้หมวกกันน็อค หรือผลิตหมวกกันน็อคให้มากขึ้น อันเป็นหนทางนำไปการดับทุกข์ (มรรค) นั่นคือ ลดสถิติจากการตายจากอุบัติเหตุรถมอเตอร์ไซด์ได้

(ง) การปฏิรูประบบสุขภาพ คือการปรับประสานยุคแรก + ยุคสอง

ดังที่ได้ทบทวนมาแล้วตั้งแต่ยุคแรกและยุคที่สองของระบบสุขภาพไทยว่า ในแต่ละยุคมีข้อเด่นและข้อจำกัดของตนเอง การแพทย์พื้นบ้านนั้นอาจจะอ่อนด้อยต่อการเผชิญหน้ากับโรคที่มีตัวเชื้อ หากแต่ทว่ายอดเยี่ยมอย่างยิ่งในการรักษาโรคทางใจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม ในขณะที่การแพทย์สมัยใหม่นั้นอาจจะเด็ดขาดในการปราบเชื้อโรคแต่ทว่ารักษาโรคทางใจไม่ได้ หรือมีกำแพงเงินตราขวางกั้นคนยากจนไม่ให้ป็นปายได้ถึง

และข้อผิดพลาดที่ผ่านมาของระบบสุขภาพไทยอาจจะอยู่ตรงที่ว่า ใช้ยุทธศาสตร์ **"การแทนที่"** คือ บัดกวาดการแพทย์แผนโบราณทิ้งออกไปให้หมดแล้วนำเอาการแพทย์แผนใหม่เข้ามาแทนที่ ทำให้สูญเสียข้อเด่นของของเดิมและไม่อาจจัดข้อด้อยของของใหม่ได้

ดังนั้น แนวคิดหลักของการปฏิรูปสุขภาพจึงปรับเปลี่ยนที่ตรงยุทธศาสตร์ด้วย กล่าวคือ นำเอายุทธศาสตร์แบบ **"ปรับประสาน"** คือ แยกแยะทั้งข้อเด่น/ข้อด้อยของทั้งการแพทย์พื้นบ้านและสมัยใหม่ แล้วพยายามหาทางนำเอาข้อเด่นมาประสานกัน ตัวอย่างเช่น ต้องนำวิธีคิดเรื่องสุขภาพแบบพื้นบ้านเรื่อง **"สร้างนำซ่อม"** ซึ่งเป็นข้อเด่นมาใช้แทนวิธีคิดแบบแผนใหม่ว่า **"ไม่สบายก็ไปหาหมอ"** เป็นต้น

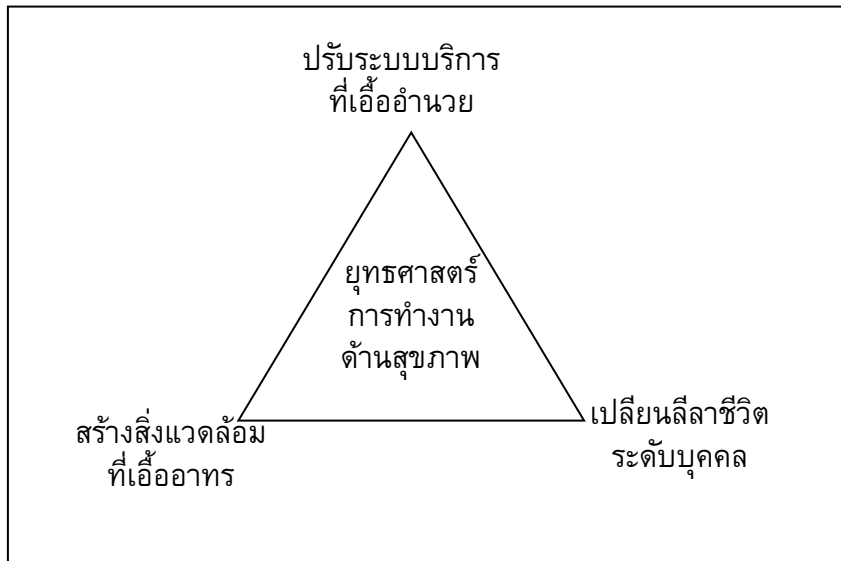


ภาพที่ 15: ระบบสุขภาพยุคสาม

(จ) ขอบเขตและยุทธศาสตร์ของสุขภาพ

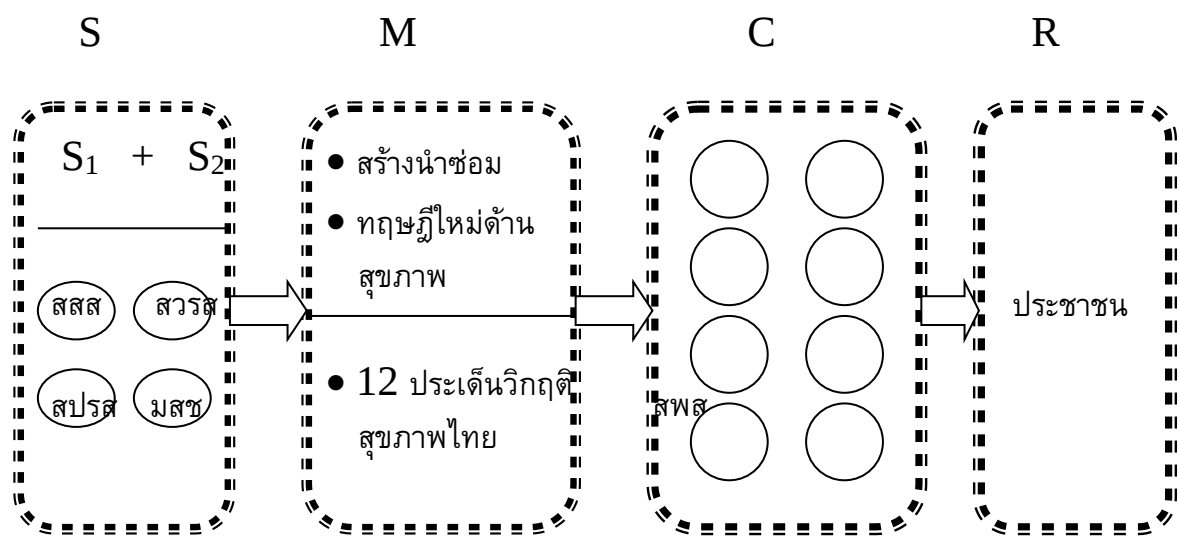
ในยุคลปฏิรูปสุขภาพนี้ ขอบเขตการทำงานด้านสุขภาพใน 3 zone ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ก็จะไม่กินพื้นที่แค่ zone 1 และ 2 เท่านั้น หากแต่จะเน้นหนักกลุ่มคนที่มีสุขภาพดีอยู่แล้วใน zone 3

นอกจากนั้น ยุทธศาสตร์ของการทำงานด้านสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์จากสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปข้างต้น คือ สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภัยและลีลาชีวิตที่สุมเสี่ยงของบุคคล รวมทั้งการออกแบบระบบบริการที่ก่อตัวมาตั้งแต่ยุคสมัยที่สอง ซึ่งมีโฉมหน้าที่ไม่สอดคล้องกับการปฏิรูปสุขภาพเพราะมี "วิธีคิด" (software) เป็นแบบเก่า ดังนั้น ยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพแบบปฏิรูปจึงต้องครอบคลุมสามเหลี่ยมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้



ภาพที่ 16: ยุทธศาสตร์การทำงานด้านสุขภาพ

ดังนั้น จากสูตร S-M-C-R-E ในยุคที่สามอันเป็นยุคสมัยแห่งการปฏิรูปสุขภาพนี้ จึงมีหน้าตาออกมาดังนี้



ภาพที่ 17: องค์ประกอบของยุคสามของสุขภาพไทย

(1) กลุ่มผู้ส่งสาร

ในยุคที่สามนี้ ผู้ส่งสารคือผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพนั้น ก็จะเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ คือเป็นคนทุกกลุ่ม ทุกคน ทุกพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่จะต้องสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เพราะ "สุขภาพดีนั้นไม่มีขาย อยากรู้ก็ต้องสร้างเอง"

และนอกจากจะมี "ผู้ส่งสารเจ้าเก่า" ทั้งจากยุค 1 + 2 มาทำงานแล้ว เนื่องจาก การปฏิรูปทั้งแนวคิด/แนวปฏิบัติ/ระบบใหม่ๆ ดังนั้น จึงต้องมีการ "งอกหน่อ" องค์กร/ หน่วยงานแบบใหม่เกิดขึ้นมา เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หรือมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เป็นต้น

(2) เนื้อหาสาร

ในระดับของแนวคิดนั้นก็คือ ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งมีธงบอก สะท้อนอยู่หน้าแนวคิดนี้ว่า "สร้างนำซ่อม"

ส่วนแนวทางปฏิบัตินั้น นพ.ประเวศได้ระบุเอาไว้ ตัวอย่างงานใหญ่ๆ 12 เรื่องที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของไทยที่ต้องแก้ไขให้ได้นั้น จะเป็นแนวทางสำหรับยุคปฏิรูปนี้ (จะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป)

(3) ช่องทางการทำงาน/สื่อสาร เราได้ทบทวนประวัติศาสตร์จากยุค 1 และยุค 2 มาแล้วว่า เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงยุคสมัยในแต่ละครั้งนั้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนช่องทาง/เส้นทางการเดินทางของเนื้อหา/ความรู้/ความเข้าใจ/ภูมิปัญญา/แนวทางการปฏิบัติเสียใหม่ เช่น จากยุค 1 ที่เคยใช้ช่องทาง/พื้นที่สุขภาพที่อยู่ในชุมชน/ในวัดก็แปรเปลี่ยนมาเป็นช่องทาง/พื้นที่ใหม่ เช่น โรงพยาบาล สุขศาลา สถานือนามัย เป็นต้น

ดังนั้น ในยุคที่สามนี้ จึงต้องมีการเปิดพื้นที่/ช่องทางการสื่อสารใหม่เช่นเดียวกัน และในท่ามกลางช่องทาง/พื้นที่ใหม่อื่นๆ โครงการสื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข (สพส.) ก็ได้มาเข้าแถวเป็นหนึ่งในช่องทางใหม่นั้นด้วย

กล่าวโดยนัยนี้ การทำโครงการของสพส.จึงเป็นการเปิดพื้นที่ใหม่ให้ภูมิรัฐ-ภูมิปัญญา/วิธีปฏิบัติด้านสุขภาพจากยุค 1 & ยุค 2 ให้มาปรากฏตัว/มาแสดงตัว/มาประสมประสาน/มาสร้างสรรค์/มาปรับเปลี่ยน ผ่านออกมาในช่องทางสื่อพื้นบ้านประเภทต่างๆ นั่นเอง

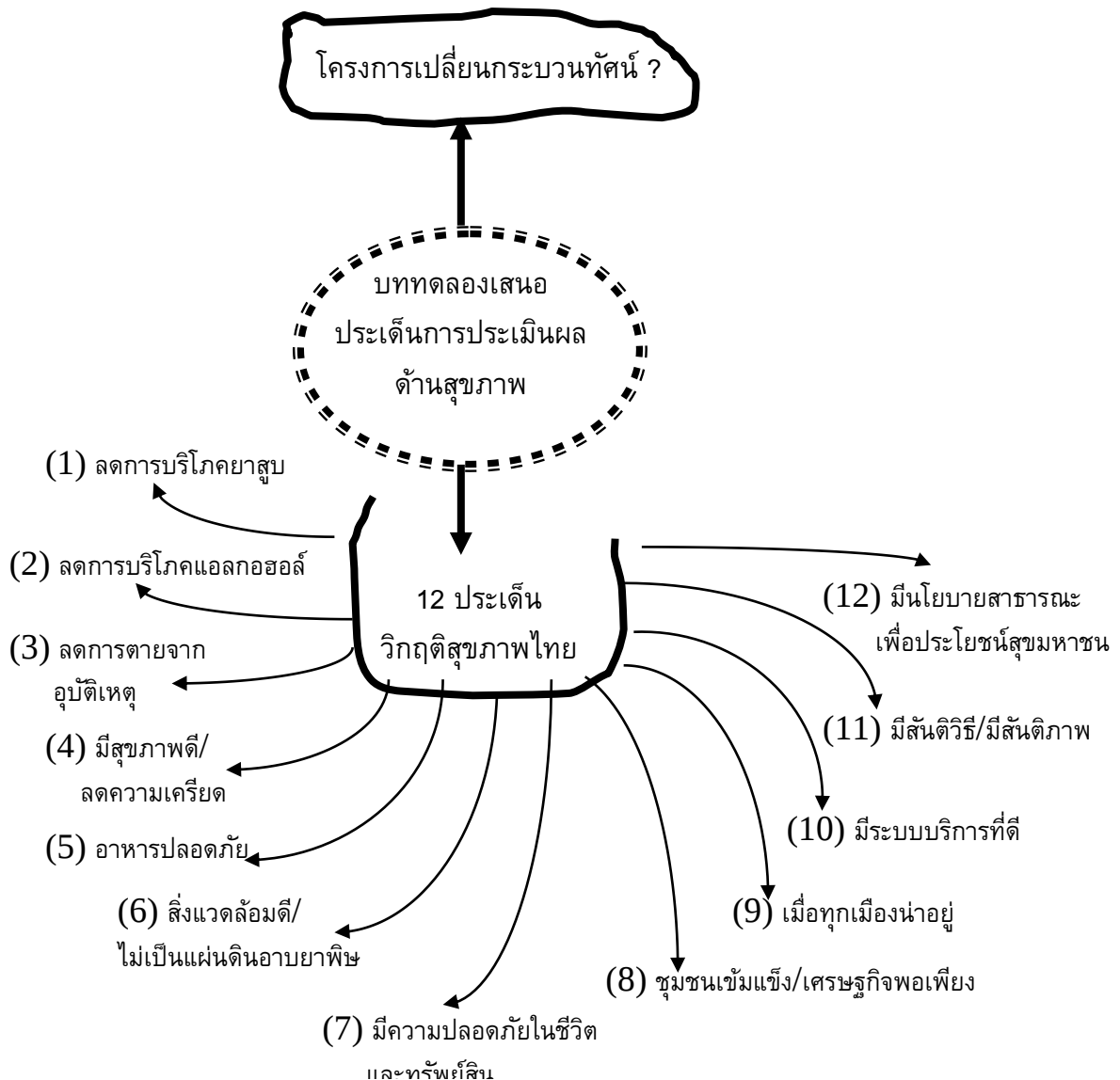
และการทำโครงการของสพส. จึงเป็นการเขียนบันทึกอีกหน้าหนึ่งที่จะอยู่ในสมุดประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพไทยที่ดำเนินมาตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน และจะสืบทอดต่อเนื่องในอนาคต

4. บททดลองเสนอการประเมินผลด้านสุขภาพ

เนื่องจากข้อเขียนนี้เป็นบทความประกอบการสัมมนาเรื่อง "การประเมินผล" ในโครงการ "สื่อพื้นบ้านสื่อสารสุข" ดังนั้น ดังที่ได้เกริ่นมาตั้งแต่ต้นว่า โครงการสพส.นั้นต้องเป็นการตบมือ

ทั้ง 2 ข้าง คือทั้งเรื่องการสื่อสาร และเรื่องสุขภาพ ในขั้นตอนการประเมินนี้ก็ต้องประเมินมือทั้ง 2 ข้างเช่นกัน

- | | | |
|--------------------|---|----------------------------|
| • สุขภาพดีแบบเดิม | → | • สุขภาพดีแบบใหม่ |
| • สื่อที่ใช้ภายนอก | → | • สื่อที่ใช้อยู่ในท้องถิ่น |
| • รักษา | → | • ป้องกัน/ส่งเสริม |
| • ฟังหมอ | → | • ฟังตนเอง |
| • ทฤษฎีโรค | → | • ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ |



ภาพที่ 18: บททดลองเสนอประเด็นการประเมินผลด้านสุขภาพ

บททดลองเสนอเรื่องการประเมินนี้ จะขอเสนอ 2 แนวทาง แนวทางแรกเป็นเป้าหมายหลัก (หนึ่งในหก) ของโครงการสพส. คือการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสื่อพื้นบ้านและสุขภาพ แนวทางที่สองจะประเมินจากศักยภาพของโครงการสพส. ในการรับมือกับตัวอย่างวิกฤติใหญ่ๆ 12 ประเด็นที่พ.ประเวศได้นำเสนอเอาไว้

(4.1) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์

ตัวอย่างกระบวนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและสุขภาพที่ทางโครงการสพส. ตั้งเป้าหมายอยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ก็เช่น

- **ความเข้าใจเรื่องสุขภาพดี**

จากสุขภาพดี = ไม่เป็นโรค ไปสู่ สุขภาพดี คือ การสร้างดุลยภาพทั้ง 4 ด้านของพระเจดีย์แห่งสุขภาพ

ตัวอย่างเช่น (i) มิติทางกาย โครงการซีละเพื่อสุขภาพ (ศิลปะป้องกันตัวของชาวมุสลิม) เป็นสื่อพื้นบ้านที่ช่วยให้ผู้ร่วมโครงการมีสุขภาพทางกายดีขึ้น เคลื่อนไหวคล่องตัว กล้ามเนื้อแข็งแรง ไม่เจ็บปวดตามข้อเข่า เป็นต้น

(ii) มิติทางจิตวิญญาณ เช่น โครงการสวดสรภัญญะ ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีสมาธิที่ดี มีสติตั้งมั่น มีจิตใจที่แจ่มใสสดชื่น

(iii) มิติด้านสังคม เช่น โครงการเทศน์มหาชาติที่วัดศรีสุพรรณ ได้ช่วยเชื่อมประสานให้บ้าน/วัด/โรงเรียน เข้ามามีสายสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นและมีพลังสำนึกถึงระดับที่สามารถจัดงานใหญ่ เช่น เทศน์มหาชาติได้

(iv) มิติด้านสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น งานกฐินถวายเป็นทาน ได้มีการทบทวนว่า "เปรตที่ทำลายสุขภาพชุมชนในยุคปัจจุบัน" คือการใช้สารเคมีเทลงแผ่นดินในการทำนา เป็นต้น

- **จากการพึ่งพาคนอื่นมาสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ** เช่น โครงการออกกำลังกายด้วยมวยเจิง ทำให้ไม่ต้องซื้อยาแก้ปวดร่างกายมากนัก โครงการใช้สมุนไพรทำให้ไม่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาล

- **จากการพึ่งพาคนอื่นมาสู่การพึ่งตนเองด้านสื่อ** ในโครงการร่ำแห่งตุ๊กเพื่อสุขภาพ เวลาทีมงานมหรสพต่างๆ ในชุมชนก็ไม่ต้องไปหาจ้างวงดนตรีจากข้างนอก เพราะคนในชุมชนสามารถแสดงกันได้อีก หรืองานในโครงการแหงหยวก จ.เพชรบุรี ก็ทำให้พึ่งตนเองในเรื่องการประดับประดาโดยใช้กากบกล้วยเป็นวัสดุในท้องถิ่น ฯลฯ

- **การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากทฤษฎีโรค** ไปสู่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การประเมินผลการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เหล่านี้จะใช้วิธีการเปรียบเทียบดูสภาพก่อน-หลังของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการเพื่อพิจารณาให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในประเด็นที่ระบุมาข้างต้น โดยอาจจะมีการวัดผลหลายรูปแบบ เช่น การสอบถามกลุ่มเป้าหมาย การสังเกตพฤติกรรม ฯลฯ

(4.2) โครงการสพส.ตอบรับต่อวิกฤติด้านสุขภาพ 12 ประเด็นได้อย่างไร

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า นพ.ประเวศได้ยกตัวอย่างปัญหาในระดับวิกฤติด้านสุขภาพของไทยในยุคปัจจุบันมา 12 ประเด็นซึ่งในทั้ง 12 ประเด็นนี้โครงการสพส.อาจจะประเมินว่ากิจกรรม/การงานที่แต่ละโครงการย่อยได้ทำนั้น ได้ตอบรับกับวิกฤติดังกล่าวอย่างไรบ้าง

1. ลดการบริโภคยาสูบ เช่น โครงการมวยเงินนั้น หากจะสอนเด็กให้เล่นมวย อาจต้องสอนเด็กว่า หากต้องการต่อยมวยให้หนัก ต้องลดหรือเลิกการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ เช่น โครงการกฐินถวญแทน ที่จ.พิจิตร ชาวบ้านที่จัดงานได้จัดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ก่อนเตรียมงานกฐิน จนถึงวันทอดกฐินว่าเป็นช่วงเวลาอดเหล้า หรือในโครงการสวดสรภัญญะ ก็มีการแต่งบทสวดสรภัญญะเกี่ยวกับ "เมาไม่ขับ" เป็นต้น

3. ลดการตายจากอุบัติเหตุ เช่น โครงการดาบสร้างคนและเสริมสุขภาพของชุมชนปกากะญอ ที่บ้านเมืองน้อย จ.แม่ฮ่องสอน ในการฝึกเด็กผู้ชายให้มีสติในการใช้ดาบนั้นก็คงต้องคิดถึงจิตสำนึกเรื่องความปลอดภัยในชีวิต ดังนั้น เวลามาขับขี่มอเตอร์ไซค์ก็ให้พกสติ (ที่มาจากการฝึกดาบ) ติดตัวมาใช้ด้วย

4. มีสุขภาพจิตดี/ลดความเครียด โดยส่วนใหญ่ข้อดีของสื่อพื้นบ้านจะโดดเด่นในแง่การสร้างสุขภาพที่ดีจากความสนุกสนานอันมีสาเหตุ/ปัจจัยมาจากองค์ประกอบต่าง ๆ อยู่แล้ว เช่น สุขใจที่ได้รำไท่ต๊ก จ.จันทบุรี หรือทอผ้าแบบต่อจากที่แม่เคยทำ (โครงการผ้าทอดต่อจากแม่ จ.นครราชสีมา) ก็ทำให้มีสมาชิกลดความเครียดได้อย่างดี

5. อาหารปลอดภัย

6. สิ่งแวดล้อมดี/ไม่เป็นแผ่นดินอาบยาพิษ ตัวอย่างเช่น โครงการผีป่วนปี 2004 จ.ลำปาง บรรดาแก๊งค์เห็นว่า ตนเองไม่ควรจะฉีดยาเคมีใส่พืชผักแล้วเอาไปให้ลูกหลานกิน เพราะเป็นการฆ่าลูกหลานทางอ้อม จึงรวมกลุ่มทำเกษตรปลอดสารพิษ

7. มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

8. ชุมชนเข้มแข็ง/เศรษฐกิจพอเพียง โครงการลูกบัตโนราพัฒนาชีวิต จ.พัทลุง ได้ช่วยสร้างงานร้อยชุดลูกบัตโนราให้แก่เยาวชนได้มีงานทำในชุมชน ไม่ต้องทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิด

9. เมืองทุกเมืองน่าอยู่

10. มีระบบบริการที่ดี ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข

11. มีสันติวิธี/มีสันติภาพ เช่น โครงการเทศน์มหาชาติวัดศรีสุพรรณ จ.เชียงใหม่
ที่ได้กล่าวถึงไปแล้วที่ได้ช่วยประสานบ้าน/วัด/โรงเรียนให้หันหน้าเข้ามาหากัน

12. มีนโยบายสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขมหาชน

เอกสารประกอบ

1. ทวีศักดิ์ เผือกสม (2546)
"รัชเชษฐกรรม : จากโรงพยาบาลสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน", รัฐศาสตร์สาร ปีที่
24:1 คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
2. เทพิน พัทธนาภิรักษ์ (2546)
"การดูแลสุขภาพคือการดูแลสุขภาพชีวิต: นิยามสุขภาพในทัศนะของบุคคล" วารสาร
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ปีที่ 16:1.
3. ประเวศ วะสี (ก) (2547)
"ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์" มติชนสุดสัปดาห์ (ฉบับปีที่ 24: 1243/1244 วันที่
11-18 มิ.ย. และ 18-25 มิ.ย. 2547).
4. ประเวศ วะสี (ข) (2547)
"สสส : ยามดียามร้ายของนายกข ในมุมมองของหมอประเวศ" มติชน 13 ส.ค.
2547.
5. ประทีป ชุมพล (2545).
ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย, สำนักพิมพ์มติชน, กทม.
6. วิฑิต วัฒนาวินบูล และคณะ (2545) (พิมพ์ครั้งที่ 7)
ทฤษฎีแพทย์จีน, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กทม.
7. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541)
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
กทม.

