



จดหมายข่าวรายเดือน
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
www.hiso.or.th

8

ฉบับที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551



สำรวจบุกรุกภัยล้ำค่า ตามหาอนาคต

แพทย์แผนไทย

เปิดหูเปิดตาพาสุภาพดี

"เด็กไทยติดเหล้า" เรื่องเศร้าของวันนี้
จิตป่วย ใครช่วยที!

ชะตากรรมเมื่อ "สิทธิ" เหลือมล้า

"ชาวบ้าน" คือผู้ถูกเผาผลาญกลาง "ไฟใต้"

ระวัง RSI มหันตภัยคาโตะทำงาน

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ แวนขยายสถานการณ์สุขภาพ



HI5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล
สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ต้นคิด

2



จดหมายข่าว “ต้นคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,
เบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์
กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,
กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอส
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณ.๘. ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404
โทรศัพท์ 02-668 -2854 โทรสาร 02-241-0171
อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ต้นคิด”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์
เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม
ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org
ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ต้นคิด” สืบค้นได้
จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
โทรศัพท์ 02-903-8257-9

เหลียวหลัง ก่อนแลหน้า

สวัสดีครับ “ต้นคิด” ต้นไม้แห่งความคิด ที่บ่มเพาะ
มาจากความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ โดยส่วนหนึ่งเป็น
ผลผลิตจากการทำงานของแผนงานพัฒนาระบบข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.) โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เดินหน้า
สาระดีๆ มานำเสนอต่อผู้สนใจเรื่องราวของการสร้าง
เสริมสุขภาพเป็นฉบับที่ 8 แล้วครับ

ฉบับนี้เราชวนคุณผู้อ่านย้อนกลับไปมอง “ทุนทาง
สังคม” ที่เปรียบไปก็ไม่ได้ต่างจากชุมทรัพย์ล้ำค่าที่บรรพบุรุษ
สั่งสมและฝากไว้เป็นสมบัติแก่พวกเรา นั่นคือ ภูมิปัญญา
องค์ความรู้ ด้านการแพทย์แผนไทย ที่เป็นองค์ประกอบ
สำคัญ ในการดำรงเผ่าพันธุ์ของเราสืบมาถึงทุกวันนี้
แหล่งข้อมูลสำคัญของเราก็คือ **รายงานสถานการณ์การ
แพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์
ทางเลือก ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิง
ยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ**

การแพทย์ทางเลือก เป็นผู้จัดทำ และสำนักงาน
พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีโอกาสเป็นองค์กร
ร่วมสนับสนุนการจัดทำด้วย

ในรายงานฉบับนี้มีข้อมูลที่น่าสนใจมากมาย แต่ด้วย
ความจำกัดของพื้นที่ในจดหมายข่าว ฉบับนี้เราขอ
เลือกสรรเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับ “หมอพื้นบ้าน” หรือ
“แพทย์แผนไทย” มานำเสนอก่อน

หากท่านสนใจประเด็นอื่นๆ ทั้งในแง่มุมของฝ่าย
ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการแพทย์แผนไทย การแพทย์
พื้นบ้าน และภูมิปัญญา ท้องถิ่นด้านสุขภาพ สามารถคลิก
เข้าไปดูในรายงานฉบับสมบูรณ์ได้ที่ www.hiso.or.th ได้
เลยครับ

**แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า พร้อมกับข้อมูลสุขภาพ
ใกล้ตัวเช่นเคยครับ**



“เด็กไทยติดเหล้า” เรื่องเศร้าของวันนี้

อีกแรกที่เหล้าผ่านเข้าปาก ใครบ้างที่ไม่ต้องเผชิญกับรสขื่นและขม? นำประหลาดหรือไม่ที่เครื่องดื่มไร้รสอร่อยลิ้นเช่นนี้กลับกลายเป็นที่เรียกหาในทุกสังคม

ที่น่าประหลาดยิ่งกว่านั้นคือ แม้แต่เด็กไทยวัยละอ่อนก็ยังเมินนมกลับริ “ดื่ม” ถึงขั้น “ติด” จนต้องไปเข้าโปรแกรมเลิกเหล้าในสถานบำบัดอย่างเป็นเรื่องเป็นราว!!!

ข้อมูลที่รวบรวมจากอัตราผู้ป่วยที่ติดสุราทั้งหมดของ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แสดงให้เห็นปรากฏการณ์ที่น่าตกใจว่าเด็กไทยที่ติดเหล้าและเข้ารับการบำบัดที่สถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญการรักษาฟื้นฟูด้านสารเสพติดแห่งนี้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ในช่วงปี พ.ศ.2544-2548 สถานพยาบาลแห่งนี้มีจำนวน “ผู้ป่วยยาเสพติดประเภทสุรา” ที่อยู่ในวัย 0-24 ปี เพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว คือจาก 22 คน ในปี พ.ศ.2544 เป็น 77 คน ในเวลาแค่ 5 ปีเท่านั้น

ในจำนวนเด็กและเยาวชนกลุ่มนี้ พบว่าเด็กวัย 0-14 ปี มีแนวโน้มการดื่มมากขึ้นในปีหลังๆ โดยเริ่มปรากฏผู้ป่วยในสถิติผู้ป่วยยาเสพติดประเภทสุราเป็นครั้งแรกในปี 2547 จำนวน 5 คน และพบอีก 2 คน ในปีถัดมา

น่าเสียดายที่สถิติในมือของ “ต้นคิด” จบลงแต่ตรงปี 2548 แต่เพียง ข้อมูลนี้ก็ชี้ให้เห็นชัดเจนไม่น้อยว่ามาตรการควบคุมโฆษณาและการส่งเสริมการขายเหล้าเบียร์ รวมทั้ง กฎหมายควบคุมการจำหน่าย การซื้อ และการบริโภคทั้งระบบ ไม่ใช่แค่เรื่องของผู้ใหญ่ แต่ยังมีโลกของเด็กซ้อนทับอยู่ด้วย

กฎหมายและมาตรการเหล่านี้นี้จึงมีความหมายต่ออนาคตของเรา มากเหลือเกิน... 

ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดประเภทสุรา ช่วงอายุ 0-24 ปี ที่เข้ารับตัวในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ระหว่างปี พ.ศ.2544-2548

กลุ่มอายุ	พ.ศ.2544	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548
0-14	0	0	0	5	2
15-19	6	3	6	12	10
20-24	16	44	31	60	67
รวม	22	47	37	72	77

ที่มา สถิติผู้ป่วยยาเสพติดประเภทสุราปีงบประมาณ 2543-2548 โรงพยาบาลธัญญารักษ์



วักเสียง

กันคิด

4

จิตป่วย ใครช่วยที!

ในยุคที่บ้านเมืองดูเจริญรุ่งเรืองด้วยวัตถุและเทคโนโลยี สภาพจิตของผู้คนกลับเดินสวนทางอย่างน่าเป็นห่วง

ประเทศไทยก็เช่นกัน....

ทั้งๆ ที่เรื่องของการไปหาจิตแพทย์เป็นเรื่องที่คนไทยไม่ยอมรับ แต่แนวโน้มกลับแสดงให้เห็นว่าคนที่ตัดสินใจเดินไปหาจิตแพทย์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกที

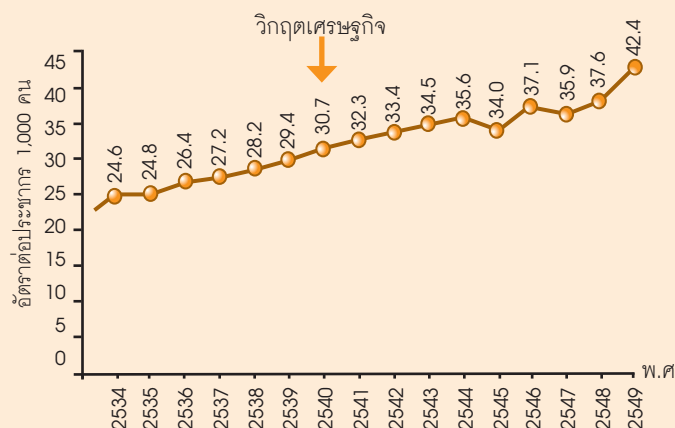
ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยข้อมูลในปี 2549 แสดงให้เห็นว่าทั้งจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าจับตา

แค่ 15 ปี ป่วยเพิ่มเท่าตัว

หากเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงในระยะ 15 ปีระหว่างปี 2534-2549 จะพบว่าสุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นเป็นเกือบเท่าตัว คือ 42.4 ต่อประชากร 1,000 คน (ดังแผนภาพที่ 1)

ด้านอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ จาก 80.03 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2534 เป็น 227.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2549 (ดังแผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 1 แสดงอัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ.2534-2549



ที่มา รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



“โรคจิต-วิตกกังวล” นำขบวน

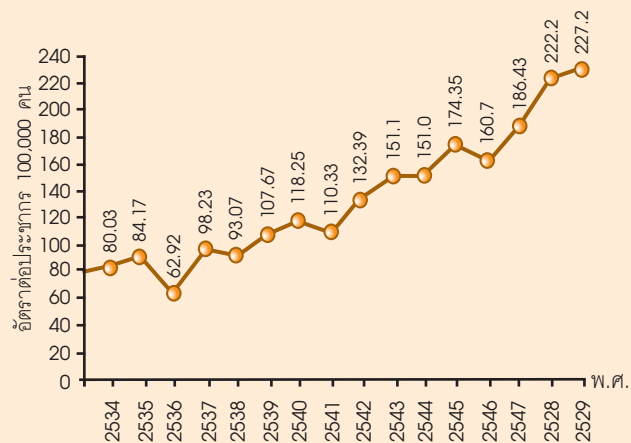
ลงลึกมาที่กลุ่มโรคหรืออาการที่พบ ที่พบมากที่สุด คือ โรคจิต ซึ่งพบถึงเกือบครึ่งของผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตทั้งหมด รองลงมาคือ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ

แม้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าความเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุจากพันธุกรรม สภาพร่างกาย หรืออิทธิพลจากปัจจัยภายนอกกันแน่ แต่ประสบการณ์ชีวิตของเราแต่ละคนคงบอกได้ชัดแจ้งว่า สภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถก่อผลกระทบต่อความสุข และทุกข์ ให้แก่จิตใจของมนุษย์ได้อย่างไม่ต้องสงสัย

ด้วยเหตุนี้ แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจของคนไทยดังที่ปรากฏจึงเป็นกระจกสะท้อนระดับ “สุขภาวะ” ในสังคมของเราได้เป็นอย่างดี



แผนภาพที่ 2 แสดงอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิต และความผิดปกติทางจิต พ.ศ.2534-2549



ที่มา รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางแสดงอัตราป่วยด้วยโรคจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2540-2549

โรค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6
- โรควิตกกังวล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0
- ภาวะปัญญาอ่อน	447.7	52.9	58.2	52.4	51.7	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8
- โรคลมชัก	109.3	125.8	-	149.8	182.5	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1

ที่มา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

จิตป่วย



ชะตากรรมเมื่อ “สิทธิ” เหลือมล้า พินิจความเป็นธรรมในโรงหมอ

“จะใช้สิทธิอะไร?”

คุณรู้หรือไม่ว่าคำถามเรียบง่ายที่ผู้ป่วยหรือญาติทุกรายต้องถูกถามเมื่อแรกเดินเข้าสู่สถานพยาบาลนี้มีความหมายต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการคนนั้นเพียงไร

คำถามนี้ไม่ได้มีขึ้นเพื่อที่จะได้รู้ว่าค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลครั้งนั้นใคร หรือหน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบเท่านั้น แต่จะมีผลต่อเส้นทางการตัดสินใจกำหนดวิธีให้การรักษาด้วย

เพราะสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแต่ละแห่งนั้นมีเงื่อนไขแตกต่างกัน เฉพาะในส่วนของสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐนั้น เป็นที่รู้กันดีว่า สิทธิสวัสดิการข้าราชการนั้นให้สิทธิการรักษาสูงกว่าสิทธิประกันสังคม และสิทธิประกันสังคมให้สิทธิสูงกว่าการจ่ายบัตรทอง

สภาพเช่นนี้ได้นำมาสู่การค้นคว้าจะเกี่ยวโยงไปสู่ปัญหาเรื่อง “ความเป็นธรรมของการให้บริการสุขภาพ” หรือไม่ อย่างไร

ลองมาดูข้อค้นพบเบาๆ จาก 2 กรณีศึกษา แล้วโปรดตัดสินใจด้วยตัวคุณเอง

“แบ่งหรือผ่า” เริ่มมาจากสิทธิ?

เริ่มต้นกันที่กรณีศึกษาเกี่ยวกับวิธีการทำคลอด ที่ดูเป็นเรื่องน่าฉงนของคุณแม่ยุคใหม่มากมายหลายคนที่ยากแบ่งลูกออกมาแบบธรรมชาติ แต่น่าแปลกที่รายไหนมีฐานะมักไม่สมหวัง ขณะที่แม่ที่ถือ “บัตรทอง” กลับแบ่งลูกออกมาให้เป็นที่เอือมเกริก

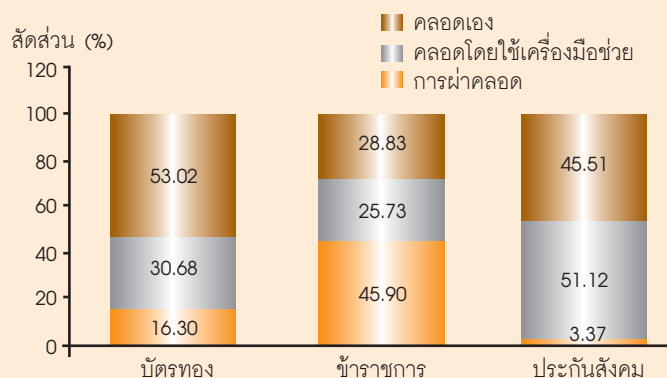
ต้องบอกก่อนว่า ในบทความนี้ไม่ได้มีจุดเน้นว่าการทำคลอดวิธีไหนดีที่สุด แต่มองที่ค่าใช้จ่ายเป็นสำคัญ ซึ่งแน่นอนว่า การคลอดธรรมชาตินั้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ขณะที่การผ่าตัดทำคลอดมีค่าใช้จ่ายสูงสุด

ข้อมูลที่ นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ.2547 แสดงให้เห็นข้อเท็จจริงอันน่าสนใจอย่างยิ่งว่า ในบรรดาคุณแม่ที่เข้าทำคลอดโดยใช้สิทธิจากกองทุน 3 แห่ง คือ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และบัตรทอง คุณแม่ที่

ใช้สิทธิที่เปิดโอกาสให้เบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐได้มากที่สุดคือสิทธิสวัสดิการข้าราชการนั้น ออกแรงเบ่งเองน้อยที่สุด ขณะที่คุณแม่ที่ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งจัดสรรงบจำกัดจำเขี่ยที่สุดต้องคลอดลูกโดยออกแรงเหนื่อยกว่าเพื่อน โดยมีคุณแม่ที่ถือสิทธิประกันสังคมตามไล่หลังมาติดๆ

ในทางกลับกัน คุณแม่ที่ใช้สิทธิเบิกจากสวัสดิการข้าราชการคลอดถึงเกือบครึ่ง คือ ร้อยละ 46 ของคุณแม่ในกลุ่มนี้คลอดโดยการผ่าท้อง ขณะที่คุณแม่ที่ใช้สิทธิจากอีก 2 กองทุน ตามไล่หลังมาไกลๆ แบบไม่เห็นฝุ่น

แผนภาพที่ 1 แสดงวิธีการทำคลอดให้ผู้ถือสิทธิ 3 กองทุน



ที่มา การวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ.2547 โดย นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

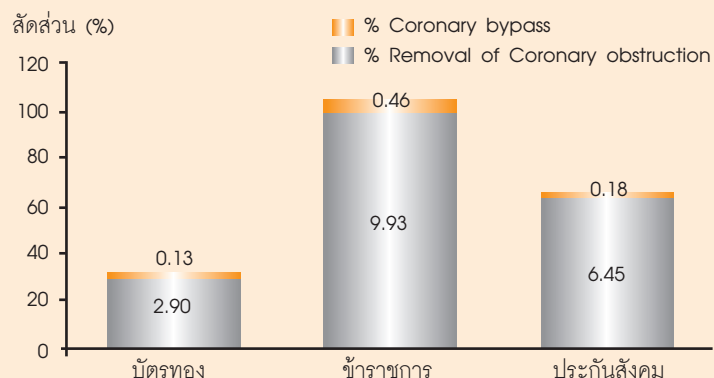
ถึงมีสิทธิผ่าตัดหัวใจ แต่อาจไร้โอกาส

กรณีที่สองเป็นเรื่องของการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นจะมีการผ่าตัดสำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด Coronary Artery Bypass Graft (CABG) ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากข้อมูลพบว่า อัตราการผ่าตัดในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นสูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยประกันสังคม และบัตรทอง แสดงถึงโอกาสในการผ่าตัดที่แตกต่างกันระหว่างกองทุน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบัตรทอง

ต่อมาข้อมูลนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรทองมีนโยบายสนับสนุนให้ผู้ถือบัตรทองได้รับการผ่าตัดหัวใจมากขึ้น

แผนภาพที่ 2 อัตราการผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน 3 กองทุน



ที่มา การวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ.2547 โดย นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม เห็นข้อมูลชุดนี้แล้ว หลายคนคงเริ่มคิดสะระตะกันไว้ อย่างถ้วนถี่แล้วว่า ไปหาหมอคราวหน้าจะตอบว่าอย่างไรเมื่อถูกเจ้าหน้าที่ยิงคำถามว่า

“จะใช้สิทธิอะไร”





“ชาวบ้าน”

คือผู้ถูกเผาผลาญกลาง “ไฟใต้”

แม้สถานการณ์ทางการเมืองอยู่ในภาวะเข้มข้นจนครอบคลุมพื้นที่ข่าวส่วนใหญ่ แต่สถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง และทวีความโหดอำมหิตอย่างถึงขีดสุด

ในวันนี้ วิถีชีวิตของคนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส รวมทั้ง 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา คือ อำเภอจะนะ เทพารักษ์ และสะบ้าย้อย ยังคงดำเนินต่อไปภายใต้กฎหมายพิเศษ เช่น พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ซึ่งประกาศใช้มาตั้งแต่ 16 กรกฎาคม 2548 และขยายระยะเวลาบังคับใช้ต่อไปเรื่อยๆ

กระนั้น เหตุการณ์ความรุนแรงก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างถี่ยิบนับเป็นพันๆ ครั้งในช่วงเวลาเพียงแค่นี้ปีเดียว!

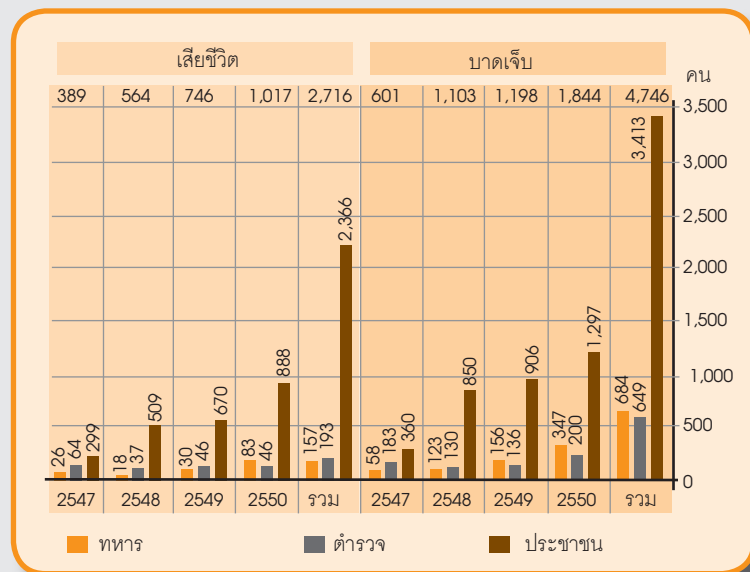
รถถังหุ้มเกราะและเจ้าหน้าที่ทหารในชุดพราง พร้อมอาวุธครบมือกลายเป็นภาพชินตาของคนในพื้นที่ เหตุร้ายรายวัน ไม่ว่าจะเป็นการลอบยิง ลอบวางเพลิง และลอบวางระเบิด ยังคงเกิดขึ้นไม่หยุดหย่อน โดยชาวบ้านที่ไร้อาวุธยังคงตกเป็นเป้าของการโจมตีสูงสุด

ตารางสรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ.2547-2550

ลำดับ	เหตุการณ์	จำนวนครั้ง			
		2547	2548	2549	2550
1	ยิง	531	905	1,040	1,308
2	ทำร้าย	53	52	39	41
3	วางเพลิง	232	308	281	359
4	วางระเบิด	76	238	327	492
5	ปล้นอาวุธปืน สายไฟ ซิมการ์ด โทรศัพท์	25	140	10	3
6	ทุบทุบประทุ้ง	2	-	14	45
7	ก่อวินาศกรรม เช่น โปรมะปุเรื่อโบ และอื่นๆ	33	422	219	214
8	ฆ่าตัดคอ	-	12	3	13
9	จับเป็นตัวประกัน	-	1	1	0
	รวม	952	2,078	1,934	2,475

ที่มา โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2551
(คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา)

แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ.2547-2550



ที่มา โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2551
(คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา)

ชาวบ้านตายมากกว่าตำรวจ และทหารนับสิบเท่า!

ข้อมูลจากแผนภูมิที่นำมาประกอบ ชี้ชัดว่ากลุ่มคนที่ตกอยู่ในภาวะอันตรายมากที่สุดท่ามกลางไฟใต้ก็คือ ประชาชนธรรมดาๆ นี่เอง ซึ่งนอกจากมีจำนวนประชาชนที่เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปีหลังๆ แล้ว ยังเป็นกลุ่มผู้เสียชีวิตรายใหญ่ที่สุด โดยมีจำนวนมากกว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจ และทหารถึงสิบเท่าตัว

TOP3 รูปแบบความรุนแรงสุดสัพริ่ง

ในส่วนของการที่นำมาประกอบ ชี้ให้เห็นว่า ลักษณะของ “อันตราย” ในสถานการณ์ดังกล่าวล้วนเกิดขึ้นในรูปแบบที่รุนแรงอย่างที่สุด ที่พบมากที่สุดก็คือ การใช้อาวุธปืนยิง รองลงมาคือ การวางระเบิด และวางเพลิง ตามลำดับ อีกทั้งยังมีวิธีการทำร้ายและทรมานอย่างที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นในโลกสมัยใหม่ เช่น การฆ่าตัดคอ เป็นต้น

ก่อเหตุร้ายเกือบ 3 พันครั้งในปีเดียว!

สถานการณ์ในปี 2550 ที่ผ่านมานับว่ารุนแรงมากที่สุด นั่นคือ ทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงมีสถิติสูงสุด โดยมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น 2,475 ครั้ง เหตุการณ์ที่ได้รับการบาดเจ็บและเสียชีวิตรวม 2,861 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้เสียชีวิต 1,017 ราย บาดเจ็บ 1,844 ราย

ความถี่ไม่ลด ความโหดขยายตัว

สถิติในปีเดียวกันยังชี้ให้เห็นว่าครูถูกลอบทำร้าย และโรงเรียนถูกเผา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่า 3 ปีที่ผ่านมา คือ ตั้งแต่ 1 มกราคม - 27 ธันวาคม 2550 มีครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิต 26 ราย บาดเจ็บ 22 ราย โรงเรียนถูกลอบวางเพลิง 148 โรง แยกเป็น จังหวัดยะลา 45 โรง จังหวัดปัตตานี 56 โรง จังหวัดนราธิวาส 30 โรง และจังหวัดสงขลา 17 โรง

เมื่อไรที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จะพลิกฟื้นจากสมรภูมิคืนสู่ดินแดนอันสงบสุข เมื่อไรที่ไฟร้อนระอุที่แผดเผาชีวิตผู้บริสุทธิ์ให้มอดไหม้จะมอดดับ?





สำรวจขุมทรัพย์ล้ำค่า ถำมหำอนำคต

“หมอแผนไทย”

กว่าจะถึงวันนี้ ชนแต่ละชาติต่างเป็นเจ้าของ “วิชา” “หมอ” และ “ยา” ที่ทำหน้าที่เกื้อกูลสุขภาพกายใจให้ผู้คนของตนถือกำเนิด อยู่รอด ปลอดภัย จนสืบสายมาได้เป็นพันเป็นหมื่นปี

ประเทศไทยเคยเสียหลัก ละเลย “ภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ” ในวิถีไทยจนองค์ความรู้และการสืบทอดจะงักงันไปในช่วงเกือบร้อยปีที่ผ่านมา เพราะหันไปอ้าแขนรับการแพทย์แผนตะวันตกอยู่นาน ก่อนที่จะค่อยๆ หวนกลับมาประเมินคุณค่าของรากเหง้าของตนอีกครั้งในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา

ส่วนหนึ่งของการ “ตั้งหลัก” เพื่อกำหนดแผนก้าวต่อไปในเรื่องทิศทางการดูแลสุขภาพ “วิถีไทย” ที่สามารถคุ้มครองสุขภาพให้แก่คนไทย ตั้งแต่เกิดจนตาย บนฐานของการพึ่งตนเอง อีกทั้งสอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของประชาชนมากที่สุด ก็คือการสำรวจสถานการณ์เพื่อประเมิน “ทุนที่มีอยู่” เกี่ยวกับแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพให้ชัดเจนเสียก่อน

ข้อมูลสำคัญนี้ ปรากฏเป็นรายงานที่น่าสนใจ ชื่อ **สถานการณ์การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก** ซึ่ง คณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นผู้จัดทำ

รายงานฉบับนี้มีสถานะตั้ง “มือที่มองไม่เห็น” ที่ทำหน้าที่ “แก้มือสมมติ” เป็นการขุดคุ้ยเรื่องเก่าเพื่อก้าวให้ล้ำยุค ด้วยการจัดระบบระเบียบให้คนไทยมองเห็น “ทุน” ที่สังคมมีอยู่ในมือเวลานี้ว่าเรามีฐานองค์ความรู้และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่มากน้อยแค่ไหน และมีสภาพเช่นไร

“ต้นคิดเรื่องเด่น” ขอยกขบยกประเด็นเด่นๆ มาเล่าสู่กัน



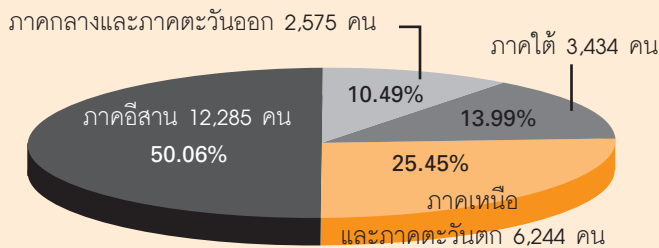
แม้คุณค่าของแพทย์พื้นบ้าน
และภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ
ของชนแต่ละชาติเคยถูกละเลย
หลงลืมชั่วคราว แต่กลับคืนมาเป็น
ที่ประจักษ์แล้วในโลกปัจจุบัน
แม้แต่องค์การอนามัยโลก
ยังประกาศยุทธศาสตร์
ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน

2 หมั่น “หมอพื้นบ้าน” คือใคร อยู่อย่างไร

จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 75 จังหวัด ในปี 2549 พบว่า มีหมอพื้นบ้านทั้งหมด 24,538 คน โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาอยู่ทางภาคเหนือและภาคตะวันตก

สำหรับหมอพื้นบ้านที่มาสอบกับกระทรวงสาธารณสุขและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์พื้นบ้านที่มีใบประกอบโรคศิลปะ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2500-2548 มีทั้งสิ้น 20,011 ราย แต่ในจำนวนนี้มีหลายรายที่ได้รับใบอนุญาตหลายประเภทในคนๆ เดียว ซึ่งเมื่อตรวจสอบรายชื่อแล้วพบว่า มีผู้ได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย 14,845 คน

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนและการกระจายตัวของหมอพื้นบ้าน ในปี 2549



ที่มา กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สรุปรเมื่อ 10 มีนาคม 2549

ข้อมูลอีกชุดหนึ่งที่สำรวจจาก 39 จังหวัด โดย **กลุ่มงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** ทำให้มองเห็นภาพที่ลึกซึ้งถึงวิถีชีวิตและสาขาความเชี่ยวชาญของหมอพื้นบ้านในประเทศไทย โดยจากการสำรวจในพื้นที่ดังกล่าวพบว่า มีหมอพื้นบ้าน 3,075 คน เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คือ 1,938 คน และ 1,124 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นพระสงฆ์ 13 รูป และอายุเฉลี่ยของหมอพื้นบ้านคือ 53 ปี

หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร แรงงานรับจ้าง และค้าขาย บางส่วนมีรายได้จากการนวด แหล่งความรู้มาจากบรรพบุรุษคนอื่น ๆ และโรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา

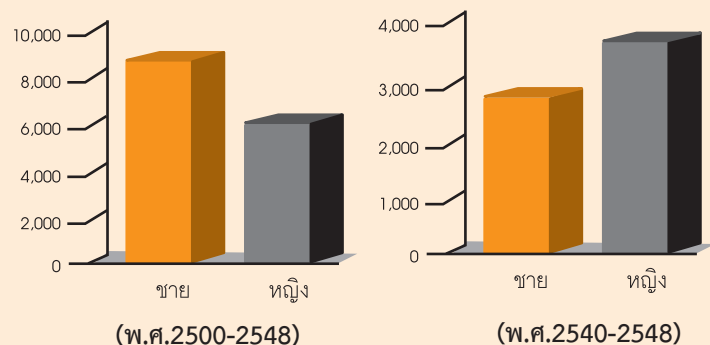
สาขาความเชี่ยวชาญหลักแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ หมอนวด 1,269 คน, หมอไสยศาสตร์ 1,238 คน, หมอยาสมุนไพรและแผนโบราณ 1,093 คน และหมอดำแย 113 คน

“หมอหญิง” มาแรงแซงโค้ง

แนวโน้มหนึ่งที่น่าสนใจคือแพทย์แผนไทย “รุ่นใหม่” เป็นผู้หญิงมากขึ้นในระยะหลังๆ

หากดูข้อมูลระยะยาวช่วงเวลาประมาณ 50 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2500-2548 พบว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยที่ได้รับใบอนุญาตมีสัดส่วนระหว่างชายหญิงในอัตรา 3:2 แต่เมื่อเจาะลงมาในช่วง 9 ปีหลังของการเก็บสถิติ คือ ระหว่างปี พ.ศ.2540-2548 พบว่า ผู้หญิงสอบขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะเป็นแพทย์แผนไทยได้มากกว่าผู้ชาย โดยเพิ่มเป็นอัตราชายหญิง 3:4

แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย ทุกประเภท จำแนกตามเพศ



ที่มา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

“หมอต้าแย” ยังไม่สิ้นสูญ

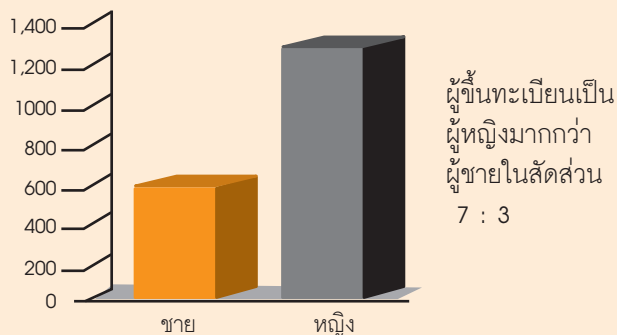
สำหรับคนยุคใหม่ดูเหมือน “หมอต้าแย” เป็นแพทย์ยุคโบราณที่หลักทางให้สูตินรีแพทย์แผนตะวันตกไปจนเกือบหมดสิ้นแล้ว

แต่ในข้อมูลวิจัยชุดนี้ แสดงให้เห็นว่าแพทย์แผนไทยสาขานี้ยังมีชีวิตชีวาโลดแล่นอยู่ในโลกยุคดิจิทัลฉบับพัน ๆ คน

บางคนอาจนึกไม่ถึงว่า แพทย์แผนไทยประเภท “การผดุงครรภ์ไทย” ในทุก 10 คน เป็นผู้ชายถึง 3 คน และหลักแหล่งของผู้ที่มาขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนไทยสาขานี้หาได้อยู่ในชนบทห่างไกล แต่แจ้งภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ เมืองฟ้าอมรมากกว่าภาคอื่นๆ อย่างไม่เห็นฝุ่น สำหรับอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 48 ปี ถือว่าต่ำที่สุดในบรรดาอายุเฉลี่ยของแพทย์แผนไทยสาขาต่างๆ

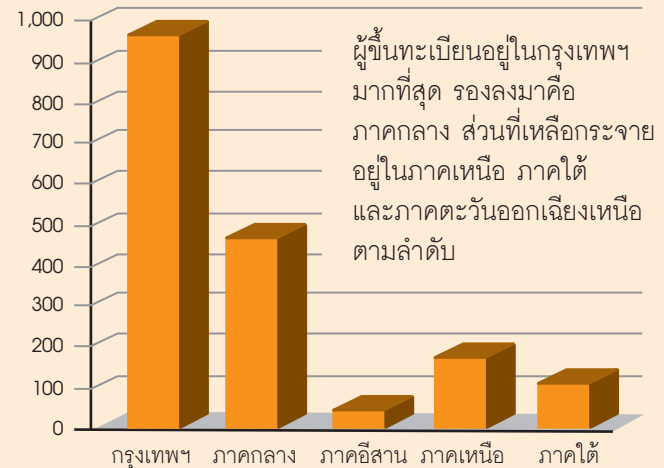
แพทย์ผู้ชำนาญการด้านการผดุงครรภ์ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขจนถึงปี 2548 มีด้วยกัน 1,874 คน ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนความเชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ควบคู่กันไปด้วย ได้แก่ ด้านการรักษาด้วยยาสมุนไพร หรือ สาขาเภสัชกรรมไทย ร้อยละ 72 ของผู้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์สาขาผดุงครรภ์ทั้งหมด สาขาเวชกรรมไทย ร้อยละ 45

แผนภูมิที่ 3 จำนวนและเพศของผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทยประเภทการผดุงครรภ์ไทย (พ.ศ.2540-2548)



ที่มา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนภูมิที่ 4 จำนวนผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทผดุงครรภ์ไทย จำแนกตามภูมิภาค (พ.ศ.2500-2548)



ที่มา กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แม้คุณค่าของแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของชนแต่ละชาติเคยถูกละเลยหลงลืมชั่วขณะ แต่กลับคืนมาเป็นที่ประจักษ์แล้วในโลกปัจจุบัน แม้แต่องค์การอนามัยโลก ยังประกาศยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งหมายรวมถึงการแพทย์แผนไทย โดยการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านกับระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งก็คือการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นการแพทย์กระแสหลักอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพ เพื่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล ทำให้คนทุกระดับเข้าถึงและสามารถใช้ได้ อันจะนำมาสู่การอนุรักษ์และพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างยั่งยืน

นี่คือทุนสำหรับชีวิตและทางรอดสู่อนาคตที่บรรพบุรุษฝากเป็นมรดกล้ำค่าให้มนุษย์แต่ละเผ่าพันธุ์ได้สืบสาน สู่



ระวัง RSI มหันตภัย คาโต๊ะทำงาน

หญิงสาวคนหนึ่ง เข้าโรงพยาบาลด่วนเพื่อผ่าตัดเอ็นอักเสบ ทั้งที่ไม่ได้ใช้มือหรือขาสมบุกสมบันเช่นนักกีฬา แต่เป็นแค่พนักงานบริษัทแบบ “นั่งโต๊ะ” ธรรมดาๆ เท่านั้น

แค่ได้ยินเรื่องราวสั้นๆ เท่านั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคยุคใหม่คงเริ่มต้นสันนิษฐานใกล้เคียงกันได้ทันทีโดยไม่ต้องไปสืบยังสถานที่เกิดเหตุแบบหนังฝรั่งเรื่อง CSI ว่านี่คือผลจาก RSI ละมัง?

เมื่อพูดถึงเรื่องผลกระทบของการใช้คอมพิวเตอร์ที่มีต่อมนุษย์ แบ่งได้ 2 อย่าง คือ ผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ด้านผลกระทบทางตรงนั้น มีผลต่อเรื่องอวัยวะที่สำคัญในการใช้คอมพิวเตอร์ คือ ตา เมื่อเราใช้คอมพิวเตอร์ไปนานๆ หรือเพ่งจอบ่อยๆจะทำให้รู้สึกปวดตา เมื่อไรที่เริ่มปวดตาควรหยุดมองจอ ละสายตาไปทางอื่น หรือลุกขึ้นไปผ่อนคลายก่อน แล้วจึงลงมานั่งทำงานต่อ อย่าฝืนมากเกินไป เพราะอาจเกิดอาการ

ลูกถามมากขึ้น เช่น มองเห็นภาพเบลอๆ แต่อาการนี้เป็นอาการชั่วคราว สาเหตุเกิดจากรังสีที่ออกมาจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ อาการที่เกิดขึ้นจากการมองจอภาพเป็นเวลานานๆ นี้เรียกว่า Computer Vision Syndrome (CVS)

ผลกระทบอีกอย่างหนึ่งจากการนั่งทำงานอยู่หน้าเครื่องคอมพิวเตอร์นานๆ ก็คือ Repetitive Strain Injury หรือ RSI

อาการนี้จะเกิดขึ้นจากการที่คนเรานั่งทำงานหน้าเครื่องคอมพิวเตอร์แบบไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น เอามือวางไว้บนคีย์บอร์ด แต่ปกติมือของคนเราจะอยู่ในระดับเส้นตรงขนานกับพื้น

RSI เกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ตั้งแต่แขน ข้อมือ ข้อมือ นิ้ว แขน หลัง ต้นคอ หัวไหล่และส่ายตา หากปล่อยไว้นานๆ อาจต้องผ่าตัดเอ็นก็มี

ในอเมริกาอาการของโรค RSI จัดว่าสูงเป็นอันดับหนึ่งในส่วนของโรคที่เกิดจากการทำงาน มีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีประมาณ 300,000 คน อัตราการเจริญเติบโตเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีประมาณร้อยละ 20 และเป็นตัวการที่ทำให้พนักงานต้องขาดงานโดยเฉลี่ย 30 วันทำงานต่อปี

แม้ขณะนี้ RSI จะยังไม่ใช่ปัญหาของสังคมไทย แต่ในอนาคตคาดว่าคนไทยจะมีเปอร์เซ็นต์จากอาการเจ็บป่วย เมื่อใช้คอมพิวเตอร์นานๆ มากขึ้นเพราะมีการใช้เทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง 

วิธีการการปรับที่นั่งและโต๊ะที่ถูกสุขลักษณะในการทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงอาการ RSI คือ

-ควรเป็นโต๊ะเขียนหนังสือธรรมดา แล้ววางคีย์บอร์ดหรือใช้โต๊ะที่มีลิ้นชักคีย์บอร์ดก็ได้ แต่ควรเลือกที่เหมาะสมกับร่างกายของเรา แบบที่ผลิตขายสำเร็จรูปพบว่ามักออกแบบมาไม่ดีเท่าที่ควร ยิ่งเป็นแบบที่วางเมาส์ไว้คนละระดับกับคีย์บอร์ดยิ่งถือว่าเป็นโต๊ะที่แย่มาก และทำให้ข้อมือของท่านเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดและเสียหายได้อย่างร้ายกาจ โดยอาจเกิดอาการเส้นเอ็นอักเสบจนถึงขั้นต้องผ่าตัดทีเดียว

-ระดับของเก้าอี้และที่พิงควรจะรับกับหลังของผู้ใช้ และสามารถปรับระดับได้ตามความต้องการได้ดีครับ เพื่อที่ช่วยให้หลังไม่คดหรือโก่ง และขาควรนั่งตั้งฉากกับพื้น

-การจัดวางคีย์บอร์ดและเมาส์ ควรจัดวางส่วนที่เป็นปุ่มพิมพ์ตัวอักษรไว้ตรงกลางของจอภาพ ถัดมาเป็นตัวเลข และเมาส์ เพราะไม่ต้องเอียงข้อมือหรือบิดข้อมือมาก

-การวางเมาส์ควรวางในระดับเดียวกันกับคีย์บอร์ด แต่จะเห็นว่าโต๊ะคอมพิวเตอร์ตามสำนักงานต่างๆ มักไม่ยึดหลักข้อนี้เพราะซื้อโต๊ะที่ออกแบบไม่เหมาะสมมาใช้

โดยเน้นแต่ให้เล็กและประหยัดพื้นที่ ทว่ากลับเกิดผลเสียต่อพนักงานอย่างร้ายแรง





ระบบข้อมูลข่าวสาร ณ กาลวิกฤต

ในยามเกิดภาวะวิกฤติที่ต้องแข่งกับเวลาในทุกด้าน ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นหนึ่งในกุญแจดอกสำคัญที่ช่วยไขเรื่องร้ายให้กลายเป็นดีได้ก่อนจะเกิดความสูญเสียที่ไม่อาจหวนคืน และหนึ่งในผู้อยู่เบื้องหลังการบริหารระบบข้อมูลข่าวสารในภาวะวิกฤติมาแล้วหลายต่อหลายครั้ง ทั้งการแพร่ระบาดของเชื้อคลอสทริเดียม โบทูลินัม ในหน่อไม้ดองปิ้งที่มีอันตรายถึงตาย และ มีผู้ได้รับพิษถึงประมาณ 300 คน ในคราวเดียวเมื่อปี 2549 จนถึงการคลี่คลายผลกระทบจากภัยพิบัติหลายต่อหลายครั้งที่เกิดขึ้นที่จังหวัดน่าน จนได้ชื่อว่ามีคามเชี่ยวชาญอย่างสูง ก็คือ **นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน** ผู้ซึ่งเราเชิญมาเป็น “คนต้นคิด” ในฉบับนี้

๙๖ ขอรบประวัติความเป็นมาสักนิดค่ะ

ผมจบจากคณะแพทยศาสตรรามาธิบดี เมื่อปี 2525 แต่เป็นคนจังหวัดน่านครับ จบมาก็ทำงานที่จังหวัดน่าน มีอยู่ปีเดียวที่ไม่ได้อยู่ที่นั่น เพราะไปเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี นอกนั้นก็อยู่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง วนไปหลายอำเภอในจังหวัดน่าน จนเกือบครบทุกอำเภอ จากนั้นก็เข้ามาเป็นนายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกันของ สสจ.น่าน 9 ปี พอปี 2542-2543 หลังเกิดปัญหาทุจริทยา 1,400 ล้านบาท มีการเปลี่ยนทีมงานในกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์ก็ชวนมาช่วยราชการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข 2 ปี แบบไม่เต็มเวลา มาแบบพาร์ตไทม์ ทำงานในเชิงของวิชาการและกึ่งๆ บริหารที่ส่วนกลาง จากนั้นก็ย้ายมาเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่านตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปัจจุบัน

สมัยก่อนน่านเป็นจังหวัดที่เขารบกันเหมือนภาคใต้ เพราะเป็นฐานใหญ่ของพรรคคอมมิวนิสต์ มี

ปัญหาความขัดแย้งสูง สู้รบกันทุกวัน เพียงแต่มันไม่เป็นข่าว เพราะสื่อไม่มี ผมก็อยู่มาเรื่อยๆ ในสภาพวิกฤติอย่างนั้น ตั้งแต่เล็กจนโต ตอนจบแพทย์กลับไปเขาก็ยังรบกันอยู่ ทำงานไปได้สัก 2-3 ปี สงครามก็สงบ หลังจากนั้นก็เข้าไปฟื้นฟูในทุกพื้นที่ จึงเข้าใจเรื่องภาวะวิกฤติที่ต้องมีการตัดสินใจอย่างรวดเร็วฉับพลัน และการจัดการที่รวดเร็ว พอมาทำงานเป็นผู้บริหารเดิมที่ก็คิดว่าเราน่าจะมีในเรื่องของการเตรียมความพร้อมอย่างนี้ด้วย

๙๖ ทราบว่าคุณหมอเป็นหนึ่งในผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการจัดการสภาวะวิกฤติเรื่องนี้มีหลักสำคัญอย่างไร

เวลาบริหารภาวะฉุกเฉิน หลักที่เราใช้กันก็คือ 3 C กับ 1 I นี่เป็นตัวย่อจากภาษาอังกฤษ แต่มาแปลงเป็นภาษาไทยก็ 3 ก. กับ 1 ข. คือ Command เป็นเรื่องการสั่งการ ซึ่งต้องใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่สุด

(real time) ข้อมูลที่ดีคือ ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลกันว่าตอนนี้เหตุการณ์ถึงไหนแล้ว สื่อกันหลายทิศทาง ซึ่งก็โยงมา C ตัวที่สองคือ Communication ต้องมีการสื่อกับมวลชน เพื่อให้การเสนอข่าวเป็นทิศทางเดียวกันและไม่สร้างความตื่นตระหนก ส่วน C ที่ 3 เป็นเรื่องของ Control คือ เรื่องเกี่ยวกับการควบคุม ขั้นแรกก็คือเรื่อง การทำความเข้าใจไม่ให้คนตื่นตระหนกตกใจ และควบคุมสถานการณ์ที่ก่ออันตรายไม่ให้ลุกลาม สุดท้ายคือ Information หรือข้อมูล ระบบข้อมูลที่เราใช้จะต้องครบถ้วนถูกต้องและเป็นปัจจุบัน มีข้อมูลรอบด้าน และเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ณ ตอนนั้น แล้วปรับเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์

๙๖ คุณหมอช่วยยกตัวอย่างสักนิด

อย่างกรณีพิษหน่อไม้ปีระบาดที่อำเภอบ้านหลวงเมื่อปี 2549 เราต้องระดมข้อมูลพอที่จะ

ตัดสินใจได้ว่าจะจัดการกับป่วยอย่างไร จะดึงใครมาช่วยทำบ้าง ผู้เชี่ยวชาญอยู่ไหน ยาต้านพิษอยู่ที่ไหน การขนย้ายผู้ป่วยหนักจะอย่างไร เอรารถที่ไหน เป็นต้น ตอนนั้นเราตั้งศูนย์ปฏิบัติการ หรือ “วอร์รูม” โดยใช้หลักการที่ว่า และต้องมีการบริหารให้เกิดการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันตลอดเวลาการทำงาน วันละสองรอบ ภาษาทหารเรียกว่า Intelligence คือการปรับตัวยืดหยุ่นตามสถานการณ์ เป้าหมายคือ ไม่ให้มีคนตายเพิ่ม ป่วยเพิ่ม หรือสิ่งที่เป็นพิษเล็ดรอดออกไปจากพื้นที่ควบคุม ตอนนั้นเราเอาหน่อไม้ปิ้งไปเก็บใส่ในห่อขึงขังไว้เลย แล้วให้ชาวบ้านเผ้า ทหารเผ้า หรือมาเก็บไว้ที่อำเภอละหานะ เหมือนเป็นของกลาง เพราะว่าเรากลัวมันหลุดออกไป ไม่งั้นเดี๋ยวตายกันต่อ

ถ้ามาเดินตามตำราปี: หรือมีวิธีการที่ กีดกันได้สดๆ ตอนนั้นด้วย

มีครับ อย่างที่บอกว่าการจัดระบบข้อมูล ข่าวสารในภาวะวิกฤติมีการกิจสำคัญด้านหนึ่งคือการสื่อสารเพื่อไม่ให้เกิดความตื่นตระหนก ตอนนั้นนอกจากการสื่อสารกับสื่อมวลชนแล้ว เราต้องสื่อสารกับญาติผู้ป่วย ซึ่งหมายถึงคนทั้งอำเภอ เขาลงมานานกันเลย ไม่มีที่ให้อยู่ รุ่งเช้าวันที่สอง คนมาเยี่ยมญาติกันตั้งหลายพันคน เราก็ไปดูว่าจะให้เขาอยู่กันอย่างใด พอเราจัดตรงนี้ได้ดีแล้ว ก็ยังมีปัญหาให้แก่อุบัติตลอดเวลา เราทำงานกัน 3 วันไม่ได้นอน เราก็เริ่มเหนื่อย เราก็เลยเอาญาตินี้ละมาฝึกดูแลคนป่วย จับวัดความดัน เราไม่ไปญาติออกไปเพราะเขาจะได้อุ่นใจ เพราะเขากังวลเนื่องจากได้ยินมาว่าทุกครั้งที่มีคนมาอยู่ห้องไอซียูแล้วใส่เครื่องช่วยหายใจ น้อยคนมากที่จะได้กลับบ้าน ส่วนมากจะเสียชีวิตแล้วหามไปวัด เขาก็กลัวว่าญาติ

เขาจะตาย แต่ผู้ป่วยคราวนี้ต้องเจาะคอใส่เครื่องช่วยหายใจหลายสิบคน คนเป็นร้อยจะทำยังไงล่ะ เพราะพิษที่ได้รับไปทำให้ระบบหายใจเป็นอัมพาต ญาติจึงเครียดมาก เขาก็มาคุยกับเราว่าหมอจะรักษาอย่างไร ญาติเขาจะหายไหม เราก็บอกว่าเรากำลังช่วยอยู่ รักษาตามอาการ ส่วนจะหายหรือเปล่านั้น เรายังไม่มั่นใจนะ

ตอนนั้นผมก็เลยตัดสินใจให้เอาญาติผู้ป่วย กับคนป่วยด้วยอาการแบบเดียวกันนั้นเมื่อ 8 ปีก่อนมาพบกัน โดยจัดเวทีเสวนาแบบญาติพบญาติ ตอนนั้นมีคนตายไป 2 แล้วมีคนรอดอีก 10 คน พอเขาได้คุยกันก็ลดความกดดันลงไปได้ จากนั้นก็นิมนต์พระมาให้กำลังใจ ขึ้นเวทีวันนั้นด้วย

ด้านการสื่อสารผ่านสื่อสารสนเทศ

พอเกิดเหตุการณ์ จะมีสถานการณ์รายวันเลยก็คือ ผู้บริหารหลายระดับลงไปเยี่ยมในพื้นที่ ซึ่งในภาวะวิกฤติการไปเยี่ยมของผู้บริหารก็มีข้อดีนะ คือทำให้เราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรได้รวดเร็ว แต่ในขณะเดียวกันเราต้องไปจัดทีมมาดูแล ขณะที่ทีมงานอื่นๆ ที่สำคัญอยู่อีกหลายด้าน ตรงนี้ทำให้ทีมงานเครียด ช่องทางหนึ่งที่เราให้ความสำคัญคือการนำข้อมูลที่เรากำลังเป็นปัจจุบันนั้นส่งไปทางเว็บ หากส่วนกลางอยากรู้อะไรเราก็รายงานไปทางนั้น ทั้งภาพและข้อมูล เรียกว่าต้องมาจัดระบบเรื่องการติดต่อสื่อสารให้ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน อยากรู้เรื่องอะไร เราจะรายงานไปเลย ไม่ต้องรอ รายงานวันละ 2 รอบประชุมเสร็จเอาขึ้นเว็บ เปิดดูได้หมดทั่วประเทศ และใครมีความรู้อะไรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ก็ใส่เข้าไปได้หมด

อีกสื่อหนึ่งที่เรานำมาใช้ในกรณีวิกฤติ คือวิทยุชุมชน ตอนเกิดกรณีพิษหน่อไม้ปีระบาด เราให้วิทยุชุมชนมาตั้งสถานีกันอยู่ที่โรงพยาบาลเลย มาจัดรายการกันอยู่ที่นี่ เราเปิดตลอด 24 ชม. บางคนเครียด เราก็ให้ญาติมาพูด สลับกับหมอ พยาบาลมาพูด คนฟังอยู่ที่บ้านก็ฟัง ในช่วงวิกฤติแบบนี้ข่าวลือจะเยอะมาก ใครอยากรู้อะไรก็โทรมาที่นี่ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันหมด บางคนก็โทรมาบริจาค จนมีการตั้งกองทุนค่ารักษาพยาบาลให้ญาติช่วยกันดูแลในที่สุด

ท่ามกลางภาวะวิกฤติการสื่อสารนี้ถือเป็นหัวใจสำคัญมากในการตัดสินใจ ในการทำงานต่อวางแผนแก้ปัญหา การสื่อสารกับคนอื่น รวมถึงการช่วยเหลือ ถ้าเราไม่สื่อสารออกไปคนเขาก็ไม่รู้ ระบบข้อมูลและการสื่อสารที่ดีและฉับไวจะช่วยลดผลกระทบและกอบกู้สถานการณ์ได้เร็ว ลดความสูญเสียได้มากมายมหาศาล



บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ແ່ນຂຍາຍສຖານການຣັສຸກຖາພ

ในปีหนึ่งๆ ประชากรในประเทศของเราต้องจ่ายเงินเพื่อการรักษาพยาบาลตนเองไปมากน้อยเพียงใด?
เมื่อเราจ่ายภาษีแล้ว ทำไมเรายังต้องมารับภาระในการจ่ายเงินเพื่อซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนอีก?

คำถามเหล่านี้ทำให้ต้องมีการค้นหาคำตอบว่าในปีหนึ่งๆ ประเทศได้จ่ายเงินไปมากน้อยเพียงใดเพื่อสุขภาพของประชาชน ภาระการจ่ายเพื่อสุขภาพตกอยู่กับใคร เพียงใด ด้วยการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ

บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account - NHA) เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่แสดงให้เห็นว่า ประเทศหนึ่งๆ ได้ใช้ทรัพยากรของประเทศเพื่อกิจกรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร ใครเป็นผู้จ่าย จ่ายเพื่อกิจกรรมใดและไปสู่ผู้จัดบริการใด

อธิบายให้เข้าใจง่ายขึ้นคือ จากเงินที่ประชาชนจ่ายเป็นภาษีแล้วรัฐบาลนำมาจัดบริการเพื่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ หรือการที่ประชาชนจ่าย

เพื่อการซื้อประกันสุขภาพของตนเองหรือ สมาชิกในครอบครัว สัดส่วนการจ่ายที่รัฐบาลจ่ายและที่ประชาชนจ่ายเพื่อการซื้อประกันสุขภาพของตนเองนั้นส่วนใดมากน้อยกว่ากัน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มีการพัฒนาการจัดทำระบบบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 เป็นต้นมา โดยในระยะแรก วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้จัดทำ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537, 2539 และ 2541 ต่อมา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ เป็นผู้จัดทำ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537-2544 โดยมี นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท

และคณะ เป็นผู้จัดทำ

ผลที่ได้จากการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุด นอกจากเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว ยังมีข้อเสนอแนะที่เกิดจากฐานข้อมูลที่หนักแน่นรองรับ ทั้งต่อการพัฒนาแนวทางการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ต่อไป ข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบข้อมูล

ผู้สนใจเข้าไปศึกษาข้อมูลด้วยตนเองได้
อย่างฉับไวที่เว็บไซต์ของแผนงานระบบข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th





อีกก้าวกับการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในระดับพื้นที่

นอกเหนือจากการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติแล้ว อีกด้านหนึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนก็คือ การส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้พื้นที่มีข้อมูลในการตัดสินใจสำหรับแก้ไขปัญหาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง นี่จึงเป็นอีกความพยายามหนึ่งในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลเชิงพื้นที่ที่ยับไปอีกก้าวกับการพัฒนาระบบข้อมูลโดยกลุ่มนักวิชาการทางภาคเหนือ ซึ่งมี **รศ.ดร.พัชรภรณ์ ศรีศิลป์-นันทน์** เป็นหัวหน้าโครงการการพัฒนาดัชนีชี้วัดผู้สูงอายุ โดยขณะนี้โครงการดังกล่าวได้ทำการศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุเสร็จสิ้นแล้ว และกำลังจัดทำดัชนีชี้วัด ซึ่งผ่านการระดมความคิดเห็นจากผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญ

และเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม ที่ผ่านมา คณะผู้จัดทำได้นำตัวชี้วัดทั้งหมดมานำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อผ่านการกลั่นกรองอีกครั้งหนึ่ง ก่อนที่จะจัดทำเป็นระบบข้อมูลสารสนเทศของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน

อีกความเคลื่อนไหวหนึ่ง ที่ขยับไปอีกนิดกับความพยายามเชื่อมโยงเครือข่ายการสร้างตัวชี้วัดในระดับท้องถิ่นชุมชนโดยชุมชนและเพื่อชุมชน ซึ่งสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพร่วมมือกับ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะในพื้นที่และชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดเวทีการประชุมหารือเรื่องการพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2551 ที่ผ่านมา

ถือว่าเป็นก้าวใหม่ๆ ในแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อหารูปแบบและวิธีการในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เหมาะสม



คุณคือ “ต้นคิด”

เตรียมตัว
เตรียมใจ
รับปีใหม่มั่นคึก

ก่อนพลิกหน้าสุดท้ายของ “ต้นคิด” ฉบับที่ 8 เราขอชวนคุณจุดประกายความคิดดีๆ เพื่อก้าวสู่ปีใหม่ 2552 ... ปีที่เข่าว่ากันว่าจะมีมรสุมใหญ่หลายลูกรอท่าอยู่

อยากได้อะไรดีๆ เป็นหลักคิดในการก้าวเผชิญปีใหม่ วันใหม่ โดยพลังสร้างสรรค์ในชีวิตไม่ถดถอย คิดแล้วขยับขีดเขียนมาถึงเราเพียงสั้นๆ 10-15 บรรทัด ก็มีคุณค่าต่อเพิ่มปริมาณความสุขให้สังคมไทยได้เหลือคณานับ ดูที่ติดต่องานหน้า 2 จะส่งทางอีเมลล์ จดหมาย หรือโทรสารก็ได้...ไม่เกี่ยงจ้า



ยิ้มก่อนอ่าน

ระวัง "มนุษย์ไม้บรรทัด"!

เมื่อก่อนเราใช้ไม้เป็นวัสดุทำไม้บรรทัด แต่ปัจจุบันไม้บรรทัดกลายเป็นไม้บรรทัดพลาสติกไปเกือบหมดแล้ว ไม้บรรทัดที่ทำด้วยไม้จริงๆ จึงหาซื้อได้ยากขึ้นทุกวันแต่จะหา “มนุษย์ไม้บรรทัด” หรือคนเจ้าระเบียบดูจะหาง่ายกว่า

คุณหมอสินเงิน สุขสมปอง เอ่ยเตือนไว้ในหนังสือ “โรคจิต...หายได้ นะครับ” ว่า คนที่มีบุคลิกภาพเจ้าระเบียบ (PERFECTIONIST) หรือที่คุณหมอขนานนามให้ว่า “มนุษย์ไม้บรรทัด” พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักพบในลูกคนโตในฐานะผู้สืบสกุลครอบครัว จึงเข้มงวดในการเลี้ยงดู และมอบหมายภาระและความรับผิดชอบมากเป็นพิเศษ

คนที่แปลงร่างไปสู่ “มนุษย์ไม้บรรทัด” แล้ว มีสัญญาณแสดงออกให้เห็นหลายอย่าง เช่น

สนใจเรื่องต่างๆ ในรายละเอียดปลีกย่อยมาก

- หมกมุ่นกับความรับผิดชอบมาก พุ่มเทให้กับการทำงานมากจนขาดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น

- ใช้ชีวิตประจำวันซ้ำๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงและต้องการให้คนอื่นทำตามความคิดเห็นของตนเองเสมอ

- ไม่ค่อยกล้าตัดสินใจเพราะกลัวผิด กลัวถูกตำหนิหรือผิดศีลธรรม

- เครียดง่าย คนอยู่ใกล้ไม่รู้สึกรอบอุ้ม

ความดี มีวินัย รับผิดชอบ และสม่ำเสมอของเขาเหล่านี้จะมีคุณอนันต์หากรักษาสอดเขตไม่ให้ล่วงล้ำก้าวเกินไปสู่การคาดหวังและคาดหวังให้คนอื่นแบกรับมาตรฐานที่ตนเองกำหนดขึ้น

ลองนึกถึงทุ่งดอกไม้บานาพันธุ์ที่แต่ละต้นต่างพยายามเติบโตและผลิบานตามวิถีของตน

เห็นด้วยหรือไม่ว่านั่นคือภาพที่สวยงามเกินพรรณนา เพราะเกิดขึ้นจากองค์รวมแห่งพลังอิสระ มิใช่การกำหนดโดยกำลังของใครหรือกลุ่มใดกลุ่มเดียว