โครงการวิจัย
การทบทวนความหมายของคำและนิยามทางวิชาการและในภาคปฏิบัติการ ของกลุ่มคำที่ใช้ในการร่างหลักการของ ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

ผ.ศ. ดร. สุวจี กู๊ด

กันยายน 2545

สารบัญ

คำนำ 1

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร 2

1. โครงการวิจัยโครงการวิจัยการทบทวนความหมายของคำและนิยามทางวิชาการ และในภาคปฏิบัติการของกลุ่มคำที่ใช้ใน ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ 3

2. องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคำและนิยามในร่างพ.ร.บ.สุขภาพ

2.1 สุขภาพ (Health) 6

2.1.1 นิยามทางวัฒนธรรมและอารยธรรม

2.1.2 นิยามจากองค์การอนามัยโลก และ การขับเคลื่อนในคำนิยาม 8

2.1.3 นิยามทางวิชาการและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง 14

2.2 ระบบสุขภาพ (Health system/ Health care system)

2.2.1 นิยามทางวิชาการด้านระบบ และ การศึกษาระบบ 17

2.2.2 นิยามระบบสุขภาพจากนักวิชาการการสาธารณสุข 17

2.2.3 ความหมายและคำจำกัดความทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา 19

2.2.4 ความหมายและคำจำกัดความจากองค์การอนามัยโลก 22

2.3 ความมั่นคงทางสุขภาพ (Health Security)

2.3.1 ความเป็นมาของความเข้าใจในเรื่องความมั่นคง 24

2.3.2 การขยายขอบเขตเรื่องความมั่นคงไปสู่สุขภาพ 26

2.3.3 ตัวอย่างความมั่นคงในสุขภาพผู้หญิง 29

2.4 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

2.4.1 คำนิยามและการตีความหมาย 31

2.4.2 ที่มาที่ไป หลักการและเหตุผลของการส่งเสริมสุขภาพ 33

2.4.3 การนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย 35

2.4.4 ขอบเขตและฐานของการสร้างเสริมสุขภาพ 36

2.5 นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

2.5.1 นิยามของนโยบายสาธารณะ (Public Policy) 38

2.5.2 นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ ตามหลักแนวคิดและทฤษฎีสากล 39

2.5.3 ความรับผิดชอบต่อสังคมกับนโยบายสาธารณะ 41

2.6 ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ (Health Hazards)
2.6.1 Hazards หมายถึงอะไร ควรแปลว่าอย่างไร 43
2.6.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ health hazards 44
2.7 การบริการระดับต่างๆ (Health care services): ปฐมภูมิ (primary)
ทุติยภูมิ (secondary) และ ตติยภูมิ (tertiary)
กับระบบบริการสาธารณสุข (health care system)
2.7.1 ปัญหาของการแปลในภาษาไทย: ‘‘ปฐม ทุติ ตติ’’ หรือ
‘‘เบื้องต้น เบื้องกลาง เบื้องสูง’’ หรือ ‘‘ระดับหนึ่ง ระดับสอง ระดับสาม’’
กับการบริการสาธารณสุข 46
2.7.2 การดูแลสุขภาพในเบื้องต้น หรือ การบริการเบื้องต้น 47
2.7.3 ขอบเขตการบริการระดับสองหรือทุติยภูมิ (secondary) 50
2.7.4 การบริการระดับสาม / ตติยภูมิ (tertiary health care) 50
2.8 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (Local/indigenous health wisdom/knowledge)
2.8.1 ภูมิปัญญา = wisdom หรือ knowledge 51
2.8.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นของใคร ครอบคลุมอะไรบ้าง 52
2.8.3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 53

3. ข้อเสนอแนะ และ แนวทางที่จะนำไปใช้ในพ.ร.บ.
3.1 เปรียบเทียบนิยามตามร่าง พ.ร.บ. และจากการทบทวนวรรณกรรม 55
3.2 หลักการของการร่างพ.ร.บ.เพื่อการปฏิรูปสุขภาพ กับคำนิยามที่ควรจะมี:
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในบริบทของการปฏิรูป 65
3.3 ข้อจำกัดในการให้คำนิยาม 66

บรรณานุกรม 67
Appendix 72

คำนำ

การศึกษาเพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับ คำนิยามและศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสุขภาพ นั้นเกิดขึ้นมาเพื่อพิจารณาเนื้อหา ประเด็น และขอบเขตของคำ ที่นำไปบรรจุอยู่ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ ซึ่งเป็นการวิจัยและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่มาจากเอกสารและงานวิชาการ ประกอบกับการวิจัยในภาคปฏิบัติการว่ามีการใช้หรือการนำคำศัพท์เหล่านี้ไปใช้ และกล่าวถึง หรือ ตีความในลักษณะใด มีการสร้างวาทกรรมในสังคมอย่างไร ที่ชี้นำแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติของกลุ่มคนในหลากหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพและกลุ่มคนในสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและชัดเจนในองค์ความรู้และวาทกรรมที่ถูกสร้างขึ้นในสังคมไทย

ในเบื้องต้น การศึกษานี้เป็นเพียงการทบทวนวรรณกรรม และข้อเขียนทางวิชาการเกี่ยวกับคำศัพท์ ต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิรูปสุขภาพ ที่ปรากฏในร่าง พ.ร.บ. เป็นหลัก โดยผู้ศึกษาได้รับการมอบหมายจากสถาบันวิจัยสาธารณสุข ให้ศึกษาทบทวนคำนิยามในสิบคำหลัก ได้แก่ ความหมายของคำว่า สุขภาพ ระบบสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ปัญหาคุกคามสุขภาพ การบริการสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ดังที่ปรากฏในเนื้อหาของการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ใน พ.ร.บ. สุขภาพ ผู้ศึกษาจึงนำเสนอ คำนิยามที่ปรับใหม่ เพิ่มเติมขึ้น เพื่อนำไปสู่การพิจารณาและดำเนินการต่อไปโดยผู้เชี่ยวชาญ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการยกร่างกฎหมายดังกล่าว

ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ในบริบทของสังคมไทย เราจะยังใช้คำนิยามตามหลักสากลขององค์การอนามัยโลก เป็นส่วนใหญ่ คำนิยามที่ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ที่เป็นของคนไทยยังมีน้อยมากที่เป็นข้อเขียน การศึกษาเพิ่มเติมในบริบทของสังคมไทยและจากข้อเสนอแนะที่ได้รับจากเวทีสมัชชาต่างๆ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำมาสังเคราะห์ความรู้และข้อคิดเห็นที่สร้างเป็นวาทกรรมใหม่ที่มีลักษณะเฉพาะต่อสังคมไทย ซึ่งผู้ศึกษาคาดว่าจะกระทำได้ในขั้นต่อไปของการศึกษา

ผู้ศึกษาต้องขอขอบคุณ สถาบันวิจัยสาธารณสุขที่มอบหมายภาระกิจนี้ให้ ที่ช่วยให้ผู้ศึกษาเองได้เข้าใจในประเด็นเหล่านี้ลึกซึ้งขึ้นด้วย

ผ.ศ. ดร. สุวจี กู๊ด (นักวิชาการอิสระ) และ
อาจารย์สอนใน วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรสิทธิมนุษยชนมหาบัณฑิตนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรสตรีศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคำศัพท์ที่ปรากฏในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้น เป็นการศึกษาเพื่อเกิดความเข้าใจในเนื้อหา และประเด็นที่ครอบคลุมในเรื่องนั้นๆ จากมุมมองทางวิชาการ จากข้อตกลงระดับนานาชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดคำนิยามและความหมายในร่างพ.ร.บ. คำที่นำมาศึกษาทั้งหมดมีสิบคำด้วยกันคือ สุขภาพ ระบบสุขภาพ ความมั่นคงทางสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ปัญหาคุกคามสุขภาพ การบริการสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาทบทวนก็พบว่า คำเหล่านี้ยังมีการระบุคาดเคลื่อนและไม่ครอบคลุมประเด็นอีกหลายๆ ประเด็นที่มีระบุไว้ในเอกสารสำคัญๆ เช่นจากองค์การอนามัยโลก ทั้งๆ ที่จะเห็นได้ว่า คำเหล่านี้ถูกนำมาใช้ในลักษณะที่ยืมมาจากองค์การต่างประเทศโดยเฉพาะในองค์การอนามัยโลก แต่ยังมีการแปลที่คลาดเคลื่อนและไม่ครบตามประเด็น ในเนื้อหาสาระที่แท้จริงของคำ บางคำจะมีการแปลที่เฉพาะประเด็นที่ทำให้ตีความได้แตกต่างไป เช่น ความมั่นคงทางสุขภาพ นโยบายสาธารณะและปัญหาคุกคามสุขภาพ ซึ่งในหลักวิชาการและการใช้ในเวทีนานาชาติ เช่นสมัชชาสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) จะมีความหมายครอบคลุมอีกหลายๆ ประเด็นที่ยังไม่มีการพิจารณาในสังคมไทย เมื่อแปลเป็นคำดังกล่าว ผู้รับสารสามารถตีความและเข้าใจความหมายและความสำคัญของคำเหล่านี้ผิดพลาดไป โดยเฉพาะเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ ในบริบทสังคมไทยยังใช้ในเรื่องของเศรษฐกิจและการเมือง เมื่อนำมาใช้กับสุขภาพจึงมีความเข้าใจผิดไปได้ว่ากำลังใช้คำที่เป็นการเมืองเพื่อลอกเลียนพระราชบัญญัติอื่นๆ ที่ต้องคำนึงถึงความมั่นคง และยังมี คำอีกหลายๆ คำที่สะท้อนแนวคิดที่แสดงถึงมุมมองเรื่องสุขภาพ ที่กว้างขวางกว่าคำนิยามที่ให้ไว้ในร่างพระราชบัญญัติ เช่นสุขภาพผู้หญิง ระบบบริการสุขภาพ ที่ไม่ใช่เพียงเรื่องการให้บริการทางสาธารณสุข เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้จึงพยายามศึกษาให้ลึกลงไปในความเป็นมาของคำที่บัญญัติในหลักสากล และทางวิชาการว่ามีบริบทของความเป็นมา บนเงื่อนไขใด เพื่อให้มีการประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมไทยได้อย่างเหมาะสม ตามหลักการและอุดมการณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป ในทุกๆ คำศัพท์จะมีบริบททางวิทยาการความรู้ ผสมผสานไปกับ แนวคิดทางการเมืองและการต่อรองทางอำนาจในสังคมต่างๆ ที่เป็นแม่บทในการร่างศัพท์เหล่านี้ไว้ด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ demystify คำบัญญัติที่หลายคนคิดว่าต้องรับมาอย่างแก้ไขใหม่มิได้

นอกจากนั้นในบทสุดท้ายผู้ศึกษาพยายามเสนอแนะแนวทางเพื่อการพิจารณาในการบัญญัติศัพท์เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและหลักสากล โดยให้มีความสอดคล้องกับสังคมไทยไปด้วย ซึ่งไม่ใช่การแปลมาจากศัพท์บัญญัติโดยตรง ทั้งนี้เป็นเพียงการเสนอ คำนิยามที่ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ท่านผู้รู้ได้นำไปพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง และนำประเด็นในเรื่องของหลักการในการร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ มาเปรียบเทียบให้เห็นว่ายังมีประเด็นอื่นใดที่ขาดหายไปและต้องนำมาพิจารณาทบทวนกันต่อไป

บทที่1

โครงการวิจัย การทบทวนความหมายของคำและนิยามทางวิชาการ และในภาคปฏิบัติการของกลุ่มคำที่ใช้ใน ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากขณะนี้คณะทำงานยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ได้มีการร่างสาระสำคัญ ของ พ.ร.บ. ดังกล่าวแล้วในเบื้องต้น โดยที่สาระสำคัญต่างๆ ที่บรรจุไว้นั้นมีการระบุถึงแนวคิด และหลักการสำคัญไว้หลายประการ ทั้งที่ได้มาจากการศึกษาทางวิชาการ ในเบื้องต้น ของคณะวิจัยหลายชุดด้วยกัน จึงมีคำศัพท์ทางเทคนิค และคำนิยามอยู่จำนวนไม่น้อยที่นักวิชาการ สื่อมวลชน และองค์กรภาคประชาชนต่างๆ ใช้ในลักษณะที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่กลับคิดไปว่า หรือเข้าใจว่าคำเหล่านี้ถูกใช้ในความหมายเดียวกัน ทั้งนี้จึงเล็งเห็นปัญหาของการสื่อสารและการ ตีความพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวไปในทิศทางที่หลากหลายและเป็นปัญหาต่อเนื่องในกระบวนการ ทางกฎหมาย หากคำศัพท์และคำนิยามหลายๆ คำ นั้นไม่มีสาระสำคัญครอบคลุมมิติต่างๆ ที่คนหลายๆ กลุ่มใช้ และยังเป็นปัญหาอย่างยิ่งเมื่อใช้ผิดไปจากหลักการและปรัชญาของ พระราชบัญญัติสุขภาพ และ เนื่องจาก พ.ร.บ.เป็นฉบับเพื่อปฏิรูปทั้งแนวคิด วิธีการ และการดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน ซึ่งยึดถือกระบวนทัศน์ใหม่ ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และการบริการ แต่คำนิยามบางประการที่ใช้อยู่ในร่างพ.ร.บ. เองก็ยังไม่สะท้อนถังเป้าหมาย หรืออุดมการณ์ที่แท้จริงของพ.ร.บ. อยู่ในขณะนี้

เพื่อนำไปสู่กระบวนการทางกฎหมาย และ การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างองค์กร ภาครัฐ นักวิชาการ และภาคีภาคประชาชน ในเนื้อหาของพ.ร.บ. ซึ่งวางอยู่บนฐานความเข้าใจร่วมกัน ในการใช้คำและนิยามของศัพท์ต่างๆ ทั้งที่เป็นในเชิงเทคนิคและในทางปฏิบัติ และเพื่อนำเสนอ องค์ความรู้ที่นำไปสู่การพิจารณาหาข้อตกลงร่วมกันในการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในภาคองค์กรประชาชน งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีขึ้นเพื่อสร้างองค์ความรู้ ของชุดคำศัพท์ ที่มักจะถูกใช้ในความหมายต่างกัน และความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เนื่องจากฐานความรู้ของกลุ่มคนมีไม่เท่ากัน การดำเนินการต่อไปทาง กฎหมาย ก็จะพบปัญหาและอุปสรรค ในการทำให้ทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกัน และได้รับความยุติธรรมอย่างเท่าเทียมกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. รวบรวมองค์ความรู้ทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ การแพทย์ และสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์และนิยามต่างๆ ที่ปรากฏในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
2. เพื่อสำรวจความเข้าใจและการตีความาของคำศัพทย์และนิยามเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพในงานวิชาการ ในงานสื่อมวลชน และในภาคประชาชน
3. เพื่อเข้าใจถึงการนำคำศัพท์และนิยามเหล่านี้ไปใช้ในเอกสารทางราชการ ทางภาคเอกชน และในเวทีภาคประชาชน

คำที่ทบทวนจากร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ

1. สุขภาพ
2. ระบบสุขภาพ
3. ความมั่นคงด้านสุขภาพ
4. การสร้างเสริมสุขภาพ
5. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
6. ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ (health harzads)
7. การบริการสุขภาพ
8. การบริการระดับปฐมภูมิ (เบื้องต้น)
9. การบริการระดับสูง (ตติยภูมิ)
10. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (indigenous health knowledge or local wisdom ??)

รูปแบบการดำเนินการ

ก. สืบค้นทางเอกสาร (Documentary search) แบ่งเป็น

1.1. Academic literature review

1.2. Official documentation

1.3. Media and Printed matter

ข. การสืบค้นในภาคปฏิบัติการ การนำไปใช้ พูดถึง หรืออ้างอิงถึง (discursive practice) ของกลุ่มคน และองค์กรต่างๆ

1.1. เจ้าหน้าที่ทางหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.2. สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชนทางด้านสุขภาพ

1.3. ประชาชนทั่วไป และ key persons ในท้องถิ่น

ระยะเวลาดำเนินการ

ก. การสืบค้นทางเอกสาร และสรุปเรียบเรียง ใช้เวลา 45 วัน (1มิ.ย. – 15 ก.ค. 45)

ข. การสืบค้นในภาคปฏิบัติการใช้เวลา 5 ½ เดือน (16 ก.ค. – 31 ธ.ค. 45)

ผู้ดำเนินการ

1. นักวิจัยหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวจี กู๊ด	นักวิชาการอิสระ
2. ผู้ช่วยนักวิจัย	นางสาวปวี จำปาทอง	นักศึกษาปริญญาเอก ภาควิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทที่ 2

องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับคำและนิยามในร่างพ.ร.บ.สุขภาพ

2.1 สุขภาพ (Health)

2.1.1. นิยามทางวัฒนธรรมและอารยธรรม

สุขภาพ (health) เป็นเรื่องที่สังคมมนุษย์ทุกวัฒนธรรม และอารยธรรม ให้คุณค่า ในฐานะที่สุขภาวะ (well-being) ของสมาชิกเป็นส่วนหนึ่งของความอยู่ดีของสังคม แต่ละอารยธรรมตีความและให้ความหมายเรื่องสุขภาพแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรค และธรรมชาติที่นำมาใช้ในการเยียวยารักษาโรค โดยมีองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับแนวคิด ปรัชญา ความเชื่อของคนในกลุ่มของตน ที่มีผลต่อกระบวนการตรวจวินิจฉัย (diagnosis) การเยียวยารักษา (treatement) และ การดูแลตนเองหรือซึ่งกันและกันในสังคม (health care) ที่เป็นระบบต่างๆ กันไป ตามความเชื่อ แนวคิด และปรัชญาของวัฒนธรรมนั้นๆ คำนิยามที่วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมให้กับคำว่า “สุขภาพ” (health) นั้น ถ้าเป็นการสรุปรวบยอดทางความคิดของวัฒนธรรม เรามักพบคำนิยาม ที่แสดงออกมาเป็น อุปมาอุปมัย บุคลาทิษฐาน หรือ คำพังเพย เช่น “สุขภาพเป็นสมบัติอันล้ำค่า” (health as wealth) “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” ซึ่งมีปรากฏทั้งในสุภาษิตไทยและจีน ในขณะที่คำเปรียบเทียบของคนพื้นเมืองในประเทศอินเดีย เช่นพวกทามิล มีความเห็นว่าสุขภาพไม่ได้อยู่เฉพาะกาย แต่เป็นการรวมกันระหว่างกาย (body) กับวิญญาณ (soul) หรือ ขวัญ ถ้าหายไป (soul loss) จะต้องมีการเรียกกลับคืนมาด้วยพิธีกรรมต่างๆ คล้ายๆ กับของไทยในอดีต ส่วนในความหมายที่ให้จาก ผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาเยียวยาหรือทางการแพทย์ในวัฒนธรรมต่างๆ ก็มีการตีความหรือให้คำนิยาม เกี่ยวกับสุขภาพ โดยแฝงไว้ในคำวินิจฉัยโรค และความรู้ทางการแพทย์ ในการเยียวยารักษา ทั้งนี้ความหลากหลายในการตีความ และ ให้คำนิยามทางวัฒนธรรม ก็ขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ทางวัฒนธรรม สังคม ความเชื่อ ปรัชญาพื้นฐานเกี่ยวกับชีวิตและความตายของสังคมนั้นๆ

ในความเชื่อในอารยธรรมอินเดีย สุขภาพมากจากความสมดุลของธาตุทั้ง 5 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และ แร่ธาตุ (ether) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของร่างกายและการมีชีวิตอยู่ในฐานะที่เป็นสะสาร หากธาตุใดธาตุหนึ่งผิดปกติไปย่อมมีการทำงานที่ผิดปกติไป ร่างกายจะเกิดสภาวะที่เจ็บป่วย อย่างไรก็ตามธาตุทั้งห้านั้นเป็นองค์ประกอบย่อยของระบบจักรวาล นอกจากนั้นร่างกายยังมี ของเหลว (dosha หรือ humors) อีกสามอย่างคือ เสมหะหรือมูก น้ำดี และ ลม สุขภาพที่ดีต้องมีความสมดุลของของเหลวทั้งสาม ความสุขภาพที่ไม่ดี (ill health) (Leslie 1969; Opler 1963) จะแสดงออกมาเมื่อของเหลวนั้นทำงานได้ไม่ดี ทั้งนี้ยังขึ้นกับวัยของบุคคลและฤดูกาล (Beck 1969)[1]

ในอารยธรรมจีน องค์ประกอบสำคัญของชีวิตนอกจากสสารที่จับต้องได้แล้ว ยังมีพลังงานชีวิต (life-force) ที่เป็นคู่ความสัมพันธ์ของหยางและหยิน โดยที่หยางจะไม่มีรูปแต่อยู่ในลักษณะที่เป็นมโนทัศน์ ในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยว

[1] ตัวอย่างเช่น เด็กและคนหนุ่มสาวอาการเจ็บป่วยมักอยู่ที่เรื่องเสมหะ ที่มักเป็นในฤดูเพาะปลูก น้ำดีสำหรับคนกลางคนมักจะเป็นปัญหาในช่วงฤดูฝน และคนสูงอายุมักมีปัญหาเรื่องลม ที่มักเป็นในฤดูหนาวและอากาศแห้ง

ข้องกับความสว่าง ความร้อน พระอาทิตย์ ความเป็นชาย ความงาม ความมีทรัพย์สิน และ สรวงสวรรค์ ส่วนหยินจะมีลักษณะเป็น ความมืด ดิน ความเย็น พระจันทร์ ความน่าเกลียด ความสับสน ความจน และ ความเป็นหญิง ทุกปรากฏการณ์ของธรรมชาติและชีวิตของสรรพสิ่งมีพลังทั้งสองนี้ปฏิสัมพันธ์กันอยู่ สมดุลของร่างกายที่มีทั้งสองส่วนหากด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไป หรือ น้อยเกินไป ก็จะทำให้เกิดสภาวะที่ไม่ปกติ ดังนั้นสุขภาพ คือความสมดุลของหยินและหยาง ในทุกสภาวะของชีวิต (being ความผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถตรวจสอบได้จากระบบหยินและหยาง ในขณะเดียวกัน ร่างกายมนุษย์มีองค์ประกอบที่สำคัญอีก ห้าประการ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และ เหล็ก (metal) ซึ่งทั้งหมดนี้เชื่อมกับกระบวนการทางกายภาพทุกส่วน และ ที่อวัยะวะเฉพาะส่วน ระบบสุขภาพที่สำคัญมีตั้งแต่ พลังงงานชีวิต กายภาพของธาตุทั้งห้า และ ระบบความเชื่อมโยงและบูรณาการกับฟ้า สวรรค์ ดวงดาว และจักรวาล ความเชื่อมโยงระหว่า ร่างกายมนุษย์ สุขภาพ และ จักรวาลในความเชื่อของอารยธรรมจีน ยังมีความสัมพันธ์กับวัน และปีกับยารักษา 365 ตัวยา (Croizier, 1968:20) และจุดต่างๆ บนร่างกายอีก 365 จุด (Veith, 1972: 62) ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพดังกล่าวทำให้การแพทย์จีนได้รับการพัฒนามาจากฐานความรู้ที่ผ่านการสังเกตุ การตรวจสอบ อยู่ตลอดเวลา

ในอารยธรรมตะวันตก ตั้งแต่กรีกโบราณเอง ความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมมชาติ ในโชคลาง (superstition) ของชนเผ่าต่างๆ ถูกแทนที่ด้วยอารยธรรมที่มีฐานจากการใช้ความคิดในการค้นหาคำตอบ เกี่ยวกับความเป็นตัวตน (essence) ของสิ่งต่างๆ ของโรค และหลักการในการรักษาดูแล ฮิปโปแครท (Hippocrates) เป็นนักปรัชญาคนแรกที่วางทฤษฎีเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ในยุคกรีก โดยเชื่อว่าทุกสิ่งประกอบเป็นตัวตนด้วย องคาพยพ 4 อย่างคือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งความเป็นปกติของชีวิตก็ขึ้นอยู่กับคุณภาพของความแห้ง ความเย็น ความอบอุ่น และ ความเปียก ทั้ง 4 องค์ประกอบทำให้เกิดความคิดเรื่อง Humours หรือ ของเหลว สี่อย่างที่อยู่ในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำเหลือง น้ำดี และ เสมหะ ที่สัมพันธ์กับภาวะที่ทำให้จิตใจหดหู่ (melancholic) อารมณ์รุณแรง (choleric) ความหวัง (sanguine) อารมณ์อืดอาด เฉยเมย (phlegmatic) ซึ่งในทฤษฎีเรื่องของเหลวนี้เชื่อว่าสมดุลของของเหลวทั้งสี่เป็นตัวกำหนดสภาวะทางกาย (state of health) สุขภาพที่สมบูรณ์ (perfect health) เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะสมดุลของของเหลวทั้งสี่ ที่ในภาษากรีกเรียกว่า crasis (อารมณ์หรือร่างกาย) หรือ eucrasia (ภาวะปกติ ของกายและจิต) การเยียวยานั้นก็คือให้ร่างกายปรับตัวตามธรรมชาติ และให้เกิดกระบวนการรักษาด้วยตัวเอง (self healing) หรือที่เรียกว่า pepsis หรือ coction (กระบวนการเผาผลาญ) สิ่งที่เราทำได้คือจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เอื้อต่อ การปรับตัวของร่างกายที่จะทำให้เกิดการเยียวยาตัวเองได้

แนวความคิดของ ฮิปโปแครทเป็นที่แพร่หลายออกไป และเป็นต้นกำเนิดของแนวคิดในการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ ต่อมาจนถึงปัจจุบัน แนวคิดนี้ทำให้เกิดการศึกษาทางกายวิภาค (anatomy) และร่างกาย (physiology) ในขณะที่อารยธรรมในแถบอาหรับ เองก็ได้รับอิทธิพลของทั้งอารยธรรมอินเดีย จีน และ กรีก ผสมผสานกับ ความรู้ของคนเปอร์เซีย ความรู้ของคนอาหรับมีความสำคัญยิ่งสำหรับการสอนเรื่องการสั่งยา เนื่องจากเป็นวัฒนธรรมที่เน้นการเขียน เช่น งานของ Rhazes ชาวอาหรับที่เป็นศิษย์ ของ ฮิปโปแครท หนังสือชื่อว่า Al-Hawi มีอยู่ 9 เล่มที่บอกถึงวิธีการปรุงยา และเภสัชกรรม (pharmacology) และการรักษา (therapeutics) ที่เป็นต่อมาแปลไปหลายภาษาและกลายเป็นหนังสือหลักของการแพทย์

แนวคิดทางสุขภาพ ตามแบบของอารยธรรมต่างๆ นั้นเป็นตัวบ่งบอกถึงแนวทางการปฏิบัติและ การพัฒนาความรู้ในการรักษาเยียวยา ร่างกาย จิตใจ และภาวะอื่นๆ ที่ต้องอาศัยทรัพยากร และเทคนิควิธีที่ต่างกันไป หากแต่ว่าแนวคิดของอารยธรรมกรีกกลายเป็นพื้นฐานสำคัญทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ในสังคมสมัยใหม่ที่เรายังใช้กันอยู่ ซึ่งทำให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่จะแยกส่วนองค์ประกอบของ กายไปศึกษา เพื่อหาความผิดปกติ ในขณะที่ภาวะทางกายเองก็ยังมีการศึกษาผ่านสภาวะทางกาย เช่นในการศึกษาทางจิตวิทยา และประสาทวิทยา ที่ศึกษาภาวะทางจิต จิตสำนึก และความคิดมนุษย์ผ่านองค์ประกอบที่เป็นสสารในร่างกายมนุษย์ สารเคมีในสมอง ความผิดปกติของชีววิทยา ทางกายภาพเป็นหลัก ในขณะที่แนวคิดเรื่องสุขภาพของคนในอารยธรรมาจีน และ อินเดียนั้น คือการวางสมดุลของทุกๆ ส่วน ไม่ว่าจะเป็นกายภาพ ความสัมพันธ์ของบุคคล บุคลิกภาพ และความสัมพันธ์บุคคลกับธรรมชาติและจักรวาล ความสัมพันธ์ของทุกๆ อย่างที่ประกอบกันเป็นทั้งคุณและโทษต่อร่างกายและจิตใจ เมื่อมีมากเกินไปหรือ น้อยเกินไป

2.1.2. นิยามจากองค์การอนามัยโลก และ การขับเคลื่อนในคำนิยาม

ในบทนำ (preamble) ของธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (Constitution of the World Health Organization) ที่ร่างกันในการประชุมนานาชาติที่นครนิวยอร์ค เมื่อเดือนมิถุนายน 2489 (ค.ศ.1946) และเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) ได้ให้คำนิยามคำว่าสุขภาพไว้ว่า

> “สุขภาพ หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ทางกาย ใจ และสังคม ซึ่งไม่เพียงแค่ภาวะที่ปราศจากโรคหรือความไม่แข็งแรง” (Health as a state of complete physical, mental, and social well-being, not merely the absence of diseases or infirmity) (WHO, 1946)

เป็นที่น่าสนใจว่านิยามคำนี้มีการอธิบายไว้ใน บทสัมภาษณ์ของ Dr. Szeming Sze ผู้เป็น key person คนหนึ่ง ในการร่างธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2488 (ค.ศ. 1945)[2] ว่า ที่จริงคนที่ให้คำนิยามเป็นเพียงคนกลุ่มเล็กๆ โดยมี Dr. Brock Chisholm จากประเทศคานาดา ซึ่งเป็นนักจิตเวช (และตอนหลังเป็น Director General คนแรกขององค์การอนามัยโลก) ให้ความเห็นว่าสุขภาพน่าจะหมายรวมถึง สุขภาพจิต ในขณะที่ Dr. Sze เห็นว่าคำว่าสุขภาพ น่าจะเป็นคำนิยามที่ให้เน้นการป้องกัน จึงมีการเติมคำว่า สุขภาพไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคแล้ว Dr. Gear จากประเทศแอฟริกาใต้เป็นผู้ปรับปรุงคำเหล่านี้ เป็นคำกล่าวในนิยามที่เราเห็น ซึ่งทุกคนในที่นั้นเห็นพ้องกันแล้ว นั่นแสดงให้เห็นว่าคำนิยามนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นผ่านสังคมของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเล็กๆ ที่พูดคุยถกเถียง จนเกิดเป็นนิยามที่เป็นหลักสากลยอมรับโดยทั่วไป ซึ่งต่างก็มีเงื่อนไขในการสร้างคำที่ค่อนข้างจำกัดอยู่ในแวดวงของผู้เกี่ยวข้อง

นิยามคำนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมานานหลายทศวรรษ จนถึง ปี พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) คำนิยามของ สุขภาพได้เปลี่ยนไป อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการประชุมของ คณะกรรมการบริหาร (The Executive Board) ที่ตั้งคณะทำงานพิเศษ[3] ขึ้นมาเพื่อศึกษาธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ให้ตอบสนองต่อ ข้อเสนอแนะใน resolution

---

[2] Forum Interview, “WHO from small beginning,” World Health Forum, Vol. 9, 1988:33.

[3] ประกอบด้วย สมาชิก 6 คน จากกรรมการบริหาร และประธานกรรมการบริหาร

WHA48.14 [4] คณะทำงานนี้ได้มีการประชุมทั้งสิ้น 6 ครั้งตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม 2539- พฤศจิกายน 2540 ได้ข้อสรุปที่จะให้มีการปรับปรุงแก้ไขธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพเพื่อคนทั้งหมด (Health for All Policy) ซึ่งเห็นว่า คำนิยามเดิม ซึ่งมีความหมาย ในภาวะที่ค่อนข้างหยุดนิ่ง วัดได้ และ ไม่ครอบคลุมถึงประเด็นที่นอกเหนือกาย จิต และสภาวะทางสังคม มาเป็น คำนิยามใหม่ ที่ให้พลวัตกับเรื่องสุขภาพ และคำนึงถึงความเป็นจิตวิญญาณ หรือจริยธรรมของคนทุกหมู่เหล่าด้วย โดยเสนอมีนิยามใหม่ไว้ดังนี้

"สุขภาพ เป็นสภาวะของความสมบูรณ์ทางกาย ใจ จิตวิญญาณ และ สังคม ที่เป็นพลวัต และไม่เป็นเพียงแค่ภาวะที่ปราศจากโรค หรือ ความไม่แข็งแรง" ("Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity,") (WHO 1997a, p. 2) ซึ่งในคำนิยามนี้ไม่ได้พูดถึงความพิการเลยแม้แต่น้อย คำว่า disable ที่มาแปลเป็นภาษาไทยว่าพิการนั้น ไม่ตรงกับภาษาอังกฤษเท่าไร เนื่องจาก disable ยังแปลว่าความไม่สามารถกระทำการใดๆ ได้ พิการจริงๆ มักจะเรียกว่า handicapped ซึ่งก็มีแยกออกไปอีกว่า เป็น พิการทางกาย (physical handicapped) พิการทางใจ (mentally handicapped) และ พิการทางสังคม (socially handicapped) ความหมายของคำว่า disable และ handicapped ต่างกันเพียงเล็กน้อยว่า disable เป็นภาวะที่มักจะถูกกระทำให้เป็นจากปัจจัยภายนอก ซึ่งในคำนิยามเดิมขององค์การอนามัยโลกน่าจะเล็งเห็นว่าเป็นคำที่สามารถใช้ขยายความ เรื่องความไม่สามารถได้ในอีกหลายบริบท โดยเลี่ยงไม่ใช้คำว่าพิการ หรือ handicapped ที่เป็นภาวะที่บกพร่องอันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ของบุคคลคนนั้น เช่น เป็นคนที่มีโรค ร่างกายผิดปกติแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นที่หลังก็ตาม เป็นความไม่สมบูรณ์ทางกายที่ทำให้เขาทำกิจกรรมปกติกับคนอื่นๆ ได้ พิการทางสังคม ก็เพราะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นคนกลุ่มน้อย (ในกรณีนี้นักวิชาการสมัยก่อนมองว่าเป็นเงื่อนไขทางชีวิตที่ช่วยไม่ได้ในระดับบุคคล) หรือพิการทางจิตใจ ต้องมีการบำบัดเยียวยารักษาด้วยกระบวนการทางชีวเคมีต่างๆ ทั้งนี้ทั้งนั้น คำๆ นี้ได้ให้ความหมายในเชิงลบ และกดทับผู้ที่ถูกให้คำนิยาม ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมาจึงมีการใช้คำว่า disable แทน แต่ไม่ได้หมายถึงความพิการ เท่านั้น แต่เป็นภาวะที่ทำให้เขาไม่สามารถทำกิจกรรมได้ คนที่นั่งรถเข็นที่ยังไปแข่งกีฬาได้ เต้นรำได้ ทำงานได้อย่างคนปกติ ด้วยความช่วยเหลือทางเทคโนโลยี ในงานทางสังคมสงเคราะห์เราไม่เรียกเขาว่าพิการในความหมาย handicapped แล้ว มักเลี่ยงมาใช้ว่า disable persons ซึ่งก็ยังมีการวิจารณ์ว่าจะต้องยกเลิกไปเช่นกัน เนื่องจากว่าคนกลุ่มนี้ได้สร้าง (gain) ความให้ตัวเองได้อีกหลายๆ อย่าง ที่ทำให้เขาทำงานได้เช่นคนปกติ หรือมากกว่าปกติ เป็นคนพิเศษไป

คำนิยามในเรื่องสุขภาพที่มีการขยายออกไปครอบคลุมประเด็นอื่นๆ ยังมีให้เห็น ในรายงานการประชุมของสมัชชาองค์การอนามัยโลก ที่พิจารณาเรื่องการปฏิรูปองค์การอนามัยโลกเอง เรื่องสุขภาวะของคนในโลกอาหรับโดยเฉพาะการช่วยเหลือคนในกลุ่มปาเลสไตน์และประเทศอาหรับที่มีปัญหาขัดแย้งทางด้านอาณาเขตทางการเมือง การปกครองและการแย่งชิงดินแดน องค์การอนามัยโลกควรที่ต้องพิจารณาเรื่อง สุขภาพที่เกี่ยวกับความมั่นคง (Security) และสันติภาพ (peace) โดยประสานการทำงานภายใต้ระบบขององค์การสหประชาชาติ (UN system) นอกจากนั้นยังมีการพิจารณาไปถึงเรื่องสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) และชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งในประเด็นนี้ การประชุมสมัชชาพิจารณาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และ

[4] ในเอกสารมาจากการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 51 ให้ข้อสรุปเสนอแนะใน การปฏิรูปองค์การอนามัยโลกเสนอให้มีการทบทวนธรรมนูญเดิมและแก้ไข ซึ่งทำไปในลักษณะที่คู่ขนานกับ นโยบาย Health for all

โอโซนในชั้นบรรยากาศของโลกเป็นหลัก โดยมองว่านั่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อประเภทต่างๆ ที่เคยหายไปแล้วกลับมาใหม่ เพราะอุณภูมิที่เปลี่ยนไปของโลก นอกจากนั้นยังทำให้เกิดโรคใหม่เนื่องจากรังสีอุลตราไวโอเลตที่ผ่านชั้นโอโซนเข้ามา เช่นมะเร็งผิวหนัง สารพิษและมลภาวะ รวมถึงการสูญเสียความหลากหลายทางกายภาพก็ได้รับการพิจารณาในสมัชชานี้ด้วย[5] จึงกลายเป็นประเด็นที่ต้องนำมาบรรจุอยู่ในการปฏิรูปสุขภาพ ที่มีการนำเสนอไปยังรัฐบาลของประเทศต่างๆ ด้วย

นิยามในส่วนอื่น/แต่ละด้านของสุขภาพ จากองค์การอนามัยโลก

- <u>สุขภาพกาย</u> ที่หมายถึงการไม่มีโรค หรือ ไม่มีความพิการ ความไม่สามารถกระทำการในหน้าที่ได้ นั้น องค์การอนามัยโลก มีการนำมาขยายความ อยู่ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 54 พิจารณาในเรื่อง การจำแนกและวัดระดับสถานภาพทางสุขภาพ เพื่อวางมาตรการทางนโยบายในเรื่องสุขภาพของประชากร (health of populations) ซึ่งเขาพบว่า การวัดสถนาภาพทางสุขภาพของประชากรที่ผ่านมานั้น ไปขึ้นอยู่กับ อัตราการตาย ซึ่งสถิติดังกล่าวได้มาจากระบบสากลในการจำแนกโรค (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD[6]) ในขณะที่ปัจจุบันเราต้องตระหนักถึงสภาวะทางสุขภาพที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของประชากรด้วย ได้แก่ การหน้าที่และความไม่สามารถในการทำงาน (functioning and disability in different areas of life) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย ที่จะต้องมีการทำความเข้าใจให้ชัดเจนกันใหม่ (WHO, 2001a) ในการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งนี้จึงเสนอให้มีการปรับเปลี่ยน โดยใช้มาตรฐานการวัดสุขภาพทางกาย จาก ระบบการจำแนกสากลในเรื่องของความเสื่อม ความไม่สามารถ และความพิการ ฉบับที่สอง[7] (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps –2 or ICIDH-2) ที่มีการจำแนกระหว่าง เรื่องสุขภาพ (domains of health) ซึ่งดูจาก องค์ประกอบของกายเป็นตัวบอกการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (“body components defines functions and structure of the body system) และ เรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related domains) ซึ่งได้แก่ทุกกิจกรรมของปัจเจกบุคคล ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการเรียนรู้ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และ การทำงานเป็นต้น ถ้าขาดสิ่งเหล่านี้ไปสถานภาพทางสุขภาพของบุคคลอาจไม่เป็นอย่างที่ควร ดังนั้นการวางมาตรการวัดสุขภาพประชากรต้องดูเรื่องดังกล่าวด้วย ทั้งในสถิติสุขภาพและสถิติความไม่สามารถ (Health and Disability statistics)

- <u>สุขภาพจิต</u> องค์การอนามัยโลกเองได้กำหนดคำนิยาม เกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้ดังนี้ สุขภาพจิต คือ “ภาวะความเป็นอยู่ดี (well-being) ที่บุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญกับความกดดันตามปกติของชีวิต ความสามารถที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิผลและเป็นประโยชน์ และ ความสามารถที่จะทำประโยชน์ต่อคนในชุมชนของตนได้ (“it is a state of well-being in which the individual realizes his

[5] ”Fifth Report of Committee B,” Fifty First World Health Assembly, A51/40, 16 May 1998

[6] ICD ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1853 ที่วางมาตรฐานการจัดสาเหตุแห่งการตาย ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในทุกประเทศ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนมาเป็นครั้งที่สิบที่ใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 ที่นำเอามาตรฐานการวัดมาจากวิธีการทางระบาดวิทยามาใช้

[7] จะเห็นได้ว่า ในกรณีนี้องค์การอนามัยโลกได้แยก คำว่า ‘disability’ ความไม่สามารถ ออกจาก ‘handicap’ ความพิการ

or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community." – WHO, 2001b) จากคำนิยามดังกล่าว WHO ยังมีการวางแนวทาง เรื่องการบริการทางสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต แก่ประชากรทั่วไป และ ประชากรที่เป็นวัยเด็ก คนทำงาน และ ผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ กันไปตามความต้องการทางจิตของแต่ละบุคคล นอกจากนั้น ยังมีข้อเสนอต่อ การวางนโยบายของรัฐในเรื่องสุขภาพจิต ไว้อีกด้วยว่า การทำงานเรื่องสุขภาพจิตไม่ควรเฉพาะไปเพียงเรื่องผู้ป่วยโรคจิต แต่ควรครอบคลุมถึงประเด็นในวงกว้างที่มีผลต่อสุขภาพจิตของคนทั้งสังคม นั่นหมายรวมถึงการบูรณาการทางสังคม (social integration) ของคนที่ถูกนิยามว่าเป็น กลุ่มคนชายขอบด้วย (marginalized groups) เช่น ผู้อพยพ ชนกลุ่มน้อย เหยื่อของภาวะ disaster คนที่ถูกสังคมทำให้แปลกแยก (socially alienated) คนที่พิการทางจิต (mentally disable) ผู้สูงอายุและคนอ่อนแอ ที่ถูกลืม ผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรม และคนยากจน

- <u>สุขภาพทางจิตวิญญาณ</u> จากการศึกษาค้นคว้า จากเอกสารของ WHO ดูเหมือนว่า คำว่าสุขภาพทางจิตวิญญาณที่เขียนในนิยามทางสุขภาพ อันใหม่นั้น ได้มาจาก การอภิปรายโต้แย้ง และแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในโลกอาหรับ ซึ่งมีบทความหลายบทความพูดอิสลามกับสุขภาพ หรือสุขภาพในมุมมองของอิสลาม และเอกสารรายงานจากองค์การอนามัยโลกในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization) ที่รายงานออกมาในชุดเอกสารเรื่องการสุขศึกษาโดยศาสนา (health education through religion) หรือ ทางที่ถูกต้องที่นำไปสู่สุขภาพ (The Right to health) ที่พูดถึงศาสนาอิสลามและการดูแลสุขภาพตามแนวทางของพระเจ้า ในหนังสือชุดสุขศึกษาโดยศาสนา จะพูดถึงสุขภาพ (health) ที่ควรแยกออกจากการรักษา (medicine) ถึงแม้ว่าศาสนาอิสลามจะไม่ได้ปฏิเสธเรื่องการเยียวยารักษา ที่จริงส่งเสริมให้คน seek medical treatment ด้วยซ้ำ โดยอ้างใน Hadith ที่กล่าวว่า "พระเจ้าไม่ได้สร้างโรคร้ายมาให้ โดยไม่บอกวิธีการรักษาหรอก" มันขึ้นอยู่กับมนุษย์ (แพทย์/ผู้เชี่ยชาญ) ที่จะหาทางเยียวยารักษามันพบ ในอิสลามเชื่อว่าถ้าเราเดินไปใน ทางที่ถูกต้องชอบธรรม (Right path) เราจะพบวิธีการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ดังที่ศาสดาทำกันคือ *การมีศรัทธา* ในการหาสาเหตุแห่งโรค ทดสอบทดลอง และหาทางแก้ไข ซึ่งทางมุสลิมถือว่ามันคือ "Faith Healing" มากกว่าการใช้วิธีทางไสยศาสตร์ (WHO-EMRO,) ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ต้องทราบจากแนวทางทางศาสนาว่า สิ่งสำคัญในชีวิต (essentials of life) มีอยู่ 5 อย่างด้วยกัน คือ ศรัทธา ร่างกาย บุตร ทรัพย์สิน และ จิตใจ การมีสุขภาพดี (good health) ในอิสลาม คือการได้รับการพัฒนาตรงตามความต้องการของร่างกายและองค์ประกอบสำคัญทั้ง 5 อย่าง นั่นคือ มีอาหารดี น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม สุขภาพ การได้เคลื่อนไหวไปไหนมาไหน (transport) ความปลอดภัยมั่นคง การศึกษา และ รายได้ การมีสุขภาพที่ดีจึงเสมือนเป็นการทำเพื่อพระเจ้า ซึ่งสำคัญยิ่งกว่าการมีทรัพย์สมบัติ (WHO-EMRO) แต่โดยรวม ใน *the Fiqh of Health* การมีสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการรักษาสมดุลที่มีพลวัต "dynamic equilibrium" หรือ ดุลยภาพทางกายที่ทำให้มนุษย์บรรลุถึงศักยภาพทางสุขภาพ (health potential) คือสุขภาพดังที่กล่าวไว้ใน *Hadith* ถึงองค์ประกอบห้า อย่างที่ต้องมี ไว้เพื่อนำมาใช้ในยามเจ็บป่วย นั่นหมายถึง การมีอาหารดีๆ ไว้ดูแลยามเจ็บป่วย

มีที่พัก มีร่างกายที่แข็งแรงที่จะคุ้มกันโรค มีบุตรไว้ดูแลยามเจ็บป่วย พร้อมทั้งมีความรู้ มีรายได้ที่จะเยียวยายามป่วยไข้ สุขภาพทางจิตวิญญาณสำหรับอิสลามดูเหมือนจะแยกไม่ออกกับเรื่องของร่างกาย จิต และสังคม เนื่องจากมันคือสภาวะสมดุล และศรัทธาทางศาสนาต่อสิ่งที่พระเจ้าสร้างให้ คือเมื่อท่านสร้างโรคท่านก็ต้องมีทางแก้ให้ การมีสมดุลย์ทางสุขภาพ คือการมีศักยภาพทางสุขภาพตามแนวทางทางศาสนา อย่างไรก็ตามยังไม่พบคำนิยามที่ องค์การอนามัยโลกให้ไว้กับคำว่า สุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) ในเอกสารอื่นๆ

- <u>สุขภาพทางสิ่งแวดล้อม</u> กรอบแนวคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพมีมาตั้งแต่ ปีค.ศ. 1970s หลังจากที่มีการประชุมสหประชาชาติเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่กรุงสต๊อกโฮล์ม ที่ได้ทำให้เราเห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ และ สิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเมื่อทุกอย่างเปลี่ยนแปลงไป ด้วยกิจกรรมที่มนุษย์ทำขึ้นมา สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติเป็นแหล่งอาหาร แหล่งน้ำ ที่อยู่อาศัย ต่างเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิตดีมีสุขภาพดี อนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นมักจะรวมประเด็นดังกล่าว และเรื่องความสะอาด ความปลอดภัยจากสารพิษและอื่นๆ ที่มีผลต่ออัตราการเจ็บป่วย ทุพลภาพ หรือ ตายในประชากร ในปี 1992 การประชุมสุดยอด The Earth Summit ที่เมืองริโอเดจาเนโร ประเทศบราซิล แนวคิดใหม่ เรื่องการวางแผนทางสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระดับประเทศและนานาชาติ ต้องนำไปสู่ความยั่งยืน ซึ่งหมายรวมถึง ความมั่นคงในสุขภาพของมนุษยด้วย (securing human health) และสิ่งแวดล้อมที่สมบูรณ์ (healthy environment) ซึ่งตามมาด้วยปฏิญญสากล และกฎบัติแห่งความร่วมมือระหว่างประเทศมากมายที่พยายามเข้ามามีส่วนแสดงความห่วงใยต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของมนุษยชาติ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณากันในระดับโลก ในยุคโลกาภิวัฒน์ที่ ทุกประเทศเห็นความเชื่อมโยงในผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อความเป็นอยู่และสุขภาพของคนในยุคปัจจุบัน (WHO-1997b)

- <u>สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์</u> ในการประชุมนานาชาติเรื่องประชากรและการพัฒนา (ICPD) กรุงไคโร เมื่อปีค.ศ. 1994 ได้มีการเอาคำนิยามทางสุขภาพของ องค์การอนามัยโลกมาเป็นฐานในการให้ความหมายของคำว่าสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ว่า หมายถึง "ภาวะของความสมบูรณ์ทางกาย จิต และสังคม ที่ไม่ใช่เพียงแค่การไม่เป็นโรค หรือความอ่อนแอ ที่เกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ และกระบวนการรวมทั้งการทำงานของระบบนั้นๆ สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ จึงหมายรวมถึง การที่ประชาชน (people) สามารถมีความพึงพอใจทางเพศและมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย และความสามารถที่จะมีบุตร และอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะมีหรือไม่ เมื่อไร และ อย่างไร ในเงื่อนไขอย่างหลังนี้ เป็นสิทธิของผู้ชายและผู้หญิงที่จะได้รับข่าวสาร การได้เข้าถึงวิธีการคุมกำเนิด ที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ในราคาที่จ่ายได้และเป็นที่ยอมรับ ตามที่เขาต้องการเลือก รวมทั้งวิธีการอื่นๆ ที่จะควบคุมการมีบุตรหรือการเจริญพันธุ์ โดยไม่ขัดกับกฎหมาย และสิทธิในการเข้าถึงการบริการที่เหมาะสมที่เอื้อให้ผู้หญิงสามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้อย่างปลอดภัย และมีการบริการที่เอื้อให้คู่สมรสมีโอกาสที่จะมีบุตรที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้มากที่สุด." และเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา ก็มีการประชุม ICPD + 5 ขึ้นที่กรุงเฮก ที่มีการอภิปรายกันถึงวิธีการศึกษาเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชน และการใช้วิธีการ

สัมภาษณ์เพื่อหาความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางระบบเจริญพันธุ์ และ การหาข้อมูลจากการรายงานของตัวผู้หญิงเอง ซึ่งสามารถบอกถึงสถานภาพทางสุขภาพที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของเขา จากการประชุมได้มีการวางกรอบการวิจัยไว้หลายด้านด้วยกัน ซึ่งภายหลัง WHO นำมาตีความใหม่ โดยแยกเรื่องสุขภาพอนามัยออกเป็น 3 มิติ ด้วยกัน คือ 1) มิติคำนิยามว่าเป็นเรื่องทางสภาวะของมนุษย์ (as human condition) ซึ่งรวมระดับของสุขภาพและเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่ 2) มิติทางด้านแนวทาง (as approach) ในเรื่อง นโยบาย แนวทางทางกฎหมาย และ ทัศนคติของคนโดยทั่วไป และ 3) มิติทางด้านการบริการ (as services) คือ การให้บริการ การเข้าถึง และ การใช้การบริการที่เกี่ยวข้อง (WHO, 1999) ตามข้อเสนอ ของ Sadana (2002) ในฝ่ายนโยบายขององค์การอนามัยโลกเอง ได้แสดงให้เห็นว่า อนามัยเจริญพันธุ์เอง มีทั้งหมด 7 เรื่องด้วยกัน ได้แก่ สุขภาพและการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต ในการทำหน้าที่ทางกายภาพ การมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยและเป็นที่พึงพอใจ การมีกำลังและความอ่อนเพลีย การทำงานของการรับรู้ ความรู้สึกไม่สบายและความเจ็บปวด ในขณะที่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดีทางอนามัยเจริญพันธุ์ มีอีก 6 ประการคือ การถูกตีตราและกระทำจากสังคม (social sanction and stigma) ความสัมพันธ์กับคู่ครอง ความต้องการสนับสนุน บทบาทที่มีผลงาน (เช่นการมีงานทำ การศึกษา การทำงานในบ้าน การให้การดูแล) บทบาททางสังคม และ การเป็นภาระให้กับสมาชิกในครัวเรือนและคนในครอบครัว

- <u>สุขภาพผู้สูงอายุ</u> เป็นเวลา 20 ปี ที่มีคำประกาศแผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา (The Vienna International Plan of Action on Aging -- IPAA) ที่รับหลักการของสมัชชาแห่งสหประชาชาติ (The United National General Assembly) ที่มุงเน้นศักยภาพของรัฐและประชาสังคมทั่วโลกให้มีการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้คำนึงถึงผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับทุกประเทศ เนื่องจากว่าโลกปัจจุบันมีอัตราการเพิ่มของประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในอนาคตตั้งแต่ ปีค.ศ. 2000 ถึง 2050 ซึ่งคาดว่าจะมีประชากรเพิ่มจากปัจจุบันประมาณ 7% ไปเป็น 16-17% ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงต้องมีโครงการสุขภาพและผู้สูงอายุ เพื่อที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพดีของประชากรกลุ่มนี้ โดยในขั้นต้น WHO ให้ความหมายของสุขภาพผู้สูงอายุ ตามแนวทางคำนิยามเดิมของ WHO แต่เพิ่มความหมายลงไปที่ สุขภาพเป็นภาวะที่มีการสั่งสมมา (accumulate state) ตั้งแต่ยังเด็ก เป็นหนุ่มสาว และวัยสูงอายุ โดยที่องค์การอนามัยโลกได้แยกการสูงอายุออกเป็น กระบวนการสูงอายุ (ageing process) และ กระบวนการมีอายุมากขึ้น (process of ageing) โดยที่ กระบวนการสูงอายุ หมายถึงภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นสากลทั่วไปกับคนที่มีอายุมากขึ้น โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคและอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อมอื่นใด เรียกว่าเป็นการแก่อย่างปกติ ในขณะที่ กระบวนการมีอายุมากขึ้น จะได้รับอิทธิพลจากผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม แบบแผนชีวิต และ โรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ หรือ เปลี่ยนแปลงไปเพราะการมีอายุมากขึ้น ทั้งสองกระบวนการนี้อาจจะแยกให้เห็นได้ไม่ชัดเจน แต่มันมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี หรือไม่ดีของประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากการแก่ลงของคนเรามันเกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยทางร่างกายและการตอบสนองต่อความกดดันทางด้านสิ่งแวดล้อมและเรื่องต่างๆ ที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ง่าย ดังนั้น WHO จึงให้ความหมาย ของการมีอายุมากขึ้นอย่างมีคุณค่า (active ageing) ไว้ว่า เป็น “กระบวนการ

เติบโตขึ้นโดยไม่แก่ลง โดยการมีกิจกรรมทางกายภาพ สังคม และ จิตวิญญาณ (spiritual activities) ตลอดชีพ" (WHO, 2001c) นอกจากนั้นในหน่วยงานของ WHO เองยังมีการศึกษาและการวางแผนเชิงนโยบายให้คำนึงถึงประเด็นผู้สูงอายุด้วยความตระหนักในเรื่องเพศสภาพ (gender) อีกด้วย เนื่องจากไม่ใช่เพียงเพราะว่าหญิงชายนั้นมีความแตกต่างกันทางกายภาพแต่เป็นด้วยเหตุที่สังคมเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของหญิงและชายที่มีผลต่ออัตลักษณ์ของพวกเขา สถานการณ์และเงื่อนไขในการดำรงชีวิตของผู้หญิงและผู้ชายในวัยสูงอายุก็มีความแตกต่างกัน และบางครั้งมีความเสี่ยงต่อภาวะทางสุขภาพไม่เท่ากัน กลุ่มของอายุผู้สูงอายุที่จำแนกออกเป็น กลุ่มเพิ่งเริ่มสูงอายุ (recent old) กลุ่มสูงอายุ (old) และ ผู้ที่สูงอายุมาก (very old) ก็มีภาวะทางสุขภาพที่แตกต่างกัน และซับซ้อนยิ่งขึ้นเมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มเพศสภาพ

- เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า คำว่าสุขภาพที่มีอยู่ในหลักสากล จากองค์การอนามัยโลกนั้น ขยายความไปได้อีกหลากหลายกลุ่มประชากร ซึ่งไม่อาจกล่าวไว้ในที่นี้ได้ทั้งหมด หากแต่วาทกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อดูตามประวัติศาสตร์ความเป็นมาของแต่ละคำแล้ว คำบางคำที่ยอมรับและใช้กันทั่วไป อาจเกิดมากจากการคิดร่วมกันของคนไม่กี่คน หรือจากการประชุมสัมมนา ที่นับครั้งไม่ถ้วน มีข้อถกเถียง มีการต่อรองทางอำนาจ ทั้งทางวิชาการ วิทยาศาสตร์ จากการรณรงค์ของภาคส่วน องค์การ กลุ่มประชาสังคม และสมัชชาระดับนานาชาติ แลเป็นการต่อรองทางการเมือง ที่จะให้มีการบรรจุคำเหล่านั้น ไว้ในเอกสารหลักๆ หรือ ให้พิจารณาความพิเศษของสุขภาพในแต่ละด้าน ซึ่งต่างฝ่ายต่างมีเป้าหมายของตนในการสร้างและใช้วาทกรรมนั้นๆ

2.1.3. นิยามทางวิชาการและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

นักมานุษยวิทยา นิยามว่า สุขภาพเป็นภาวะที่กำหนดโดยวัฒนธรรม (cultural construction) เนื่องจากเห็นได้ว่าลักษณะบางอย่างของร่างกายที่วัฒนธรรมหนึ่งเรียกว่าสมบูรณ์ อีกวัฒนธรรมหนึ่งอาจกล่าวว่าเป็นโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่า สังคมนั้นเชื่อ หรือ ยอมรับในแนวคิดเรื่องสุขภาพอย่างไร Foster and Anderson (1978) ได้ศึกษาและชี้ให้เห็นว่าการให้นิยามเรื่องสุขภาพของคนตะวันตกและคนในทวีปอื่นมีความแตกต่างกัน ในสังคมตะวันตก สุขภาพมักถูกตีความจาก*อาการทางร่างกาย* เมื่อใดสุขภาพไม่ดีจะต้องมีความเปลี่ยนแปลงทางกาย เป็นหลัก ดังนั้นการตรวจพบหาสาเหตุทางกายมีความสำคัญต่อการบ่งชี้การเกิดโรค หรือ ไม่มีโรค หรือสุขภาพที่ดี หลักฐานทางการแพทย์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ (pathological evidence) เป็นตัวบ่งชี้ความผิดปกติ การตรวจเช็คร่างกายประจำปี เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อชี้วัดสถานภาพทางสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีหลักฐานใดๆ ที่บ่งชี้ ภาวะการมีโรค ซึ่งตรงข้ามกับคนในทวีปอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จะชื่อว่า สุขภาพ หมายถึง "ความรู้สึกดี" (Feeling good) หรือ การไม่มีอาการใดๆ (the absence of symptoms) หากไม่มีอาการของความเจ็บปวด และความรู้สึกที่ไม่สบาย ก็ย่ไม่ถือว่าเจ็บป่วย ซึ่งเราจะพบได้บ่อยว่าคนมักไม่ไปหาแพทย์ เมื่อไม่รู้สึกว่าเจ็บป่วยจริงๆ หากใครยังทนไหว หรือทนไปเรื่อยๆ อาการอาจจะรุนแรงมากขึ้นเกินกว่ารักษาหายได้ แม้แต่ในสังคมสมัยใหม่ การนิยามคำว่า สุขภาพที่ขึ้นกับความรู้สึก ยังมีสะท้อนให้เห็นเสมอ

นักมานุษยวิทยาเองเห็นว่า สุขภาพและโรค ไม่ได้เกิดมาจากสาเหตุเดียว แต่เป็นความสัมพันธ์ของระบบทุกๆ ระบบ ตั้งแต่ระบบนิเวศน์ ระบบของร่างกาย ชีวภาพ และวัฒนธรรม ซึ่งทุกระบบต่างก็เอื้อให้เกิดสุขภาวะ และทำให้เกิดโรค วัฒนธรรมทุกส่วนที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งวัฒนธรรมก็มีการปรับตัวเข้ากับระบบ

นิเวศน์ตามที่สังคมนั้นตั้งอยู่ ร่างกายของคน ระบบชีวภาพที่สัมพันธ์ทั้งกับสิ่งแวดล้อม และร่างกาย มีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดภาวะได้ทั้งในทางบวกและลบต่อสุขภาพ (McElroy and Townsand, 1979)

นักสังคมวิทยาการแพทย์ มีแนวคิดว่า สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่สังคมสร้างขึ้น (social construction) เนื่องจากเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ และ การรับรู้ของประชาชน ต่อสุขภาพและการดูแล นอกจากนั้นการเยียวยารักษายังขึ้นอยู่กับโครงสร้างสังคม และเงื่อนไขต่างๆ ทางสังคม Talcott Parsons[8] (1951) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพไว้ว่า คือ "ภาวะของบุคคลที่มีความสามารถอย่างเต็มกำลังในการประกอบภาระกิจตามบทบาทที่เขาได้เรียนรู้จากสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ" [the state of optimum capacity of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialized] นั่นหมายถึงว่า สุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของร่างกาย แต่เป็นเรื่องของความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่สังคมคาดหวัง ซึ่งความสามารถนั้นเป็นทั้งความสามารถทางกาย และจิตใจ ดังนั้นผู้ที่พิการทางกายเองก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้หากเขาสามารถทำกิจกรรมตามที่สังคมคาดหวังได้ เช่นประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตัวเอง มีบุตร ดูแลบุตรได้ พาร์สันมองว่าการที่คนพิการไม่สามารถทำกิจกรรมหรือหน้าที่ของเขาได้ เป็นเพราะสังคมไม่เอื้อให้เขาต่างหาก ไม่ใช่เพียงเพราะร่างกาย เช่นเดียวกันกับคนป่วย ที่ไม่สามารถกระทำอะไรได้อย่างที่เขาทำในภาวะปกติ ต้องสวมบทบาทผู้ป่วย โดยมีสถาบันทางการแพทย์และระบบทางการแพทย์เป็นผู้ควบคุมว่าเขาควรจะประพฤติปฏิบัติตนอย่างไร ในระหว่างที่สวมบทบาทผู้ป่วย และใครบ้างที่จะได้รับการอนุญาติให้ป่วยและหยุดทำงานได้ก็ต้องอาศัยแพทย์หรือบุคลากรในระบบการแพทย์เป็นผู้ออกใบลาป่วยได้

ในขณะที่ Culyer (1981) นักสังคมวิทยาอีกท่านหนึ่ง ให้มิติที่หลากหลายของสุขภาพไว้ว่า 1) สุขภาพเป็นการไม่มีโรค (ตามแนวคิดแบบชีวะการแพทย์) 2) สุขภาพ เป็นการปราศจากความเจ็บป่วย (ตามกรอบความคิดทางสังคมวิทยา) 3) สุขภาพเป็นอุดมคติที่ต้องไปให้ถึง (แบบดียวกับการวางโครงการต่างขององค์การอนามัยโลก) 4) สุขภาพ คือสิ่งที่ถูกให้คำนิยามตามสภาวะเฉพาะเรื่องตามลักษณะต่างๆ ของบริบทของทั้งบุคคล หรือ สังคม ในคำนิยามแบบที่หนึ่งนั้นเรามักจะคุ้นเคยเป็นอย่างดี แต่ในแบบที่สองนั้น นักสังคมวิทยาแบ่ง การมีโรค (diseases) ออกจากความเจ็บป่วย (illness) และ การป่วย (sickness) เพราะในแต่ละภาวะนั้นขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้ตอบสนองต่อโรคนั้นๆ และอย่างไร ถ้าเป็นคนที่ได้รับโรคเองตอบสนองต่อโรคด้วยอาการที่แสดงออกมา แล้วคนอื่นรู้ว่าตนป่วย ก็ถือว่าเป็นความเจ็บป่วย (being ill) ในขณะที่ทางด้านสังคมจะยอมรับว่าอาการนั้นป่วยจริงหรือไม่ ก็ต้องอาศัยกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับความป่วยนั้น (legitimacy of illness) ที่ทำให้บุคคลนั้นได้รับการยกเว้นจากการปฏิบัติภารกิจตามปกติได้ เป็นผู้ที่ตกอยู่ในภาวะการป่วย (being sick) ได้ ซึ่งในกรณีเช่นนี้ ความเข้มข้น ความรุนแรงของอาการป่วยนั้น เป็นทั้ง subjective และ objective บางคนมีภาวะโรคนั้นจริงแต่ด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง หรือสังคมกำหนดให้ไม่อ่อนแอหรือไม่เอาใจใส่ต่อความเจ็บปวดของตน เขาก็อาจไม่แสดงออกแล้วทำให้ไม่ต้องไปสวมบทบาทผู้ป่วย ส่วนในคำนิยามที่ Culyer ให้ไว้ในฐานะที่ สุขภาพเป็นภาวะอุดมติ ตามแนวขององค์การอนามัยโลก เขามองว่า การนิยามเช่นนั้นหมายถึงการบอกว่าสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องที่ต้องกระทำไปจนกระทั่งบุคคลมีภาวะที่สมบูรณ์ทางสุขภาพ (perfect health) พูดอีกนัยหนึ่ง สุขภาพเป็นทั้งเป้าหมายและกระบวนการไปพร้อมๆ กัน

[8] บิดาแห่งสังคมวิทยาการแพทย์อเมริกัน

ส่วนในคำนิยามในมิติสุดท้าย Culyer มุ่งเน้นไปที่ คุณลักษณะของบุคคล (characteristic approach) ที่จะให้ความหมายต่อการมีสุขภาพดี หรือ การป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานความสามารถในการทำหน้าที่ในศักยภาพที่มีอยู่ ความสามารถหรือไม่สามารถในการตอบสนองต่อความเจ็บปวด หรือ ภาวะทางอารมณ์

การให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” ในทางสังคมวิทยา ยังมีผู้กล่าวไว้อีกในหลายกรณีว่า เป็นการให้คำนิยามภาวะทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความคิด และสังคมไปพร้อมๆ กัน ที่มากไปกว่านั้นคือในมิติของสังคม เมื่อภาวะใดถูกวางว่าเป็น “สุขภาพ” โดยเฉพาะอย่างที่เป็นอุดมคติ สังคมมักจะใส่คุณค่า (value) ให้กับภาวะนั้น และแฝงไว้ด้วยการตัดสิน ว่าเป็นสิ่งดีงาม ถูกต้องทางศีลธรรม จริยธรรม คือมี moral judgment ไปกับภาวะนั้น หากมีคนที่ปฏิบัติไม่ได้ หรือออกนอกบรรทัดฐาน สังคมก็จะมีการตีตรา หรือภาคทัณฑ์อยู่ในที โดยเฉพาะคนที่มีภาวะตรงข้ามกับสุขภาพตามแนวที่สังคมกำหนด ทำให้กลายเป็นคนที่ถูกตีตรา (stigmatized) หรือ คนเบี่ยงเบน (deviance) ไปจากสังคม (Conrad and Schneider, 1985) ที่ต้องได้รับการปฏิบัติต่อในลักษณะที่ไม่เหมือนกับคนทั่วไป นักสังคมวิทยากำลังเสนอว่า การมีคำนิยามบางอย่างนั้นมีผลทั้งในแง่บวก และแง่ลบไปพร้อมๆ กัน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติในสังคม [9]

แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ นิยามสุขภาพ ในฐานะที่เป็น สินค้าทางคุณธรรม (merit good) ซึ่งมีการบริโภคการบริการที่ไม่สามารถกำหนดได้ด้วยกลไกตลาด (OECD, 1993)

จากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 ณ ประเทศสวีเดน เมื่อวันที่ 9-15 มิถุนายน 1991 ได้มีการสรุปไว้ว่า สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมของเราทั้งหมด มันหมายถึงบ้านเรือนที่เราอยู่ ความสัมพันธ์ในชุมชน บ้าน ที่ทำงานและสถานที่ที่พักผ่อน ซึ่งในการประชุมเสนอให้มีการมองเรื่องสุขภาพเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมในหลายมิติ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม จิตวิญญาณ (spiritual) เศรษฐกิจ และ การเมือง โดยที่ในมิติทางสังคม หมายถึง วิถีปฏิบัติต่างๆ ที่เป็นเรื่องของบรรทัดฐาน ประเพณีและกระบวนการทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากในปัจจุบันการแยกกันอยู่อย่างอิสระนำไปสู่ความโดดเดี่ยวทางสังคม ทำให้คนขาดเป้าหมาย และคุณค่าในการดำเนินชีวิต ในมิติทางการเมือง นั้นหมายถึง ภาวะทางการเมือง ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการกระจายอำนาจและทรัพยากรจากภาครัฐสู่ประชาชน ซึ่งต้องคำนึงถึงเรื่องของสิทธิ และ สันติภาพ ที่มีผลต่อการมีสุขภาพอนามัยของประชาชน ในภาพรวม ของการประชุม ได้ระบุว่า สุขภาพของประชากรนั้นสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่อยู่รอบตัวเขา

2.2 **ระบบสุขภาพ** (Health system/ Health care system)

การศึกษาเรื่องระบบเป็นสาขาวิชาที่ค่อนข้างใหม่ ซึ่งเกิดขึ้นมาในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง เนื่องจากในภาวะสงครามในเวลานั้นมีความซับซ้อน ประกอบกับมีการใช้เทคโนโลยี และกำลังคนทางการทหารมากมาย เพื่อเป็นการ

[9] ทั้งนี้ขึ้นกับสังคมว่าจะยอมรับสภาพเช่นนั้น หรือ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเพื่อความเป็นธรรมให้แก่มนุษย์ทุกคน

วางยุทธศาสตร์ในการรบ การศึกษาและวิเคราะห์ระบบจึงมีความจำเป็น และยิ่งไปกว่านั้น ภาวะหลังสงคราม การเกิดรัฐชาติใหม่ๆ ขึ้นมา ต้องมีการวางรากฐานสถาบันทางสังคมใหม่ การเข้าใจระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม จึงมีความจำเป็นไม่น้อย ดังนั้นจึงเกิดสาขาวิชาขึ้นมา เรียกว่า เป็นการวิเคราะห์ระบบ (system analysis) ซึ่งในเชิงวิชาการแล้ว นั่นเป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ในภาพรวมทั้งหมด (seeing the situation as a whole) การศึกษานั้นเป็นการศึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการในการหาทางแก้ปัญหาจากพื้นฐานความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหานั้นๆ ภายในบริบทที่กว้างขวางครอบคลุมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

2.2.1 นิยามทางวิชาการด้านระบบ และ การศึกษาระบบ

การนิยามคำว่า “ระบบ” โดยทั่วๆ ไปในเชิงวิชาการ หมายถึง “กลุ่มของความสัมพันธ์ การเป็นเหตุเป็นผล และพึ่งพาของส่วนต่างๆ ที่ประกอบอยู่ร่วมกัน ซึ่งความสัมพันธ์นั้นๆ ถูกกำหนดไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ การวิเคราะห์ระบบจึงเป็นงานที่จะต้องแยกแยะระบบต่างๆ ออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เห็นองค์ประกอบของสิ่งต่างๆ ที่รวมอยู่ในระบบและเพื่อดูว่าองค์ประกอบเหล่านั้นมีความสัมพันธ์อย่างไร อะไรมีอิทธิพล มีผลกระทบต่ออะไร ในลักษณะไหน หรือ เป็นการศึกษาเพื่อดูว่าระบบต่างๆ มีการทำงานอย่างไร ซึ่งไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลยที่เราจะพบว่า ไม่ว่าจะเป็นระบบต่างๆ ในธรรมชาติ หรือ ระบบสังคม ต้องประกอบด้วย ระบบย่อยๆ (subsystems) อีกหลายๆ ระบบ มากบ้างน้อยบ้างแล้วแต่ขนาดของธรรมชาติของสิ่งที่ศึกษา ร่างกายมนุษย์ก็มีระบบการทำงานย่อยๆ ที่สลับซับซ้อนที่รวมขึ้นมาเป็นระบบทำงานใหญ่ไม่กี่ระบบ นักวิเคราะห์ระบบบางคนได้ศึกษาความซับซ้อนของระบบต่างๆ ว่ามันมีการจัดลำดับชั้นการทำงานของมันอย่างไรไว้ด้วย อย่างเช่น Talcott Parsons นักสังคมวิทยาศึกษาระบบสังคมที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ โดยจัดลำดับของระบบย่อยออกเป็น 9 ระบบทำงานที่รวมกันเป็นระบบสังคม เพราะฉะนั้นเมื่อเราพูดถึงเรื่องการวิเคราะห์ระบบ โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพในระดับชาติ หรือระบบอื่นๆ ที่เป็นระดับมหภาค เราจะต้องมีการศึกษาเข้าใจในระบบย่อยๆ ไปพร้อมๆ กัน

2.2.2 นิยามระบบสุขภาพจากนักวิชาการการสาธารณสุข

Roemer[10] (1991) ให้คำนิยาม ระบบสุขภาพว่าหมายถึง “การผสมผสานของ ทรัพยากร องค์การ การเงินการคลัง และ การจัดการ ที่ในที่สุดนำไปสู่การบริการทางสุขภาพเพื่อประชาชน” (p.31) ทั้งนี้ไม่ได้หมายความเพียงว่าระบบสุขภาพคือระบบบริการสาธารณสุข Roemer เองให้ความสำคัญในทุกเรื่องที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ นั่นหมายถึงเรื่องเกี่ยวกับธรรมชาติ สังคม (รวมถึงระบบสังคมด้วย) และ ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับทั้งสังคมและ ธรรมชาติ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการวางระบบการบริการสุขภาพ องค์ประกอบสำคัญสำหรับระบบสุขภาพระดับชาติ (National Health System) โดยเฉพาะแบบสมัยใหม่ สำหรับ Roemer[11] มีอยู่ 5 องค์ประกอบหลักคือ 1) ทรัพยากร (Resources) รวมคน และ สิ่งต่างๆ ที่เป็นวัตถุ 2) การจัดการ (organization) ที่มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเทศ การจัดสรรโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ และ ระบบการบริการในระบบหรือนอกระบบตลาด 3) การสนับสนุนทาง

[10] Romer เป็นนักการสาธารณสุข ที่ทำงานให้กับองค์การอนามัยโลก เป็นอาจารย์สอนในมหาวิทยาลัย และทำงานในระดับนานาชาติมาก

[11] ดูใน appendix แสดง model ของระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวคิดทฤษฎีของ Roemer

เศรษฐกิจ (economic support) 4) การบริหารโครงการต่างๆ (management) ไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน และ 5) การให้บริการ (service delivery)

ลักษณะของระบบสุขภาพของชาติตามแนวคิดของ Roemer นั้น สิ่งที่เรียกว่าเป็นทรัพยากรนั้นจริงๆ แล้ว รวมทั้งเรื่องบุคลากรที่เป็นทั้งแพทย์ที่ได้รับการอบรมมาจากองค์ความรู้สมัยใหม่ ได้เล่าเรียนจากโรงเรียนแพทย์ และบุคลากรอื่นๆ ที่เป็นผู้ทำงานทางด้านสุขภาพที่เป็นอิสระ เช่น หมอแผนโบราณ (traditional practitioners or healers) ไม่ว่าบุคคลกลุ่มนั้นจะใช้วิธีการรักษาดูแลสุขภาพอย่างไร ต่อผู้ป่วย ก็ยังถือว่าเป็นทรัพยากรทางสุขภาพ หมอตำแย คนทรงเพื่อรักษา หมอสมุนไพร หมอยา และ อื่นๆ อีกมาก บุคลากรเหล่านี้ต้องมีที่ที่ให้เขาทำงาน มีอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการทำงาน และ องค์ความรู้ในการเยียวยารักษาพยาบาล บุคลากรยังรวมไปถึงคนที่ทำงานฝ่ายสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข และ คนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขด้วย ทรัพยากรอื่นที่สำคัญ คือ ความรู้ในการดูแลรักษาพยาบาล และองค์ความรู้ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประชาชน

ส่วนในด้านขององค์กร Roemer เสนอไว้ นั้นไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในกระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้จะเป็นองค์กรหลักในระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องทำหน้าที่ทั้งดูแลรักษา ป้องกัน ให้ความรู้ การฝึกอบรม และ ให้หลักประกันในสุขภาพ แต่องค์กรอื่นๆ ในภาครัฐยังรวมถึงสำนักงานสวัสดิการสังคม กรมแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตร กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กรมโยธา กระทรวงคมนาคม กระทรวงยุติธรรม กระทรวงการคลัง สำนักนโยบายแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม ซึ่ง Roemer ได้ชี้แจงภาระกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไว้โดยละเอียด[12] ส่วนภาคี (agencies) อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานในระบบสุขภาพที่อยู่นอกการจัดการของรัฐ ได้แก่ องค์การที่เป็นอาสาสมัครดูแลเรื่องเฉพาะโรค องค์การที่ดูแลสุขภาพประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น ภาคีสุขภาพผู้หญิง คนพิการ เด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น องค์การที่ช่วยเหลือความเดือดร้อนทางสุขภาพเฉพาะกิจ เช่น สภากาชาด เป็นต้น สมาคมวิชาชีพทางสุขภาพ (Professional Health Association) สถานพยาบาลเอกชนต่างๆ อาสาสมัครเพื่อสังคมต่างๆ และองค์กรทางศาสนาต่างๆ ไม่ว่าจะจากองค์กรท้องถิ่น หรือ ระหว่างประเทศ เพราะระบบสุขภาพของประชาชนในประเทศนั้นเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน และ องค์กรทางสังคมทุกรูปแบบ

องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดเก็บภาษี การจัดสวัสดิการทางสังคม การประกันสุขภาพ (ทั้งภาครัฐและ โดยสมัครใจของประชาชน กับบริษัทประกันต่างๆ) การบริจาค และการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลและครอบครัว องค์ประกอบเหล่านี้จะมีจำนวน และ น้ำหนักของการจัดสรรจะแตกต่างกันไปตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และ การเมืองของประเทศนั้นๆ ประเทศที่ประชากรมีรายได้ต่อหัวมากกว่า การใช้จ่ายในภาคเอกชนจะมีมากกว่าในภาครัฐ ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการด้วยเช่นกัน ว่ารัฐมีนโยบายในการบริหารการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างไร เรื่องการจัดการ (management) ของระบบสุขภาพนั้น Roemer อธิบายไว้ว่าจะรวมถึงกระบวนการการจัดการทุกๆ ด้านในเรื่องของการวางแผน (planning) การบริหาร (administration) การวางระเบียบ (regulation) และ การออกกฎหมาย (legislation) การจัดการในเรื่องระเบียบต่างๆ นั้นครอบคลุมถึง เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับประชาชน เรื่องเภสัชกรรมและยา การวางกฎในการให้ใบอนุญาติประกอบการและการบริการ ส่วนทางด้านกฎหมายนั้นจะดูแลครอบคลุมเรื่องการผลิตบุคลากรที่ไปทำงานเกี่ยวข้อง

[12] ดูใน Roemer (1991) National Health System of the World. New York: Oxford University Press.

กับสุขภาพ การให้มีใบอนุญาติต่างๆ ตามกฎหมาย การวางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรทางด้านการเงินการคลัง การมีกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิผู้บริโภค สิทธิผู้ป่วย และ สิทธิส่วนบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลนั้นๆ รวมทั้งการมีกฎหมายที่ควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้อื่นด้วย

2.2.3 ความหมายและคำจำกัดความทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คำว่าระบบสุขภาพ มีความหมายหลากหลาย ในทางมานุษยวิทยา ระบบสุขภาพ (health system) หรือ ระบบของการแพทย์ (systems of medicine) คือการปฏิบัติ (practices) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพในทุกๆ ด้าน นั่นหมายรวมถึง การเยียวยาความเจ็บป่วยด้วยวิธีการทางศาสนา พิธีกรรม เวทย์มนต์ ความเชื่อ ปรัชญา หลักการในการดำเนินชีวิต หลักการในเชิงประจักษ์ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสมาชิกในสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งหลายในชุมชน ในครอบครัว และ สถาบันทางศาสนาด้วย

ตามแนวคิดของ Fabrega and Manning นักมานุษยวิทยา (1979) ระบบสุขภาพหรือการแพทย์นั้นหมายถึง “กลุ่มของความเชื่อ ความรู้ การปฏิบัติ บุคลากร และเครื่องมือ อุปกรณ์ และ ทรัพยากร ที่รวมกันเป็นโครงสร้างและ แบบแผนที่ทำให้สมาชิกของกลุ่มทางสังคมและวัฒนธรรมได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น” (p41) และจากแนวคิดนี้ ระบบสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระบบ คือระบบพื้นบ้าน (Folk system) และ ระบบชีววิทยาการแพทย์แบบตะวันตก (Western Biomedical system) ระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านสามารถอธิบายได้ว่าเป็นการปฏิบัติทางการดูแลรักษาพยาบาลแบบประเพณีนิยม ในระดับท้องถิ่น หรือกลุ่มคนพื้นเมือง (indigenous) ระบบนี้เป็นระบบที่มีวิวัฒนาการมาจากสภาวะทางวัฒนธรรมของสังคมเฉพาะ ซึ่งแต่ละท้องถิ่นก็จะมีเป็นของตนเอง ในประเทศหนึ่งๆ อาจมีระบบสุขภาพแบบนี้อยู่หลากหลาย ส่วนระบบแพทย์แผนใหม่แบบตะวันตกที่ใช้การอธิบายทางวิทยาศาสตร์ เป็นระบบการดูแลรักษาพยาบาลที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางวิทยาศาตร์ ที่มองการเจ็บป่วยและสุขภาพในลักษณะเป็นเพียงสิ่งที่ประกอบด้วยอินทรีย์และชีวภาพของร่างกายมนุษย์ ซึ่งไม่ว่าจะไปอยู่ในบริบทสังคมวัฒนธรรมแบบไหนรูปแบบของการให้การเยียวยารักษานั้นคล้ายคลึงกัน ยกเว้นแต่ การจัดการขององค์การและการพิจารณาในบางเรื่องจะมีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุปัจจัยภายนอก ในขณะเดียวกัน นักมานุษยวิทยาก็ยังให้คำนิยามระบบสุขภาพไว้อีกแบบหนึ่งคือแบบพหุนิยม นั่นคือ การเยียวยาจากหลายๆ ระบบของการรักษาพยาบาลจากหลายวัฒนธรรม เช่นทั้งไทย จีน แขก และ ฝรั่ง รวมทั้งระบบสุขภาพตามแบบพื้นเมืองด้วย (ไม่ใช่เพียงการปฏิบัติหรือความเชื่อของปัจเจกบุคคลที่ใช้แบบพื้นเมืองกับแบบตะวันตกท่านั้น) ตามแนวความคิดทางมานุษยวิทยาระบบทางการแพทย์ของสังคมหนึ่งมักแฝงไว้ด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย ความเชื่อในระบบการเยียวยารักษาพยาบาล และการประพฤติปฏิบัติของคนในสังคม (Stoner 1986, Dunn 1976, Elling 1981, Kleinman 1978, Worsley 1982, Good 1979)

ส่วนในทางสังคมวิทยา ระบบสุขภาพ หรือ ระบบทางการแพทย์[13] มักจะหมายถึงกลุ่มองค์กร การจัดการ และ หน่วยต่างๆ ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล

[13] ทั้งทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ระบบสุขภาพและระบบการแพทย์มักใช้แทนที่กันได้ เช่นเดียวกับที่ WHO และงานทางสาธารณสุขใช้สลับกันระหว่างระบบสุขภาพและระบบการบริการสุขภาพ แต่ศัพท์คำว่า medicine สำหรับนักสังคมศาสตร์ไม่ได้หมายเพียงเฉพาะ

ครอบครัวหรือ องค์กรวิชาชีพ และ กระบวนการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ และเครื่องมือในการให้บริการ รวมถึงอำนาจที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการทั้งหมด ดังที่ Freund and Mc Guire ได้กล่าวไว้ว่า “ระบบการแพทย์นั้น รวมเอาการจัดการที่เป็นระบบองค์การที่สะท้อนให้เห็นกลุ่มผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจต่างๆ เช่น แพทย์ และวิชาชีพอื่นๆ บริษัทประกัน โรงพยาบาล องค์การที่สนับสนุนการวิจัย หน่วยงานของรัฐ และ โรงเรียนแพทย์ ทุกกลุ่มต่างก็มุ่งที่จะแสวงหาทรัพยากร มุ่งที่จะมีอิทธิพลทางนโยบาย และ พยายามที่จะวาง agenda เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ การวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างสังคมต่างๆ ขึ้นอยู่กับว่า สังคมวางความต้องการของพลเมือง (citizens) อย่างไร และมีการวางมาตรการอย่างไรที่จะบรรลุวัตถุประสงค์นั้น” (1991: 3) ในสายตาของนักสังคมวิทยา ระบบสุขภาพก็คือระบบสังคม หรือภาพสะท้อนของระบบสังคมของชาติ ของรัฐ ของกลุ่มคนนั้นๆ ที่มีประวัติศาตร์การต่อรองทางอำนาจทางการเมือง อำนาจทางเศรษฐกิจ อำนาจทางองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลจัดการระบบสุขภาพ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว การจัดการเป็นรูปแบบหนึ่งในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา ก็เป็นอีกแบบหนึ่ง

จากการศึกษาเปรียบเทียบระบบสุขภาพจากมุมมองทางสังคมวิทยาในประเทศที่พัฒนาแล้วในหลายๆ ประเทศทั้งในยุโรป เอเชีย อเมริกา และแปซิฟิค Field และคณะ (1989) ก็พบว่า ประเด็นที่ทำให้เราเข้าใจระบบสุขภาพในฐานะที่เป็นระบบสังคมหนึ่งได้ดีคือ การศึกษาถึง 1) วิวัฒนาการของการวางระเบียบข้อบังคับในระบบสุขภาพที่ทำให้เห็นสภาพเงื่อนไขในการเปลี่ยนแปลงวิธีการ หรือกระบวนการรักษาพยาบาลในเวลาต่างๆ รวมทั้งอิทธิพลของสังคมแบบสมัยใหม่ 2) บทบาททางการเมือง ที่เกี่ยวข้องกับการวางแบบแผนการให้บริการที่เป็นของภาครัฐและเอกชน บรรยากาศทางการเมืองที่ต่อต้านอำนาจรัฐมีผลทำให้มีการปรับเปลี่ยนระบบให้เป็นแบบเอกชนมากขึ้น 3) แรงโน้มน้าวจากการค้นพบใหม่ๆ ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กับประเด็นเรื่องจริยธรรม ที่ทำให้เกิดคำถามเรื่องอำนาจทางกฎหมายและความถูกต้องทางวัฒนธรรมและศาสนา ต่อการให้มีการปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์แบบใหม่ที่มีผลต่อการเป็นอยู่ การเจ็บป่วย และ การตายของมนุษย์ 4) ประเด็นเรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เป็นจำนวน กับค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปกับโอกาส และปัญหาในการแบ่งสรรปันส่วน การให้บริการในรูปแบบต่างๆ 5) ประเด็นเรื่องความต้องการ (demand) ที่เพิ่มขึ้นของประชากรที่หันมาใช้การแพทย์ในระบบสมัยใหม่ 6) การมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เฉพาะสาขาแยกย่อยมากขึ้น 7) สถานการณ์ทางสังคมที่มีความห่างเหิน แปลกแยก และไม่ค่อยมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนไข้และ สถานพยาบาล มีผลต่อการให้ความชอบธรรมในการรักษาพยาบาลอย่างไร 8) การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสถาบันที่ให้การบริการทางสุขภาพ ที่ทำให้การทำงานของบุคลากรไปขึ้นอยู่กับทรัพยากรขององค์กรมากกว่าประโยชน์ของคนไข้ 9) ความไม่คล่องตัว หรือ ความยืดหยุ่นในการจัดการในระบบทางการแพทย์ เช่นในกรณีฉุกเฉิน หรือ ภาวะวิกฤตทางโรคระบาด 10) ปัญหาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ จากประเด็นทั้งสิบประเด็นที่เป็นปัญหาที่พบในระบบสุขภาพของทุกประเทศที่ Field ทำการศึกษา เขาสรุปรูปแบบของระบบสุขภาพออกมาเป็น 5 รูปแบบดังนี้

ตารางที่ 1 Field’s Typology of Health Systems (1989:7)

แพทย์แต่ องค์ความรู้ ปรัชญา ระบบ การจัดการ บุคคลที่เกี่ยวข้อง (ไม่ว่าจะมีการอบรมอย่างเป็นทางการ หรือไม่) กับการดูแลรักษาสุขภาพทั้งหมด

Health System	Type I Emergent	Type2 Pluralistic	Type 3 Insurance/Social Security	Type 4 National Health Service	Type 5 Socialized
General Definition	Health care as item of personal consumption	Health care as predominantly a consumer good or service	Health care as an insured/guaranteed consumer good or service	Health care as a state-supported consumer good or service	Health care as a state-provided public service
Position of the Physician	Solo entrepreneur	Solo entrepreneur and member of variety of groups/organizations	Solo entrepreneur and member of medical organization	Solo entrepreneur and member of medical organization	State employee and member of medical organizations
Role of Professional Association	Powerful	Very Strong	Strong	Fairly Strong	Weak or non-existent
Ownership of facilities	Private	Private and Public	Private and public	Mostly public	Entirely Public
Payments	Direct	Direct and indirect	Mostly indirect	Indirect	Entirely indirect
Role of the Polity	Minimal	Residual/indirect	Central/indirect	Central/Indirect	Total
Example counties		Switzerland, USA	(Canada) (France) Japan, Spain, Yugoslavia, New Zealand	Scotland (Great Britain)	USSR

จะเห็นได้ว่า รูปแบบของระบบสุขภาพทั้ง 5 แบบนั้นขึ้นอยู่กับการจัดการที่เป็นผลกระทบมาจาก ระบบเศรษฐกิจ การเมือง ความสัมพันธ์ทางสังคมหรือ การมีองค์กรทางสังคมที่เข้มแข็งในด้านใด อย่างไร และแนวความคิด คำนิยามที่ให้กับการดูแลรักษาสุขภาพ กับการคาดหวังทางสังคมว่าใครจะเป็นผู้กำหนด ตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาและสวิสเซอร์แลนด์ เนื่องจากมีการนิยามกันว่าการดูแลรักษาสุขภาพเป็นเรื่องของผู้บริโภค หรือการ

บริการต่อผู้บริโภค การให้บริการจึงเป็นทั้งแบบเอกชนและการบริการจากภาครัฐ การจ่ายค่ารักษาบริการก็เป็นได้ทั้งในรูปแบบโดยตรงและทางอ้อม การเมืองทางภาครัฐเข้ามาเกี่ยวข้องได้น้อย สมาคมวิชาชีพทางการแพทย์มีความเข้มแข็ง จึงถูกจัดให้เป็นระบบสุขภาพแบบพหุลักษณ์ (pluralistic) ซึ่งอยู่ในขั้วตรงข้ามกับระบบสุขภาพของรัสเซีย ที่เป็นแบบสังคมนิยมเต็มรูปแบบที่รัฐให้การบริการทั้งหมด ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรง และไม่มีสมาคมวิชาชีพเพื่อต่อรองทางอำนาจเนื่องจาก แพทย์ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างของรัฐ เป็นต้น เพราะฉะนั้น การวางระบบสุขภาพ หรือเข้าใจในระบบสุขภาพจากมุมมองของนักสังคมศาตร์นั้น มักจะแยกไม่ออก ระหว่างระบบสุขภาพ และระบบอื่นๆ ทางสังคม โดยเฉพาะ ทางการเมืองและเศรษฐกิจ และบริบททางสังคม

2.2.4 ความหมายและคำจำกัดความจากองค์การอนามัยโลก

ในรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) ได้ให้คำนิยามคำว่าระบบสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมทุกอย่างที่วัตถุประสงค์หลักเป็นไปเพื่อ การส่งเสริม รักษา หรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

“all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health.” (p 5)

ตามคำนิยามนี้ องค์การอนามัยโลก (2000:5-8) มีการวางกรอบ (boundary) ว่ากิจกรรมอะไรจัดเป็นกิจกรรมที่อยู่ในแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้แก่ กิจกรรมที่อยู่ในส่วนของการบริการทางสุขภาพในแบบเป็นทางการ (formal health services) ประกอบด้วยการบริการโดยบุคลากรทางวิชาชีพแพทย์ หรือกิจกรรมหรือการกระทำของผู้ที่ทำการเยียวยารักษาตามแบบประเพณีนิยม (traditional healers) และการใช้ยาทั้งที่ได้รับใบสั่งยาจากแพทย์หรือไม่ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในกรอบนี้ นอกจากนั้นกิจกรรมที่ยังถือว่าเป็นกิจกรรมที่อยู่ในระบบสุขภาพคือ กิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ กิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การมีระบบความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยบนท้องถนน แต่กิจกรรมอื่นๆ ที่กว้างเกินไปนั้นไม่ถือว่าอยู่ในกรอบ เช่น การศึกษาโดยทั่วไป ไม่ถือว่าเป็นเรื่องของระบบสุขภาพ แต่ถ้าเป็นการสุขศึกษา ยังนับรวมอยู่เป็นต้น ระบบสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมีวัตถุประสงค์สามประการคือ หนึ่ง เพื่อทำให้สุขภาพของประชากรดีขึ้น (improving the health of population they serve) สองเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน (responding to people’s non-medical expectation) และ สามให้การคุ้มครองทางการเงินในค่าใช้จ่ายเพื่อซ่อมสุขภาพ (providing financial protection against the costs of ill health). ในด้านหนึ่งของกรอบของระบบสุขภาพนี้คือระบบที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่อีกด้านหนึ่งหมายรวมทุกอย่างที่เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นระบบขององค์การ สถาบัน หรือ หน่วยงาน ระบบสุขภาพในความหมายนี้รวมเอาวิถีปฏิบัติของปัจเจกบุคคล ของครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายต่างๆ ที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพ หรือทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกยังเน้นไปที่การบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการบริการระดับปฐมภูมิ (primary health care)

ในรายงานขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2000 ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพว่าไม่ใช่ระบบที่หยุดนิ่งตายตัว แต่เป็นระบบที่มีพลวัตขยาย หรือปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ตามบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป จากการศึกษาทบทวนวิวัฒนาการของระบบสุขภาพ และ การปฏิรูปที่ผ่านมาหลายยุคหลายสมัยพบว่า ระบบสุขภาพ นั้นเกิดมาตั้งแต่มี

สังคมมนุษย์ที่ต้องกป้องกันตัวเองจากโรคภัยไข้เจ็บ การปฏิบัติตามประเพณี ที่มีมาก่อนการรักษาพยาบาลแบบสมัยใหม่เป็นพันๆ ปี นั้นมีการบูรณาการเรื่องการให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ (spiritual counseling) และให้การรักษาและป้องกันโรคไว้ด้วยกัน การจัดการระบบสุขภาพในแบบสมัยใหม่ที่เรารู้จักกันนี้ เพิ่งมีมาหลัง 100 ปีที่ผ่านมานี้เอง แต่ก็ยังมีคนไม่น้อยในโลกที่ ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเลยแม้แต่ครั้งเดียวในชีวิตเขา (WHO, 2000: xiii) ระบบสุขภาพที่เรารู้จักจึงเป็นระบบที่ค่อนข้างใหม่ที่เริ่มมาในยุโรปหลังการปฏิวัติอุตสาหกรรม เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะ กับผู้ใช้แรงงาน ที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพจำนวนมาก และประเด็นนี้ก็เป็นประเด็นทางการเมืองในยุคสมัยนั้น ที่สหภาพแรงงาน ออกมาเรียกร้อง ความเป็นธรรม เพื่อให้สภาพชีวิตของเขาดีขึ้น โดยให้มีกองทุนและการประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพขึ้น จึงทำให้ต้องมีการจัดระบบสุขภาพและการบริการให้เป็นรูปแบบมากขึ้น ซึ่งในสมัยนั้น รูปแบบของการจัดระบบสุขภาพ ที่เป็นต้นแบบให้กับหลายๆ ประเทศมาจากประเทศเยอรมัน ที่ได้ออกกฎหมายและระเบียบต่างๆ เกี่ยวกับการจัดระบบสุขภาพมาตั้งแต่ ปีค.ศ. 1883 (ราวรัชสมัยของรัชกาลที่ 4) แล้วต่อมาก็มีระบบสุขภาพเกิดขึ้นในประเทศเบลเยี่ยม (1894) นอร์เวย์ (1909) ประเทศอังกฤษ (1911) รัสเซีย (1917) ชิลี (1924) และ ในประเทศเดนมาร์ก (1935) และหลังสงครามโลกครั้งที่สอง รูปแบบการจัดระบบสุขภาพแบบสมัยใหม่ไป โดยประยุกต์ออกไปตามลักษณะทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและปรัชญาของประเทศนั้นๆ ไปเป็นอีกหลายรูปแบบด้วยกัน ซึ่งปัจจุบันเราสามารถแบ่งระบบสุขภาพออกเป็นรูปแบบใหญ่ ได้ 9 รูปแบบ กับรูปแบบย่อยๆ หรือ ผสมผสานในหลายแบบในประเทศที่กำลังพัฒนา

การแบ่งรูปแบบระบบสุขภาพ 9 แบบ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Ganguly, 2001) เป็นการแบ่งตามระดับทางเศรษฐกิจ (economic level) และอุดมคติทางการเมือง (political ideology) โดยที่แบ่งอุดมคติทางการเมืองออกเป็น ก) แบบสบายๆ (permissive) คือนโยบายของรัฐนั้นไม่ค่อยมีการจัดการระบบบริการทางสุขภาพ ข) แบบร่วมมือ (cooperative) มีการจัดระบบมาก ค) แบบสังคมนิยม (socialist) คือรัฐเข้าไปจัดการมาก ส่วนระดับทางเศรษฐกิจนั้นแบ่งตามการพัฒนา และรายได้ประชากรต่อหัว (GNP) เมื่อเอาตัวแปรทั้งสองมาเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มสมาชิกขององค์การอนามัยโลก กว่า 191 ประเทศแล้ว เราพบว่ามีตัวอย่างประเทศต่างๆ ที่มีระบบการบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ตามปัจจัยดังกล่าว (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 รูปแบบของระบบสุขภาพ (Ganguly, 2001)

ระดับเศรษฐกิจ	**นโยบายสาธารณสุข**		
	permissive	Cooperative	Socialist
Affluent	USA, Australia	UK, Norway	Russia, Hungary
Moderate	Colombia, South Korea	Nigeria, Mexico	Cuba, China
Poorest	Philippines, Thailand	Bangladesh, India	Ethiopia, North Korea

ลักษณะการบริการก็แตกต่างกันไป โดยที่ การบริการระดับปฐมภูมิในประเทศที่รับระบบสุขภาพแบบ permissive มักจะเป็นการบริการที่แพทย์ (physicians) เป็นผู้ให้บริการกับคนไข้ (สำหรับการเป็นคนไข้นอก) แล้วคนไข้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หรือ ผ่านระบบประกัน การบริการเพื่อการป้องกันมักจะไม่รวมอยู่ในภาระกิจนี้ ส่วนการบริการระดับปฐมภูมิในระบบcooperative การให้บริการจะเป็นการรักษาด้วยแพทย์ที่เป็นเอกชน แต่การให้บริการแบบป้องกันจะเป็นภาระกิจที่รัฐจัดการให้ทั้งหมด ส่วนในระบบสังคมนิยม ทั้งการป้องกันและการรักษาจะทำโดยรัฐและทุกคนมีสิทธิใช้บริการในสถานบริการใกล้บ้านได้ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนา การบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จะต่างไปจากทั้งสามรูปแบบดังกล่าว เพราะจะมีบุคลากรระดับท้องถิ่นอีก ที่เรียกว่า community health workers ที่ทำหน้าที่แทนแพทย์และ พยาบาลในสถานที่ไกลๆ เป็นต้น

2.3 **ความมั่นคงทางสุขภาพ** (Health Security)

2.3.1 ความเป็นมาของความเข้าใจในเรื่องความมั่นคง

ความมั่นคง (security) ในความหมายที่ใช้ในทั่วไปหมายถึง ความปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดมีขึ้น ความปราศจากการเสี่ยงหรือการ take precaution ก่อนที่จะมีการเสี่ยงเกิดขึ้น หรือ การมีหลักประกันต่อความเรียบร้อยสงบสุข แต่เดิมคำว่าความมั่นคงมักจะอ้างถึงในทฤษฎีทางรัฐศาสตร์และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และความมั่นคงเป็นคำที่ใช้ในความหมายของความมั่นคงของรัฐ ซึ่งนักปรัชญาในกลุ่ม Realism เช่น Thucydides ที่อยู่ในสมัยกรีกโบราณ เป็นนักประวัติศาสตร์ในสมัยสงครามระหว่าง เอเธนและสปาร์ตา โดยแสดงถึงความมั่นคงแห่งรัฐที่ “มาตรฐานของความยุติธรรมขึ้นอยู่กับความเท่าเทียมทางอำนาจ ที่อยู่บนหลักความจริงที่ว่า รัฐที่เข้มแข็งกว่าทำในสิ่งที่เขามีอำนาจทำได้ และรัฐที่อ่อนแอกว่ายอมรับในสิ่งที่เขารับได้” (Thucydides, 1954: 85) นั่นหมายถึงรัฐมีสิทธิที่จะสั่งสมอำนาจที่จะปกป้องตนเอง โดยที่ไม่สามารถนำเอาอำนาจนั้นไปบังคับข่มขู่ให้ประเทศหรือ รัฐอื่นต้องกระทำตาม การสร้างความมั่นคงให้แก่รัฐเป็นสิทธิที่รัฐกระทำได้ และในสมัยต่อมา Machiavelli ก็แนะนำในลักษณะคล้ายๆ กัน ว่า ความอยู่รอดของรัฐขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้นำ (Prince) ที่จะใส่ใจต่อเรื่องของอำนาจและความมั่นคงของรัฐ ในขณะที่ Hobbes ได้เสนอคำนิยาม เรื่อง ธรรมชาติของรัฐ และ Leviathan ที่แสดงให้เห็นถึงภาวะความขัดแย้งและสงครามระหว่างรัฐเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นธรรมชาติ แนวคิด Leviathan เป็นทางที่จะรักษาระเบียบและระงับภาวะยุ่งเหยิงในการทำสงครามต่างๆ เพราะฉะนั้น รัฐมีอำนาจที่จะรักษาความมั่นคงของชาติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเข่นฆ่า ทำลายล้างกันระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ โดยสรุปจากแนวคิดแบบ Realism รัฐมีความจำเป็นที่จะต้องมีความมั่นคงแห่งชาติ(รัฐ) เพื่อปกป้องประโยชน์ของชาติ โดยที่รัฐต้องได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีเหตุผล (rational actors) ที่กระทำการเพื่อขยายประโยชน์สูงสุดโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยสุด (maximizing benefit, minimizing cost)

ในแนวคิดที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเรื่องความมั่นคงมีรากฐานมาจากนักปรัชญาเช่น Immanuel Kant ที่ให้แนวคิดไว้เมื่อ 200 ปีก่อนว่า รัฐควรจะมีการรวมกันเป็นสมาพันธ์ระดับโลก (A Federation of the world’s states) เพื่อควบคุมและลงโทษรัฐที่กระทำการรุณแรงต่อรัฐอื่นๆ ที่ทำให้เกิดวิกฤติ หรือภาวะสงครามระหว่างประเทศ หลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ประธานาธิบดี Woodrow Wilson เองก็ขานรับแนวทางดังกล่าวและตั้ง

the League of Nations (1918) ที่เรียกร้องให้เกิดความสันติภาพในโลก จากบทเรียนที่ได้รับในสงครามโลก ที่เกิดการเสนอให้พยามสร้างความมั่นคงให้กับโลก โดยที่บางประเทศจะต้องยอมสละอำนาจบางอย่างในกรอบแนวคิดเดิมของความมั่นคงของประเทศเพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัยของโลก มากกว่าความพยายามที่จะถ่วงดุลหรือรักษาดุลทางอำนาจระหว่างขั้วตรงข้ามต่างๆ แต่แน่นอนที่สุดประเทศฟาสซิสอย่างญี่ปุ่นและเยอรมันสมัยนั้น ไม่ยอมรับจนทำให้เกิดสงครามโลกครั้งที่สอง จากนั้นมาจึงมี องค์การสหประชาชาติ ใน UN charter ที่นิยาม คำว่า ความมั่นคงแห่งชาติว่า เป็นความปลอดจากการถูกบังคับข่มขู่ หรือทำให้จำนน ของรัฐหนึ่งจากรัฐอื่น แต่หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ใน UN charter ก็เปิดโอกาสให้มีการรวมตัวกันของกองทัพที่เป็น multinational military action เพื่อรักษาความปลอดภัยให้กับโลก ซึ่งก็ได้รับการขานรับจาก NATO และ CTO ที่รวมกันเพื่อต่อต้านการกระทำของ อีรัก หรือยูโกสลาเวีย นิยามความมั่นคงแห่งชาติจึงเป็นนิยามที่มีนัยสำคัญอยู่ภายใต้อาณาเขตของประเทศ (territorial-based notions) ที่ความร่วมมือแบบ multinational ยังเป็น การร่วมมือตามแนวคิดที่เชื่อในผลกระทบแบบโดมิโน ว่า ถ้าประเทศหนึ่งล้มประเทศใกล้เคียงก็เป็นไปด้วย และต่อไปเรื่อยๆ ดังนั้น ต้องมีการป้องกัน และสร้างความมั่นคงโดยขยายขอบเขตออกไป โดยการวางแผนจัดการทางภูมิศาสตร์เศรษฐกิจ อย่างที่ทุกวันนี้เราเห็นเป็นความร่วมมือทางเศรษฐกิจตามแนวชายแดน และกลุ่มเพื่อนบ้านในหลายๆ ประเทศ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประเทศของตน ซึ่งทั้งหมดนี้นำไปสู่การร่วมมือในเศรษฐกิจโลกอีกด้วย

แต่ในมุมมองของ นักเสรีนิยม (liberalism) อย่าง Goldstein (1996) ว่าความมั่นคงที่เราคำนึงถึง เป็นความมั่นคงของมวลชน (Collective Security) ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่ภายใต้อำนาจของรัฐแต่ผู้เดียว หรือ อำนาจระหว่างรัฐ แต่เป็นการร่วมมือของในทุกภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญๆ (the formation of a broad alliance of major actors) ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ที่จะร่วมกันขัดขวาง การกระทำของใครก็ตาม (any actor) ที่เป็นอันตรายต่อคนส่วนรวม หลังสงครามเย็น องค์การสหประชาชาติเองก็ได้วางแนวทางใหม่ให้มีการพิจารณาถึง collective security แทนการควบคุมจากประเทศมหาอำนาจ โดยในทางทฤษฎี แล้ว collective security มีบทบาทสำคัญในการ 1) ต่อต้านความก้าวร้าวหรือความพยายามสร้างอำนาจครอบงำเหนือประเทศอื่นๆ (hegemony) ซึ่งไม่ใช่เพียงการกระทำที่ข่มขู่ต่อประเทศบางประเทศเท่านั้น 2) ที่จะให้ทุกประเทศสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการหยุดยั้งปัญหาร่วมกัน 3) เพื่อจัดระบบการทหารที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือ (ไม่ใช่เพื่อการสงครามแต่อย่างเดียว) โดยที่ไม่เป็นเพียงแค่รัฐบางรัฐที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ (Kegley and Wittkopf, 1995: 477) ในกรณีเช่นนี้ ความมั่นคงแห่งชาติไม่ได้จำกัดอยู่ในคำนิยามแบบเก่าอีกต่อไป หลังสงครามเย็นที่ผ่านมา ความมั่นคง (security) หมายถึง การเข้าไปจัดการในวิกฤตของภูมิภาค วิกฤตของอาหาร วิกฤตทางพลังงาน และวิกฤตในสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตของมนุษยชาติ ทีต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยปราศจากกรอบของอาณาเขตทางภูมิศาสตร์การเมืองของประเทศ หรือ รัฐชาติ (nation-states) ในกลุ่มแนวคิดความมั่นคงเชิงวิพากษ์ (Critical security) ในสำนักคิดจาก Frankfurt เช่น Adorno และ Habermas มองว่า แนวคิดเรื่องความมั่นคงจะต้องมีการรื้อถอน และคิดใหม่ และตั้งคำถามกับการเป็นตัวแทน (representation) โดย Booth นำมาเสนอในเรื่องความมั่นคงว่าควรหมายถึง “การปลดแอก (emancipation) ซึ่งหมายความว่า เป็นการปลดเปลื้องประชาชนออกจากข้อจำกัด (constraints) ต่างๆ ที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะเลือกดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนคนอื่น เช่นข้อจำกัดที่มาจาก สงคราม ความยากจน การถูกกดขี่ และ การได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นต้น” (1991:539) Booth เสนอให้มองในมิติที่เป็นการวาง

commitment to “emancipation” ที่ต้องทำให้เรื่องความมั่นคงขยายความไปในเรื่องการถูกคุกคาม (threats) จากความยากจน และอุบัติภัยทางธรรมชาติ มิติและแนวคิดเรื่องความมั่นคงจึงมีการเปลี่ยนไปอย่างมาก ที่ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของความมั่นคงของรัฐอย่างเดียวเท่านั้น ถึงแม้ในทางปฏิบัติรัฐยังต้องเป็นผู้ปฏิบัติในการป้องกันและรักษาความมั่นคงอยู่ แต่การปฏิบัติการนั้นจะไปสู่มิติอื่นๆ ไม่เพียงการเมือง การสงคราม และ การปฏิบัติการนั้นจะเป็นเรื่องของการมีส่วนร่วมและร่วมมือกันกับหลายๆ กลุ่มคน องค์กร และสังคมในทุกระดับ

2.3.2 การขยายขอบเขตเรื่องความมั่นคงไปสู่สุขภาพ

ประเด็นที่เชื่อมโยงความมั่นคงไปสู่ความมั่นคงทางสุขภาพมีหลายเรื่องด้วยกัน ตัวอย่างที่เห็นชัดอันแรกคือ ประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัญหาที่ขยายขอบเขตออกไปว่าไม่ใช่เพียงเรื่องของประเทศใดประเทศหนึ่งแต่เป็นปัญหาที่ไร้พรหมแดน เพราะการเปลี่ยนแปลงทางนิเวศน์วิทยาและสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อคนทั่วโลก กระบวนทัศน์ที่น่าสนใจ ที่เชื่อมโยงประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม กับความมั่นคงของรัฐและของโลก คือ ปัญหาความมั่นคงแห่งชาติมีปัญหาการคุกคามที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น สงคราม ข้าศึกศตรูที่สามารถชี้ได้ว่าเป็นใคร (ไม่ใช่พวกเรา) และมีความจงใจที่จะทำร้าย เกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้น ในขณะที่ปัญหาความมั่นคงทางสิ่งแวดล้อม เป็นเรื่องของการคุกคามที่แพร่กระจาย หลากหลาย (diffuse and diverse) ศตรูของสิ่งแวดล้อมไม่ใช่ใครที่ไหนแต่ตัวเราเอง แต่เราไม่มีความตั้งใจที่จะทำร้าย ในขณะทีผลกระทบเกิดขึ้นในระยะยาว จากประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม การคิดเรื่องความมั่นคงถูกขยายความออกไปที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพและชีวิต (ความมั่นคงแห่งชีวิต) ของมนุษยชาติ ซึ่งในกรณีนี้ ความมั่นคงจึงเป็นเรื่องของ 1) การเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม และสารเคมีที่ผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ประชากรของชาติ และการพัฒนาที่ยั่งยืน 2) ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่คุกคามสิทธิมนุษยชนที่บุคคลมีสิทธิโดยหลักปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ที่กล่าวว่าบุคคลมีสิทธิที่จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ ที่เอื้อต่อการพัฒนาการ (ในกรณีของเด็ก) และการมีสภาวะชีวิตที่ดี ดังนั้นเรื่องสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม และ เรื่องความมั่นคงของชาติและความมั่นคงในชีวิตของมนุษยชาติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นในมุมมองของนักคิดปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลกเอง ก็ได้ขานรับต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อมของโลก และวางแนวทางในการดำเนินงาน เรื่องความมั่นคงของสุขภาพระดับโลก (Global health security) โดยรายงานเตือนภัยจากการแพร่ระบาดของโรคระบาดต่างๆ (WHO 2001d) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 สมัชชาสุขภาพระดับโลกได้มีความตระหนักในปัญหาการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับ โลกาภิวัฒน์ เนื่องจากประชากรโลกมีการเดินทางมากขึ้น ทั้งเพื่อการท่องเที่ยว เพื่อการทำงาน หรือ เพื่ออพยพหนีภัยพิบัติต่างๆ การเติบโตในการค้าระหว่างประเทศ เรื่องอาหารและสินค้าทางชีวภาพ การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่มากกับการขยายตัวของเมือง การทำลายป่า และทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทำให้มีการเคลื่อนย้ายอพยพของสัตว์ป่า แมลง และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ จากภูมิภาคหนึ่งไปอีกภูมิภาคหนึ่ง การติดเชื้อจากประเทศหนึ่ง มีโอกาสแพร่ระบาดในระดับโลกได้ง่ายขึ้น เนื่องจากความซับซ้อนดังกล่าว การที่ประเทศต่างๆ ต่างไปหามาตรการป้องกันโรคและการแพร่ระบาดของโรคเฉพาะภายในประเทศประสบความสำเร็จน้อยลงหากไม่มีการควบคุมไปยังประเทศเพื่อนบ้าน หรือ ระหว่างประเทศด้วย ดังนั้นความร่วมมือเพื่อให้เกิด การเตือนภัยและป้องกันโรคติดต่อเหล่านี้ มีความจำเป็น ในปี ค.ศ. 1997 การขยายเครือข่ายทางอินเตอร์เนต ในการแจ้งข่าวสารเรื่องการแพร่ระบาดของโรคในจุดหนึ่งของโลก ต่อประเทศอื่นๆ เป็นเรื่องสำคัญ และยิ่งกว่านั้น ต้องมีความ

ร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมกับ ภาคีระดับโลกที่เฝ้าระวังโรค (global surveillance partner) ไปพร้อมๆ กัน นอกจากนั้นยังมีระบบเครือข่ายอื่นๆ อีกมากมายที่จะเฝ้าระวังและเตือนภัยให้ทราบกันทั่วโลก ซึ่งสิ่งที่ WHO ได้ริเริ่มและกระทำการไปแล้วนั้น ตอกย้ำแนวคิดที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการมองเรื่อง ความมั่นคงทางสุขภาพในลักษณะที่เป็น collective security มากขึ้น ที่มากกว่า เพียงแค่ความมั่นคงแห่งชาติ สิ่งที่รัฐควรทำคือ สร้างศักยภาพของกลไกที่จะทำให้เกิดระบบการทำงานที่เข้มแข็งทั้งระดับชาติ (national surveillance system) และการเทำงานโดยเชื่อมโยงกับ global surveillance system

ประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางสุขภาพ คือ ความมั่นคงในอาหารและสารอาหาร (food security and nutrition) ซึ่งเราพบว่าคนส่วนใหญ่ในโลกยังขาดสารอาหาร หรือ ได้รับสารอาหารและพลังงานจากอาหาร (nutrition and calorie)ในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งประมาณการได้ว่า มีประมาณ 16 เปอร์เซ็นของ Global burden of disease. หญิงมีครรภ์จำนวนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อการตายหลังคลอด การให้กำเนิดทารกที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เพราะขาดสารอาหารที่จำเป็นในระหว่างตั้งครรภ์ ความมั่นคงทางอาหาร จึงถูกกำหนดเอาไว้ในการประชุมความร่วมมือระหว่าง องค์การการค้าโลก (WTO) และ องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปีนี้ (2002) ว่า ความมั่นคงทางอาหารเป็นเรื่องที่สำคัญระดับโลก[14] จากปฏิญญากรุงโรมว่าด้วยความมั่นคงทางอาหารโลก (The Rome Declaration on World Food Security) ได้เขียนไว้ว่า “ความมั่นคงทางอาหาร จะเกิดขึ้นต่อเมื่อ ประชาชนทั้งหมด (ในทุกเวลา) มีความสามารถทั้งทางกายและเศรษฐกิจ ที่จะเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางสารอาหาร เพื่อให้ครบตามความต้องการในการรับประทานอาหาร ที่จะทำให้เขาสามารถใช้ชีวิตที่สมบูรณ์และเป็นประโยชน์ ความมั่นคงทางอาหารสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบคือ *ความมั่นคงของอาหารในระดับชาติ* และ *ความมั่นคงทางอาหารในระดับครัวเรือน* ความมั่นคงในระดับประเทศ คือความสามารถที่ประเทศของประเทศที่จะให้ความมั่นคงในปริมาณของอาหารที่เพียงพอ (total supply of food) ต่อความต้องการทางสารอาหารของประชากรในประเทศตลอดเวลา โดยการมีผลผลิตภายในประเทศ การนำเข้าอาหาร และหรือ การใช้อาหารในคลังอาหารของชาติ ส่วนความมั่นคงในระดับครัวเรือนนั้น คือ ความสามารถ ที่แต่ละครอบครัวจะสามารถให้ความมั่นคง ในการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอแก่สมาชิกของคนในครัวเรือน ตลอดเวลา ด้วยการผลิตอาหารเอง หรือ ซื้อจากตลาด หรือจากการเก็บไว้ใช้ส่วนตัว และ / หรือการให้ความช่วยเหลือจากรัฐ

ตัวอย่างสำหรับกรณีความมั่นคงทางอาหารของชาติ มักจะเกิดขึ้นกับประเทศที่ต้องนำเข้าอาหารหลักในการดำรงชีพ เช่น ข้าว และธัญพืชอื่นๆ ที่ทำให้ประเทศเหล่านี้ไม่สามารถอยู่รอดได้โดยลำพัง ต้องเกิดเศรษฐกิจที่พึ่งพา การค้าเสรีในเรื่องพืชพันธุ์ธัญหารที่สำคัญๆ ก็เป็นตัวเร่งให้ความสามารถ self-sufficiency ของประเทศลดลงและเพิ่มการพึ่งพาจากการนำเข้า แต่ในขณะเดียวกัน ประเทศที่เป็นผู้ส่งออกสินค้าเกษตรกรรมจะได้รับประโยชน์จากการส่งออก และทำให้มีรายได้จากการแลกเปลี่ยนเงินตราในสกุลอื่นๆ แต่ถ้าการค้าเสรีลดกำแพงให้สินค้าประเภทอาหาร สำเร็จรูป มีราคาดีและส่งออกได้มากกว่าสินค้าทางการเกษตรที่เป็นวัตถุดิบ ประเทศที่สามารถทำอุตสาหกรรมอาหาร ก็จะได้ประโยชน์ ดังนั้น เรื่องของความมั่นคงจึงผูกพันธ์ไปกับการลงทุน การส่งออก การผลิต และ ข้อตกลงระหว่างประเทศอีกมากมาย ความเหลื่อมล้ำในระดับนานาชาติมีผลต่อความมั่นคงของชีวิตและสุขภาพของคนใน

[14] ในรายงานการประชุมมีการเขียนไว้ชัดเจนให้แยก คำว่า food safety ออกจาก food securityที่มีความหมาย และประเด็นครอบคลุมไม่เท่ากัน

หลายๆ ประเทศอีกด้วย องค์การค้าโลก (WTO) จึงกลายเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่มีผลต่อความมั่นคงของชาติ และสุขภาพของประชาชน ส่วนบทบาทในการช่วยเหลือในเรื่องอาหาร ในยามฉุกเฉินนั้นเป็นเรื่องขององค์การอาหารและการเกษตร (FAO) ที่สามารถเป็นอีกกลไกหนึ่งในระดับนานาชาติที่จะให้หลักประกันเรื่องความมั่นคงทางอาหาร แก่นานาประเทศ แต่ก็ยังไม่ค่อยมีบทบาทที่เด่นชัดมากนัก

ในส่วนที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย ความมั่นคงทางสุขภาพ ที่รวมถึง ทุกๆ เรื่องที่เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด นั่นคือ “การให้หลักประกัน” (guarantee) ที่ให้มีการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและประชาชนเข้าถึงได้ ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้หญิง หรือ ผู้ชาย” โดยที่ หลักการสำคัญจะต้องตั้งอยู่บน ความเป็นธรรม (equity) ทางเลือก (choice) และ การร่วมมือกัน (partnership) ตัวอย่างในประเทศอินเดีย ผู้เชี่ยวชาญในแวดวงสาธารณสุขของประเทศอินเดียได้ เสนอให้มีการกระจายอำนาจ (decentralization) การบริหารและกฎระเบียบต่างๆ ของการบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดหลักประกันความมั่นคงทางสุขภาพแก่คนในประเทศ โดยที่เขามีการประชุมระดับชาติเพื่อปรึกษาเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพขึ้น ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2544 (The National Consultation on Health Security) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก องค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนา (United Nations Development Program-UNDP) และสถาบันพัฒนามนุษย์ ในการประชุมนี้มีข้อเสนอให้มี ระบบจับตาตรวจสอบจากภาคประชาชน (surveillance systems) ในระดับอำเภอและหมู่บ้าน ที่จะช่วยในการจัดการทรัพยากรว่ามีการจัดสรรอย่างเหมาะสม โรงเรียน/มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา ทางการแพทย์ต่างๆ ควรจะเชื่อมโยงกับการบริการในศูนย์การบริการระดับปฐมภูมิ (primary health centers) มากกว่า ในโรงพยาบาลใหญ่ที่ให้การดูแลในขั้นตติยภูมิ (tertiary care) โดยมองว่าเนื่องจากปัจจุบันความไม่เป็นธรรมในสุขภาพ ต่อคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ในสังคม เป็นเหตุให้ไม่มีความมั่นคงในสุขภาพแก่ประชากรในประเทศอินเดีย คนอินเดียเองก็ไม่สามารถที่จะไปซื้อระบบประกันสุขภาพจากสถาบันเอกชนได้

ในประเทศไทยเอง เรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ (health security) ก็มีการนิยามและให้ความหมายไปในเรื่องของการประกัน หรือ หลักประกันสุขภาพเสียเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการพูดถึง การประกันสังคม (social security) อย่างในการให้สัมภาษณ์ของ ดร.นพ.สมศักด์ ชุนหรัส ในหนังสือพิมพ์บางกอกโพสท์ (February 2, 1997) ได้พูดให้ความเห็นเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิคนไทยในการบริการทางสุขภาพ และให้หลักประกัน (ensure) ที่จะให้คนไทยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังบอกถึงความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกับคณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เสนอ health security ของคนไทย ซึ่ง ดร. นพ. สมศักด์ ได้ให้ความหมายครอบคลุมเรื่องสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม และผลิตภัณฑ์อาหาร โดยที่มองว่ารัฐจะต้องทำให้เกิดโครงการสำหรับสาธารณชนที่เอื้อต่อสุขภาพ ในขณะที่ดร.ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ ในเชิงความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐกับการให้หลักประกันทางสุขภาพ ในช่วงเวลาใกล้ๆ กันก็มีการพูดถึงความมั่นคงทางสุขภาพ ในแง่ของ social security เช่นที่ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้ให้สัมภาษณ์ไว้ ในบางกอกโพสต์เช่นกัน ว่าคนไทยกว่า 32 เปอร์เซนต์ยังขาดหลักประกันสุขภาพ (health security) โดยมองถึงประเด็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการทำบัตรประกันสุขภาพ คำว่า health security ในบริบทของสังคมไทย จนถึงทุกวันนี้ ถูกมองเป็นเรื่องของการประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็เป็นในลักษณะเดียวกันกับประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ใช้คำนี้ในภาษาอังกฤษ ที่มีความหมายโดยตรงกับการให้หลักประกัน ซึ่งในความหมายของสหรัฐนั้นมันเป็นความมั่นคงด้วย เนื่องจากในภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และ การเมือง ระบบ

การประกันสังคมและการประกันสุขภาพ เป็นเรื่องที่ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งเรื่องของหลักประกันในการใช้บริการสุขภาพและสาธารณสุข การประกันความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหาร สิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภค การให้สุขศึกษา การให้การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงสูงอายุ การว่างงาน ซึ่งในนโยบาย health security ของสหรัฐ ครอบคลุมถึงความมั่นคงปลอดภัยในหลายๆ เรื่องที่รัฐมีหน้าที่ทำให้มีขึ้น ส่วนการวางหลักประกันสุขภาพ (health insurance) เป็นเรื่องที่กระทำโดยทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันใหญ่ๆ ที่เกี่ยวข้อง (corporate alliance) เพราะฉะนั้น คำนิยามเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ มีความหมายลึกซึ้งและครอบคลุมกว้างขวางกว่า หลักประกันสุขภาพ และ มีนัยะที่หลากหลายเมื่อนำไปพิจารณาในประเด็นเฉพาะด้าน เช่น ตัวอย่างความมั่นคงในสุขภาพผู้หญิง

2.3.3. **ตัวอย่าง ความมั่นคงในสุขภาพผู้หญิง**

ในกรณีของผู้หญิง ความมั่นคงทางสุขภาพผู้หญิง ต้องประกอบด้วย การให้การศึกษา การเข้าถึงข้อมูลและการศึกษา การได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง ความปลอดจากความรุนแรง สิทธิที่จะทำงานในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น ไม่มีการถูกละเมิดทางเพศ) และ การเข้าถึงการบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้หญิง (เช่น มีแพทย์ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้หญิง หรือมีการปฏิบัติอย่างคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้หญิง) การตระหนักถึงความมั่นคงทางสุขภาพผู้หญิง ในการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารนั้น ตามที่ WHO ระบุ นั้น การให้ความรู้ดังกล่าวนั้นมีความจำเป็นที่จะทำให้ผู้หญิงได้รับการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ซึ่งเป็นเครื่องมือในเบื้องต้นที่จะทำให้ผู้หญิงเข้าใจศักยภาพของตนเอง และสภาพแวดล้อมที่ตนอยู่ เพื่อให้พวกเขาได้ตระหนักถึงการป้องกันสุขภาพของตัวเองและคนในครอบครัว การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้หญิงควรเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็ก ความรู้นั้นมีตั้งแต่เรื่อง ร่างกายของเรา การใช้ชีวิตที่ดีมีสุขภาพที่ดี (healthy lifestyles) และ แหล่งต่างๆ ที่จะทำให้เกิดเชื้อโรคต่างๆ

ความมั่นคงทางสุขภาพผู้หญิงยังรวมถึงเรื่องการได้รับสารอาหาร (nutrition) ที่เพียงพอ เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมากสำหรับเด็กผู้หญิงและผู้หญิงในหลายๆ ประเทศ เนื่องจาก การขาดอาหาร หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอในวัยเด็ก เป็นสาเหตุให้เกิดโรคเลือดจาง การมีน้ำหนักต่ำกว่ากำหนด และการเติบโตที่ไม่สมบูรณ์อีกหลายรูปแบบ การให้หลักประกันเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพในกรณีนี้จึงหมายถึงการ ที่จะต้องคิดถึงปัจจัยต่างๆ ทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และปัจจัยทางกฎหมายมาเป็นกลไกที่จะทำให้เด็ก และผู้หญิงได้รับสารอาหารอย่างเป็นธรรม ข้อห้ามทางวัฒนธรรมบางอย่างที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพผู้หญิงควรจะ ได้มีการพิจารณาใหม่

นอกจากนี้แล้วผู้หญิงทั่วโลกต่าง เผชิญปัญหาเรื่องความรุนแรง การถูกทารุณกรรมในหลายรูปแบบ ตั้งแต่ที่บ้าน ที่ทำงาน และในพื้นที่สาธารณะหลายแห่ง รวมถึง การถูกข่มขืน การถูกเอาเปรียบทางจิตใจ และความรุนแรงที่มากับความขัดแย้งในสงคราม และในการโยกย้ายถิ่นฐาน มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิง ที่เห็นได้ชัดทางกาย อาการซึมเศร้า ความทุกข์ทางใจ รวมไปถึงการใช้ยาเสพติด การฆ่าตัวตาย การติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ และเชื้อเอชไอวี ยิ่งกว่านั้นผู้หญิงที่ได้รับความรุนแรงในหลายๆ ประเภทนี้ยังขาด การเข้าถึงการดูแลบำบัด การได้รับการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพ หรือ การได้รับค่าชดเชยต่อความทุกข์ที่เขาได้รับ องค์การอนามัยโลกจึงเรียกร้องให้รัฐบาลและ

นักวางแผนนโยบายทางสาธารณสุขทั่วโลก ให้มีการขานรับต่อปัญหาสุขภาพผู้หญิง ในเรื่องความรุนแรงอย่างถ้วนหน้ากัน โดยเฉพาะการให้ผู้หญิงได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมาย และการดูแลจากระบบบริการสาธารณสุข

ในด้านความปลอดภัยในการทำงาน และสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพนั้น เป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งในเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ ที่ WHO เล็งเห็นว่า เพศสภาวะของสตรีเป็นตัวกำหนด บทบาททางสังคมเศรษฐกิจ และการขาดการศึกษาทำให้ผู้หญิงต้องจำยอมอยู่กับการทำงานบางประเภท ที่มีแนวโน้มไปในการทำให้เกิดปัญหา คุกคามทางสุขภาพ (Health Hazards) ในเมืองเองเราก็พบว่าผู้หญิงมักจะทำงานในงานระดับเล็กและในรูปแบบไม่เป็นทางการ ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายบ้าง ถูกกฎหมายบ้าง ในชนบทผู้หญิงมักทำงานในภาคเกษตรที่ต้องเกี่ยวพันกับการใช้สารพิษต่างๆ และยาฆ่าแมลง ไม่ว่าในเมืองหรือชนบท ผู้หญิงมักจะทำงานในลักษณะที่มีฝีมือแรงงานต่ำ รายได้ต่ำ และเผชิญกับสารเคมีที่ก่อให้เกิด มะเร็งมากมาย โดยเฉพาะสารที่มีผลต่อภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ที่ทำลายสุขภาพทั้งหมดทั้งทางตรงและทางอ้อม ในหลายๆ แห่งผู้หญิงยังถูกกระทำลวนลามทางเพศ (sexual harrassment) ซึ่งไม่มีกฎหมายออกมาคุ้มครองความเสี่ยงต่อสุขภาพในลักษณะดังกล่าวเลย

องค์การอนามัยโลกจึงคิดว่า ด้วยการมี หลักการเรื่อง “ความมั่นคงทางสุขภาพ” จะทำให้ผู้หญิงได้รับการเข้าถึงการดูแลทางสุขภาพ และให้ความมั่นใจว่า ความต้องการทางสุขภาพ (health needs) จะได้รับการตอบสนองตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ คณะกรรมาธิการระดับโลกด้านสุขภาพผู้หญิง ขององค์การอนามัยโลกจึงมีการวางปฏิญญาเพื่อเรียกร้องให้รัฐมีการวางแผนปฏิบัติที่จะทำให้เกิดความตระหนักและการกระทำที่ทำให้เกิด ความมั่นคงในสุขภาพผู้หญิง

2.4 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

2.4.1 คำนิยามและการตีความหมาย

ตามคำนิยามของ ”กฎบัตรออตตาวาว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charther for Health Promotion) ซึ่งเป็นผลจากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นครั้งแรก ณ กรุงออตตาวา เมื่อ วันที่ 21 พฤศจิกายน 2530 (ค.ศ. 1986) การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) หมายถึง “กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และ พัฒนาปรับปรุง สุขภาพของตน” (the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health) ซึ่งเป็นคำนิยามที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพนี้จริงๆ แล้ว รวมหลักการต่างๆ ที่วางยุทธศาสตร์ในการที่จะสร้างสภาวะที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์และมีความสามารถเลือกสิ่งที่ต้องการได้อย่างเหมาะสม (make healthy choices) ซึ่งในการวางยุทธ

ศาสตร์ดังกล่าว ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้าน มานุษยวิทยา สังคมวิทยา ระบาดวิทยา จิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์อื่นๆ รวมถึง วิชาการสาธารณสุข รัฐศาสตร์ การศึกษาและ การสื่อสาร วิธีการที่จะให้ได้มาซึ่งกระบวนการดังกล่าว จึงต้องอาศัยหลายๆ วิธีด้วยกัน การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงเรื่องของเฉพาะสาขาวิชา แต่เป็น สหสาขาของความรู้ (multidisciplinary knowledge) และ ผู้ปฏิบัติงานที่หลากหลาย (multiplicity of actors) ซึ่งโดยรวมแล้วการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นนโยบายระดับโลก ที่มีการวางแบบแผน และแนวทางในการนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลก ดังที่ Department of Non-communicable Disease Prevention and Health Promotion (NPH) [15] ขององค์การอนามัยโลกได้ วางกรอบของประเด็นที่ควรมีการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

1) สภาวะ สถานการณ์หรือ ปัญหา ที่มีความวิกฤติเกิดขึ้นทางสุขภาพและการพัฒนาของประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก
2) สภาวะ สถานการณ์ หรือ ปัญหา ที่ไม่ได้สัดส่วน ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชากรที่มีชีวิตอยู่ในสภาพที่ยากลำบาก เนื่องความยากจน สถานภาพทางเพศ ชาติพันธุ์ ความพิการ หรือ การเป็นผู้สูงอายุ
3) สภาวะ สถานการณ์ หรือ ปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการวางเป้าหมายทางด้านตัวกำหนดทางสังคม (social determinants) ของสุขภาพ

ตามแนวทางนี้ การส่งเสริมสุขภาพ คือยุทธศาสตร์หลายประการที่นำมาใช้เพื่อการพัฒนาและสุขภาพ โดยในตัวของการส่งเสริมสุขภาพเองเป็นเรื่องของบริบทต่างๆ ที่มากกว่าเพียงเรื่องสุขภาพ ประเด็นเรื่อง การให้ความสามารถ (empowerment) การสนับสนุน (advocate) การสื่อสาร การให้การศึกษา การขับเคลื่อนทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และต่างๆ นั้น เป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น โดยที่เป้าหมายของสิ่งเหล่านี้ก็เพื่อให้มีชีวิตที่เต็มเปี่ยมและมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง

ในอีกมิติหนึ่งของคำนิยาม เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จากมุมมองทางสังคมวิทยา พบว่า มีการวิพากษ์และวิเคราะห์คำนี้ด้วย ว่า เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องทั้งทางการเมือง ระบบสังคม และวัฒนธรรม เนื่องจากในทางการเมือง นักสังคมวิทยา (Burrows, et.al., 1995) ได้วิเคราะห์ที่มาของคำนี้ว่ามีมาตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970s ของคริสตศักราช ที่เริ่มมาจาก “การป้องกันและสุขภาพ เป็นเรื่องของทุกคน” (Department of Health and Social Security 1976 ประเทศอังกฤษ) และต่อมาก็มี ปฏิญญาอัลมา อะตา (Declaration of Alma Ata) ซึ่งคำว่าส่งเสริมสุขภาพก็ เริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้นเรื่อยมา มีการสร้าง แนวคิดออกมาจากระดับนานาชาติและระดับประเทศทั่วโลก เช่น การวางแนวทาง “สุขภาพแห่งชาติ” (The Health of the Nation) องค์การอนามัยโลก ก็วางแนวคิดเรื่อง “สุขภาพสำหรับทุกคน“ (Health for All) หรือ ในประเทศอังกฤษเองก็มี คำพูด “ทำงานร่วมกัน เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น” (Working together for Better Health) คำทั้งเหล่านี้ไม่ใช่เพียงเรื่องของการวางศัพท์สวยหรู แต่หมายถึงการเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคมที่มีต่อเนื่องมากับคำว่าการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของรัฐ เรื่องการวางนโยบาย เรื่องขององค์กรเครือข่ายภาคเอกชน ภาคประชาชน และ ปัจเจกบุคคล

ในมิติทางด้านวัฒนธรรม นักสังคมวิทยาได้มีการวิเคราะห์ว่า ในระดับวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยม กระบวนการที่เกิดขึ้นจากการสร้างสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในสังคมสมัยใหม่วัฒนธรรมบริโภค กับภาพลักษณ์ในเรื่อง

[15] ปรากฏใน www.who.int/hpr/backgroundph/index.htm

ความเป็นหนุ่มเป็นสาว ความแข็งแรง ความตื่นตัว กระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นค่านิยมและวาทกรรมของวัฒนธรรมสมัยใหม่ (Featherstone, 1991, Savage et.al., 1992) การเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพแบบบริโภคนิยม มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960s เมื่อหลายอย่างกลายเป็นสินค้า การมีสุขอนามัย รักษาความสะอาดในบริเวณบ้านให้ปราศจากเชื้อโรค (hygiene) สามารถหาซื้อได้จากยาฆ่าเชื้อง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นน้ำยาล้างชาม น้ำยาล้างพื้น แล้วก็ขยายออกไปเป็น อาหาร เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เครื่องออกกำลังกาย รองเท้ากีฬา วิตามินเสริมสุขภาพ และอื่นๆ อีกมาก ดังนั้นค่านิยมแบบบริโภคกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้การส่งเสริมดังกล่าวเป็นการมีอุปกรณ์ที่สร้างสุขภาพที่ดี การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงเรื่องของปัจเจกบุคคล แต่ยังเป็นเรื่องโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ และทางการเมือง ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างนโยบายสาธารณเพื่อสุขภาพไปพร้อมๆ กัน ดังที่องค์การอนามัยโลกได้แสดงไว้ในหน้าแรกของอินเตอร์เนทไว้ว่า

> "การส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ทั้ง บุคคล ครอบครัว และชุมชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตัวเอง ในหลายๆ ประเทศการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่ถือปฏิบัติกันโดยทั่วไปที่ให้มียุทธศาสตร์สุขภาพ ในบริบทที่รวมถึงสิ่งแวดล้อม 'ที่ประชาชนอยู่อาศัย มีความรัก ทำงานและพักผ่อนหย่อนใจ' และไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของปัจเจก และพฤติกรรมของบุคคล แต่เป็นเรื่องของการร่วมมือจากหลายฝ่ายที่จะทำให้เป้าหมายนี้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มให้มีโครงการต่างๆ มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 เช่นโครงการ หมู่บ้าน และเมืองเพื่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน โครงการเหล่านี้ต่างก็เล็งไปที่กลุ่มประชากร เช่น ผู้สูงอายุและ ผู้หญิง โดยเน้นการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ (ด้วยอาหาร การออกกำลังเป็นต้น) เน้นเรื่องสุขภาพทางเพศ การมีสังคมที่ปราศจากบุหรี่ และเรื่องอื่นๆ อีกมาก นั่นหมายความว่าสุขภาพนั้น กลายเป็นเรื่องของทุกคนทั้ง ของรัฐ เอกชน องค์การพัฒนา และชุมชนทั้งหมด เช่นกัน" (WHO, 2002)[16]

นิยามการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักวิชาการแล้ว จึงไม่ใช่เพียงความหมายที่ตรงไปตรงมา แต่มีนัยะที่แฝงไว้ ในหลายๆ เรื่องด้วยกัน มันหมายถึงทั้งกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความคิด การสร้างอุดมคติทางสุขภาพ นโยบาย กิจกรรมที่ทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงพันธสัญญาระหว่างรัฐกับประชาชน ระหว่างเครือข่ายประชาชนที่จะร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพ

2.4.2 ที่มาที่ไป หลักการและเหตุผลของการส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมีเกือบยี่สิบห้าปีที่แล้ว จากการประชุมนานาชาติเรื่องการบริการสุขภาพในขั้นปฐมภูมิ (International Conference on Primary Health Care) ณ เมือง อัลมา อะตา ประเทศสหภาพโซเวียตรัสเซีย เมื่อวันที่ 6-12 กันยายน ค.ศ. 1978 ซึ่งผลจากการประชุมครั้งนั้นทำให้เกิด "ปฏิญญาแห่งอัลมา-อะตา" (Declaration of Alma-Ata) ซึ่งประกาศยืนยันว่า สุขภาพ หมายถึงภาวะของกาย จิต และสังคมที่สมบูรณ์ ไม่เป็นเพียงการไม่มีโรค และสุขภาพยังเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ในปฏิญญาเล็งเห็นว่าสุขภาพเป็นเป้าหมายทางสังคมทั่วโลก ในปฏิญญาข้อที่สาม ระบุไว้ว่า "ในวิถีเศรษฐกิจนานาชาติใหม่ (New International Economic Order) การ

[16] ปรากฏใน www.who.int\AboutWHO health protection and promotion.htm

พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้สุขภาพสำหรับทุกคน (health for all) เป็นไปได้ และจะช่วยในการลดช่องว่างของสถานะทางสุขภาพระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ (promotion and protection) ของประชาชน เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมีความยั่งยืน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสันติภาพของโลก" (Alma-Ata, 1978[17])

จากปฏิญญาข้อนี้ (เป็นหนึ่งในสิบข้อ) จะเห็นได้ว่า จริงๆ แล้ว การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเพียงปัจจัยที่จะเข้าไปสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นเป้าหมายใหญ่ และในปฏิญญาข้ออื่นๆ จะเป็นได้ว่า เป้าหมายของการทำให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีภายในปี 2000 จะทำให้สถานภาพทางสุขภาพของประเทศยกระดับขึ้น และทำให้ประชากรมีชีวิตที่มีประโยชน์ในทางเศรษฐกิจและสังคม (socially and economically productive life) โดยที่การบริการระดับปฐมภูมิจะเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้กิจกรรมต่างๆ บรรลุผล ในประเด็นนี้ทำให้สามารถ confirm ดัชนีชี้วัดความเจริญหรือระดับการพัฒนาของประเทศด้วยสถานภาพทางสุขภาพ ประกอบกับปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้ประชาชาติ ระดับการศึกษา ตามแนวทางของโลกสมัยใหม่ที่มีเศรษฐกิจเป็นตัวนำ ที่ไม่ได้บ่งบอกเลยว่าปฏิญญาดังกล่าวมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพ

ในปีค.ศ. 1986 มีการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก ที่ ออตตาวา ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 1986 ซึ่งห่างจากการประชุมที่อัลมา อะตาถึง แปดปี แต่การประชุมครั้งนี้ยังนำเอาหลักการเบื้องต้นจากการประชุมที่อัลมา อะตา มาเป็นประเด็นหลักในกรประชุมครั้งนี้ และออก กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Otttawa Charter for Health Promotion) ขึ้น โดยสานต่อเจตนารมณ์ของอัลมาอะตา เป้าหมาย 'สุขภาพถ้วนหน้า' ขององค์การอนามัยโลก และ การประชุมของสมัชชาสุขภาพสากล ในการปฏิบัติงานระหว่างภาคีเพื่อสุขภาพ ในกฎบัตรฉบับนี้ได้วางรากฐานสำคัญสำหรับคำนิยามการส่งเสริมสุขภาพดังที่แสดงไว้ข้างต้น แต่ในรายละเอียดยังมีอีกว่าเพื่อให้บรรลุสุขภาพทางกาย จิต และสังคม บุคคลและกลุ่มสังคมต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอก ที่จะตระหนักถึงแรงบันดาลใจ ที่จะตอบสนองความต้องการ และที่จะเปลี่ยนหรือปรับให้อยู่ได้ในสภาพแวดล้อม โดยคำนึงถึงว่าสุขภาพนั้นเป็นทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการมีชีวิตเท่านั้น การส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงแต่จะเป็นความรับผิดชอบของผู้ที่ปฏิบัติงานในหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ยังไปนอกเหนือวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ เพราะในกฎบัตรออตตาวา[18] ได้บอกไว้ชัดเจนว่า การมีสุขภาพที่ดีจะต้องมีปัจจัยพื้นฐานและทรัพยากรที่สำคัญๆ คือ สันติภาพ ที่อยู่ การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน มีความเป็นธรรม และยุติธรรมในสังคม การมีสุขภาพดีต้องมีการส่งเสริม (advocate) เพราะเป็นทรัพยากรหนึ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และพัฒนาบุคคลไปในตัว ต้องมีการสนับสนุนให้คนมีส่วนร่วมในการเข้ามามีบทบาทในการควบคุมภาวะและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยที่รัฐหรือองค์การต่างๆ เป็นผู้ช่วยเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆ ในสังคมให้เข้ามาทำให้สังคมก้าวไปสู่สังคมที่มีสุขภาวะ

การกระทำเช่นนั้นก็ต้องมีการวางยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติการคือ สร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนในทุกระดับ มีการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะของ

[17] Declaration of Alma-Ata, 1978 ปรากฏใน http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html

[18] Ottawa Charter For Health Promotion, WHO/HPR/HEP/95.1 ปรากฏใน http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html

บุคลากร การจัดระบบการบริการสุขภาพใหม่ให้มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ ชุมชน สถาบัน รัฐและประชาชนไปพร้อมๆกัน มีการทำงานที่ขับเคลื่อนไปข้างหน้าเพื่อสุขภาพ (pursuit of health)

ในการประชุมนานาชาติหลังจากกฎบัตรออตตาวา จนถึงปัจจุบันมีอีก 4 ครั้งคือ การประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่สอง “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ที่ แอดีเลด (Adelaide) ประเทศออสเตรเลีย ในวันที่ 5-9 เมษายน ค.ศ. 1988, การประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่สาม “สนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ” ที่ ซันด์สวาล (Sundsvall) ประเทศสวีเดน วันที่ 9-15 มิถุนายน ค.ศ. 1991 การประชุมครั้งที่สองและสามมีความต่อเนื่องกันพอสมควร โดยที่ในการประชุมครั้งที่ 3 เน้นเรื่องการวางนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยที่แสดงเจตจำนงค์ต่อไปยังเรื่องความเป็นธรรมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบาย และการรับผิดชอบต่อผลของนโยบายต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีการกำหนด key areas ที่นโยบายสาธารณะต้องคำนึงถึง คือ การสนับสนุนสุขภาพผู้หญิง เรื่องอาหารและสารอาหาร เรื่องบุหรี่และแอลกอฮอล์ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (กล่าวโดยละเอียดแล้วในเรื่องนโยบายสาธารณะ) แต่ก็น่าสนใจที่ในขอเสนอแนะของแอดีเลด ระบุไว้ด้วยว่าการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระยะสั้นจะช่วยให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจระยะยาว[19] ส่วนการประชุมครั้งที่สี่ ประกาศถึงมิติที่เอื้อต่อสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพอยู่สี่มิติด้วยกัน คือ มิติทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจและทักษะความรู้ของสตรีในทุกภาคของสังคม โดยวางอยู่บนรากฐานสองประการคือความเป็นธรรม และการพึ่งพาอาศัยกัน

การประชุมครั้งที่สี่ ที่นครจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย วันที่ 21-25 กรกฎาคม ค.ศ. 1997 เรื่อง “ความร่วมมือกับภาคีใหม่ๆ เพื่อยุคใหม่ นำการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21” เน้นที่การหารูปแบบใหม่ในการแก้ปัญหา ส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคม การเพิ่มศักยภาพชุมชน การผนึกและขยายภาคีทางสุขภาพ และ สร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และในครั้งสุดท้าย ที่กรุงแมกซิโก เมื่อวันที่ 5-9 มิถุนายน ค.ศ. 2000 เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพเชื่อมต่อช่องว่างในความไม่เป็นธรรม” จากการประชุมต่อมาอีกสี่ครั้งทำให้เราเห็นการขับเคลื่อนเพื่อการสร้างสุขภาพ ที่ปรับไปสู่โครงสร้างและระบบของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อศึกษาเพิ่มเติมต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละประเทศที่ยอมรับ ในแนวทางและการดำเนินการที่วางไว้ในปฏิญญา กฎบัตร คำประกาศ หรือแถลงการณ์ที่ออกมาจากการประชุมในแต่ละครั้ง

2.4.3 การนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่เริ่มดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพมาประมาณห้าถึงหกปีที่ผ่านมา จากการที่มี การประชุมระดับภาคพื้นเอเชียแปซิฟิค เมื่อปีพ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) ในประเทศไทย โดยมีสถาบันวิจัยสาธารณสุขเป็นผู้จัดร่วมกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นการประชุมครั้งแรกเกิดขึ้นหลังการประชุมนานาชาติที่จาการ์ตาเพียงไม่กี่เดือน ในฝ่ายประเทศไทยได้มีการเตรียมการเริ่มมีการพูดคุยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2539 ในหลายๆ เวที เพื่อวิสัยทัศน์และเป้าหมายในการดำเนินการ จนกระทั่งมีประชุมภาคพื้นเอเชียแปซิฟิคซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีการหารือเกี่ยวกับระบบโครงสร้างองค์กรและการสนับสนุนทางการเงินเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็น โครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการส่ง

[19] The Adelaide Recommendations, WHO/HPR/HEP/95.2 ปรากฏใน http://www.who.int/hpr/arcive /docs/adelaide.html

เสริมสุขภาพ (ประกิต วาทีสาธกกิจ และคณะ 2541) สำหรับประเทศไทยแล้ว เราได้แม่แบบหรือบทเรียนจากประเทศออสเตรเลียที่มีกองทุนส่งเสริมสุขภาพของรัฐ (VicHealth) โดยนำเงินร้อยละ 5 ของภาษีบุหรี่ มาเป็นเงินเพื่อการสนับสนุนกิจกรรม การศึกษาวิจัย การรณรงค์เพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพในสังคม โดยที่องค์กรนี้เป็นองค์กรที่มีอำนาจตามกฎหมายอย่างเอกชนแต่ไม่มีหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งนั่นเป็นเค้าที่มาของการจัดตั้ง “กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ “ (กสส) ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานที่ประกอบไปด้วย งานวิชาการ การปรับสิ่งแวดล้อม การมุ่งเน้นการทำงานกับกลุ่มเสี่ยงควบคู่ไปกับการยอมรับและมีส่วนร่วมของสังคม การลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพเช่น รณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด หรือสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ สร้างภาพลักษณ์ทางสุขภาพเช่นงานกิจกรรมทางศิลป วัฒนธรรม การกีฬาและสื่อมวลชน และ การสนับสนุนองค์กรภาคประชาชน ซึ่งโครงการในระยะแรกๆ ออกมาในรูปของ กีฬาชุมชน ดนตรี-กีฬา-เพื่อสุขภาพ ชุมชนลด-ละ-เลิก อาหารไทยเพื่อสุขภาพ หุ้นส่วนสุขภาพ(partnership) และเมืองน่าอยู่ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งทั้งหมดนี้ก็สอดคล้องและรับไปตามหลักการขององค์การอนามัยโลก และคำประกาศต่างๆ ที่มาจากการประชุมนานาชาติ เพียงแต่ว่าสีสันของกิจกรรมจะเน้นไปในเรื่องชุมชน และวัฒนธรรมแบบไทยๆ ที่ประยุกต์เข้ากับบริบทในสังคมไทย

สิ่งที่น่าสนใจในวาทกรรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยนั้น มาจากการวางกรอบแนวคิด และการศึกษาวิจัยเพื่อเผยแพร่สู่มวลชนอย่างเป็นระบบ โดยผ่านการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ามีการประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอยู่ 2-3ครั้งด้วยกัน และมีการตีพิมพ์เอกสารเผยแพรไปต่อสาธารณชนและบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข อยู่จำนวนมาก หนึ่งในจำนวนนั้นคือการออกหนังสือนิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541 ขึ้นเพื่อวางพื้นฐานความรู้เรื่องส่งเสริมสุขภาพผ่านคำอภิฐานศัพท์ และให้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการวาง authority ให้กับวาทกรรมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ให้เกิดมติร่วมกันในกลุ่มผู้ดำเนินงาน และยืนยันมติดังกล่าวในการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 เรื่อง ”ส่งเสริมสุจภาพ:บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” ที่มีเอกสารประกอบการประชุมมากมายที่ทั้งเล่าเรื่องที่มาที่ไปของการส่งเสริมสุขภาพ (สุรเกียรติ อาชานุภาพ, 2541) แต่ยังรวมไปถึง การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541) ปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541) ปริทัศน์การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย (ชูชัย ศุภวงศ์และคณะ 2541) และ บทบาทประชาคม ส่งเสริมสุขภาพ:นอกภาครัฐ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541) ซึ่งบางงานก็เป็นผลมาจากการวิจัย บางเรื่องเป็นการสรุปประเด็นและใจความจากการประชุมสำคัญๆ และบางเรื่องก็เป็นการเขียนขึ้นมาใหม่เพื่อประยุกต์เข้ากับสังคมไทย โดยเฉพาะฉบับเรื่องการปฏิรูปแนวคิดคนไทย ที่มีศ.นพ.ประเวศ วสี เป็น authority ในการเสริมสร้างแนวคิด หลักการและการดำเนินการการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ นอกเหนือจากนี้ ยังมีการจัดแปลเอกสารขององค์การอนามัยโลกอีก 9 ฉบับ รวมเป็น “ชุดการส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21” จากการทบทวนเอกสารต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในประเทศไทย พบว่าเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีการจัดพิมพ์อย่างเป็นระบบ มีการขับเคลื่อนที่เป็นทั้งในระดับ ความคิด นโยบาย ปรัชญา องค์ความรู้ ในระดับการดำเนินการ และ การวางยุทธศาสตร์ทางการเมือง กฎหมาย และรณรงค์ภาคประชาชน ภาครัฐ องค์การเอกชนทุกระดับ และชุมชนในทุกพื้นที่ การส่งเสริมสุขภาพเป็นภาระกิจที่สำคัญของเจ้าหน้าที่สาธารณะที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ทำให้มีการขยายการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้นไปอีกหลายด้านด้วยกัน และเมื่อกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ได้แยกออกเป็นอิสระ มีสำนักงาน เป็น

หน่วยงานใหม่คือ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ความหลากหลายใน ขอบเขตการทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพก็มีมากขึ้น จนทำให้คำนิยามและความหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามที่แปลจากปฏิญญาออตตาวาเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และไม่มีคำนิยามอื่นขึ้นมาทดแทน ถึงแม้จะมีเอกสารเผยแพร่อื่นๆ ออกมาก็มักเป็นการย้ำคำนิยามและบริบทต่างๆ ของการส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้มีการวางไว้จากการประชุมนานาชาตินั่นเอง

2.4.4 ขอบเขตของงานการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตของงานการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น

- โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง “สถานที่ที่สมาชิกทุกคนในโรงเรียนร่วมมือกันทำงานเพื่อให้นักเรียนได้รับประสบการณ์ที่เป็นไปในทางที่ดี ในทางบวก และประสบการณ์ที่มีการบูรณาการ รวมทั้งมีโครงสร้างที่สนับสนุนส่งเสริมให้เขามีสุขภาพที่ดี” (WHO 1996) งานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เป็นงานที่องค์การอนามัยโลกวางไว้ในงาน “การเตรียมความพร้อมเพื่อชีวิต” โดยเล็งเห็นว่าโรงเรียนเป็นสถานที่ที่จะให้การเรียนรู้อย่างเป็นระบบที่จะช่วยให้คนตระหนักรู้และมีศักยภาพในการควบคุมและพัฒนาปรับปรุงตนเอง เป้าหมายของงานนี้คือเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บและอุบัติเหตุต่างๆ เพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการ หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะที่สุขภาพไม่ดีอยู่แล้ว ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักเรียนในโรงเรียน ครูและนักการศึกษาต้องเข้าใจว่า การเรียนรู้ไม่ได้เป็นเพียงการมีแบบเรียน แต่ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในบริบททางสังคมทั้งหมด โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงรวมเอาเรื่อง การจัดการกับสภาวะแวดล้อม การสนับสนุนในการบริการ และการสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้ผู้ปกครองและชุมชนมีการมีส่วนร่วมในการจัดการและกิจกรรมต่างๆ เข้าไปด้วย การมีตัวอย่างที่ดีจากผู้ใหญ่ในชุมชน การมีนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีนโยบายปลอดบุหรี่ ปลอดสิ่งเสพติดในโรงเรียน การมีอาหาร สถานที่เล่นที่ปลอดภัย มีการสนับสนุนการบริการทางสุขภาพ เครือข่ายองค์การที่เข้ามาสนับสนุนกิจกรรมของโรงเรียน และ การร่วมมือจากสื่อมวลชนในการเผยแพร่งานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เป็นต้น

- การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน เป็นงานที่ต่อเนื่องมาจากงานอาชีวอนามัย แต่ในกฎบัตรออตตาวาได้ขยายขอบเขตการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน ไปสู่เรื่องของนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีผลต่อการทำงานของประชาชนทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติและ ชุมชน และยังหมายรวมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานที่ไม่เฉพาะแต่ในที่ทำงาน แต่รวมถึงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการทำงานทั้งทางกายภาพ โครงสร้าง สังคม และจิตวิทยา รวมทั้งต่อชุมชนแวดล้อม กิจกรรมที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานได้แก่ 1)สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภัยทางชีวเคมี และสารพิษ หรืออุบัติเหตุ 2) สิ่งแวดล้อมขององค์การ ได้แก่โครงสร้างของงาน การจัดการ สายการบังคับบัญชา วัฒนธรรมองค์การ ภาวะผู้นำ การจัดการทรัพยากรบุคคล 3) สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ครอบครัว เพื่อน และลูกค้า 4) สิ่งแวดล้อมทางการเมือง ได้แก่ นโยบายและการตัดสินใจของรัฐต่างๆ 5)สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ ได้แก่ พลวัตทางเศรษฐกิจ ระบบเศรษฐกิจ นโยบายและกฎหมาย สภาวะทางเศรษฐกิจของ

ประเทศ ที่นำไปสู่การมีงานทำ การมีรายได้ และสุขภาพ 6) ชุมชน สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบสถานที่ทำงาน เช่น ที่อยู่อาศัย การสนับสนุนจากชุมชน หรือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และ 7) คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ในการบริการสุขภาพ

- <u>การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน</u> (community health promotion) เป็นการมีระบบนิเวศน์ทางสังคมที่ดี มีการบริการระบบสาธารณสุข การให้การศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลข่าวสาร ที่มีผลในการสร้างศักยภาพของชุมชนในการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชนและสมาชิกของสังคม เพื่อเป็นการป้องกันและลดอันตรายจากความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยวางยุทธศาสตร์ให้เกิดการกระทำในชุมชน (community action) โดยให้ชุมชนเป็นผู้จัดระดับความสำคัญของปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน และดำเนินการเพื่อให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพด้วยตนเอง สิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมีความยั่งยืนคือ การให้อำนาจ (empowerment) แก่ประชาชนในชุมชน ให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถกำหนดอนาคตของตน ด้วยกลไกของการพัฒนาชุมชน ที่ดึงเอาศักยภาพของคนและทรัพยากรในชุมชนออกมาใช้ เพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ มีการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมได้ถ้วนหน้า ซึ่งทั้งนี้ต้องมีความต่อเนื่องในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสที่จะได้มีการเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึง การสนับสนุนจากแหล่งเงินทุน

- <u>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ</u> (healthy environment) โดยที่สุขภาพที่ดีนั้นต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคม (socio-ecological approach) ที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคทั้งภาครัฐและเอกชน สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติที่เอื้อต่อสุขภาพของประชากร เป็นความรับผิดชอบของคนทั้งโลก ในขณะที่สังคมมีความเปลี่ยนแปลงไป การทำงานและการพักผ่อนหย่อนใจ (leisure) มีความสำคัญมากและมีอิทธิพลต่อสุขภาพของคนสมัยใหม่ การจัดการทางสังค นิเวศน์วิทยาสังคม เช่นการจัดระเบียบทางสังคม ควรจะมีเพื่อสร้างสังคมที่ที (healthy society) ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพจึงมีเพื่อสร้างสภาวะการทำงานและความเป็นอยู่รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจที่ปลอดภัย (safety) ที่น่าทำงาน น่าอยู่ (stimulating) ทำให้พอใจสบายใจ (satisfaction) และ เพลิดเพลิน (enjoyable)

- <u>การมีนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ</u> (Healthy Public Policy) โดยทุกภาคีมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการวางแผนนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพรวมถึงเรื่องกฎหมาย การเงิน การเก็บภาษี และ การเปลี่ยนแปลงในองค์การ มันเป็นการทำงานร่วมมือกันเพื่อให้เกิดสุขภาวะ ที่ทั้งนโยบายสังคมและนโยบายทางเศรษฐกิจต้องเอื้อให้เกิดความเป็นธรรม (equity) ในสังคม โดยมีการทำงาน เพื่อป้องกัน และดูแลอนามัยด้านต่างๆทางสิ่งแวดล้อม ด้วย ในขณะเดียวกันก็ต้องสามารถแสดงให้เห็นอุปสรรคทางโครงสร้างที่ผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร วัตถุประสงค์สำคัญคือให้คนได้มีทางเลือกที่จะมีชีวิตที่ดีมีสุขภาพที่ดี โดยไม่ต้องยอมจำนนกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เขาต้องเสี่ยงต่อ การสูญ

เสียสุขภาพ และก็ให้รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนที่บูรณาการเพื่อให้ประชากรในประเทศมีสุขภาพที่ดี มีทุนทางสังคมที่ดีด้วย

2.5 นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

2.5.1 นิยามของนโยบายสาธารณะ (Public Policy)

ในเบื้องต้นเราควรแยกระหว่างนโยบายสาธารณะ (public policy) จากนโยบายสาธารณะสุข (public health policy) โดยทั่วไปนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องของแผนการปฏิบัติงาน (course of action) ที่รัฐจัดขึ้นเพื่อดำเนินการให้กับสาธารณะประโยชน์ เป็นกระบวนการ (procedure) ที่จะทำเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่มีการวางไว้ร่วมกัน โดยมีการจัดการเกี่ยวกับการใช้จ่ายเพื่อการนั้นไว้พร้อม นโยบายสาธารณะในคำนิยามทั่วไปยังหมายถึง การตัดสินใจในทางกฎหมายหรือในการกระทำของรัฐบาลที่ออกมาในรูปของระเบียบ หรือเอกสารทางราชการ ที่หน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องต้องนำไปปฏิบัติ ส่วนนโยบายสาธารณะสุข เป็นขั้นตอนกระบวนการภายในสถาบันของรัฐที่วางแนวทางการปฏบัติเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุข ต่อความจำเป็นทางสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรและแรงกดดันทางการเมืองอื่นๆ (political pressure) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อการสาธารณสุข นโยบายสุขภาพ (health policy) และการสาธารณสุขมักใช้ไปด้วยกัน เพื่อบอกถึงการออกระเบียบ หรือตัวบทกฎหมายที่เป็นกฎข้อบังคับและการสนับสนุนให้มีการบริการและโครงการเพื่อสุขภาพ และเป็นกฎระเบียบที่ช่วยในการให้ประชาชนเข้าถึงการบริการและโครงการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งนโยบายดังกล่าวได้ถูกแยกออกไปจาก นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy public policy) โดยนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขเน้นไปที่การให้บริการและโครงการเพื่อสุขภาพเท่านั้น นโยบายสุขภาพต่างๆ (health policies)ต้องมาจากกระบวนการที่เป็นระบบที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อการสาธารณสุข (public health) ที่วางอยู่บนหลักฐาน (evidence-based policy) บูรณาการกับความต้องการของชุมชน ความเป็นจริงทางการเมือง และ ทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งมีความหมายในวงจำกัดกว่า คำว่านโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ

2.5.2 นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ ตามหลักแนวคิด และทฤษฎีสากล

จากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่สอง ที่เมืองแอดีเลด (Adelaide) ปีค.ศ. 1998 ได้ให้คำนิยาม Healthy public policy ไว้ว่า “นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพนั้นมีลักษณะที่เล็งเห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนอยู่สองประการในเรื่องสุขภาพ และความเป็นธรรมในนโยบายทุกๆ ด้าน และยังเป็นนโยบายที่มีลักษณะที่รับผิดชอบ (accountability) ต่อผลกระทบทางสุขภาพ” (WHO/HPR/HEP/95.2) โดยที่วัตถุประสงค์หลักของนโยบายสาธารณะที่ดีนั้นจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้มีชีวิตที่ดีมีสุขภาพด้วย นโยบายสาธารณะแบบนี้จะทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการมีสุขภาพหรืออย่างน้อยก็ทำให้มันง่ายขึ้นต่อการที่ประชาชนจะไปเลือกสิ่งที่ดีให้กับตนเอง เพื่อชีวิตและสุขภาพของตน นโยบายดังกล่าวยังต้องทำให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเป็นเรื่องที่ส่งเสริมสุขภาพในการทำให้เรื่องนี้เป็นจริงได้รัฐบาล ไม่ว่าจะเป็นในหน่วยงานทางด้านการเกษตร การค้า การอุตสาหกรรม การศึกษาและการสื่อสาร ต่างก็เป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในสุขภาพ ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้จะต้องเอาเรื่องสุขภาพเป็นปัจจัย

สำคัญในการวางนโยบาย และหน่วยงานเหล่านี้ก็ต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในการวางนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพที่ตามมา ในคำประกาศการส่งเสริมสุขภาพที่ แอดีเลด ยังเสนอให้หน่วยงานเหล่านี้เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพเท่าๆ กับเรื่องเศรษฐกิจ เนื่องจากหลักการและปรัชญาในคำประกาศนี้ เล็งเห็นว่าสุขภาพ (health) เป็นทั้งสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและเป็นเรื่องของการลงทุนทางสังคม (social investment) ที่รัฐจำเป็นต้องลงทุนเอาทรัพยากรไปใช้เพื่อให้มีนโยบายสาธารณะที่ดี ที่เอื้อต่อสุขภาพ และในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อยกระดับสถานภาพทางสุขภาพของพลเมืองของตน โดยให้หลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความเป็นธรรม (ยุติธรรม) ทางสังคม นั้นจะเป็นรากฐานสำคัญในการให้หลักประกันกับประชาชนว่าพวกเขาจะมีสิทธิที่จะเข้าถึง หรือได้รับ สิ่งต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีสุขภาพที่สมบูรณ์ นอกจากนี้ยังช่วยให้เขาสามารถเป็นคนที่มีประโยชน์ต่อสังคมและเศรษฐกิจของประเทศด้วย การวางนโยบายสาธารณะที่ดีที่ส่งเสริมสุขภาพจะมีผลดีทางเศรษฐกิจในระยะยาวมากกว่า

ในข้อเสนอแนะจากการประชุมที่ Adelaide ยังพิจารณาให้เห็นว่ารากฐานของความไม่เท่าเทียมกัน (inequality) ที่มีอยู่นั้นคือความไม่เป็นธรรม (inequity) การที่จะปิดช่องว่างระหว่างคนที่มีความได้เปรียบและเสียเปรียบทางสังคม การศึกษาและด้านอื่นๆ นโยบายที่เกี่ยวข้องจะต้องคำนึงถึงการให้บริการที่ส่งเสริมให้คนเข้าถึงการบริการในทุกระดับ โดยเฉพาะคนที่ด้อยโอกาสหรืออ่อนแอกว่า นโยบายที่ดีนั้นจะต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมพื้นบ้าน ของคนพื้นถิ่น (indigenous people) ของวัฒนธรรมชนกลุ่มน้อย และผู้อพยพย้ายถิ่น การเข้าถึงการบริการของรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะด้านการบริการสาธารณสุขจะช่วยทำให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม นอกจากนั้น รัฐควรต้องคำนึงถึง*ความไม่เป็นธรรมในรูปแบบใหม่* ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องเทคโนโลยีไปพร้อมๆ กันด้วย ในอีกประเด็นที่ข้อเสนอแนะจากการประชุมนั้นให้ไว้คือ การเข้ามารับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพ (accountability for health impact) ซึ่งความรับผิดชอบในภาครัฐและองค์การที่เกี่ยวข้องในการกุมผลประโยชน์นั้นมีอยู่ชัดเจนเนื่องจากเป็นเจ้าของโครงการ นโยบายสาธารณที่ดีจึงต้องเป็นนโยบายที่คำนึงถึงผลกระทบมีมาตรการในการวัด ตรวจสอบ และรายงานผลกระทบโดยเฉพาะทางสุขภาพให้กับสังคมทราบ ด้วยข้อมูลเอกสารที่ออกมาในภาษาที่สังคมอ่านแล้วเข้าใจได้ การเข้าร่วมปฏิบัติของชุมชน (community action) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เราเห็นว่านโยบายนั้นจะดำเนินไปในทิศทางที่ถูกต้อง เอื้อต่อสังคมได้จริงหรือไม่ การที่จะทำให้เกิดนโยบายสาธารณะที่ดีนั้นโดยหลักการถือว่าจะต้องมองไปนอกเหนือจากเรื่องการบริการสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่รวมเอาการบริการแก่สาธารณชนทุกๆ ด้านไว้ด้วยกัน และต้องมีภาคีเครือข่ายในกระบวนการวางนโยบายร่วมกัน

นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ในขณะเดียวกันก็เป็นความจำเป็นที่รัฐจะต้องออกมา acknowledge ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างเรื่องของสุขภาพกับ สิ่งแวดล้อมทางสังคม ทางเศรษฐกิจ และทางกายภาพ นโยบายที่ผ่านมาที่มีผลต่อสุขภาพจะต้องมีการประสานให้สอดคล้องกันไม่ว่าจะเป็นนโยบายด้านความมั่นคงหรือหลักประกันในรายได้ การมีงานทำ การศึกษา การมีที่อยู่อาศัย ธุรกิจ การเกษตร การคมนาคม นโยบายเรื่องเทคโนโลยี และ ความยุติธรรม เป็นต้น แนวความคิดจากนักวิชาการอื่นๆ เช่น Epp (1986) Corbell (1991) Hancock (1992, 1994) ต่างก็เล็งเห็นความสำคัญของการมีนโยบายดังกล่าว แต่ปัจจุบันที่เป็นปัญหาที่พบในหลายประเทศคือการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติ การที่จะทำให้นโยบายนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้ ก็ต้องให้สาธารณชน หรือ องค์กรภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับทุกฝ่าย และให้นโยบายนั้นมีความยั่งยืน นอกจากนั้น การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (health impact

assessment) ก็ยังไม่ชัดเจน ต้องมีการยอมรับให้มีการประเมินในทุกโครงการเท่าเทียมกัน และเครื่องมือและกระบวนการประเมินที่ใช้ นั้นปัจจุบันมีเพียงเครื่องมือที่รัฐสร้างขึ้น ขาดการมีส่วนร่วม ซึ่ง Hancock (1992) ชี้ไว้อย่างชัดเจนปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการวางนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ ว่าเป็นเพราะ 1) เครือข่ายทางสังคมและขนาดของการปฏิบัติการในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนวางนโยบายและผู้ได้รับผลกระทบ 2) เมื่อผู้วางนโยบายอยู่ในพื้นที่ที่จะมีการสร้างโครงการต่างๆ พวกเขาก็จะได้รับผลกระทบและสามารถชี้ตัวได้เมื่อเกิดปัญหา 3) การมีระเบียบราชการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ที่เอื้อให้เกิดการร่วมมือระหว่างองค์การ กลุ่มคนในส่วนต่างๆ ได้ง่าย ดังนั้นสำหรับ Hancock แล้ว นโยบายสาธารณะที่ดีมักประสบผลสำเร็จในหลายๆ ชุมชนที่มีลักษณะร่วมกันของประชากร สภาพภูมิศาสตร์และมีประวัติของการทำงานร่วมกันมาก่อน

ความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการทำนโยบายสาธารณะที่ดี คือ ความท้าทายทางการเมือง และ ความท้าทายในเรื่องเทคโนโลยีและองค์ความรู้ ในทางการเมืองก็ขึ้นอยู่กับภาวะ และธรรมเนียมปฏิบัติที่มีอยู่เดิมในการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและระหว่างองค์กรของรัฐ หากประชาชนไม่เคยมีส่วนร่วม หน่วยงานและระหว่างหน่วยงานของรัฐไม่เคยร่วมมือกันทำงาน หรือมีผลประโยชน์ขัดแย้งกัน การทำนโยบายดังกล่าวก็เป็นไปได้ยาก ส่วนความท้าทาย ทางด้านเทคโนโลยี และองค์ความรู้ ก็เป็นที่ประจักชัดว่า การที่จะทำให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพกับนโยบายต่างๆ นั้นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญมากมายทางวิทยาศาสตร์ ในเรื่องกฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่มีความรู้จริงในเรื่องบางเรื่องที่ประเทศกำลังพัฒนาไม่ทราบหรือไม่มีบุคลากรที่จะทำหน้าที่วัดผลกระทบได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ความท้าทายที่เกิดขึ้นกับประเทศกำลังพัฒนา คือต้องพึ่งพิงความรู้ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ประชาชน (ทั้งในประเทศกำลังพัฒนา หรือพัฒนาแล้ว) ไม่สามารถตรวจวัดผลกระทบได้เอง ดังนั้น การมีข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการประเมินโครงการต่างๆ

ประเด็นหลัก ที่เห็นได้จากขอบเขตของความหมายและการตีความเรื่องนโยบายที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ คือการมีนโยบายที่รับผิดชอบต่อสังคม

2.5.3 ความรับผิดชอบต่อสังคมกับนโยบายสาธารณะ

ในปฏิญญาจาการ์ตาว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 (WHO 1997) ได้มีการเรียกร้องให้มีการวางขอบเขตความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อสุขภาพ โดยวางหลักนโยบายที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมไว้ 5 ประการด้วยกัน คือ

1. หลีกเลี่ยงการทำให้สุขภาพของผู้อื่นได้รับอันตราย
2. ป้องกันสิ่งแวดล้อมและวางหลักประกันให้มีการใช้ทรัพยากรที่ยั่งยืน
3. ควบคุมการผลิตและการค้าสินค้าและการบริการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือมีการปฏิบัติทางการตลาดที่ไม่ดีไม่เอื้อต่อสุขภาพ
4. มีเกราะป้องกัน (safeguard) ให้ประชาชน สถานที่ทำงานและในตลาด
5. มีการเน้นที่ความเป็นธรรม ในการวัดผลกระทบทางสุขภาพ ให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนา

การที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมในสุขภาพ หรือลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมนั้นก็ต้องอาศัยนโยบายและพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบต่อสังคมทั้งในภาครัฐและเอกชน เมื่อเราพูดถึงนโยบายสาธารณะเรามักนึกถึงโครงการใหญ่ที่มี

ผลกระทบต่อคนในวงกว้าง ที่ต้องอาศัยการประเมินผลกระทบจากผู้เชี่ยวชาญในระดับชาติ ซึ่งโดยมาตรฐานการพิจารณาว่าโครงการมีความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างไร โดยดูจาก มาตรฐานในการดำเนินงาน การวางแนวทางการตัดสินใจ และการให้หลักประกันในการแสดงความรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งต้องการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติการทั้งระดับนานาชาติ และระดับชาติ เช่น ปัญหาเรื่องอากาศ น้ำ และทรัพยากรธรรมชาติ แต่เมื่อพิจารณาในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาต่างๆ มักจะอยู่ในระดับท้องถิ่น หรือชุมชน ซึ่งนโยบายระดับชาติอาจไม่ละเอียดอ่อนพอที่จะเห็นความสำคัญของความหลากหลายในสภาวะเงื่อนไขของชุมชน

ในกรณีนี้ นักวิชาการเช่น Mittlemark (2000) ได้นำเสนอแนวคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคมกับนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ไว้อย่างน่าสนใจ คือเขามองว่า เมื่อมีการวางนโยบายระดับชาติแล้ว ต้องมีการวางแผน ในเชิงนโยบายและปฏิบัติการในระดับชุมชนอีกเพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม โดยที่นโยบายเหล่านั้นควรเอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อให้ชุมชนเป็นผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะมีโครงการเหล่านั้นในชุมชนหรือไม่ ด้วยการให้มีการตัดสินใจร่วมกับผู้นำในชุมชน เครือข่ายประชาชนในระดับท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนมีส่วนในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ (participatory community health development process) นักวิชาการจากหลายสาขานานาชาติพบว่า ชุมชนนั้นจริงๆ แล้วมีความสามารถที่จะบรรลุการพัฒนา เพื่อสร้างสุขภาพของตนเองได้ เพราะในการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ประชาชนสามารถคิดถึงปัญหาได้ไกลกว่าปัญหาเฉพาะของตัวเอง และสามารถวิเคราะห์หาสาเหตุ ของปัญหา ผลกระทบทางสังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ใกล้เคียงกับเงื่อนไขของท้องถิ่นได้มากที่สุด โครงการระดับนานาชาติหรือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่วางไว้ในระดับสากลหลายโครงการอาจล้มเหลวในการปฏิบัติการในระดับท้องถิ่น และยังอาจนำความเสียหายเดือดร้อนมาให้ชุมชนท้องถิ่นอีกด้วย Mittlemark จึงเสนอให้ การทำนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคำนึงถึง การวางแผนในระดับท้องถิ่น ที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมอย่างแท้จริง และ การแสดงความรับผิดชอบทางสังคม มีเครื่องมือที่สำคัญคือ มาตรการในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment) ที่จะทำให้นโยบายนั้นเป็นนโยบายที่ดีได้ และนั้นก็หมายความว่าในการประเมินผลกระทบ ควรใช้ศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการประเมินผลร่วมกัน และ พัฒนารูปแบบการทำงานที่เป็นที่ยอมรับและมีประโยชน์ต่อชุมชน ให้เหมาะสมกับสภาวะของท้องถิ่น เนื่องจากนโยบายระดับชาติ หรือนานาชาติ ในท้ายที่สุดแล้วมาปฏิบัติการในระดับท้องถิ่นนั่นเอง

ทำไมถึงต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นคำถามที่มีการพิจารณาใน The Possible Scot: Making Healthy Public Policy (1998) หรือที่ เรียกกันในภาษาไทยว่าการจัดทำ *นโยบายสาธารณะแบบองค์รวม* ของประเทศสกอตแลนด์ (ปัตพงษ์และอนุพงศ์ 2543) ซึ่งมีการให้เหตุผลที่ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการทำให้เกิดนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ว่า

1) เป็นเรื่องของการรับผิดชอบ (accountability) การเมืองประชาธิปไตยแบบที่มีผู้แทน ที่ประชาชนทุกคนมีสิทธิลงคะแนนได้ทุก3-4ปีครั้งนั้นเป็นข้อจำกัด จึงมีการเรียกร้องให้มีการพูดคุยระหว่างผู้วางนโยบายและประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนากลไกที่จะให้มีการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นในรูปแบบของประชาธิปไตย ที่มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมร่วมกัน

2) เป็นการสร้างนโยบายและการบริการที่ดีกว่า (better policies and services) นั่นคือ มีความเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ (appropriateness) ไม่มีการกีดกัน มีการเปลี่ยนแปลงและเป็นนวัตกรรม เพราะการให้ประชาชนเข้ามามี

ส่วนร่วม ก็เป็นการท้าทายสิ่งที่เคยทำและยอมรับมาในอดีต โดยเฉพาะเมื่อสิ่งที่เคยทำมาเป็นเรื่องของกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มวิชาชีพบางกลุ่ม การสร้างนโยบายที่ดีก็ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมใหม่ นอกจากนั้นยังต้องมีการวางนโยบายที่มองทางออกข้ามกลุ่มกันไว้ด้วย (cross-sectoral solutions)

3) เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชน การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคิด ในการวางแผนและ การดำเนินการร่วมนั้น เป็นการเพิ่มทักษะ ความสามารถ ของบุคคลในชุมชนและ เสริมความเป็นปึกแผ่นสมานฉันท์ของสังคม ที่ทำให้ทุกคนมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะชนไปพร้อมกับการมีสิทธิและเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นพลเมืองของประเทศ การมีเครือข่ายองค์การทางสุขภาพ การมีอาสาสมัครเพื่อสุขภาพต่างๆ

ขอบเขตของการมีส่วนร่วมเช่นนี้ จะมีประโยชน์ต่อสังคมและทำให้เกิดความเป็นธรรมได้มากขึ้นเช่นกัน ซึ่งเรื่องเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะยังมีตัวอย่างให้เห็นอีกมากมายหลายด้าน ดูใน ปัตพงษ์ และอนุพงษ์ (2543) เดชรัตน์ (2544) ซึ่งได้ชี้แจงไว้โดยละเอียดแล้ว เกี่ยวกับการประเมินผลและนโยบายสาธารณะกับการพัฒนาเศษฐกิจ การพัฒนาอุตสาหกรรม การพัฒนาเกษตรกรรมและอาหาร การขจัดความยากจน การขนส่งคมนาคม สภาพแวดล้อมในการทำงาน นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับเด็กและสตรี นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อย และการกีดกันทางสังคม นโยบายสาธารณะด้านประชากรและความเป็นเมือง

2.6 ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ (Health Hazards)

2.6.1 Hazards หมายถึงอะไร ควรแปลว่าอย่างไร

คำว่า Hazards ถูกใช้ในการอธิบายภาวะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม โดยที่สิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเราที่เป็นตัวกำหนด หรือมีอิทธิพลต่อสภาวะทางกายภาพ ทางชีวภาพ เคมี สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของมนุษย์ Hazards คือสิ่งที่เป็นภัยอันตรายต่อชีวิตมนุษย์ Hazards ที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพถูกแบ่งออกเป็น traditional hazards และ modern hazards (WHO 1992) ที่เกี่ยวเนื่องจากการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนของ environmental health hazards และ เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งในความหมาย Traditional environmental health hazards คือ เรื่องของโรคที่มาจากอาหารที่ไม่ปลอดภัย น้ำดื่มที่ไม่สะอาด สัตว์และแมลงที่เป็นพาหะนำเชื้อมาสู่คน การมีบ้านเรือนที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ การขาดความสะอาด ทั้งหมดนี้เป็นภาวะทางธรรมชาติที่คุกคามสุขภาพโดยมองในมิติของโรคและการแพร่ระบาดเป็นหลัก ส่วน Modern environmental health hazards นั้นเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานก่อนที่จะเห็นผลกระทบทางสุขภาพอย่าง

ชัดเจน อันเนื่องมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ที่ทำให้เกิดปัญหามลภาวะ อากาศเป็นพิษ น้ำเสีย มีสารเคมีตกค้างและปนเปื้อนในอาหารและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของคน นอกจากนั้น ยังรวมไปถึง การเสี่ยงต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากการพัฒนาด้านการคมนาคม ขนส่ง ที่ทำให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ทางน้ำ และการคมนาคมรูปแบบอื่นๆ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง modern and traditional hazards แล้ว Traditional Hazards จะเกี่ยวข้องกับความยากจน และการพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ นั่นหมายถึง ความไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มที่ปลอดภัย การดูแลรักษาความสะอาดในครัวเรือนและชุมชนไม่เพียงพอ food contamination with pathogens, การมีมลภาวะภายในบ้านเนื่องมาจากการหุงต้มที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ความร้อนจากการเผาถ่านหรือฟืนเพื่อประกอบอาหารภายในครัวเรือน การไม่มีที่ทิ้งขยะที่เหมาะสม การบาดเจ็บจากการทำงานในภาคกสิกรรมหรืออุตสาหกรรมทางการเกษตร การมีปัญหาภัยพิบัติทางสิ่งแวดล้อม เช่นน้ำท่วม แล้ง หรือ แผ่นดินไหว และท้ายสุดคือการมีพาหะนำเชื้อ โดยเฉพาะแมลงและสัตว์ประเภทหนู ส่วน Modern Hazards จะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาที่เร่งรีบ (WHO, 1997b: 7) ที่ไม่ได้มีการป้องกัน เรื่องสุขภาพและสภาพแวดล้อมไว้ด้วย และยังเนื่องมาจากการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืนของการใช้ทรัพยากรทางธรรมชาติด้วย hazards ในเรื่องนี้ได้แก่ น้ำเสียอันเนื่องมาจากการอยู่รวมกันแออัด จากโรงงาน และ จากแหล่งเกษตรกรรม อากาศเป็นพิษในเมืองที่เกิดจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงในการอุตสาหกรรมและจากการใช้รถ การสะสมของขยะและของเสียที่เป็นอันตราย สารเคมีและรังสีที่เป็นอันตรายจากการนำเทคโนโลยีมาใช้ในงานอุตสาหกรรมและการเกษตร การคุกคาม (hazards) ที่มาจากโรคติดเชื้อใหม่ และโรคเก่าที่กลับมาใหม่ การเสื่อมสลายของป่า (deforestation) และการเสื่อมของดิน และ การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะนิเวศน์ต่างๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอากาศ การบางลงของชั้นบรรยากาศที่ทำให้เกิดโอโซน และ มลภาวะที่เกี่ยวข้องกับหลายๆ เรื่อง

ถ้าจะกล่าวโดยสรุปคือ สิ่งแวดล้อมเป็นพิษทั้งหลายที่กล่าวมาจะมีผลอย่างไรต่อสุขภาพของมนุษย์เราก็ขึ้นอยู่กับ ระยะเวลา ขนาด และความเข้มข้นของการได้รับ (degree of exposure) ของเสียเหล่านั้น การได้รับ (exposure) หมายถึงการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (environment hazards) ระดับของการ exposure อาจมีได้ตั้งแต่ยังไม่เป็นอันตรายเลย จนคงขั้นรุนแรงเป็นอันตราย และรับไม่ได้อีกต่อไป ขนาด (dose) ในที่นี้ใช้เพื่อบอดถึงปริมาณของการได้รับสารที่เข้าไปในร่างกาย จากการที่เราทราบบริมาณหรือ ขนาด และระดับของการ exposure ทำให้เราทราบการเสี่ยงต่อสุขภาพ (health risk) ของสารเฉพาะอย่าง (specific hazards) แต่คำว่า *Hazards อธิบายถึงความเป็นไปได้ที่สิ่งเหล่านั้นจะเข้าไปมีอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นความเป็นไปได้เชิงสถิติ* (reference) ในขณะที่คำว่า เสี่ยง “risk” นั้น ต้องมีการคำนวนด้วยการให้ค่าเชิงปริมาณ ต่อความเป็นไปได้ต่อความเสียหายที่ตามมาหลังการได้รับสิ่งนั้น

สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย (environmental hazards) สามารถนำไปสู่ผลลัพทางสุขภาพได้หลายรูปแบบ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การที่สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายนั้นเข้าไปทำปฏิกริยากับพันธุกรรม โภชนาการ การดำเนินชีวิตที่เป็นอันตราย (lifestyle hazards) และปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรค

คำว่า Health Hazards (*สิ่งที่มีอันตรายต่อสุขภาพ หรือ ปัญหาคุกคามต่อสุขภาพ*) ได้ถูกนำมาใช้ในคำจำกัดความของ *สิ่งแวดล้อมที่เอื้อหนุนต่อสุขภาพ (Supportive environments for health)* ที่กำหนดขึ้นมาในการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่สาม ที่ Sundsvall ประเทศสวีเดน ปีค.ศ. 1991 ที่ระบุไว้ว่า สิ่งแวด

ล้อมที่เอื้อหนุนต่อสุขภาพ คือสภาวะที่ปราศจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (health hazards) เป็นสภาวะที่เอื้อต่อพื้นฐานการดำรงชีวิตอย่างสุขสมบูรณ์ (healthy living) และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเป็นธรรม (equitable interaction) (WHO/HPR/HEP/95.3) ซึ่งทั้งหมดนี้คือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ต้องอาศัยทั้งมิติทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ การเมืองและจิตวิญญาณ ที่เป็นพลวัตเกี่ยวเนื่องกันในทุกๆ ด้าน คำว่า Hazards จึงถูกมองได้อีกนัยยะหนึ่งว่าเป็น ตัว*คุกคาม*การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี

2.6.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ Health Hazards

ภาวะที่คุกคามสุขภาพ หรือ มีอันตรายต่อสุขภาพ (health hazards)[20] มาจากสาเหตุได้หลายประการ พอสรุปเป็นสังเขปได้ดังนี้ คือ

1. สภาวะทางโครงสร้าง (Structural Forces)

โครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกัน ความยากจน การขยายตัวของเมือง การบริโภคและรูปแบบการผลิต และสิ่งที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในระดับมหภาค ที่ทำให้เมีผลต่อสุขภาพของคนโดยทั่วไป เช่นการขยายตัวของเมืองและการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นผลให้เกิดสลัมและมลภาวะที่ติดตามมา ทั้งนี้สัมพันธ์กันกับเรื่องการวางนโยบายที่ละเลยการจัดการปัญหาของคนยากจนและความไม่เป็นธรรมที่มีอยู่ในสังคมไปพร้อมๆ กัน การที่สังคมเปลี่ยนไปเป็นสังคมแบบบริโภค ก็ทำให้เกิดปัญหาตามมาในเรื่องของการใช้ทรัพยากรและพลังงาน รวมทั้งของเหลือทิ้งจากการบริโภคต่างๆ ที่กลายเป็นขยะ ที่เกิดปัญหาทั้งทางสิ่งแวดล้อม การจัดการที่เกี่ยวข้องกับการเมือง สังคมและเศรษฐกิจไปพร้อมๆ กัน การพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นทางวัตถุ ทำให้โอกาสในการมีความอันตรายในสิ่งแวดล้อมย่อมตามมา เช่นการเกิดมลภาวะทางอากาศจากการเผาพลาญพลังงานในโรงงาน การเกิดมลภาวะทางน้ำที่เป็นของเหลือทิ้งจากโรงงานอุตสาหกรรมเป็นต้น สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนร่วมกัน

2. กิจกรรมที่มนุษยทำที่ทำให้เกิดผลทางสิ่งแวดล้อมและเป็นปัญหาทางสุขภาพ (Human Activities)

กิจกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาคือ ของเสียจากบ้านเรือนที่เพิ่มขึ้น การใช้ทรัพยากรทางน้ำที่ไม่ถูกต้อง และมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม การใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของคนในเมืองหรือในวิถีชีวิตแบบสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการผลิตอาหารและเกษตรกรรม การใช้ประโยชน์ใช้สอยจากที่ดิน ซึ่งต่างก็มีผลต่อคุณภาพของสิ่งแวดล้อม กิจกรรมเหล่านี้เพิ่มความกดดันให้กับสิ่งแวดล้อมที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว ปริมาณของ hazards ประเภทต่างๆ มีเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันทรัพยากรที่สำคัญเช่นน้ำดื่มที่สะอาดกลับน้อยลง ในบางประเทศจะพบว่า มีการขาดสารอาหารเรื้อรัง เช่นในประเทศในแถบซาฮาราของแอฟริกา เกิดการสั่งสมสารพิษในร่างกายเนื่องจากแหล่งที่มาของอาหารขาดความปลอดภัย เพราะผล

[20] ตามนัยยะที่มาจากผลการประชุมนานาชาติ Sundsvall

ผลิตทางการเกษตรที่ต้องแข่งขันทางเศรษฐกิจ ต้องมีการใช้สารเคมี เพื่อเพิ่มปริมาณการผลิตและป้องกันโรคในพืช สิ่งตกค้างจึงมีอยู่ในดินและน้ำที่ใช้เพื่อการเกษตร และพืชผลทางการเกษตรไปพร้อมๆ กัน

ตัวอย่าง Hazards ที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์นั้นได้แก่ มลภาวะทางอากาศ (air pollution)ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนจนในเมืองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องจากการเดินทาง ที่ทำงานและที่อยู่อาศัยของพวกเขาไม่สามารถหลีกเลี่ยงมลภาวะเหล่านี้ได้ *Biological hazards* ในอาหาร ได้แก่การปนเปื้อน (contamination) ของน้ำที่ปนเปื้อนสารต่างๆ จากมือที่สกปรก แมลง สัตว์เลี้ยง การใช้ภาชนะที่ไม่เหมาะสม หรืออื่น ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในช่องท้องของมนุษย์ เช่นอหิวาตกโรค (กรณีนี้ โครงการเช่น clean food good taste ก็ถือว่าเป็นนโยบายที่จะจัดการควบคุมและป้องกัน health hazards ด้วย) หรือ การมีแบคทีเรีย e.coli ปนเปื้อน และเชื้อโรคอื่น ที่มาจาการส่งอาหารจากแหล่งผลิตไปยังผู้บริโภค กิจกรรมของมนุษย์ยังทำให้เกิด *Chemical hazards* เช่น สารฆ่าแมลง สารตะกั่ว สภาพบ้านเรือน (housing) ก็ยังภาวะที่ทำให้เกิดการเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ ด้วย เช่น การเกิดอากาศเป็นพิษในครัวเรือนจากการหุงต้มที่ไม่เหมาะสมภายในบ้าน การมีแหล่งเพาะเชื้อโรคร้ายต่างๆ เนื่องจาการอยู่อย่างแออัด หรือ ขาดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เป็นต้น ลักษณะของ Hazards จึงครอบคลุมหลากหลายประเด็นตั้งแต่ระดับมหภาคถึงระดับจุลภาคที่ปัจเจกบุคคลเองด้วย

3. เงื่อนไขสภาวะชีวิตที่ทำให้เกิดภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ (Human Conditions)

ภาวะของชีวิตในปัจจุบันที่มักคุกคามต่อสุขภาพมักจะเกี่ยวข้องกับ การทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของตนเองและผู้อื่นไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ การอยู่อาศัยหรือทำงานในสถานที่ที่มีอากาศเป็นพิษ หรือแม้แต่อยู่โรงเรียนที่ใกล้มลภาวะ ทุกคนมีความเสี่ยงในการเป็นโรคทางเดินหายใจ โดยเฉพาะกับเด็ก ซึ่งพบว่าเด็กทั่วโลกมีปัญหาเรื่องทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ปัญหาเรื่องระบบทางเดินอาหาร การระบาดของท้องร่วง ไข้เลือดออก และมาลเรีย ก็เป็นอีกปัญหาสุขภาพที่มาจากการขาดการดูแลในเรื่องของสุขาภิบาลในชุมชน ในที่ทำงาน ในโรงเรียน และในบ้านเรือน นอกจากนี้ภาวะเงื่อนไขชีวิตด้านอื่นๆ ที่เป็นปัญหาคุกคามต่อชีวิต ยังรวมไปถึง การใช้ชีวิตบนท้องถนน กับการจราจรที่หนาแน่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ การเกิดภาวะเครียด และอาการทางจิต การเป็นโรคหัวใน โรคมะเร็ง ที่มาจากแบบแผนการดำรงชีวิตของคนสมัยใหม่ เงื่อนไขการทำงานที่อยู่ในภาวะเคร่งเครียด กดดันจากนายจ้าง ผู้รับบริการ และคนรอบข้าง ถือว่าเป็นอีกหนึ่งในปัญหาสภาวะแวดล้อมทางสังคม

ปัญหาจาก Hazards ต่างๆ ที่เป็นอันตราย หรือ คุกคามต่อสุขภาพ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน ครอบครัว และ สังคมระดับใหญ่ ดังที่กล่าวมาข้างต้น อยู่ในบริบทที่การประชุมนานาชาติ Sandsvall ได้วางไว้ เช่นกันแต่ไปมุ่งเน้น ที่การสร้างเสริมสุขภาพ และสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพของคน มากก ว่า การชี้ประเด็นไปที่ health hazards โดยตรงเนื่องจากว่า Hazards ดังกล่าวมีความหลากหลาย ทั้งในระดับของผลกระทบและรูปแบบที่จะมาคุกคามคนในหลายๆ ระดับ ดังนั้นภาวะอะไรก็ตามที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพ มีความเป็นไปได้ที่จะสร้างปัญหาการคุกคามสุขภาพได้ ในทางตรงกันข้าม ผลการประชุม Sandsvall จึงเน้นให้สร้างโรงเรียนสุขภาพ อาชีวอนามัยใน

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่ทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มสังคมต่างๆ ที่เอื้อให้เกิดสุขภาวะ รวมทั้งการรณรงค์เลิกบุหรี่ เป็นต้น

2.7 การบริการระดับต่างๆ (Health care services): ปฐมภูมิ (primary) ทุติยภูมิ (secondary) และ ตติยภูมิ (tertiary) กับระบบบริการสาธารณสุข (Health Care System)

2.7.1 ปัญหาของการแปลในภาษาไทย: “ปฐม ทุติ ตติ” หรือ “เบื้องต้น เบื้องกลาง เบื้องสูง” หรือ “ระดับหนึ่ง ระดับสอง ระดับสาม” กับการบริการสาธาณะสุข

ในภาษาไทย คำว่า ปฐม หรือ ประถม นั้น แปลว่า ที่หนึ่ง สิ่งแรก หรือ มาก่อน ทุติ เป็นที่สอง หรือ รองเป็นอันดับสอง ตติยะ หมายถึงที่สาม สิ่งที่สาม เปรียบเทียบได้ในพระรัตนตรัย สามประการ พระพุทธ พระธรรม และ พระสงฆ์ ซึ่งสามารถตีความในมิติว่าเป็นองค์รวมไม่มีสิ่งใดสำคัญเหนือกว่า หรืออาจแยกตีความใหม่โดยให้ความสำคัญจากการมาก่อนหลังย่อมเป็นได้เช่น ในการอธิบายว่า พระพุทธเจ้าต้องเกิดก่อนพระธรรม และพระธรรมเกิดก่อนมีพระสงฆ์ ซึ่งเมื่อมาใช้เปรียบเทียบกับการบริการในระดับต่างๆ การบริการแบบปฐมภูมิ ย่อมมาก่อน ทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่ยังไม่ได้หมายความว่า ตติยภูมิต้องดีกว่า เหนือกว่า ซึ่งเป็นเพียงบอกลำดับขั้นตอนของการบริการ อย่างไรก็ตามการตีความยังอาจนำไปสู่ข้อขัดแย้งได้ เพราะการนำคำเข้าไปสมาสกับภูมิซึ่งมีความเป็นระดับชั้นอยู่ การใช้ในภาษาอังกฤษ ว่า primary secondary และ tertiary มีความหมายได้ทั้งสองด้าน คือ เบื้องต้น อันดับสอง และ อันดับสาม ซึ่งต่างจากการบอกเบื้องต้น เบื้องกลาง เบื้องสูง เพราะเป็นการบอกระดับของการบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน ที่เหนือกว่ากัน การใช้คำในลักษณะดังกล่าว เป็นการเน้นการบริการที่เอาความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นหลัก (specialty-oriented health services system) ซึ่งแสดงให้เห็นปัญหาในเรื่องของความไม่เป็นธรรม (equity) ความเหลื่อมล้ำในการให้การบริการสาธารณะสุข ที่ขัดแย้งกับเป้าหมายของการดำเนินการในระบบสาธารณสุข เนื่องจากว่าในการทำงานแบบเอาความเชี่ยวชาญเป็นตัวตั้งย่อมหมายถึงการใช้ทรัพยากร ทางวิชาการ ความรู้ เทคโนโลยี บุคคล สถานที่ ที่มากกว่า แพงกว่า สำคัญกว่า ในการดูแลโรคที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับความเจ็บป่วยทั่วไปที่เป็นเรื่องของงานสาธารณสุขและของคนส่วนใหญ่ เรื่องเหล่านี้เป็นปัญหาที่สามารถถกเถียงได้ในทางแนวคิดหลักการ จริยธรรม การเงินการคลัง โดยเฉพาะในประเทศที่คนส่วนใหญ่ยังยากจนและยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ในทุกระดับ

จากแนวคิดทางทฤษฎีของ Starfield (1992) การบริการสาธารณสุข (health care services) มีเป้าหมายหลักอยู่สองประการ คือ ทำให้สุขภาพของประชาชนดีที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ (optimize health) โดยการใช้วิชาความรู้ที่ก้าวหน้าที่สุด (most advanced) เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การจัดการกับความเจ็บป่วย (illness management) และการเพิ่มพูนสุขภาพ (health maximization) และ ประการที่สอง คือเป้าหมายในการลดข้อจำกัดต่างๆ ของประชาชนในทุกกลุ่มเพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการได้ในทุกระดับและเพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงอย่างที่เขาสามารถเป็นได้ โดยที่การบริการในเบื้องต้น (primary care) ถือว่าเป็นการบริการที่ตอบสนองเป้าหมายของการบริการทั้งสองประการไว้อย่างสมดุล คือมีทั้งการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูไปพร้อมๆ กัน เช่น

ในการทำเวชกรรมชุมชน (community health care) แต่ การบริการในอันดับที่สอง (secondary) เป็นการบริการที่เน้นการให้คำปรึกษา (consultative) และ การบริการอันดับสาม (tertiary) เป็นการบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ (referral) ที่มีคุณลักษณะเฉพาะหลายประการด้วยกัน

ส่วนแนวคิดทฤษฎีของ Roemer ระบบบริการสุขภาพ (health care system) ประกอบด้วยการบริการระดับต้น หรือ ปฐมภูมิ (primary) ระดับสอง หรือ ทุติยภูมิ (secondary) ระดับสาม หรือ ตติยภูมิ (tertiary) การบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยการบริการสองส่วนสำคัญด้วยกัน คือ การป้องกัน และ การเยียวยารักษา ซึ่งเป็นการบริการตามแนวทางที่ องค์การอนามัยโลกได้วางไว้

โดยรวมแล้ว ระบบบริการไม่ใช่จำนวนหรือลักษณะของสถานพยาบาล หรือ สถานภาพของโรงพยาบาล แต่หมายถึง ระบบการให้การบริการในการดูแลรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ ในรูปแบบต่างๆ กัน รวมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพ ของผู้มารับบริการเพื่อให้เขาได้กลับคืนสู่สุขภาพที่ดีตามปกติ เป็นการให้การบริการที่อยู่บนหลักการของความเป็นธรรม (equity) และ การให้มีสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (optimization of health)

2.7.2 การดูแลสุขภาพในเบื้องต้น หรือ การบริการเบื้องต้น

การแบ่งระดับการบริการเป็นสามระดับนั้นมีมาตั้งแต่ ค.ศ. 1920 เมื่อประเทศอังกฤษเริ่มมีการจัดตั้งระบบการประกันสุขภาพขึ้นครั้งแรก (national health insurance) โดยที่การแบ่งการบริการออกเป็นสามแบบคือ ศูนย์การบริการเบื้องต้น (primary health center) ศูนย์การบริการขั้นที่สอง (secondary health center) และ การบริการในโรงเรียนแพทย์ (teaching hospital) (Starfield 1992, Starr 1991) ในปี ค.ศ. 1977 สมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 31 ได้มีข้อตกลงอย่างเป็นเอกฉันท์ให้รัฐบาลที่เป็นสามาชิกทั่วโลก รับนโยบาย Health For All by the Year 2000 และมีการยอมรับในหลักการว่าจะต้องมีกลไกที่ทำให้เป้าหมายดังกล่าวบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งทำให้เกิดภาระกิจตามมามากมายที่ต้องคิดถึงการมีการบริการในเบื้องต้นให้กับประชาชน โดยที่ การประชุมอัลมา อะตา “Alma-Ata” ได้มีการยืนยันภาระกิจดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1978 องค์การอนามัยโลกจึงออกคำนิยามการบริการเบื้องต้น (primary care) นี้ว่าเป็น

> “การบริการที่จำเป็นบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์และการปฏิบัติ และมีวิธีการที่เป็นที่ยอมรับทางสังคมและด้วยวิธีการทางเทคโนโลยีที่ประชาชนในระดับบุคคล และครอบครัวในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ด้วยแนวทางที่เป็นที่ยอมรับ ในราคาที่ชุมชนและประเทศสามารถจ่ายได้ เพื่อรักษาไว้ซึ่งการพัฒนาที่ตั้งบนหลักการของการพึ่งตนเอง (self-reliance) และ การกำหนดได้ด้วยตนเอง (self-determination) การบริการจะก่อรูปร่างการบูรณาการทั้งในระบบสุขภาพของประเทศซึ่งเป็นหน้าที่หลัก และในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนไว้ด้วยกัน การบริการนี้เป็นการบริการในระดับแรกที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยระบบสุขภาพของชาติ โดยการนำเอาการบริการมาไว้ใกล้ประชาชนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ว่าจะเป็นที่ที่ใกล้แหล่งที่ประชาชนมาทำงาน หรือ ใกล้ที่อยู่อาศัย และเป็นการบริการที่ประกอบด้วยองค์ประกอบแรกของกระบวนการให้การบริการในขั้นอื่นๆ ต่อไป” (WHO 1978)

การบริการในเบื้องต้นนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่า เป็นการบริการที่ “เป็นองค์ประกอบของการบริการสาธารณสุขที่เป็นแบบบูรณาการ อยู่อย่างถาวร และ อยู่ในทุกหนทุกแห่ง ในทุกประเทศ ไม่ใช่เป็นส่วนที่เพิ่มเติมเข้ามา” (Bash, 1990) ภาระกิจของการบริการในเบื้องต้นนี้ เป็นเรื่องของการให้สุขศึกษา (health education) การสุขภิบาล โดยเฉพาะเรื่องน้ำ และอาหาร ประกอบด้วยโครงการอนามัยแม่และเด็ก การฉีดวัคซีน การวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่ การปฐมพยาบาลและการรักษาโรคทั่วไปตามความเหมาะสม การจ่ายยาตามความจำเป็น การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางสารอาหาร (nutrition) และ รวมไปถึงการให้บริการทางการแพทย์แผนโบราณ (traditional medicine) ภาระกิจเหล่านี้มีอยู่ในคำประกาศ Alma Ata ซึ่งมีความประสงค์ให้คำนิยาม สามารถนำลงไปสู่ภาคปฏิบัติในทุกประเทศ ไม่ว่าจะเจริญแล้ว หรือ กำลังพัฒนา มโนทัศน์ที่สำคัญคือ การมีสถานบริการอยู่ใกล้ประชาชน ให้ประชาชนเข้าถึงได้ไม่ว่าจะอยู่ที่ใด Vuori (1984) วิเคราะห์ไว้ว่า เพื่อให้เป็นดังในคำประกาศ ระบบการบริการสาธารณสุขก็จะต้องมีการจัดโดยเน้นที่ความยุติธรรมทางสังคม (social justice) และความเสมอภาค รวมไปถึง การรับผิดชอบต่อตนเอง การประสานร่วมมือกับนานาชาติ (international solidarity) และ การยอมรับในคำนิยามเรื่องสุขภาพร่วมกัน

มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่สามารถ รวมการบริการระหว่างการบริการทางการแพทย์ (medical services) ไว้กับการบริการทางสุขภาพ (health services) ในบริบทของการบริการเบื้องต้นอย่างที่คาดหวังไว้ในอัลมา อะตา เช่นในประเทศคิวบาที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (family doctors) ที่เป็นคนท้องถิ่น ที่อยู่และทำงานในชุมชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นนักพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อม สร้างศักยภาพของคนในชุมชนไปพร้อมๆ กัน ซึ่งถ้าเปรียบของไทยก็คงมีจำนวนหยิบมือที่ผู้ที่เป็นแพทย์ชนบทเป็นคนของท้องถิ่นเอง Starfield (1992) เล็งเห็นว่า การบูรณาการระหว่างการบริการแบบเดิม (conventional medicine) กับ การบริการในรูปแบบใหม่ที่ดูแลท้องถิ่นในด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ นั้นจะเปลี่ยนบทบาทการบริการเบื้องต้นที่เคยเป็นแบบ การบริการทางแพทย์เบื้องต้น (primary medical care) มาเป็น การบริการสุขภาพเบื้องต้น (primary health care) ที่เราใช้อยู่ทุกวันนี้[21] โดยแบ่งกลุ่มลักษณะการเปลี่ยนแปลงออกเป็นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 From Primary Medical to Primary Health Care **จาก** Starfield (1992)

<u>Conventional Focus</u> - Illness - Cure	<u>New Focus</u> - Health - Prevention and Care
<u>Conventional Content</u> - Treatment - Episodic care - Specific Problems	<u>New Content</u> - Health promotion - Continuous care - Comprehensive Care

[21] แต่ในประเทศไทยยังใช้คำว่า primary health care ที่มีลักษณะเป็น medical care มากกว่า ที่ Starfield วิเคราะห์ไว้ ของไทยเองเพิ่งจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงภาระกิจของ PHC ใน primary care unit เมื่อไม่นานมานี้ โดยเพิ่มภาระกิจส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้มากกว่าเดิม

Conventional Organization - Specialists - Physicians - Single handed practice	New Organization - General Practitioners - Other personnel groups - Team
Conventional Responsibility - Health sector alone - Professional Dominance - Passive Reception	New Responsibility - Intersectorial collaboration - Community participation - Self-responsibility

ในมุมมองดังกล่าว ตรงกับประเด็นที่เสนอไว้ในอัลมา อะตาและ ใน resolutions ขององค์การอนามัยโลกเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิรูปของไทยที่ยึดหลักการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งนั่นหมายถึงการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการ ประกอบกับการเปลี่ยนแนวคิดและโครงสร้างที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข ไว้ด้วย การบริการที่เคยเรียกแต่เดิมว่า การบริการสาธารณสุข อาจต้องเปลี่ยนเป็นการบริการสุขภาพ ที่หมายรวมประเด็นอื่นๆ ในแนวคิดและหลักการใหม่ ไว้ด้วย การบริการเบื้องต้น ก็คงเช่นกัน น่าจะมีการพิจารณาว่าการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เบื้องต้น หรือ ระดับหนึ่ง ควรยังคงไว้เช่นเดิมหรือเปลี่ยนเป็นการบริการสุขภาพเบื้องต้น ทั้งนี้ขึ้นกับนโยบายการปฏิรูป ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องมาถึงเรื่องการจัดกำลังคน เพื่อสนองระบบดังกล่าว

2.7.3 ขอบเขตการบริการระดับสองหรือทุติยภูมิ (secondary)

ตามความหมายที่ Roemer (1991) ให้ไว้นั้นคือการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิไม่สามารถทำได้ ประกอบด้วยภาระกิจ 4 ด้านด้วยกัน คือ 1) การบริการทางการแพทย์เฉพาะด้านที่ไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล (Specialized Ambulatory Medical Services) หมายถึงการให้บริการแก่ความผิดปกติบางอย่างที่ต้องอาศัยทักษะในการวินิจฉัยโรคหรือให้การดูแลรักษาที่เจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิไม่สามารถทำได้ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ในชุมชนหรือแพทย์ทั่วไป เช่นการวินิจฉัยและรักษาโรคในทรวงอก วัณโรค เบาหวาน ลมบ้าหมู ซึ่งเจ้าหน้าที่ในระดับปฐมภูมิอาจทำได้ในการ identify ปัญหาแต่ไม่สามารถวินิจฉัยและจ่ายย่าให้ได้เอง ต้องส่งต่อให้ศูนย์บริการเฉพาะทางนั้นๆ ในโรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือคลีนิคพิเศษในเมือง (กรณีตัวอย่างประเทศกำลังพัฒนาที่รัฐไม่มีระบบบริการให้ในท้องถิ่น) 2) การให้บริการในลักษณะเป็นผู้ป่วยใน (commonplace hospital care) โดยที่วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบผู้ป่วยในนั้น คือการให้การดูแลรักษาและเฝ้าระวัง โดยที่ในสถานพยาบาลนั้นต้องมีบุคลากรที่เหมาะสมต่อการดูแลนั้นพร้อมกับเครื่องมือที่เหมาะสม ซึ่งบางครั้งก็มีความคลุมเครือในการให้บริการระดับนี้ กับการบริการในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการทำคลอดซึ่งการคลอดบางครั้งใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครื่องมือในสถานีอนามัยได้ แต่การคลอดบางประเภทที่ลำบากกว่าการคลอดแบบธรรมชาติต้องอาศัยเครื่องมืออุปกรณ์ที่ยุ่งยากกว่า จำเป็นต้องมีการส่งต่อไปสถานบริการที่ให้บริการระดับทุติยภูมิได้ เช่นโรงพยาบาลต่างๆ หรือ

ถ้ามากกว่านั้น ก็ต้องเป็นในระดับตติยภูมิ ส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนา สถานพยาบาลที่ให้บริการในระดับนี้คือ โรงพยาบาล ที่มีเตียงน้อยกว่า หรือประมาณ 20 เตียง มีแพทย์ประจำหนึ่งคน กับพยาบาล จำนวนหนึ่ง และ เจ้าหน้าที่ห้องแล๊ป ซึ่งอาจจะอยู่ที่ไหนในชุมชน ในเมืองหรือในอำเภอ ก็เป็นได้แล้วแต่การจัดการของแต่ละประเทศ

ส่วนการดูแลในด้านที่สามคือ การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ใช่แพทย์ (care by nonmedical specialists) นั่นคือการดูแลด้วยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ที่ตัดแว่นตาตามใบสั่งของแพทย์หลังการผ่าตัด หรือตามการวินิจฉัยของจักษุแพทย์ เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด จิตบำบัด หรือ เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลเรื่องอาชีพบำบัด (occupational therapy) การบริการทางทันตกรรม ก็ถือว่าเป็นการให้บริการในระดับทุติยภูมิ การให้บริการเช่นนี้ส่วนใหญ่ เป็นคนไข้นอก และเจ้าหน้าที่ให้บริการจะให้ตามคำแนะนำของแพทย์ และท้ายสุด การบริการแบบทุติยภูมิในด้านที่ 4) การดูแลรักษาระยะยาว (general long-term care) หมายถึงการให้การบริการในขอบเขตที่กว้างแต่อาศัยความชำนาญการที่เกินกว่าที่เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิจะทำได้ โดยที่เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลคนไข้ที่ต้องรักษาระยะยาว เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่จะต้องได้รับการฝึกฝนเฉพาะด้าน โดยเฉพาะในเรื่องทัศนคติและการแวดระวัง (sensitivity) ต่อความรู้สึกของผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยระยะยาว ซึ่งนอกเหนือไปจากการให้บริการทางเทคนิค เช่นการทำงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน (visiting nurse service) การบริการในรูปแบบนี้อาจทำในลักษณะเป็นสถานพยาบาลเฉพาะไปก็ได้ เช่น การมีสถานบริการผู้ป่วยวัณโรค และ โรคเรื้อรังอื่นๆ หรือ ผู้สูงอายุ แต่ใช้งบประมาณมากและสิ้นเปลือง ในขณะที่ผู้ป่วยยังสามารถจัดการชีวิตให้อยู่ในครอบครัวได้โดยใช้เครื่องช่วยเพียงเล็กน้อย

2.7.4 การบริการระดับสาม / ตติยภูมิ (Tertiary Health Care)

การบริการระดับสาม หรือ ตติยภูมิ หมายถึงการบริการทางการแพทย์ที่สลับซับซ้อน และมักใช้ค่าใช้จ่ายมาก ผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ เจ้าหน้าที่ทางเทคนิค และ บุคลากรอื่นๆ ที่ให้บริการด้านนี้ต้องผ่านการฝึกฝนอบรมมาเป็นระยะเวลานานในองค์ความรู้เฉพาะด้านนั้นๆ เครื่องมือมักจะเป็นเครื่องมือที่มีราคาแพงเช่น การใช้เครื่องสแกนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือ การใช้การถ่ายภาพจากพลังแม่เหล็ก (MRI – magnetic resonance imagery) ประเภทของการรักษาพยาบาลก็มักจะเกี่ยวข้องกับ การล้างไต (renal hemodialysis) การผ่าตัดสมองหรือหัวใจ และการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะต่างๆ การบริการลักษณะนี้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมของผู้เชี่ยวชาญในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในระบบที่ใครเป็นผู้จ่าย รัฐหรือเอกชน หรือในสถานพยาบาลของใคร การบริการเช่นนี้มักต้องอาศัยบุคลากรหลายสาขาและเทคโนโลยีเครื่องไม้เครื่องมือที่สลับซับซ้อน แต่ในขณะเดียวกัน การบริการระดับตติยภูมิอีกรูปแบบหนึ่งคือ การให้การฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้พิการขั้นรุนแรง (severely handicapped) ที่ต้องอาศัยการบริการที่มีค่าใช้จ่ายมาก มีระยะเวลา และอาศัยความละเอียดอ่อนในการดูแลรักษา ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ผู้ป่วยพิการโดยเฉพาะการเป็นอัมพาตในแขนขา หรือ อัมพาตครึ่งตัว ต้องมีการดูแล บำบัดด้วยวัสดุอุปกรณ์จำนวนมาก และต้องอาศัยพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาดูแล ดังนั้นจึงจัดให้เป็นหนึ่งในบริการระดับตติยภูมิ การบริการอีกประเภทหนึ่งที่เรามักลืมนึกถึง คือ การบริการระดับตติยภูมิที่จัดไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต ที่ผู้ป่วยทางจิตขั้นรุณแรงต้องได้รับการบริการระยะยาว และ การบริการที่ละเอียดอ่อนต้องดูแลด้วย การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยยารักษา

ทางจิต (psychopharmaceutical treatment) และ การให้การบำบัดในชุมชน (therapeutic community) ซึ่งทั้งหมดนี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ประกอบกับการต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวนมากด้วย

2.8 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (Local/indigenous health wisdom/knowledge)

2.8.1 ภูมิปัญญา = wisdom หรือ knowledge

ถึงแม้คำว่าภูมิปัญญาจะมีใช้มานานแล้วในแวดวงวิชาการ แต่ยังไม่มีการจำแนกแยกแยะระหว่าง wisdom และknowledge อย่างชัดเจน จากการสืบค้นทางเอกสาร ในต่างประเทศพบว่า ภูมิปัญญา เป็นคำที่ใช้ในความหมายเท่ากับคำว่า knowledge โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น ส่วนคำว่า wisdom ในเอกสารภาษาอังกฤษมักจะใช้เมื่อหมายถึงในเชิงปรัชญาแนวคิด คำพูด ข้อคิด ทางศาสนา หรือเกี่ยวข้อง หรือ เป็นไปในเชิงศาสนา แต่ะ knowledge จะหมายถึงองค์ความรู้ที่ประกอบด้วยเนื้อหาสาระสำคัญ ที่ถูกจัดวางไว้อย่างเป็นระบบ ที่นำไปสู่แนวคิด แนวปฏิบัติ และมีการถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง ด้วยการอบรมสั่งสอน ให้บุคคลอื่นมาทำหน้าที่ตามที่มีการวางไว้ในแนวคิด แต่ในการศึกษาเรื่องภูมิปัญญาในความหมายของไทยจากงานเขียนของ ศ.นพ. ประเวศ วะสี เรื่องการศึกษาของชาติกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ในงานภูมิปัญญาชาวบ้านของ ดร. เสรี พงศ์พิศ พ.ศ. 2536 กล่าวแยก ภูมิปัญญาแบบตะวันตก กับภูมิปัญญาท้องถิ่น ไว้ว่า ภูมิปัญญาในแบบตะวันตก มีฐานอยู่ที่วิทยาศาสตร์ ที่มีความแม่นยำสูง แต่ “เป็นความรู้ที่ไม่สมบูรณ์” เป็นการศึกษาที่เน้นทางด้านวัตถุ ฐานการรับรู้ก็อยู่ที่วัตถุ ในขณะที่ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ ศ. นพ.ประเวศ วะสี ให้ไว้เทียบเคียงกับภาษาอังกฤษว่า local wisdom ซึ่งในกรณีนี้ ภูมิปัญญาเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สังคมอยู่รอดมาได้ด้วยตนเองเป็นเวลาช้านาน มันคือ***ปัญญาที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ชีวิต สังคม และในสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน และถ่ายทอดสืบต่อกันมาเป็นวัฒนธรรม*** จะเห็นได้ชัดว่า ในพื้นฐานจากแนวคิดดังกล่าว คำว่า ภูมิปัญญา (wisdom) มีความลึกซึ้งในเชิงความหมายทางปรัชญามากกว่า คำว่า ความรู้ (knowledge) ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น คำว่า knowledge ก็ไม่น่าจะแปลว่าภูมิปัญญา แต่เมื่อสืบค้นทางอินเตอร์เนทและในระบบของห้องสมุดต่าง ทั้ง wisdom และ knowledge ก็ปรากฏมาในลักษณะที่เป็นคำที่ใช้แทนกัน ในลักษณะที่ต่างกันดังกล่าวไว้ข้างต้น ภูมิปัญญาด้านหนึ่งอาจเป็นนามธรรม เกี่ยวกับโลกทัศน์ และปรัชญา ในขณะที่อีกด้านหนึ่งเป็นรูปธรรมทางวัตถุ และความสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ

หากจะศึกษาบริบท และวาทกรรมของการใช้คำนี้กับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในที่นี้ขอใช้ทั้งในมุมมองของ knowledge ไปพร้อมๆ กับ wisdom โดยให้เข้าใจ ณ ที่นี้ว่าทั้งสองคำมีความลุ่มลึกที่ต่างกัน

2.8.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นของใคร ครอบคลุมอะไรบ้าง

ตามแนวคิดของ นพ.ประเวศ (พ.ศ. 2536) ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) มีลักษณะสำคัญอยู่สี่ประการคือ 1) มีวัฒนธรรมเป็นฐาน 2) ความจำเพาะกับท้องถิ่น 3) มีความเชื่อมโยงหรือบูรณาการสูง และ 4) มีความเคารพผู้อาวุโส เนื่องจากเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นการสะสมขึ้นมาจากประสบการณ์ชีวิต สังคม และ ใน

สภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ฉะนั้น ภูมิปัญญานั้นย่อมต้องมีความจำเพาะ ที่สอดคล้องกับสภาวะเงื่อนไข ความเป็นอยู่ ระบบนิเวศน์ ความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ในเรื่องการบูรณาการ นพ.ประเวศกล่าวไว้ว่า “ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นภูมิปัญญาที่มาจากประสบการณ์จริง จึงมีความเป็นบูรณาการสูงทั้งในเรื่องของกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดเรื่องแม่ธรณี แม่คงคา แม่โพสพ พระภูมิเจ้าที่ รุกขเทวดา เป็นตัวอย่างของการนำเอาธรรมชาตินำมาเป็นนามธรรมที่สื่อไปถึงส่วนลึกของจิตใจที่เชื่อมโยงไปสู่อัตถประโยชน์โดยสร้างความสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ให้คนเคารพธรรมชาติ ถ้าเราเคารพเราก็ย่อมไม่ทำลายสิ่งนั้น” (2536:22)

ในขณะที่ สามารถ จันทร์สูรย์ (2536) นิยาม ภูมิปัญญาชาวบ้าน (popular wisdom) ควบคู่ไปกับภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) ให้เป็นคำที่ใช้แทนกันได้ โดยให้หมายถึง พื้นเพรากฐานของความรู้ชาวบ้าน[22] หรือความรอบรู้ของชาวบ้านที่เรียนรู้และมีประสบการณ์สืบต่อกันมาทั้งทางตรงคือ ประสบการณ์ด้วยตนเอง หรือทางอ้อม ซึ่งเรียนรู้จากผู้ใหญ่หรือความรู้สะสมที่สืบต่อกันมา[23] โดยรวม ภูมิปัญญาชาวบ้านสำหรับ สามารถ จันทร์สูรย์ จึงหมายถึง “ทุกสิ่งทุกอย่างที่ชาวบ้านคิดได้เองที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหา เป็นสติปัญญา เป็นองค์ความรู้ทั้งหมดของชาวบ้าน ทั้งกว้าง ทั้งลึก ที่ชาวบ้านสามารถคิดเอง ทำเอง โดยอาศัยศักยภาพที่มีอยู่แก้ปัญหาการดำเนินชีวิตได้ในท้องถิ่นอย่างสมสมัย” (2536: 146)

ภูมปัญญาท้องถิ่นที่ถูกนำมาพูดถึงในระดับนานาชาตินั้น มักออกมาในรูปของการปกป้องคุ้มครองความรู้พื้นบ้าน ที่ะเป็นสมบัติของคนพื้นเมือง หรือคนในท้องถิ่น ซึ่งมีมาตั้งแต่มีการเรียกร้องสิทธิของคนพื้นเมือง (indigenous rights) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 และต่อมาเมื่อมีการประชุมอีกหลายครั้งจนมี ต้นแบบกฎหมายเพื่อที่จะคุ้มครองคติพื้นบ้าน (Folklore) เพื่อไม่ให้ถูกเอาเปรียบหรือถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติ ในปี ค.ศ. 1982 อย่างไรก็ตามเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เขามักพูดถึงในลักษณะที่เป็น traditional knowledge โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพนั้น เพิ่งจะถูกหยิบยกขึ้นมาสู่การประชุมนานาชาติ เมื่อประมาณปี ค.ศ. 1997-1999 อันเป็นผลพวงอันหนึ่งที่มาจากการตื่นตัวเรื่องการแพทย์ทางเลือกในประเทศที่พัฒนาแล้ว ตั้งแต่ช่วงต้น ค.ศ. 1990 ประกอบกับวิกฤตในการแพทย์และสาธารณสุขที่ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่อบางชนิด เช่น เอดส์ และ การแพร่กระจายของโรคไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง ซึ่งจำเป็นต้องมีการหาทางเลือกที่นอกเหนือไปจากองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ หรือทางการแพทย์แผนปัจจุบัน บริบทของความรู้ท้องถิ่น หรือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงกลายเป็นสิ่งที่มีคุณค่า ที่มีการเริ่มวางลิขสิทธิ์จับจองและต้องมีการคุ้มครองให้สิทธิในความรู้ยังคงอยู่ในมือของเจ้าของความรู้นั้น คือคนพื้นเมืองต่อไป และยิ่งมีการค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์ มีหลักฐานมากพอที่จะยืนยันประโยชน์จากสิ่งที่เป็นภูมิปัญญาเดิม การค้าก็เข้ามาเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาเหล่านี้มาขึ้น เช่นการประชุม UNCTAD ในปี ค.ศ. 2000 และ การประชุมขององค์การสิทธิทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization – WIPO) เมื่อเดือนธันวาคม 2001

2.8.3 □□□□ □ □ □□ □ □□ □□ □ □□ □ □ □

[22] ตามแนวคิดของ ดร. เสรี พงศพิศ ในคืนสู่รากเหง้า กรุงเทพฯ: เทียนวรรณ 2529: 145

[23] อ้างจาก ธวัช ปุณโณทก “ภูมิปัญญาชาวบ้านอีสาน: ทัศนะของอาจารย์ปรีชา พิณทอง” ในทิศทางหมู่บ้านไทย กรุงเทพฯ:หมู่บ้าน 2531: 40

ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบและประสบการณ์ระดับชาติเพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น (traditional knowledge) การค้นคว้านวัตกรรมใหม่ และแนวทางการปฏิบัติ ได้มีการแสดงถึงความสำคัญต่อภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเล็งเห็นว่า ภูมิปัญญาเหล่านี้มีคุณค่ายิ่งสำหรับชุมชนท้องถิ่นที่เป็นเจ้าขององค์ความรู้นั้น เพราะมันเป็นชีวิต และการดำรงชีพของพวกเขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเครื่องมือช่วยให้ชุมชนดำรงชีวิตอยู่ได้ในระบบนิเวศน์ เดิมของเขา ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เก็บสถิติไว้ ระบุว่า ประชากรโลกกว่าร้อยละ 80 ต้องพึ่งพาการแพทย์พื้นบ้าน (traditional medicine) ในการดูแลรักษาสุขภาพในเบื้องต้น และในปัจจุบันยังมี แพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการยอมรับ (licensed practitioners) ให้ดูแลรักษผู้ป่วยในระบบการแพทย์พื้นบ้านได้ คนในประเทศกำลังพัฒนา คนจนในหลายๆ ประเทศ คนพื้นเมือง ผู้หญิง และ คนในชุมชนห่างไกลอีกจำนวนไม่น้อยในโลกที่ต้องพึ่งพิงภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ และการดำรงชีวิต มันหมายถึง การมีชีวิตรอด (survival) ของพวกเขา อันที่จริงแล้วความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านได้ถูกนำมาใช้ในอุตสาหกรรมต่างๆ มานานในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นการทำยา จากสมุนไพรที่ภายหลังสังเคราะห์จากห้องแลป การทำอุตสาหกรรมเครื่องสำอางค์ การเกษตร อาหารเสริม และ สิ่งที่เราใช้อยู่ประจำวันที่เดิมเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น หมากฝรั่ง กาแฟ น้ำหอม เป็นต้น แต่ภายหลัง การพัฒนาที่เร่งเร้าและ ระบบเศรษฐกิจ ที่บีบคั้น ทำให้ภูมิปัญญาท้องถิ่น กลายเป็นสินค้า หรือ “ถูกบังคับให้ตั้งราคา กับความคิดที่พวกเขารักษามาหลายชั่วอายุคน” (Singh, 1999:1) การคุ้มครองจากกฎหมายสิทธิทางปัญญา รวมเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพไว้ด้วยว่า เป็นทรัพยสินของกลุ่มชน (collective) ที่อาศัยการสั่งสมความรู้ มาจากบรรพบุรุษมาแล้วหลายรุ่น มีวิธีการรักษาและระบบการดูแลสุขภาพ การวิเคราะห์วินิจฉัย และการเยียวยาเป็นระบบของตนเอง การคุ้มครองภูมิปัญญาดังกล่าวยังต้องครอบคลุมไปถึง สมุนไพร และแหล่งที่มาของแหล่งทรัพยากรที่ประชาชนพื้นเมืองเหล่านี้ หรือชาวบ้านที่ใช้ระบบการดูแลรักษานี้ ใช้ ซึ่งหมายถึงการคุ้มครองป่า และ แหล่งทรัพยากรทางธรรมชาติควบคู่ไปกับองค์ความรู้

จึงกล่าวได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นทั้งระบบความรู้ การปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแลและเยียวยาการเจ็บไข้ได้ป่วย จากภูมิปัญญาของชุมชนพื้นบ้าน ที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ชีวิต สังคม ระบบนิเวศน์ และความเชื่อ วัฒนธรรมที่เป็นของคนในท้องถิ่นนั้นๆ

บทที่ 3
ข้อเสนอแนะ และ แนวทางที่จะนำไปใช้ในพ.ร.บ.

เปรียบเทียบนิยามตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพและจากการทบทวนวรรณกรรม

1. **สุขภาพ**

> หมายความว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะ ความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 3

การให้คำนิยามในพ.ร.บ. ดูเหมือนจะเป็นการแปลตรงๆ มาจากคำนิยามของ องค์การอนามัยโลกที่ให้ไว้ในปี ค.ศ. 1997 แต่ยังคงใช้คำว่า “ความไม่พิการ” ทั้งๆ ที่ไม่มีระบุอยู่ในคำนิยามล่าสุดของ องค์การอนามัยโลกแล้ว และยังตกคำว่า “พลวัต” (dynamic) ซึ่งไม่ใช่สภาวะ (state) ที่ให้ความหมายว่าหยุดนิ่ง การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยนั้น

ควรจะต้องกลับมาพิจารณากันใหม่ว่า ในบริบทของสังคมไทย เราจะยังใช้คำนิยามตามหลักสากล ขององค์การอนามัยโลก หรือ จะมีนิยามที่ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ที่เป็นของคนไทย ซึ่งผ่านข้อถกเถียงมาจากเวทีสมัชชาต่างๆ มาผนวกไว้เป็นเนื้อเดียวกันการสังเคราะห์วรรณกรรม

หากพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นทางเอกสารแล้ว พบว่ามีประเด็นที่ต้องพิจารณาประกอบ ในคำนิยามดังนี้

1. สุขภาพในฐานะที่เป็นความสัมพันธ์ของทุกระบบ
2. สุขภาพในฐานะที่เป็นมิติ ทางแนวคิด อุดมการณ์ เป้าหมาย หรือ สภาวะ (ในขณะนั้น หรือที่สั่งสมมา) หรือ ในมิติที่เป็นการจัดการ กระบวนการ การปฏิบัติ หรือ สิทธิมนุษยชน
3. สุขภาพในฐานะที่เป็นการสร้างมาจาก วัฒนธรรมและสังคม

โดยพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ร่วมด้วยคือ

- องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และความรู้พื้นบ้านทางด้านการแพทย์และการดูแลรักษาสุขภาพ
- องค์ประกอบของกลุ่มประชากร ในฐานะที่แตกต่างกัน ทางสถานภาพทางสุขภาพ (ปกติหรือป่วย) ความแตกต่างเรื่องอายุ เพศ ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ ฐานะในการเป็นพลเมือง หรือ ชนกลุ่มน้อย ชนเผ่า ผู้อพยพย้ายถิ่น และ ความแตกต่างทางศาสนา วัฒนธรรม
- องค์ประกอบเรื่องวัฒนธรรมและความเชื่อ ที่เป็นแนวคิด ปรัชญา ของสมาชิกในสังคมที่ว่าด้วยเรื่องคุณค่าของการดำเนินชีวิต การเกิด แก่ เจ็บ และ ตาย และ ว่าด้วยเรื่องคุณค่าทางสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นองค์รวมของชีวิต พลังงานชีวิต ความสมดุล หรือเป็นทุนในการทำมาหาเลี้ยงชีพ
- องค์ประกอบของสุขภาพที่เป็นเรื่อง ของ กาย (physical) จิตใจ(psychology) จิต (mental) อารมณ์ (feeling or emotion) หรือเป็นเรื่องของ ความเชื่อ (beliefs) ศาสนา (religion) จิตวิญญาณ (spiritual) สิ่งดีงามที่เหนือความรู้สึกนึกคิดที่มาจากรากฐานทางวัตถุ

จากมิติและองค์ประกอบทั้งหมดนี้ เราอาจนิยาม สุขภาพ ได้ว่า

“สุขภาพ หมายถึงพลวัตของความสมดุลทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันกับทุกระบบในวิถีชีวิตที่บุคคลดำเนินอยู่ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพ เพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ไม่ว่าจะมีแหล่งที่อาศัยอยู่ ณ ที่ใด หรืออยู่ในสถานภาพใดในสังคม”

สุขภาพ เป็นเป้าหมายสูงสุดของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม ที่ทุกคนพึงปรารถนา และเป็นหลักประกันให้กับความมั่นคงของชาติและชีวิต

สุขภาพ เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ควรจะได้รับการดูแลจากผู้เกี่ยวข้องในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นจากภาครัฐ หรือเอกชน หรือการร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยไม่เลือกปฏิบัติและยึดหลักการของความเสมอภาค และความเป็นธรรม

2. **ระบบสุขภาพ**

หมายความว่า ระบบการจัดการทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆ

> ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเรื่องของระบบสุขภาพประกอบด้วย

- กลุ่มของความสัมพันธ์ ขององค์ประกอบต่างๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ
- องค์ประกอบทางสุขภาพ = ระบบความเชื่อ ระบบสังคม ระบบวัฒนธรรม ระบบเศรษฐกิจ ระบบการจัดการ ระบบการบริการ ระบบการศึกษาอบรมผู้ให้บริการ ระบบการให้ความรู้แก่ประชาชน ระบบการสนับสนุนส่งเสริม ระบบนิเวศน์ของสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขภาพทั้งทาง กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ (ไม่ใช่ปัจจัย)
- องค์การกลุ่มภาคีทางสังคม ที่มากกว่า กระทรวง หรือ หน่วยงานทางสาธารณสุข คำว่าระบบสุขภาพมีขอบเขตกว้างกว่า การสาธารณสุข
- ระบบการแพทย์พื้นบ้าน พิธีกรรม องค์ความรู้ และการให้ความหมาย รวมถึงบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญ

นั่นหมายความว่า ระบบสุขภาพ จะต้องมีมุมมองกว้างกว่าเรื่องการรักษา จัดการ เกี่ยวกับการเยียวยาผู้ป่วย แต่ เป็นระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการที่เกี่ยวเนื่องกับกระบวนการทางวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และ การเมือง ประกอบกับการคิดค้นสิ่งใหม่ๆ ในเทคโนโลยี และความเข้มแข็งของสังคม กฎเกณฑ์ ทางสังคม วัฒนธรรมและระบบกฎหมาย ระบบสุขภาพมีความหมายกว้างกว่าการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

ระบบสุขภาพ จึงน่าจะหมายถึง

ระบบของความสัมพันธ์ ในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง หรือ มีผลต่อ สภาวะทางสุขภาพของประชากรในสังคม โดยที่องค์ประกอบนั้นได้แก่ ระบบการจัดการ ระบบการบริการและระบบการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพในทุกรูปแบบ ระบบการศึกษาอบรม การให้ความรู้แก่ประชาชน ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ รวมถึงระบบวัฒนธรรม องค์ความรู้ วิทยาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระบบสังคม ระบบเศรษฐกิจ การเมือง ระบบนิเวศน์ของสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลและเป็นผลต่อการดูแลสุขภาพทั้งทาง กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ

3. ความมั่นคงทางสุขภาพ

> หมายความว่า การมีหลักประกันและความมั่นใจในการคงอยู่ ความพอเพียง ความสมดุล ความยั่งยืน และความเพิ่มพูนของปัจจัยที่สร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

ประเด็นเรื่อง security เป็นเรื่องที่พบว่า มีปัญหาในการแปลคำ เนื่องมีความหมายต่างกันในสองหลักใหญ่ คือ ในด้านหนึ่งหมายถึงหลักประกันและการให้ความมั่นใจแก่ระดับบุคคล ส่วนในอีกด้านหนึ่งเป็นการคุ้มครองป้องกันในระดับมหภาพ คำว่าความมั่นคงที่ใช้ในภาษาไทยมักถูกตีความให้เป็นความมั่นคงในภาครัฐ ซึ่งจะมองในเรื่องค

วามั่นคงทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ ในลักษณะที่เป็นการปกป้องคุ้มครอง แต่ในขณะที่ ทางด้านสุขภาพความ มั่นคง ดังกล่าวมีมิติที่ซับซ้อน ที่ทำให้เกิดความสับสนได้ และเนื่องจากในสังคมไทย เมื่อนึกถึงเรื่องสุขภาพมักจะไปใช้ในฐานะที่เป็นหลักประกันทางสุขภาพมากกว่า ด้านอื่นๆ และในบริบทของหลักประกันสุขภาพ ก็มักจะถูกใช้ในความหมายที่เป็นเรื่องของการประกันสุขภาพ (insurance) การจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายระหว่างภาครัฐ เอกชน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ น่าจะมีศัพท์ใหม่ให้กับคำนี้ที่ไม่ย้ำที่วาทกรรมเดิมของบริบทการประกันสุขภาพ เช่น หลักคุ้มครองทางสุขภาพ การรับรองทางสุขภาพ ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่า ประเด็นเรื่องความมั่นคงทางสุขภาพ หรือ หลักคุ้มครองทางสุขภาพ หรือ การรับรองทางสุขภาพนั้น ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่สำคัญๆ ดังต่อไปนี้

- การมีความมั่นคงในระดับมวลชน (ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ) (collective security)
- สิทธิและการให้หลักประกันทางสุขภาพ ความเป็นธรรม ทางเลือก และ ความร่วมมือ
- การให้ความมั่นใจในความปลอดภัยในสิ่งที่บริโภค และสิ่งอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- การเฝ้าระวัง (surveillance) สิ่งที่มีผลกระทบต่อคนทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และ ระดับโลก่
- การจัดการในภาวะวิกฤติต่างๆ (crisis management) ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม
- การคุ้มครองและการป้องการการเกิดภัยพิบัติและความรุนแรงในทุกระดับ รวมถึงเรื่องการคุ้มครองทางเพศด้วย (ในประเด็น health security ของผู้หญิง)
- ระบบข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และการแจ้งเหตุในยามฉุกเฉินเมื่อมีภัยคุกคาม หรือพบเจอจุดระบาดของโรค

ความมั่นคงทางสุขภาพ ในคำศัพท์เดิม หรือ ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ หรือ หลักการคุ้มครองทางสุขภาพ หรือ การรับรองทางสุขภาพในคำนิยามใหม่ จึงน่าจะนิยามได้ว่าเป็น

"การให้ความมั่นใจ คุ้มครอง ป้องกัน เฝ้าระวัง และหลักประกัน ต่อการมีสุขภาพ และการดำรงชีวิตของบุคคล ให้มีความสมดุล ปลอดภัย ยั่งยืน และปราศจากภาวะการคุกคาม ติดต่อจากโรคภัยไข้เจ็บหรือสภาวะที่เป็นอันตรายต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยยึดหลักการให้ความเป็นธรรม การร่วมมือช่วยเหลือ การมีทางเลือก และสิทธิ แก่บุคคลโดยไม่เลือกปฏิบัติ และแก่สังคมโดยรวม"

4. การสร้างเสริมสุขภาพ

> หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำโดยส่งเสริม สนับสนุน พฤติกรรมบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมให้บุคคล และชุมชนมีสุขภาวะ บุคคลมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก และจากการศึกษาในหลายๆ งานที่เกี่ยวข้องแล้ว พบว่า คำนิยามเดิมค่อนข้างจะสมบูรณ์ในตัวเอง แต่อาจมีการเพิ่มเติมประเด็นที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ดังต่อไปนี้

- กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรม ที่ทำให้บุคคล ครอบครัว และ ชุมชนมีความสามารถในการควบคุม ในการเลือก (Make healthy choices) และปรับปรุงสุขภาพ

- ยุทธศาสตร์การสร้างสภาวะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
- การเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคม
- การสร้างค่านิยม ความเชื่อ และอุดมการณ์
- กิจกรรมส่งเสริม ที่เกี่ยวกับ สถานที่ กลุ่มประชากร หญิงและสูงอายุ
- พันธสัญญาระหว่างรัฐ กับประชาชน เครือข่ายประชาชน
- สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน
- Healthy society healthy environment through empowerment

คำนิยามดังกล่าว อาจเพิ่มเติมได้เป็น

"*กระบวนการส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมที่ทำให้บุคคล ครอบครัว และ ชุมชนมีความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพ โดยการสร้างค่านิยมในการรักษาสุขภาพ ผ่านกระบวนการทางสังคมและกิจกรรม ที่เป็นเครือข่าย เพื่อนำไปสู่การวางยุทธศาสตร์และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีทางเลือกในการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพ*"

5. **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ**

> หมายความว่า นโยบายสาธารณะที่แสดงถึงความห่วงใยอย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคม และทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตมีสุขภาพดี และเป็นนโยบายที่มุ่งให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

คำว่า Healthy Public Policy นั้นในความหมายในศัพทย์ภาษาอังกฤษแล้ว ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การมีนโยบาย "เพื่อ" สุขภาพ แต่พิจารณาถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ดี (healthy ในที่นี้เป็นได้ทั้งความสมบูรณ์ ดี เหมาะสม และ ถูกต้อง) ซึ่งตามที่ศึกษาทางเอกสาร พบว่า มาตรฐานที่บ่งบอกถึงความดี ความเหมาะสมของนโยบายสาธารณะต่างๆ นั้นขึ้นอยู่กับ ความเป็นธรรม (equity) คำนึงถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน การมีทางเลือกให้กับประชาชน และการมีนโยบายที่บูรณาการมิติต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีพและสุขภาพของประชาชน การมี healthy public policy ดังนั้น จึงไม่ใช่เป็นเพียงเพื่อสุขภาพ แต่ เป็นนโยบายสาธารณะที่ดี หรือนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตามที่ได้มีการทบทวนจากวรรณกรรม และเอกสารทางวิชาการและการประชุมนานาชาติแล้วพบว่า นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี หมายรวมถึง

- การมีนโยบายทางสังคม และเศรษฐกิจ ที่เป็นธรรม (equity) มีทางเลือกให้ประชาชน

- เป็นนโยบายที่บูรณาการ ที่ป้องกัน และดูแล อนามัยสิ่งแวดล้อม
- กระบวนการตัดสินใจ กระบวนการสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อการสาธารณสุข (ความสุขของประชาชน) โดยที่หัวใจของงานนโยบายทุกอันคือ ความสุข + สุขภาพ ของประชาชน
- Health เป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน เป็นเรื่องการลงทุนทางสังคม
- นโยบายที่มีการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม สังคม และ สุขภาพ ก่อนการดำเนินการ
- องค์ความรู้ที่นำมาใช้ในการประเมินโครงการสาธารณะ จากผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมของประชาชน มีความรับผิดชอบต่อสังคม เสริมสร้างและเคารพประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน
- การมีเกราะป้องกัน (safeguard) ความไม่เป็นธรรมในรูปแบบใหม่

นอกจากนี้นโยบายสาธารณะที่ดี ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น ยังต้องมีความรับผิดชอบ (accountability) มีนโยบายที่เป็นประโยชน์ เหมาะสมต่อผู้ประชาชน

ดังนั้น นโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ จึงหมายความถึง

"กระบวนการตัดสินใจ และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน เพื่อสาธารณะประโยชน์ ที่ออกมาในรูปของนโยบายที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ต่อผลกระทบจากการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ ที่มีผลเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นนโยบายที่มีเกราะป้องกันความไม่เป็นธรรมในรูปแบบต่างๆ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมและมีความเคารพต่อการคิดและร่วมปฏิบัติของประชาชน"

6. ปัญหาที่คุกคามสุขภาพ

> หมายความว่า ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี รวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมด้วย
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

ปัญหาที่คุกคามทางสุขภาพ เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า health hazards ซึ่งโดยในคำของ hazards เองบอกถึง "สิ่งที่" "สาร" ที่เป็นวัตถุ หรือ กิจกรรม การกระทำของคน หรือภาวะที่เป็นเงื่อนไขต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นโทษ เป็นภัยต่อชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ health hazards อาจแปลได้ว่าเป็น สิ่งที่เป็นอันตรายที่คุกคามต่อสุขภาพ หรือจะใช้ว่าปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพย่อมเป็นได้ แต่จะไม่บอกถึงภาวะหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่มีผลทางลบต่อสุขภาพ หรือ จะไม่เห็นภาพของกิจกรรม การกระทำ ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ด้วย เนื่องจากในคำนิยามเดิมจะเน้นเฉพาะไปที่ ปัญหา และปัจจัยต่างๆ จนลดความสำคัญของภาวะอื่นๆ กิจกรรมอีกหลากหลายที่มีผล หรือ อาจมีผลลบต่อสุขภาพ เนื่องจากผลกระทบจากสิ่งเหล่านี้อาจไม่แสดงผลออกมาในทันที ต้องอาศัยเวลา ความเข้มข้น และการสะสมของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเหล่านี้ ในที่นี้เราพบว่า health hazards มีประเด็นที่พิจารณา อีกหลายประเด็นได้แก่

- Traditional Hazards เช่น ความยากจน การพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ยั่งยืน ทำให้คนไม่สามารถเข้าถึง สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย แหล่งอาหาร ที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม และ ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้ ทุกเรื่องในงานสุขาภิบาล
- Modern Hazards ได้แก่ การพัฒนาที่เร่งรีบ น้ำเสียจากอุตสาหกรรม แออัด สารพิษทางการเกษตร การเสื่อมของทรัพยากร และระบบนิเวศน์
- ระยะเวลา ขนาด และ ความเข้มข้น ของ สารที่เป็นอันตราย ของเสีย หรือกิจกรรมที่มีผลลบต่อสุขภาพ
- ความเป็นไปได้ที่จะทำให้มีอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งไม่ใช่ปัจจัยเฉพาะ ไม่ใช่เพียงการเสี่ยงจากของเฉพาะอย่าง
- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อหนุนต่อสุขภาพ
- สภาวะทางโครงสร้างที่มีผลกระทบโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อสุขภาพของบุคคลหรือสังคม
- กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ภาวะหรือเงื่อนไขในชีวิตมนุษย Human condition

คำนิยามของคำว่า “ภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ” ที่สามารถเสนอจากประเด็นเหล่านี้คือ

“วัตถุ หรือ กิจกรรม การกระทำของคน หรือภาวะที่เป็นเงื่อนไขต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นโทษ เป็นภัย ต่อชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ ที่เกี่ยวเนื่องทั้งทางสิ่งแวดล้อม และในระบบสังคม เศรษฐกิจและการเมือง ที่มีผลกระทบโดยตรง หรือ มีความเป็นไปได้ที่จะมีผลลบต่อสุขภาพของประชาชน”

7. **ระบบบริการสาธารณสุข**

> หมายความว่า ระบบการจัดการเพื่อการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อันประกอบด้วย การบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัญหา ที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งแบบตั้งรับและเชิงรุก ซึ่งอาจแบ่งได้คร่าวๆ เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น (ปฐมภูมิ) ระบบการบริการสาธารณสุขระดับกลาง (ทุติยภูมิ) ระบบบริการสาธารณสุขระดับสูง (ตติยภูมิ) ระบบบริการสาธารณสุขเฉพาะทาง และระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ รวมทั้งระบบบริการทางการแพทย์ แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือกอื่นด้วย
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 4

โดยรวมแล้ว ระบบบริการไม่ใช่จำนวนหรือลักษณะของสถานพยาบาล หรือ สถานภาพของโรงพยาบาล แต่หมายถึง ระบบการให้การบริการในการดูแลรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยในลักษณะต่างๆ ในรูปแบบต่างๆ กัน รวมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพ ของผู้มารับบริการเพื่อให้เขาได้กลับคืนสู่สุขภาพที่ดีตามปกติ เป็นการให้การบริการที่อยู่บนหลักการของความเป็นธรรม (equity) และ การให้มีสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (optimization of health) หากแต่ว่าในแนวคิดใหม่ของการปฏิรูป ระบบบริการนั้นไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะเพียงเรื่อง

ของการสาธารณสุข แต่ควรมีบูรณาการกับระบบอื่นๆ ที่นอกเหนือการแพทย์ การใช้คำเกี่ยวกับบริการ หากเป็นระบบบริการสุขภาพ นิยามนี้จะมีขอบเขตกว้างกว่าการบริการที่ให้โดยระบบการแพทย์ในวิชาชีพ

ประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเพื่อใช้เป็นคำนิยาม คือ

- ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทางด้านสาธารณสุข
- ความรู้ เทคโนโลยี การใช้ทรัพยากร บุคคลและสถานที่ที่ให้บริการ
- เป้าหมายของการบริการ ต่อขนาดของประชากร
- การบริการที่เน้นหนักในด้านการเยียวยารักษา หรือ ป้องกัน
- การเข้าถึงการบริการ และความทั่วถึงในการให้บริการ

นิยามที่ให้ไว้ใน ร่าง พ.ร.บ. ค่อนข้างจะสมบูรณ์ แต่ยังมีข้อเสนอแนะในการแต่งสำนวนให้พิจารณาดังนี้

ระบบการบริการสาธารณสุข หมายความว่า

"*ระบบการจัดการเพื่อการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อันประกอบด้วย การบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งแบบตั้งรับและเชิงรุก เป็นการบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการแก่กลุ่มประชากรของประเทศ (ที่รัฐจัดหาให้หรือจากภาคเอกชน) ซึ่งประกอบด้วยระบบการบริการทั่วไป ระบบการบริการเฉพาะทาง ระบบการบริการส่งต่อ รวมถึงระบบการบริการสาธารณสุขอื่นๆ เช่นการแพทย์แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือก*"

ระบบบริการสุขภาพ หมายความว่า "*ระบบการบริการในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อ และมีอิทธิพลกับการดูแล รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน*"

8. **ระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น (ปฐมภูมิ)**

> หมายความว่า ระบบบริการสาธารณสุข ที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัวชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ยุ่งยากซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษา พยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยง กับระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการอื่นๆ และกับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน และกันเป็นอย่างดี
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 5

ระบบบริการสาธารณสุขในระดับต้น ที่บัญญัติไว้ใน ร่างพ.ร.บ. มีปัญหาอย่างยิ่งในการตีความ ที่จะให้คำนี้สอดคล้องกับ หลักการและอุดมการณ์ของการแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากในการเน้นระดับว่าเป็นระดับต้น กลาง สูง แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการให้บริการ และการเน้นการให้บริการในจากองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขจากพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่ไม่เท่าเทียมกันกับระดับอื่นๆ และยังขาดมิติอื่นๆ ที่อยู่ในแนวคิดของการปฏิรูป เช่นการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะทำให้การบริการนั้นมีความยั่งยืน การร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีนอกหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข และการมีความ

รับผิดชอบร่วมกัน จากการศึกษาจากเอกสาร คำนิยามนี้น่าจะมีการพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่สามารถนำไปประกอบเป็นคำนิยามใหม่ได้คือ

- การบริการแบบบูรณาการ ทั้งในระบบสุขภาพ และการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน
- การให้การบริการทางด้านสาธารณสุขในระดับพื้นฐานที่จำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
- การรับผิดชอบต่อตนเองของบุคคลและการร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคี
- การส่งเสริมสุขภาพ การบริการที่ต่อเนื่องและเบ็ดเสร็จ
- การประสานร่วมมือกับการบริการในด้านอื่นๆ (ทั้งในระบบการบริการระดับสองและสาม รวมถึงระบบการบริการในลักษณะอื่นๆ เช่นการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน)
- การบริการที่ใกล้ชิดประชาชน และประชาชนสามารถจ่ายได้

คำนิยาม เรื่อง การบริการสาธารณสุขระดับต้น น่าจะปรับเป็น การบริการสาธารณสุขในเบื้องต้น (เพื่อแสดงให้เห็นว่าเป็นการให้บริการก่อน การบริการอื่นๆ ที่อาจมีขึ้นหากมีความจำเป็น และเป็นการบริการที่สำคัญที่สุด เพราะในระดับต้น เป็นการแบ่งระดับที่สามารถทำให้เกิดการตีความผิดได้) คำนิยามนี้จึงสามารถเสนอให้เป็น

"ระบบการจัดการในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เน้นการบริการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการบริการที่เน้น การผสมผสานในการให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุม รักษา พยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในลักษณะของการบริการที่เป็นองค์รวมที่ตระหนักในความซับซ้อนของมิติของมนุษย์ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเมือง เป็นการบริการที่มีความเชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบการบริการในด้านอื่นๆ"

9. **ระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง (ทุติยภูมิ)**

> หมายความว่า เป็นระบบบริการสาธารณสุข ที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการสาธารณสุขระดับต้น ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยง กับระบบบริการสาธารณสุขระดับต้น ระบบสูงและระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน และกันเป็นอย่างดี
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 5

ด้วยหลักการในลักษณะเดียวกันกับระบบการบริการสาธารณสุขในเบื้องต้น ระบบการบริการในขั้นที่สอง หรือระดับสอง จะมีการขยายขอบเขตการบริการที่เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสาธารณสุข ในเบื้องต้น และ ระบบบริการระดับสาม โดยเน้นในการให้บริการที่มีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

- การบริการทางการแพทย์เฉพาะด้านที่ไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล (ambulatory medical services) เช่นการรักษาโรคทรวงอก วัณโรค เบาหวาน
- การบริการในแบบผู้ป่วยใน ที่ต้องมีการดูแล และเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย

- การบริการเฉพาะด้านที่มีผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น กายภาพบำบัด จักษุแพทย์
- การบริการดูแลระยะยาว เช่นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

ในบริบทนี้ ความหมายที่กล่าวไว้ใน ร่าง พ.ร.บ. จึงสามารถปรับได้เป็น

"ระบบการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ในด้านการรักษา การพยาบาล ป้องกัน ควบคุมและการฟื้นฟู สุขภาพที่ต่อเนื่องจากการบริการในเบื้องต้นและเชื่อมโยงกับการบริการในระดับต่อๆ ไป โดยที่การบริการนี้ต้องอาศัย ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะทางที่จะดูแลและให้บริการสุขภาพเฉพาะด้านที่มีความจำเป็นในขั้นกลาง (เช่น การรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ในแบบที่ต้องและไม่ต้องนอนในโรงพยาบาล การให้การดูและการเฝ้าระวังโรค หรือ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น)"

10. **ระบบบริการสาธารณสุขระดับสูง (ตติยภูมิ)**

> หมายความว่า เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนมากเป็นพิเศษ ในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยี ต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง ระบบบริการเฉพาะทาง และระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 5

การบริการสาธารณสุขในระดับนี้นั้น หากใช้คำว่าระดับสูงจะสะท้อนวาทกรรมของความไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากการเป็นการแสดงว่ามีการบริการที่ต่ำกว่า ควรจะเลือกใช้คำอื่น เช่น ระบบบริการสาธารณสุขระดับสาม หรือ ขั้นที่สาม หรือใช้คำว่าตติยภูมิตามที่มีการใช้มาก่อนหน้านี้ย่อมเป็นได้ แต่จะไม่สามารถสื่อสารกับประชาชนทั่วไปได้อย่างเข้าใจ การพิจารณาในองค์ประกอบที่จะนำมาบรรจุไว้ในคำนิยามมีดังนี้

- การบริการทางการแพทย์ที่สลับซับซ้อน ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- การบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้เครื่องมือ วิทยาการ และเทคโนโลยีที่ซับซ้อน
- การบริการที่ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมจากผู้เชี่ยวชาญหลายด้าน
- การบริการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ที่มีความพิการขั้นรุนแรง หรือไม่สามารถช่วยตนเองได้
- การบริการทางจิตที่ต้องอาศัยการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางที่เชี่ยวชาญ
- การบริการที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อนในการรักษา การดูแล และฟื้นฟูผู้ป่วย

ในเนื้อความของคำนิยามเดิมจะค่อนข้างสมบูรณ์ตามแนวทางเดียวกันนี้ ความหมายของการบริการระดับนี้ยังสามารถปรับได้เป็น

"ระบบการบริการทางการแพทย์ พยาบาล และการสาธารณสุข ที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อน และความความชำนาญการเฉพาะทาง ในการดูแล รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ (ของผู้ป่วย) ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งในทางวิทยาการ ความรู้ เทคโนโลยี และการพยาบาล ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จากหลากหลายสาขา ที่มีความเชื่อมโยงกับระบบการบริการาสาธารณสุขในระดับอื่นๆ มีระบบการส่งต่อและประสานความรับผิดชอบระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี"

11. **ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ**

> หมายความว่า ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งถ่ายทอดและพัฒนาสืบต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง เช่น ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน ภูมิปญญาแพทย์แผนไทย เป็นต้น
>
> ร่างพ.ร.บ. 2545 หน้า 6

มิติที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับภูมปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ได้แก่

- ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ สมุนไพร ไสยศาสตร์ และผู้เชี่ยวชาญ
- ความเชื่อ ความเคารพ ความศรัทธา ในประเพณี และวิถีปฏิบัติ ของวัฒนธรรมเฉพาะในท้องถิ่น
- ความเชื่อมโยงและมีบูรณาการ ในองค์ความรู้ โลกทัศน์ ปรัชญา สติปัญญาและชีวิต ที่มีวัฒนธรรมเป็นฐาน
- ระบบของการถ่ายทอดมาจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ที่มีกระบวนการเฉพาะของท้องถิ่นในการอบรมให้ความรู้และถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์นั้นๆ

จึงอาจกล่าวได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ หมายถึง

"ระบบความรู้ การปฏิบัติ การวินิจฉัย การดูแลและเยียวยาการเจ็บไข้ได้ป่วย จากภูมิปัญญาของชุมชนพื้นบ้าน ที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ชีวิต สังคม ระบบนิเวศน์และความเชื่อ วัฒนธรรมที่เป็นของคนในท้องถิ่นนั้นๆ ซึ่งมีการถ่ายทอดมาจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งด้วยกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์และความรู้เฉพาะถิ่นนั้นๆ โดยไม่จำกัดว่าเป็นภูมิปัญญาแผนใด"

หลักการของการ ร่างพ.ร.บ.เพื่อการปฏิรูปสุขภาพ กับคำนิยามที่ควรจะมี: ข้อเสนอเพิ่มเติมในบริบทของการปฏิรูป

ในการร่างพระราชบัญญัติ ประกอบด้วยหลักการสำคัญๆ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนี้

- หลักการเรื่องความเป็นธรรม (equity) และ ความเสมอภาค (equality)
- หลักการเรื่องการกระจายอำนาจ (decentralization)
- หลักการเรื่องความรับผิดชอบ (accountability)
- หลักการเรื่องการมีส่วนร่วม (participation)
- หลักการเรื่องสิทธิมนุษยชน (human rights = health rights)
    - ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity)
    - การกำหนดอนาคตตนเอง (self-determination)
    - การไม่ถูกเลือกปฏิบัติ (non-discrimination)
- หลักการเรื่องจริยธรรม (ethics)

แนวทางของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย ที่มีการดำเนินการไปแล้วและมีการบรรจุประเด็นต่างๆ ไว้ในร่างพระราชบัญญัติที่ผ่านมานั้น ยังพบว่ามีหลายประเด็นที่ยังควรมีการพิจารณาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในเรื่องของ

การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพ ที่ไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์หรือกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกหน่วยงาน ทุกภาคี หากแต่ว่าเมื่อลงในรายละเอียดของการร่างพระราชบัญญัติยังพบว่า ประเด็นเรื่องสุขภาพ และในการบริการ การจัดการต่างๆ ยังเน้นย้ำในเรื่องสุขภาพทางกาย และมีเพียงเล็กน้อยที่กล่าวถึงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกระทำทางสังคม เช่นในเรื่องปัญหาคุกคามสุขภาพ สุขภาพในด้านอื่นๆ เรื่องของจิตใจ และ จิตวิญญาณ (spiritual health) ยังไม่มีการบรรจุไว้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งจะต่อเนื่องไปสู่เรื่องการจัดการระบบบริการสุขภาพ และกำลังคนในระบบสุขภาพ (ไม่เพียงแต่ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข)

ความละเอียดอ่อนในการให้ความหมายและการบรรจุประเด็น เรื่องความหลากหลายของประชากร ยังมีอยู่อย่างจำกัด เช่น การคุ้มครอง ดูแล และส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยทางจิต ผู้พิการ ผู้ที่อยู่ชายขอบของสังคม เด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส ชนกลุ่มน้อย ผู้พลัดถิ่น และ ประชากรกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากตามหลักสิทธิมนุษยชน หลักความเป็นธรรม และ จริยธรรมแล้ว กลุ่มประชากรเหล่านี้ยังต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ และได้รับการคุ้มครองดูแลให้เท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งอยู่ในหลักการของ WHO ที่ต้องคำนึงถึงกลุ่มประชากร ที่ถูกเลือกปฏิบัติด้วยความที่มี social exclusion จากสังคม แนวทางการปฏิรูปจึงน่าจะมีข้อเสนอเพิ่มเติมในทุกเรื่องที่บรรจุไว้ให้มีความละเอียดอ่อนต่อกลุ่มประชากรที่หลากหลายเหล่านี้ไว้ด้วย

ในหมวดเรื่องสิทธิ ยังมีการให้สิทธิในหลายมาตราที่สามารถนำมารวมกันและ/หรือให้ความหมายที่กระชับรัดกุมและครอบคลุมกลุ่มประชากรได้ และสิทธิต่างๆ ยังคงไว้ในเรื่องของสิทธิในการได้รับบริการทางสาธารณสุข (right to health care) ซึ่งต่างจาก สิทธิทางสุขภาพ (right to health) ที่ควรจะอยู่ในมิติใหม่เรื่องสุขภาพ ที่มีความเป็นองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนั้นการระบุเรื่องการมีสิทธิต่างๆ เหล่านั้น ยังไม่มีมาตราใดเลย ที่ระบุถึงการรับรองสิทธิจากรัฐบาล และจะมีอยู่บางมาตราที่กำหนดผู้รับผิดชอบต่อการให้ และการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว แต่หากมีการละเมิดสิทธิต่างๆ จะต้องมีการประสานงานกับ ผู้รับผิดชอบ หรือ หน่วยงานใด ยังไม่มีการระบุไว้

ประเด็นในเรื่องการมีส่วนร่วม ยังมีให้เห็นเฉพาะในบทของกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคี ยังมีความคลุมเครือในบทบาทและความรับผิดชอบในการดำเนินการด้านต่างๆ ในการวางองค์ประกอบของคณะกรรมการ โดยเฉพาะการเลือกผู้เข้ามาเป็นตัวแทน ภาคประชาชน หรือองค์กรหน่วยงาน ยังมีข้อจำกัดด้วย มาตราที่ 36 ที่ไม่สามารถการันตีการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ที่เป็นตัวแทนที่ถูกเลือกมาได้จริง

ในเรื่องของการรับผิดชอบ (accountability) ต่อการกระทำผิด หรือ ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ และระบบสุขภาพของประชาชนทั้งหมด ยังไม่มีมาตราการใดระบุไว้ในพระราชบัญญัติ ว่าจะให้มีการดำเนินการต่อไปอย่างไร หรือ อยู่ในกระบวนการของการให้และการสร้างความยุติธรรมอย่างไร

ข้อจำกัดในเรื่องการให้คำนิยาม

ปัญหาหลักในการศึกษาองค์ความรู้ ที่จะนำมาประกอบเป็นคำนิยามเรื่องต่างๆ ดังกล่าวนั้นมีข้อจำกัดอย่างมากใน การศึกษาจากบริบทของสังคมไทย และมุมมอง ของประชาชน แพทย์ พยาบาล นักวิชาการไทย นักการเมือง

ผู้เกี่ยวข้องทุกๆ ด้านในสังคมไทย ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงวาทกรรมต่างๆ และ บริบทที่เกี่ยวข้องในสังคมไทยประกอบควบคู่ไปด้วย เนื่องจากในการค้นคว้าครั้งนี้ มีข้อมูลในภาษาไทยจำนวนมากที่เป็นข้อมูลที่สะท้อนองค์ความรู้ตามแบบสากล หรือวิชาการตะวันตก ที่ซ้ำๆ กันอยู่ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของมุมมอง (perspective) ในสังคมไทยเช่นกัน

บรรณานุกรม

เดชรัตน์ สุขกำเนิด (2544) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: การวิเคราะหระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ รายงานประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณะสุข กับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ นนทบุรี

เดชรัตน์ สุขกำเนิด (2545) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และ แนวปฏิบัติ เอกสารประกอบการสัมนาวิชาการ 'ร่วมสร้าง สุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ' หนึ่งทศวรรษ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี

ประเวศ วะสี (2536) "การศึกษาของชาติกับภูมิปัญญาท้องถิ่น" ในเสรี พงศ์พิศ บก. ภูมิปัญญาชาวบ้าน กับการพัฒนาชนบท มูลนิธิภูมิปัญญา และมูลนิธิหมู่บ้าน

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อนุพงศ์ สุจริยากุล (2543) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: รายงานประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ คณะอนุกรรมการ/คณะทำงานวิชาการเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณะสุข กับสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ นนทบุรี

สามารถ จันทร์สูรย์ (2536) "ภูมิปัญญาชาวบ้าน" ในเสรี พงศ์พิศ บก. ภูมิปัญญาชาวบ้าน กับการพัฒนาชนบท มูลนิธิภูมิปัญญา และมูลนิธิหมู่บ้าน

เสรี พงศ์พิศ (2536) ภูมิปัญญาชาวบ้าน กับการพัฒนาชนบท มูลนิธิภูมิปัญญา และมูลนิธิหมู่บ้าน

Basch, P. (1990) Textbook of International Health. New York: Oxford University Press.

Beck, Brenda E.F. (1969) Colour and Heat in South Indian Ritual. Man 4:553-572.

Benz, Kathryn and Catherine Neuschler (2002) "National Security and a Secure Environment," Environmental Studies Program, Macalester College, ES88 primer: Session 2. available at www.macalester.edu/environmentalstudies/ES88/security2.htm

Booth, Ken (1991) "Security in Anarchy: Utopian Realism in Theory and Practice," International Affairs. 67: 527-545.

Bunton, Robin, Sarah Nettleton, and Roger Burrows (1995) Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk. London: Routledge.

Collins, T. (1995) "Models of health: Pervasive, persuasive and politically charged," Health Promotion International, 10:317-324.

Conrad, Peter and Joseph W. Schneider (1985) Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press.

Croizier, Ralph C. (1968) Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Culyer, A.J. (1981) "Health and Health Indicators," Proceedings of European Workshop reported to the British Social Science Research Council and the European Science Foundation. York: University of York.

Dunn, F.L. (1976) Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems. In Asian Medical Systems. C. Leslie. Ed. Pp. 133-158. Berkeley: University of California Press.

Elling, R.H. (1981) "Relations Between Traditional and Modern Medical Systems," Social Science and Medicine. 15A:87-88.

Epp, J (1986) Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. (Publiationn no. H 39-102/1986E) Ottawa, ON: Ministry of Supply and Services Canada.

Fabrega, H. Jr. and P.K. Manning (1979) Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan. Sanford. CA: Stanford University Press.

Featherstone, Mike (1991) Consumer Culture and Postmodernism. London:Sage.

Foster, George M. and Babara G. Anderson (1978) Medical Anthropology. New York: Alfred A. Knopf.

Freund, Peter E.S. and Meredith B. McGuire (1991) Health, Illness, and The Social Body: A Critical Sociology. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Ganguly, N.K. (2001) "Global (Global Overview of Health and Welfare Systems," Health and Welfare Systems Development in the 21st Century: Proceeding of a WKC Global Symposium, World Health Organization, Center for Health Development, Kobe, Japan.

Goldstein, Joshua S. (1996) International Relations. 2nd ed. New York: Harper Collins.

Good, C.M. et.al. (1979) "The Interface of Dual systems of health care in the Developing World: Toward Health Policy Initiatives in Africa," Social Sciences and Medicine. 13D:141-154.

Greenberg, D.S. (2002) "USA expands homeland health security," Lancet, Vol. 359. January 19, www.thelancet.com.

Hancock, T. (1992) Public Policies for Healthy Cities: Involving the policy maker. In B.C. Flynn (Ed.) Proceedings of the Inaugural Conference of the World Health Organization Collaborating Center in

Healthy Cities, (pp.33-41). Indianapolis, IN: Institute of Action Research for Community Health, Indiana University School of Nursing

Hancock, T. (1994) "Health Promotion in Canada: Did we win the battle but lose the war?" In A. Pederson, M. O'Neill, and I. Rootman (Eds) Health Promotion in Canada: Provincial, national, and international perspectives (pp. 350-373) Totonto: W.B. Saunders Cananda.

Kegley, Charles W. and Eurgene R. Wittkopf (1995) World Politics: Trend and Information. 5th ed. New York: St. Martin's Press.

Kleinman, A. (1978) "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems," Social Sciences and Medicine. 12:85-93.

Leslie, Charles (1969) Modern India's Ancient Medicine. Transaction, June: 46-55.

Leslie, Charles (1976) Asian Medical System: A Comparative Study. Berkeley: University of California Press.

McElroy, Ann and Patricia K. Townsend (1979) Medical Anthropology in Ecological Perspective. Duxbury Press.

Mittelmark, Maurice B. (2000) "Promoting Social Responsibility for Health: Health Impact Assessment and Healthy Public Policy at the Community Level," proceeding of the 5th Global Conference on Health Promotion, Mexico City, Mexico, June 5-9, 2000. Research Center for Health Promotion, University of Bergen.

News Briefs (1995) "Women's health security," Presidents & Prime Minister, Nov/Dec, 4:5:38.

OECD (1993) OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development.

Opler, Morris (1963) The Cultural Definition of Illness in Village India. Human Organization, 22:32-35.

Parsons, Talcott (1951) The Social System. London: Routledge & Kegan Paul.

Roemer, Milton (1991) National Health System of The World. New York: Oxford University Press.

Sadana, Ritu (2002) "Definition and Measurement of Reproductive Health," Bulletin of WHO, 80: 5: 407-409.

Savage, M., J. Barlow, P. Dickens, and T. Fielding (1992) Property, Bureaucracy and Culture: Middle Class Formation in Contemporary Britain. London: Routledge.

Singh, Someshwar (1999) "Traditional Knowledge Under Commercial Blanket," Third World Network. South-North Development Monitor (SUNS) available at www.twnside.org.sg/title/blanket-cn.htm

Starfield, Barbara (1992) Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York:Oxford University Press.

Stoner, Bradley (1986) "Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically pluralistic Societies," Medical Anthropology Quarterly, Feb: 17(2):44-48.

Thucydides (1954) History of the Peloponnesian War. translated by Rex Warner. New York: Penguin Classics.

Veith, Ilza, translated. (1972) The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine. Berkeley: University of California Press.

Vuori, H. (1984) "Primary Health Care in Europe-Problems and Solutions," Community Medicine, 6:221-231.

Walt, Stephen M. (1991) "The Renaissance of Security Studies," International Studies Quarterly. 35:211-239.

WHO (1946) The Constitution of the World Health Organization.

WHO (1991) "Environments for Health," Third International Conference on Health Promotion," Sandsvall, Sweden, 9-15 June. Department of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion.

WHO (1992) Report of the Panel on Urbanization of the WHO Commission on Health and Environment. Geneva, WHO/EHE/92.5.

WHO (1995) "WHO calls for better women's health security," Women's Health Weekly, August 7, p. 13

WHO (1997a) "Review of the Constitution and regional arrangements of the World Health Organization," EB101/7, Nov. 14.

WHO (1997b) Health and Environment in Sustainable Development: Five Years after the Earth Summit. Geneva; WHO. (WHO/EHG/97.8)

WHO (1999) "Interpreting reproductive health," ICPD +5 Forum, the Hague, February, 8-12.

WHO (2000) The World Health Report 2000: "Health System: Improving Performance" Geneva.

WHO (2001a) "International Classification of functioning, disability and health," The Fifty-Fourth World Health Assembly. Provision Agenda Item 13.9, A54/18, April 9.

WHO (2001b) “Strengthening Mental Health Promotion: Mental Health is not just the absence of mental disorder,” Fact Sheet, No. 220.

WHO (2001c) “Men Ageing and Health: Achieving Health across the Life Span,” Ageing and Life Course Unit, WHO Geneva, 01WHO/NMN/NPH 01.2

WHO (2001d) “Global health security – epidemic alert and response,” Fifty-fourth World Health Assembly, provision agenda item 13.3, A54/9

Worsley, P. (1982) “Non-western Medical System,” Annual Review of Anthropology, 11: 315-348.

Appendix I

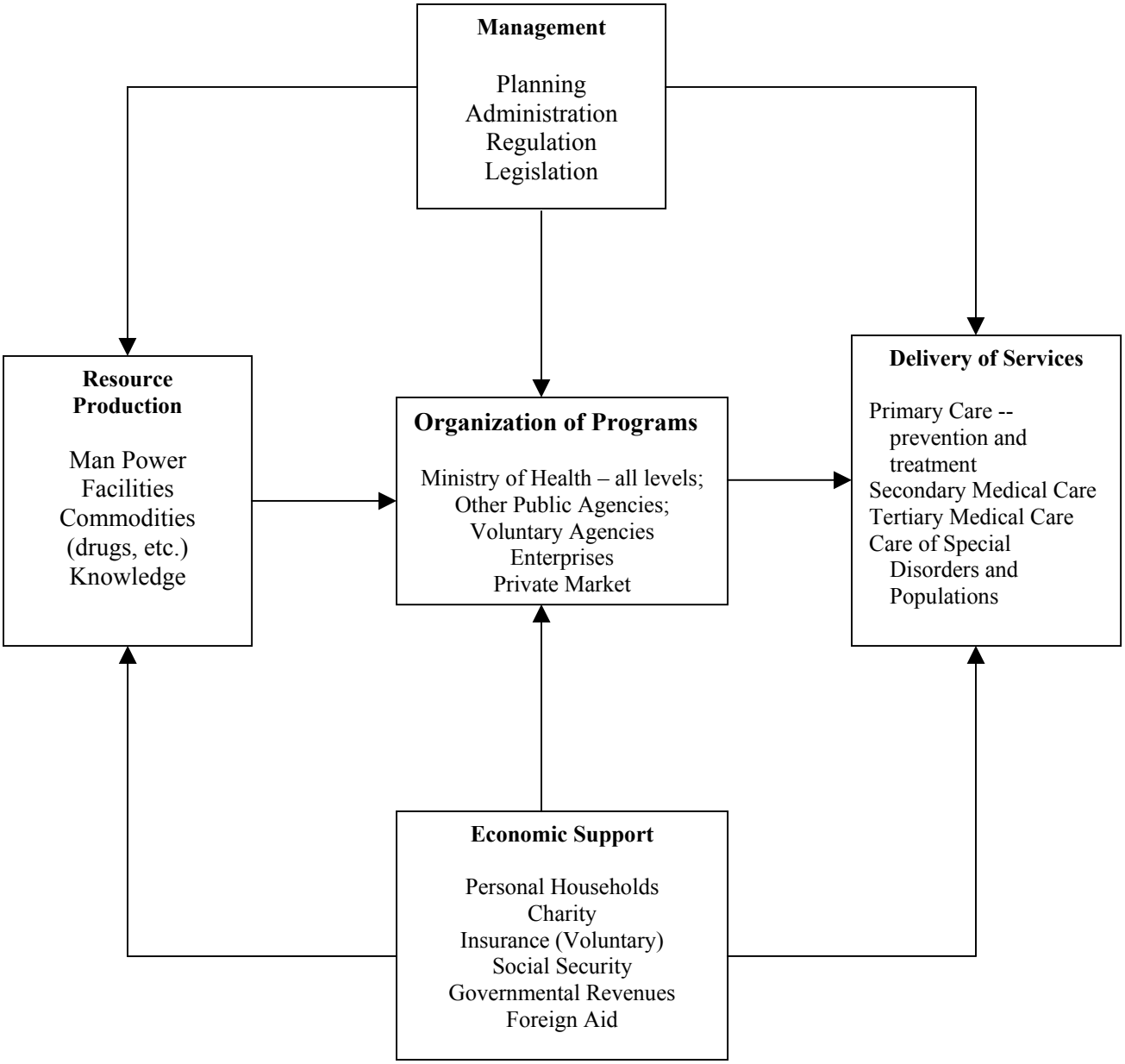

Figure 1 Roemer's National Health System: Components, Functions, and Their Interdependence.

คำชี้แจงนิยามใน ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพ

- “สุขภาพ” หมายความว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และ ทางจิตวิญญาณ

1. คำว่าสุขภาพ มีนัยที่เป็นทั้งสถานะที่เป็นอยู่ ณ ขณะนั้น และ พลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของแต่ละวัย และมีความเกี่ยวเนื่องเป็นพลวัตกับระบบอื่นๆ ทั้งทางสังคมและวัฒนธรรม
2. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องมีทั้งองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และความรู้พื้นบ้าน องค์ประกอบทางด้านสถานะภาพของประชากร และองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเอื้อให้เกิดสุขภาวะแก่คนในประเทศชาติ
3. สุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการดำเนินการทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับวิธีชีวิตมนุษย์
4. องค์การอนามัยโลกได้ตระหนักถึงพลวัตรของสุขภาพในคำนิยามใหม่ ที่มีการนำเสนอต่อกรรมการบริหาร ในปี พ.ศ. 2540 และ เพิ่มเรื่องจิตวิญญาณ เข้าไป เพื่อให้ครอบคลุมสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรมและศาสนา แต่ไม่ได้เพื่อเป็นการชูประเด็นศาสนาใดศาสนาหนึ่ง ในที่นี้องค์การอนามัยโลกยังไม่ได้ให้คำนิยามที่ชัดเจนในคำดังกล่าว

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.5 ม.6 ม.9 ม.11

- “ระบบสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม ทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านการสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุขด้วย

1. ระบบสุขภาพ รวมถึง ระบบของความสัมพันธ์ ในองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับและมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพ และระบบการจัดการทุกส่วน
2. ระบบสุขภาพ ประกอบด้วย ระบบการจัดการ การบริการ การสนับสนุน และ ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึง ระบบการศึกษาอบรม การให้ความรู้แก่ประชาชน ระบบวัฒนธรรม องค์ความรู้ และ

วิทยาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ระบบสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับประวัติศาสตร์ การเมือง วัฒนธรรม ความเชื่อ สังคมและ ภาวะทางเศรษฐกิจของกลุ่มคนนั้น ที่จะมีแนวทางปฏิบัติ ในทางวิชาการถือว่า ระบบสุขภาพของประเทศหนึ่งอาจรวมระบบสุขภาพหลายๆ ระบบไว้ด้วยกัน เป็นพหุลักษณ์ได้

3. ทางองค์การอนามัยโลก (ค.ศ.2000) ได้วางคำนิยามไว้ว่า ระบบสุขภาพ “เป็นกิจกรรมทุกๆ เรื่องที่มีเพื่อ การส่งเสริม รักษา หรือ ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ” ซึ่งเป็นคำนิยามที่มีขอบเขตกว้างกว่าระบบทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ซึ่งเป็นเพียงการบริการจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม. 7

- “การบริการสุขภาพ” หมายความว่า การบริการต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ รวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย

1. จากหลักการและคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพที่มีความหมายกว้าง ระบบการบริการสุขภาพ จึงกินความไปถึงระบบย่อยอีกหลายระบบที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อ และมีอิทธิพลกับการดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. การบริการสุขภาพมีความหมายกว้างกว่า การบริการทางสาธารณสุข ซึ่งในที่นี้ การบริการสุขภาพ หมายถึง การบริการอื่นๆ ที่มาจากระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วย ทั้งนี้ต้องคำนึงเช่นกันว่า การบริการดังกล่าวต้องนำไปสู่ผลที่ดีทางสุขภาพ และไม่ใช่การยอมรับการบริการที่ทำเพื่อการค้าโดยการอ้างอิงผลทางสุขภาพ
3. ระบบการบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการจัดการ องค์ความรู้ กำลังคน การบริการ และ การปฏิบัติเพื่อ ป้องกัน ส่งเสริม และ ดูแลรักษาสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.12 ม.30

- “การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การจัดการให้มีการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1. การสาธารณสุข ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และ บำบัด สภาวะความเจ็บป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม
2. ระบบบริการสาธารณสุข เป็นระบบการจัดการเพื่อการบริการดังกล่าว ที่ประกอบด้วยระบบบริการทั่วไป ระบบบริการเฉพาะทาง ระบบบริการส่งต่อ รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ระบบบริการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งกำลังคนส่วนใหญ่มาจากหน่วยงานที่ดูแลทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์โดยตรง และสถานพยาบาลในระดับต่างๆ

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.13 ม.14 ม.30 หมวดที่ 6 ส่วนที่ 3 มาตรา 71, 72, 73, 74ส่วนที่ 7 มาตรา 83, 84, 85 ส่วนที่ 8 มาตรา 86, 87,88

- “การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำโดยส่งเสริม สนับสนุน พฤติกรรมบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1. ในความหมายตามกฎบัตรออตตาวา ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ (ค.ศ. 1986/ พ.ศ.2530) การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาปรับปรุงสุขภาพของตน
2. ด้านหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ประชาชนจะสร้างขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนค่อนข้างมีศักยภาพ(โดยเฉพาะในระดับบุคคล) ที่จะสร้างสุขภาพให้กับตนเอง จากข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ระบบการให้ความรู้ และค่านิยมในการดูแลสุขภาพของตน แต่เนื่องจากในประเทศกำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศ กระบวนการดังกล่าวยังไม่สามารถยืนยันการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ จึงต้องมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากองค์การ และสถาบันหลักๆ ของรัฐในการดำเนินการให้เกิดการสร้างสุขภาพ โดยผ่านนโยบายต่างๆ ทางด้านสาธารณสุข
3. หลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการวางนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง และเศรษฐกิจ การมีสภาวะแวดล้อมในการทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัยที่ดี เช่น การมีกิจกรรม เมืองน่าอยู่ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพในที่ทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.27 ม.28 ม.29 หมวดที่6 ส่วนที่ 1 มาตรา 66, 67 และ 68

- “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า แนวทางการพัฒนาที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพ

1. หลักการของการวางนโยบายสาธารณะที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพ (ตามหลักสากล) คือ นโยบายที่มีความเป็นธรรม (equity) และ รับผิดชอบ (accountable) ต่อสังคม ได้แก่นโยบายสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่เป็นธรรมและมีทางเลือกให้สังคม นโยบายที่มีการประเมินผลกระทบก่อนการดำเนินงาน
2. เป็นนโยบายที่มาจากรากฐานองค์ความรู้ที่ผ่านการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ และการมีส่วนร่วมของประชาชน ต่อผลลัพท์ และผลกระทบต่อสังคม เพื่อให้มีการเสริมสร้างศักยภาพ และเคารพประสบการณ์ของประชาชนไปพร้อมๆ กัน
3. องค์การอนามัยโลกวางหลักนโยบายที่รับผิดชอบต่อสังคมไว้ 5 ประการคือ 1) การหลีกเลี่ยงผลเสียต่อสุขภาพ 2) การป้องกันสิ่งแวดล้อมและวางหลักประกันในการใช้ทรัพยากรให้มีความยั่งยืน 3) การควบคุมการผลิตและการค้าสินค้าและบริการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 4) การมีเกราะป้องกัน (safeguard) ให้ประชาชนในสถานที่ทำงานและในที่สาธารณะ 5) การมีนโยบายที่ให้ความเป็นธรรมและมีการประเมินผลกระทบ (องค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1997)

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.20 ม. 21 ม.67

- “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

1. ในทางวิชาการมีการแบ่งสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ (health hazards) เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ สิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพแบบดั้งเดิม ได้แก่การพัฒนาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ยั่งยืน ความยากจน ความไม่สามารถเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย หรือ การบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม และแบบสมัยใหม่ ได้แก่ การพัฒนาที่เร่งรีบ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสภาวะแวดล้อม น้ำเสียจากอุตสาหกรรม สารพิษทางการเกษตร การเสื่อมโทรมของทรัพยากรและระบบนิเวศน์ ชุมชนแออัด

2. สิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ อาจเป็นผลเสียเฉพาะอย่างที่แสดงออกในระยะเวลาหนึ่ง แต่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการได้รับสารนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่สั่งสมมา สิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพจึงหมายรวมถึง สิ่งที่มีความเป็นเป็นไปได้ที่จะทำให้มีอันตรายต่อสุขภาพ
3. จากการประชุมนานาชาติ ที่ซันดส์วาล (Sundsvall) ประเทศสวีเดน ปี ค.ศ. 1991 ได้วิเคราะห์สาเหตุหลักของภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) สภาวะทางโครงสร้าง เช่นความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ความยากจน ผลจากการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียม 2) กิจกรรมที่มนุษย์ทำ เช่น การสร้างบ้านเรือนที่เป็นอันตราย มีแหล่งเพาะเชื้อโรคร้าย การใช้สารเคมีในการเกษตร หรือในแหล่งผลิตอาหาร และ 3) เงื่อนไขของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดการเสี่ยง เช่น การอยู่อาศัยหรือทำงาน ในสถานที่ที่มีอากาศเป็นพิษ การซื้ออาหารรับประทานโดยไม่มีโอกาสเลือก ทำให้เกิดโรคท้องร่วง การแพร่ระบาดโรคติดต่อ

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ม.15 ม.16 ม.29 หมวดที่ 6 ส่วนที่2 มาตรา 69 70

- “ความมั่นคงทางสุขภาพ” หมายความว่า การมีหลักประกัน และคุ้มครองให้เกิดสุขภาวะที่ยั่งยืน

1. ความมั่นคงทางสุขภาพ มีรากฐานมาจากแนวคิดที่มองเรื่องของความมั่นคงในระดับมวลชน (collective security) ที่ต้องการความร่วมมือทั้งในระดับรัฐ และ ระหว่างรัฐต่างๆ ที่จะจัดการกับวิกฤตต่างๆ (crisis management) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และชีวิตของมนุษยชาติ เช่น วิกฤตทางอาหาร วิกฤตทางพลังงาน วิกฤตในสิ่งแวดล้อม
2. องค์การอนามัยโลก (ค.ศ. 2001) ได้มีความตระหนักถึงการแพร่ระบาดของโรคที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม ปัญหาการคุกคามต่อสุขภาพจากวิกฤตต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ที่ทำให้มีความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสังคม และ สงคราม จึงมีการวางแนวทางไว้สำหรับความมั่นคงทางสุขภาพ ที่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันในทุกภาคส่วน
3. ความมั่นคงทางสุขภาพ ยังหมายรวมถึง ระบบการเฝ้าระวัง (surveillance system) การจัดการกับวิกฤต (crisis management) และ การให้หลักประกันเพื่อให้ความมั่นใจ แก่ภาคประชาชน ซึ่งทางองค์การสหประชาชาติเพื่อการพัฒนา (UNDP) เอง ก็ได้มีการเสนอให้มีการร่วมมือกัน เพื่อให้เกิดความมั่นคงดังกล่าว และเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน รัฐจะ

ต้องมีการให้หลักประกันที่อยู่บนพื้นฐานความเป็นธรรม ทางเลือก และ การเป็นภาคี (partnership)

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ ส่วนที่ 3 ของหมวดที่2 มาตรา 32 และ มาตรา 33 แต่ยังขาดมาตรการอื่นๆ อีก ได้แก่ มาตรการในการจัดการกับวิกฤต, การวางระบบเฝ้าระวัง และ การเป็นภาคี บางมาตรการแทรกอยู่ในหมวดที่ 6 ส่วนที่ 5 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- "ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ" หมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และ ความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่สั่งสมมาจากการปฏิบัติในประสบการณ์ชีวิต โดยมีการถ่ายทอดทางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มคน เช่น การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน อาหารพื้นบ้าน ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย เป็นต้น

1. ภูมิปัญญาท้องถิ่น มีลักษณะสำคัญคือ มีวัฒนธรรมเป็นฐาน มีความจำเพาะกับท้องถิ่น มีความเชื่อมโยงบูรณาการสูง ทั้งเรื่อง กาย ใน สังคม สิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ และ มีความเคารพในผู้มีอาวุโส ในฐานะที่เป็นผู้สั่งสมประสบการณ์มานาน (ประเวศ วสี, 2536)
2. ในทางสากล ความรู้พื้นบ้านหรือภูมิปัญญาดังกล่าว ถือเป็นสิทธิของชุมชนท้องถิ่น เป็น collective rights ที่ต้องได้รับการคุ้มครองรักษา ทั้งในระดับองค์ความรู้ แหล่งที่มาของทรัพยากรที่นำมาใช้เยียวยารักษา และ การปฏิบัติดังกล่าว เพราะภูมิปัญญานั้นมีคุณค่าเฉพาะในตัวของมันเอง (WIPO – World Intellectual Property Organization 2001, and UNCTAD 2000)
3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ถือเป็นการแพทย์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้น สำหรับคนในชุมชนที่ห่างไกล หรือถูกกีดกันทางสังคม (social exclusion)

มาตราที่เกี่ยวข้องได้แก่ มาตรา 67 (4) หมวดที่ 6 ส่วนที่ 4 มาตรา 75, 76, และ 77