

รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500



นาย ธีรนา วงศ์เสงี่ยม

ศูนย์วิทยพัทยาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต

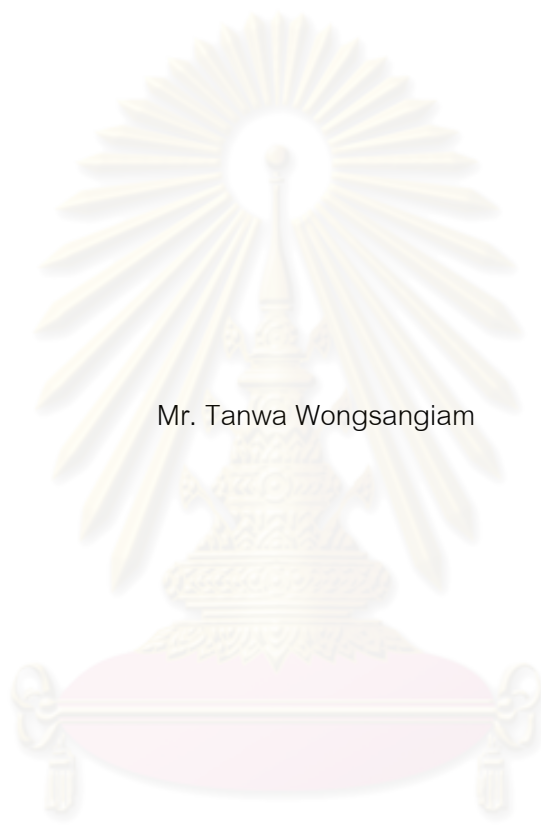
สาขาวิชาประวัติศาสตร์ ภาควิชาประวัติศาสตร์

คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE THAI STATE AND ITS CITIZENS' HEALTH, 1932-1957



Mr. Tanwa Wongsangiam

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in History

Department of History

Faculty of Arts

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500

โดย

นายธันวา วงศ์เสงี่ยม

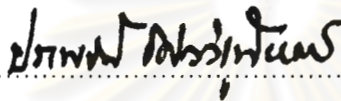
สาขาวิชา

ประวัติศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

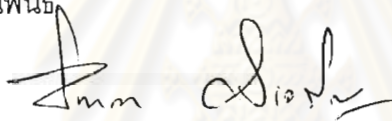
รองศาสตราจารย์ ฉลอง สุนทราวาณิชย์

คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท



..... คณบดีคณะอักษรศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพจน์ อัครวิรุฬหาร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



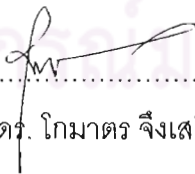
..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พิชาดา ยังเจริญ)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ฉลอง สุนทราวาณิชย์)



..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ธนาพล ลิมอภิชาติ)



..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ ดร. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์)

ธันวาคม วงศ์เสงี่ยม : รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2500. (THE THAI STATE AND ITS CITIZENS' HEALTH, 1932-1957) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รองศาสตราจารย์ ฉลอง สุนทรวาณิชย์, 285 หน้า.

การขยายตัวของเศรษฐกิจแบบส่งออกในช่วงต้นของสมัยรัตนโกสินทร์ ตามมาด้วยการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจทุนนิยมในประเทศซึ่งสัมพันธ์กับระบบทุนนิยมโลก และการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นรัฐสมัยใหม่ของประเทศไทยโดยการปฏิรูประบบราชการในสมัยรัชกาลที่ 5 ทำให้พลเมืองมีความสำคัญในฐานะกำลังของประเทศในด้านการผลิต รัฐจึงต้องจัดการควบคุมดูแลพลเมืองในด้านต่างๆ รวมทั้งกิจการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นประชาธิปไตยในปีพ.ศ.2475 ทำให้รัฐมีเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดการควบคุมดูแลพลเมืองมากขึ้น มีผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจการมากขึ้น และครอบคลุมพลเมืองมากขึ้น

การดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐบาลระหว่างพ.ศ.2475-2500 แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ของรัฐในสมัยนั้นๆ ทำให้กิจการสุขภาพในช่วงเวลาดังกล่าวมีพลวัตของการเปลี่ยนแปลง มีลักษณะเด่นที่แตกต่างกันไปโดยสัมพันธ์กับอุดมการณ์ของรัฐและสถานการณ์ที่รัฐต้องเผชิญในสมัยนั้นๆ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วงสมัยที่สำคัญได้แก่ สมัยเริ่มแรกหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง (พ.ศ.2475-2481) ที่ให้ความสำคัญกับการกระจายกิจการสุขภาพไปสู่พลเมืองส่วนภูมิภาค สมัยรัฐบาลชาตินิยมและสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ.2481-2487) ที่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มพลเมืองเพื่อความเป็นชาติมหาอำนาจ และสมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ.2487-2500) ที่ให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของพลเมืองภายหลังสงครามและการขยายบริการสุขภาพไปสู่ส่วนภูมิภาคซึ่งได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศภายใต้สถานการณ์ของสงครามเย็น กล่าวได้ว่ากิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชนจากเดิมที่เคยพึ่งพาการแพทย์แบบจารีตซึ่งเป็นที่นิยมมาอย่างยาวนานในสังคมท้องถิ่น กลายมาเป็นการพึ่งพาการแพทย์สมัยใหม่ในแบบของรัฐมากขึ้น

ภาควิชา.....ประวัติศาสตร์..... ลายมือชื่อนิลิต..... ธีระยา วงศ์เสงี่ยม.....
สาขาวิชา.....ประวัติศาสตร์..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา...2553...

5080145922 : MAJOR HISTORY

KEYWORDS : PUBLIC HEALTH / PRODUCTIVITY / PROBLEMATIC DISEASES /
STATE CONTEXT / CITIZENS' WAY OF LIFE

TANWA WONGSANGIAM : THE THAI STATE AND ITS CITIZENS' HEALTH,
1932-1957. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR CHALONG
SOONTRAVANICH, 273 pp.

The growth of the export economy during the early period of the Chakri dynasty, followed by the rise of capitalism in Siam, in connection with world capitalism, and the reformation of Siam as a "Modern State", by the bureaucratic reformation during the reign of King Chulalongkorn, had made citizens become more important as production labour. Therefore, the state needed to take good care and control of them in various ways, including public health promotion. After the revolution of 1932 the state had more legitimacy to take better care of its citizens. More people came to be involved in public health care, making it more widely available.

Public health policies during 1932-1957 varied depending **on the** circumstances of each government, making the characteristics and dynamics of public health care change accordingly. The studied period can be divided into three important sub-periods. The first sub-period started after the revolution (1932-1938), which focused on the expansion of health services to rural areas. The second sub-period includes the era of the nationalist government and the second World War (1938-1944), which focused on increasing the population in the attempt to build a great nation. The last sub-period is the period after World War II (1944-1957), which focused on further expansion of health services to rural areas with the support of international organizations and the U.S. government through the course of the Cold War. In conclusion, public health related to state politics and economics and affected the citizens' way of life – shifting their reliance from traditional medicine to state-sponsored medicine .

Department : History.....

Student's Signature *Tanwa Wongsangiam*

Field of Study : History.....

Advisor's Signature *[Signature]*

Academic Year : 2010.....

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้จนสำเร็จลงได้ รวมทั้งขอขอบพระคุณ Asia Research Institute : National University of Singapore ที่ให้โอกาสผู้เขียนได้เข้าร่วมโครงการ “Asian Graduate Student Fellowship 2010” ซึ่งทำให้ผู้เขียนได้รับความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการมากมาย อีกทั้งขอขอบพระคุณอาจารย์ฉลอง สุนทราวาณิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้คำแนะนำวิธีการวิจัย ตลอดจนประเด็นและการหาหลักฐานต่างๆ แก่ผู้เขียนซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ทราบสิ่งใดเกี่ยวกับงานวิจัยหรืองานเขียนมาก่อนเลย โดยเฉพาะในทางประวัติศาสตร์ ขอขอบพระคุณอาจารย์จุพิศพงศ์ จุฬารัตน์ และคุณสุริรัตน์ วงศ์เสงี่ยม ผู้อำนวยการหอจดหมายเหตุแห่งชาติ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือผู้เขียนตั้งแต่ก่อนที่จะเข้าศึกษาตลอดจนระหว่างศึกษา ทำให้ผู้เขียนได้รู้จักวิชาประวัติศาสตร์มากขึ้น รวมไปถึงอาจารย์ท่านอื่นๆ ที่คอยสอนและให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้เขียน และนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่กรุณาใช้เวลามาเป็นกรรมการภายนอกให้แก่ผู้เขียนขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ผู้เขียนขอขอบพระคุณคุณสมพร ตั้งคำ และคุณวราภรณ์ นิ่มนวล บุคลากรประจำภาควิชาประวัติศาสตร์ รวมไปถึงบุคลากรทุกท่านของห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยช่วยเหลือผู้เขียนและเพื่อนๆ ในการดำเนินงานด้านต่างๆ อยู่เสมอ

ขอขอบคุณเพื่อนที่ร่วมศึกษาทุกท่านที่ได้ผ่านความยากลำบากนานับประการมาด้วยกัน อีกทั้งคอยให้ความช่วยเหลือแนะนำผู้เขียนในด้านต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์และการใช้ชีวิต โดยเฉพาะแนน ที่คอยเป็นกำลังใจและกระตุ้นผู้เขียนในเวลาเรียนอยู่เสมอ รวมทั้งวันเวลาที่เคยมีให้กันมากมาย ขอขอบคุณเพื่อนเก่าทั้งหลายสมัยที่ผู้เขียนเรียนอยู่ที่รามธิบดี ที่มีความทรงจำดีๆ ไว้ให้ผู้เขียนยิ้มได้เสมอเมื่อนึกถึงแม่ในยามที่ท้อแท้ใจ และสุดท้ายขอขอบคุณออม ผู้ที่ผู้เขียนคิดถึงตลอดเวลา แม้ว่าส่วนมากจะคิดถึงด้วยความเศร้าแต่ก็เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เขียนในการที่จะพัฒนาตัวเองให้มากขึ้นในทุกๆ เรื่อง จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่คุณเขียนถนัดหรือมีความรู้สึกที่ดีเลยแม้แต่น้อยนิด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
- แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	8
- ทบทวนวรรณกรรม.....	13
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	22
- สมมุติฐาน.....	23
- ระเบียบวิธีวิจัย.....	23
- ขอบเขตของการวิจัย.....	23
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	24
บทที่ 2 รัฐไทยหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองกับการขยายกิจการ สุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475-2481.....	25
- สภาพปัญหาสุขภาพของพลเมืองและการจัดการของรัฐก่อนพ.ศ.2475.....	30
- จุดเริ่มต้นของการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองหลังพ.ศ.2475.....	38
- ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐ.....	40
- ความคิดเห็นของราษฎรเกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมือง.....	49
- บทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในกิจการสุขภาพพลเมือง.....	58
- กิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐได้ดำเนินการ.....	72
- กิจการด้านการสาธารณสุขทั่วไป.....	73
- กิจการด้านการขยายการบำบัดโรค.....	90

- กิจกรรมด้านการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ.....	98
- กิจกรรมด้านสงเคราะห์มารดาและเด็ก.....	109
- แนวคิดอื่น ๆ ในทางสุขภาพพลเมือง.....	112
- ผลของกิจกรรมสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง.....	115

บทที่ 3 การเพิ่มพลเมืองและการสร้างเสริมร่างกายพลเมืองในสมัย

รัฐบาลชาตินิยม พ.ศ.2481-2487.....	119
- นโยบายสร้างชาติกับกิจกรรมสุขภาพพลเมือง.....	120
- หลักการของการเพิ่มพลเมือง.....	130
- การดำเนินการเพิ่มพลเมืองของรัฐบาล.....	133
- การเพิ่มการเกิด.....	134
- การลดการตาย.....	141
- การเสริมสร้างร่างกาย.....	160
- ผลของกิจกรรมสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง.....	166
- บทสรุปของกิจกรรมสุขภาพพลเมืองสมัยสร้างชาติ.....	167

บทที่ 4 การขยายกิจกรรมสุขภาพพลเมืองภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ พ.ศ.2488-2500.....	170
- กิจกรรมสุขภาพพลเมืองในช่วงพ.ศ.2488-2490.....	171
- สมัยรัฐบาลคณะราษฎรประหาร พ.ศ.2490-2500.....	177
- นโยบายสุขภาพพลเมืองพ.ศ.2490-2500.....	181
- กิจกรรมสุขภาพพลเมืองที่รัฐได้ดำเนินการ.....	185
- ความสัมพันธ์กับต่างประเทศในกิจกรรมสุขภาพพลเมือง.....	194
- ความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ.....	194
- ความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา.....	211
- ผลของความช่วยเหลือจากต่างประเทศ.....	216
- ผลของกิจกรรมสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง.....	219
- ภาพรวมของกิจกรรมสุขภาพพลเมืองหลังสงครามโลกครั้งที่ 2.....	220

บทที่ 5 บทวิเคราะห์เปรียบเทียบและสรุปผล.....	223
- กิจการสุขภาพพลเมืองในฐานะกิจการหนึ่งของประเทศ.....	223
- เปรียบเทียบกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐแต่ละสมัย ระหว่างพ.ศ.2475-2500.....	232
- บทวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐกับกิจการสุขภาพพลเมือง.....	239
 บทที่ 6 บทสรุป.....	 244
รายการอ้างอิง.....	249
ภาคผนวก.....	280
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	285



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สถิติจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2454-2500.....	37
2	กระทู้ถามของผู้แทนราษฎรที่เกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมือง ระหว่างพ.ศ.2476-2500.....	61
3	จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย พ.ศ.2436-2481.....	69
4	จำนวนการป่วยและตายด้วยโรคติดต่ออันตรายทั่วประเทศ ระหว่างพ.ศ.2470-2498.....	79
5	การควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ระหว่างพ.ศ.2475-2481.....	80
6	สถิติผลงานของกองสุขศึกษา พ.ศ.2475-2498.....	89
7	ผลการปฏิบัติงานของแผนกสุขศาลา (สถานีอนามัย) จำนวนสุขศาลา และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดจากเจ้าหน้าที่ประจำสุขศาลา.....	94
8	จำนวนผู้ช่วยแพทย์ที่กรมสาธารณสุขผลิตได้ระหว่างพ.ศ.2478-2490.....	96
9	จำนวนและอัตราตายด้วยเหตุต่างๆทั้งหมด และตายด้วยไข้จับสั่น พ.ศ.2475-2497.....	99
10	สถิติการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 ณ วชิรพยาบาล กรุงเทพฯ.....	144
11	รายงานสถิติชีพและอนามัย พ.ศ.2475-2498.....	159
12	จำนวนคนไข้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ เทียบกับจำนวนผู้ใช้บริการสุขศาลาหรือสถานีอนามัยของกรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ.2479-2498.....	190
13	สถิติการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างพ.ศ. 2475-2498.....	192
14	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และที่แบ่งจ่ายให้แก่ 3 กรมสำคัญ.....	193
15	สถิติการตายด้วยโรคต่างๆที่สำคัญทั่วประเทศไทยในทศวรรษ 2490.....	196
16	จำนวนพลเมืองที่ได้รับการควบคุมโรคไข้จับสั่นแบบใหม่โดยใช้ยา ดี.ดี.ที. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคไข้จับสั่น พ.ศ.2492-2499.....	198
17	ผลการปฏิบัติงานของกองควบคุมวัณโรค กรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ.2493-2498.....	202
18	จำนวนคนที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆในทศวรรษ 2490.....	203
19	สถิติการบำบัดโรคคุดทะราด.....	205

ตารางที่		หน้า
20	ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมที่ประเทศไทย ได้รับจากสหรัฐอเมริกาในกิจการด้านต่างๆ.....	213
21	งบประมาณรายจ่ายกระทรวงต่างๆ (บางกระทรวงคิดรวมกัน) ของรัฐบาล ระหว่าง พ.ศ.2477-2500.....	224
22	กิจการที่ได้รับเงินจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษอย่างสม่ำเสมอ ระหว่าง พ.ศ.2477-2500.....	226
23	สรุปเปรียบเทียบกิจการสุขภาพแต่ละสมัยระหว่างพ.ศ.2475-2500.....	238



 ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	การขยายโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปในส่วนภูมิภาค พ.ศ.2485-2499.....	189



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายหลังการล่มสลายของอาณาจักรอยุธยาตามมาด้วยช่วงสั้นๆของสมัยธนบุรี ความมั่นคงทางการเมืองก็ได้เริ่มก่อตัวมากขึ้นเมื่อเข้าสู่สมัยรัตนโกสินทร์ มีการศึกสงครามใหญ่เพียงในช่วงเริ่มต้นของการตั้งราชวงศ์ กับคู่สงครามเก่าแก่ที่เป็นประเทศเพื่อนบ้านคือพม่า สงครามครั้งนั้นรู้จักกันในชื่อ “สงครามเก้าทัพ” ซึ่งจบลงด้วยชัยชนะของสยาม หลังจากนั้นการศึกสงครามในรูปของการช่วงชิงความเป็นใหญ่ของรัฐอาณาจักรแบบจารีตักดูจะลดลงไป สิ่งที่มีมีความสำคัญมากขึ้นนอกเหนือจากเรื่องการเมืองก็คือเรื่องความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจสมัยต้นรัตนโกสินทร์ ภายหลังการล่มสลายของอาณาจักรอยุธยา ระบบราชการแบบอยุธยาก็ได้เสื่อมลงไปด้วย กลไกของรัฐบาลในการควบคุมแรงงานไพร่ไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกำลังไพร่นี้เป็นฐานสำคัญแห่งรายได้ของรัฐบาลทำให้รัฐบาลขาดรายได้ไปไม่น้อย จึงมีความจำเป็นต้องใช้แรงงานจ้างนอกระบบไพร่มากขึ้นโดยเฉพาะแรงงานจีนที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน เช่น การต่อเรือ การเดินเรือ การค้าขาย เป็นต้น รวมทั้งความจำเป็นที่จะต้องซื้อสินค้าบางอย่างจากต่างประเทศ เช่น ปืน ทำให้ “เงินตรา” มีความสำคัญมากขึ้น ส่งผลให้กิจการค้ากับต่างประเทศมีความสำคัญต่อการอยู่รอดของรัฐบาลช่วงต้นรัตนโกสินทร์เนื่องจากเป็นแหล่งที่มาของเงินตรา นอกจากปริมาณของกิจการค้าที่มากขึ้นแล้ว ประเภทของสินค้าส่งออกก็เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากสมัยอยุธยา กล่าวคือประกอบด้วยสินค้าที่ต้องผ่านกระบวนการผลิตที่ซับซ้อนมากขึ้นกว่าการเก็บของป่าตามเดิม เช่น สินค้าทางการเกษตรและอุตสาหกรรมต่างๆ ทำให้ “กำลังคน” ซึ่งเป็นที่มาของการผลิตมีความสำคัญมากขึ้น กำลังคนและการผลิตสินค้าส่งออกที่เพิ่มขึ้นนี้ก็ย่นนำมาซึ่งแหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐบาลอีกอย่างหนึ่งคือ “ภาษีอากร” ที่นำรายได้มาสู่รัฐบาลช่วงต้นสมัยรัตนโกสินทร์อย่างมากมาโดยก้าวขึ้นสู่จุดสูงสุดในสมัยรัชกาลที่ 3 ที่กิจการค้ากับต่างประเทศรุ่งเรืองและเกิดระบบเจ้าภาษีนายอากรขึ้น เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการที่เศรษฐกิจของประเทศเริ่มโน้มเอียงไปในทางเศรษฐกิจเพื่อการส่งออกมากขึ้น มีการผลิตจำนวนไม่น้อยที่มุ่งไปตลาดโลกนอกเหนือไปจากการผลิตเพื่อยังชีพแบบเดิม ยิ่งมีการผลิตสินค้าเพื่อตลาดโลกมากขึ้นเท่าไร รัฐบาลก็ยิ่งได้ประโยชน์มากจากการเก็บภาษีอากรจากผู้ผลิตและผู้ส่งออก ไม่เพียงเศรษฐกิจส่งออกเท่านั้นที่ขยายตัว แต่การนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศก็ขยายตัวเช่นกัน โดยเฉพาะสินค้าฟุ่มเฟือย จากการที่การขยายตัวของเศรษฐกิจทำให้คนจำนวนหนึ่งมีฐานะดีขึ้นและเริ่มบริโภคสินค้าฟุ่มเฟือยเพื่อรวมทั้งวัฒนธรรมจาก

ต่างประเทศ กล่าวได้ว่าการขยายตัวของเศรษฐกิจการค้าได้เติบโตอย่างรวดเร็วในประเทศช่วงต้น สมัยรัตนโกสินทร์ ซึ่งกระทบชีวิตคนจำนวนมาก รวมทั้งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาเศรษฐกิจแบบทุนนิยมในประเทศไทยซึ่งจะเฟื่องฟูหลังการทำสนธิสัญญาบาวริง¹

การเฟื่องฟูของการค้ากับต่างประเทศนำมาซึ่งการติดต่อกับชาติตะวันตกมากขึ้น ทำให้เกิดการถ่ายทอดความรู้และวิทยาการใหม่ๆ เข้าสู่ประเทศ อาจกล่าวได้ว่าในสมัยรัชกาลที่ 4 เป็นสมัยแห่งการสร้างควมทันสมัย ชนชั้นนำสยามเริ่มมีแนวคิดแบบความจริงเชิงประจักษ์ที่เน้นความเป็นเหตุเป็นผลและเรื่องราวโลกมากขึ้นกว่าอุดมคติในทางธรรมตามแบบจารีต² รัฐสยามได้เข้าไปสัมพันธ์กับจักรวรรดินิยมตะวันตกรวมไปถึงระบอบอาณานิคมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบทุนนิยมโลกโดยเป็นทั้งแหล่งผลิตและแหล่งบริโภคสินค้าที่สำคัญ แต่อุปสรรคที่สำคัญต่อพัฒนาการของระบอบทุนนิยมในสยามก็คือระบบการเมือง เศรษฐกิจและสังคมแบบจารีต * ที่ไร้เสถียรภาพ ขาดความมั่นคงทางการเมือง ไร้ระเบียบทางสังคม และกฎหมาย ขาดความเป็นเหตุเป็นผลในเชิงเศรษฐกิจ ยึดติดกับจารีตประเพณีโบราณ ฯลฯ เป็นอุปสรรคทั้งสำหรับชาติมหาอำนาจตะวันตกผู้เป็นเจ้าของอาณานิคม และสำหรับผู้ปกครองของรัฐเอง ในการแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ทำให้มีความจำเป็นจะต้องปฏิรูปการปกครองในสมัยรัชกาลที่ 5 เปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครองไปสู่อำนาจรัฐที่รวมศูนย์และมีอาณาเขตที่แน่นอนชัดเจน โดยอาศัยกลไกอำนาจรัฐที่สร้างขึ้นใหม่คือระบบราชการที่วางอยู่บนพื้นฐานของความเป็นเหตุเป็นผลแบบทางโลก เพื่อเป็นเครื่องมือในการบังคับใช้กฎหมาย การรักษาความสงบภายใน การเก็บภาษีอากร การจัดการศึกษา การจัดการทางการผลิต การจัดบริการสาธารณสุขไปโรค รวมทั้งการสาธารณสุข มีข้าราชการผู้ชำนาญในงานด้านต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบในกิจการด้านนั้นๆ นอกจากนี้ยังมีการแบ่งเขตการปกครองเป็นมณฑลเทศาภิบาลเพื่อให้สามารถควบคุมดูแลส่วนภูมิภาคได้ดีขึ้น ส่วนทางด้านของชาติตะวันตกก็มีการเข้ามาลงทุน เร่งขยายการเพาะปลูกพืชผล

¹ ดู นิธิ เอียวศรีวงศ์, “วัฒนธรรมกระฎุมพีกับวรรณกรรมต้นรัตนโกสินทร์,” ใน ปากไก่และใบเรือ (กรุงเทพฯ : แพรวสำนักพิมพ์, 2538), หน้า 105-216.

² ดู ทวีศักดิ์ เตือกสม, “การปรับตัวทางความรู้ ความจริง และอำนาจของชนชั้นนำสยาม พ.ศ.2325-2411,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540).

* หมายถึงระบบมูลนายและไพร่ในสังกัด ที่จะมีการเกณฑ์ไพร่มาทำงานแก่ส่วนกลางตามกำหนดเวลา หรือเมื่อยามเกิดศึกสงคราม ไม่มีหน้าที่การงานต่อรัฐที่แน่นอน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการปกครองหัวเมืองในรูปแบบของการกินเมือง ซึ่งสืบทอดมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ทำให้อำนาจและผลประโยชน์ในหัวเมืองตกอยู่กับผู้ปกครองท้องถิ่น อำนาจรัฐส่วนกลางไม่สามารถเข้าไปควบคุมได้โดยตรง.

เพื่อการส่งออกจำหน่ายในตลาดภายนอก โดยใช้เนื้อที่เพาะปลูกขนาดใหญ่ เน้นพืชผลที่เป็นที่ต้องการของตลาดโลก รวมไปถึงขยายอุตสาหกรรมเหมืองแร่ด้วย³

ทั้งหมดนี้ทำให้กำลังคนหรือก็คือพลเมืองของรัฐมีความสำคัญมากขึ้น โดยเป็นทั้งกำลังการผลิตและเป็นผู้บริโภคในระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ทำให้ผู้ปกครองรัฐรวมทั้งจักรวรรดินิยมตะวันตกมีความต้องการที่จะพัฒนากำลังคนของประเทศให้เจริญขึ้นในด้านต่างๆ ทั้งวิถีชีวิต อาชีพ การศึกษา รวมไปถึงสุขภาพด้วย โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพพลเมืองนั้นจะทำให้อัตราการป่วยและตายลดลง ทำให้มีกำลังคนที่จะทำการผลิตได้มากขึ้น รวมไปถึงประชากรที่มีสุขภาพดีปราศจากความเจ็บป่วยจะทำให้การผลิตมีประสิทธิภาพ ซึ่งเครื่องมือที่ผู้ปกครองและจักรวรรดินิยมตะวันตกนำมาใช้ในการนี้ก็คือ ความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์สมัยใหม่ เกิดองค์การสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นในประเทศไทยเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของพลเมือง เริ่มต้นจากกรมพยาบาลและโรงพยาบาลศิริราช ในปีพ.ศ.2431 สมัยรัชกาลที่ 5 และขยายกิจการมาเรื่อยๆจนเป็นกรมสาธารณสุข พ.ศ.2461 ในสมัยรัชกาลที่ 6 ในช่วงเวลาดังกล่าวรัฐได้นำความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้จัดการกับสุขภาพของพลเมืองในหลายๆทาง เช่น การป้องกันโรคระบาด การสุขาภิบาล การรักษาความสะอาด การสร้างสถานพยาบาลรักษาโรค การจำหน่ายยา เป็นต้น วิถีทางการแพทย์แบบสมัยใหม่เหล่านี้เข้าไปมีพื้นที่อยู่ในวิถีชีวิตของพลเมืองได้ในระดับหนึ่ง นอกเหนือไปจากวิถีทางการแพทย์แบบจารีต*ที่แพร่หลายในหมู่พลเมืองอยู่ก่อนแล้ว

นอกจากนี้ปัญหาเรื่องโรคระบาดในช่วงพุทธศตวรรษที่ 25 ได้กลายเป็นปัญหาหลักที่ทำให้การแพทย์สมัยใหม่สามารถตั้งมั่นในฐานะเป็นกลไกสำคัญของรัฐและยังเป็นเงื่อนไขทำให้การแพทย์ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นกับอำนาจรัฐ เนื่องจากรัฐจำเป็นต้องคอยควบคุมสอดส่องดูแลและรักษาสุขภาพอนามัยของพลเมืองเพื่อไม่ให้ปัญหาโรคระบาดหรือโรคภัยไข้เจ็บอื่น ๆ มาบั่นทอนความมั่นคงและผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของรัฐได้ มีการดำเนินมาตรการต่างๆ เช่น การจัดตั้งให้มีแพทย์และยาตามหัวเมือง การเก็บสถิติเกี่ยวกับสุขภาพพลเมืองทั้งการเกิด การตาย และการ

³ ดู ฉลอง สุนทรวานิชย์, "การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลังการเข้ามาของระบอบอาณานิคม," *เอเชียปริทัศน์* 7, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2531): 53-63.

* วิถีทางการแพทย์จารีตในสมัยโบราณที่แพร่หลายในหมู่พลเมืองมาอย่างยาวนานโดยเฉพาะตามชนบทนั้น มีมากมายหลายสาขา เป็นการผสมผสานกันระหว่างความเชื่อ ไสยศาสตร์ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับร่างกายและสมุนไพรซึ่งมีทั้งที่ได้รับอิทธิพลมาจากอินเดีย จีน หรือแม้แต่ความรู้ประจำถิ่นฐานของไทยแต่เดิม ก่อเกิดเป็นวิถีทางการรักษาหลายแนวทางโดยผู้ที่ตั้งตนเป็นผู้รักษาก็จะเรียกตนว่าหมอ เช่น หมอผี หมอยา หมอนวด เป็นต้น ซึ่งพลเมืองก็จะเลือกใช้บริการกันตามแต่อาการและชื่อเสียง ความนิยม, อ้างมาจาก พิชาญ พัฒนา, *ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย* (พระนคร: โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509), หน้า 10-13.

เจ็บป่วย เหล่านี้ทำให้อำนาจรัฐสามารถสอดแทรกเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของพลเมืองที่เกี่ยวกับสุขภาพได้มากขึ้น⁴

ต่อมาก็ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 เปลี่ยนจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตยที่พระมหากษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ หลักการของระบอบประชาธิปไตยคืออำนาจอธิปไตยเป็นของประชาชน ประชาชนมีสิทธิเสรีภาพ มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน รัฐซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของพลเมืองในชุมชนการเมืองเดียวกันจึงจำเป็นต้องเร่งจัดการดูแลพลเมืองในด้านต่างๆ การจัดการดูแลด้านสุขภาพก็เป็นหนึ่งในภารกิจที่รัฐให้ความสำคัญ เนื่องจากการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายในหมู่พลเมืองที่เป็นกำลังของประเทศ ทำให้มีประสิทธิภาพในการประกอบกิจการอาชีพมากขึ้นและยังมีผลในการเพิ่มจำนวนประชากรอีกด้วย การดำเนินงานของรัฐหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองนับว่ามีความแตกต่างจากสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ส่วนหนึ่งที่สำคัญเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ความแตกต่างหนึ่งให้เห็นได้ชัดคือรัฐสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์มีแนวโน้มในการจัดการปัญหาสุขภาพพลเมืองโดยใช้การป้องกันที่เป็นมาตรการระยะยาว โดยถือหลัก “ป้องกันดีกว่าแก้”^{*} นำมาซึ่งมาตรการดังเช่น การจัดการป้องกันโรคระบาด การรักษาความสะอาด การจัดสุขาภิบาลท้องที่ การตั้งแหล่งกักกันโรค เป็นต้น ส่วนมาตรการที่เป็นการรักษา นั้นจะกระจุกตัวอยู่เฉพาะในเขตเมืองหลวง ก็คือ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลอื่นๆ ในกรุงเทพฯ สำหรับเขตหัวเมืองนั้นจะเน้นขยายการป้องกันโรคมากกว่า และให้ท้องถิ่นช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายไปจากรัฐด้วยเช่นการจัดการสุขาภิบาลก็จะใช้รายได้จากท้องถิ่นเอง แต่ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครองแล้ว รัฐบาลที่ถือว่าเป็นตัวแทนอำนาจของประชาชนมองว่า ราษฎรในหัวเมืองได้รับความทุกข์ยากลำบากมามากแล้ว ควรที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน นำมาซึ่งแนวโน้มการใช้มาตรการที่จะเห็นผลรวดเร็ว คือการขยายสถานรักษาพยาบาลสู่หัวเมืองในรูปของสุขศาลา เพื่อเร่งแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในท้องถิ่น⁵

⁴ ทวีศักดิ์ เผือกสม, “วาทกรรมกรมแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการปกครองของไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น,” *วารสารธรรมศาสตร์* 26, 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543): หน้า 84-85.

^{*} เป็นหลักการสากลทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับกันในวงการสาธารณสุขระหว่างประเทศตั้งแต่วงกพุทธศตวรรษที่ 24-25 ดังที่ได้มีการประชุมด้านสุขอนามัยระหว่างประเทศ (International Sanitary Conference) ครั้งแรกในปีพ.ศ.2394 ที่ประเทศฝรั่งเศส เพื่อหาทางป้องกันการระบาดของอหิวาตกโรคที่เป็นปัญหาที่ยุโรปมาตั้งแต่พุทธศตวรรษ 2370 หลังจากนั้นก็ได้จัดการประชุมขึ้นอีกหลายครั้งจนต่อมาพัฒนาไปเป็นองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปีพ.ศ.2491.

⁵ ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), หน้า 171-175.

ประเด็นที่สำคัญคือ หากจะมองแต่เพียงว่าความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม จากความเป็นรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มาสู่รัฐประชาธิปไตย เป็นผลทำให้รัฐเห็น ความสำคัญในการเข้าจัดการกับปัญหาสุขภาพของพลเมืองสืบต่อกันมาในสมัยของรัฐบาล ประชาธิปไตย ก็ดูจะเป็นการมองที่ขาดพลวัตในการที่จะเห็นความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการที่ รัฐเข้าจัดการกับสุขภาพพลเมือง เพราะแม้แต่ในสมัยรัฐบาลประชาธิปไตยเองก็มีการให้ ความสำคัญกับรูปแบบในการดำเนินงานแตกต่างกันออกไป สัมพันธ์กับสถานการณ์และบริบท ทางสังคม ตลอดจนเป้าหมายอุดมการณ์โดยรวมของรัฐบาลแต่ละสมัยในระหว่าง พ.ศ.2475- 2500 กล่าวโดยคร่าวๆก็คือ ในช่วง 6-7 ปีแรกภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ที่ เวลาส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การนำของรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนา กิจกรรมสุขภาพพลเมืองจะ เน้นที่การกระจายบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลสู่หัวเมืองและท้องถิ่นให้ กว้างขวางขึ้น โดยการสร้างสุขศาลาและขยายหน่วยอนามัย รวมทั้งการยกระดับสุขภาพเป็น เทศบาลเพื่อเป้าหมายในการวางรากฐานการปกครองระบอบประชาธิปไตยแก่ประชาชน โดยเฉพาะในส่วนท้องถิ่น กิจกรรมสุขภาพพลเมืองทั้งการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคถือเป็น งานส่วนหนึ่งของเทศบาล⁶ และยังเป็นการขับเน้นให้เห็นว่ารัฐบาลในระบอบใหม่มีความใส่ใจใน ปัญหาของประชาชน และยังเป็นการได้ประโยชน์ในทางการผลิตด้วย

การเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ยังมีผลทำให้พลเมืองมีความตื่นตัวทางการเมือง มากขึ้นและต้องการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับตนด้วย นำไปสู่การ แสดงความคิดเห็นของพลเมืองในเรื่องกิจการบ้านเมืองผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ จดหมายแสดงความคิดเห็นมายังรัฐบาล เป็นต้น ซึ่งก็มีส่วนในการชี้แนะให้รัฐบาลเห็นปัญหาที่ เกิดขึ้นในสังคมจากมุมมองของพลเมือง และได้มีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆด้วย ซึ่ง บางอย่างก็มีผลต่อการดำเนินการของรัฐบาล นอกจากนี้ยังมีสถาบันที่เกิดขึ้นใหม่ซึ่งถือเป็นปาก เสียงของพลเมืองโดยเฉพาะ คือสภาผู้แทนราษฎรที่ได้พยายามตรวจสอบการทำงานของรัฐบาล และเร่งรัดให้รัฐบาลดำเนินการแก้ปัญหาต่างๆในท้องถิ่น แสดงให้เห็นว่าแม้รัฐบาลจะมีอำนาจใน การดำเนินการต่างๆแก่พลเมืองเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่รัฐ แต่ก็มีกรถ่วงดุลจากฝ่ายต่างๆ ที่ทำให้ รัฐบาลต้องคำนึงถึงประโยชน์ของพลเมืองด้วย

ต่อมาหลังจากสิ้นสุดยุคสมัยของพระยาพหลพลพยุหเสนา ในพ.ศ.2481 ก็เข้าสู่สมัยของ นายกรัฐมนตรีคนใหม่คือจอมพลป.พิบูลสงคราม นโยบายของรัฐบาลก็เปลี่ยนมาเป็นการสร้าง

⁶ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการ ปกครอง พ.ศ.2475),” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), หน้า 180-181.

ลัทธิเชื้อผู้นำ ก็คือนายกรัฐมนตรี ซึ่งมีนโยบายสำคัญคือชาตินิยม ต้องการสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ โดยรัฐบาลนี้เห็นว่ารากฐานที่สำคัญของความเจริญของชาติก็คือพลเมือง ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะพัฒนาพลเมืองของชาติทั้งในทางปริมาณและคุณภาพ และต้องเป็นไปในแบบที่รัฐต้องการด้วย วิธีการของรัฐคือการเผยแพร่รัฐนิยมให้พลเมืองปฏิบัติตาม มีจำนวน 12 ฉบับ ครอบคลุมตั้งแต่เรื่องการแต่งกาย ภาษา ไปจนถึงกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรักษาความสะอาด การระวังตนไม่ให้เป็นโรค การสร้างร่างกายให้แข็งแรง เป้าหมายก็เพื่อให้พลเมืองมีสุขภาพที่ดี สามารถประกอบอาชีพการงานเป็นกำลังแก่ชาติได้⁷ กล่าวได้ว่าในยุคนี้นโยบายในการจัดการสุขภาพของพลเมืองโดยรัฐเปลี่ยนจากการขยายกิจการรักษาพยาบาลสู่คนหมู่มากในภาพรวม มาเป็นการสร้างสุขภาพพลเมืองเป็นรายบุคคล และเป็น การเน้นที่รายละเอียดถึงขั้นวิถีชีวิตและการปฏิบัติตัว ไม่ได้จำกัดเพียงเรื่องเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ เท่านั้น โดยใช้การประชาสัมพันธ์ ปลูกเรืออารมณ์ ความรู้สึกให้พลเมืองมีความรู้สึกร่วมกันกับรัฐ และปฏิบัติในแนวทางที่รัฐต้องการ ซึ่งเป้าหมายหลักของรัฐบาลชาตินิยมของจอมพลป.พิบูลสงครามคือการเพิ่มพลเมืองเพื่อสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ โดยมีการดำเนินการในหลายทาง ได้แก่ การเพิ่มการเกิด การลดการตาย และการเสริมสร้างร่างกาย

อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมในสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเป็นพันธมิตรกับญี่ปุ่นและประกาศสงครามกับฝ่ายอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ในปีพ.ศ.2485 ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจระหว่างประเทศจากการที่ไม่สามารถค้าขายกับอดีตประเทศคู่ค้าสำคัญเช่นอังกฤษและสหรัฐอเมริกาได้ ทำให้ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค รวมไปถึงเวชภัณฑ์และยารักษาโรค ก่อให้เกิดความเสียหายมาก นำไปสู่การก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 ให้เป็นอิสระจากกระทรวงมหาดไทย โดยมีจุดมุ่งหมายหนึ่งที่สำคัญก็คือการผลิตเวชภัณฑ์ต่างๆขึ้นใช้เอง⁸ ภาวะสงครามที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ น่าจะมีผลทำให้รัฐบาลให้ความสำคัญกับกิจการด้านอื่นโดยเฉพาะการทหารมากกว่าการ จัดบริการทางสุขภาพแก่พลเมือง กิจกรรมต่างๆที่เป็นการจัดบริการทางสุขภาพแก่พลเมืองที่รัฐเข้าไปจัดการโดยตรงจึงไม่เด่นชัดเท่าสมัยรัฐบาลก่อนหน้านั้น แต่เปลี่ยนไปเป็นการโฆษณาส่งเสริมให้พลเมืองดูแลและสร้างสุขภาพของตนเองแทน

เมื่อสงครามสิ้นสุดลงในปีพ.ศ.2488 และจอมพลป.พิบูลสงครามต้องลงจากอำนาจ ก็เข้าสู่ช่วงสมัยสั้นๆ ของรัฐบาลพลเรือนที่มีที่มาจากกลุ่มต่อต้านญี่ปุ่นเดิม ตามด้วยสมัยของคณะรัฐประหารที่จอมพลป.พิบูลสงครามได้กลับมาสู่ตำแหน่งนายกรัฐมนตรีอีกครั้งในระหว่างพ.ศ.

⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 190-193.

⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 196-198.

2490-2500 ในช่วงสมัยนี้ประเทศไทยได้เข้าไปเป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ และองค์การด้านสาธารณสุขระดับโลกที่เพิ่งเกิดขึ้น คือองค์การอนามัยโลก (WHO) รวมทั้งสถานการณ์ระหว่างประเทศที่เป็นช่วงของความขัดแย้งทางความคิดระหว่างค่ายโลกเสรีตะวันตกที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำ กับค่ายคอมมิวนิสต์ที่มีสหภาพโซเวียตเป็นผู้นำ รัฐบาลไทยเลือกที่จะอยู่ฝ่ายโลกเสรี นำมาซึ่งความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและทางทหารอย่างมหาศาลจากสหรัฐอเมริกา รวมไปถึงความช่วยเหลือต่างๆจากองค์การระหว่างประเทศด้วย ทำให้กิจการสุขภาพพลเมืองในช่วงนี้สัมพันธ์เป็นอย่างมากกับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ โดยเฉพาะความรู้และวิทยาการใหม่ๆในการจัดการกับปัญหาสุขภาพต่างๆ

กล่าวได้ว่าปัจจัยทางการเมืองระหว่างประเทศในทศวรรษ 2490 มีส่วนผลักดันให้รัฐเร่งดำเนินกิจการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพลเมืองซึ่งรวมถึงกิจการสุขภาพด้วย นอกจากนั้นความพยายามแทรกซึมพลเมืองและโฆษณากล่าวร้ายรัฐบาลในการบริหารประเทศโดยฝ่ายต่อต้านรัฐบาลก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้รัฐบาลต้องเร่งขยายการควบคุมดูแลพลเมือง วิธีการหนึ่งก็คือการขยายกิจการโรงพยาบาลทั่วประเทศ จนมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดได้ในช่วงปลายพุทธทศวรรษ 2490 นอกจากนี้ยังมีการจัดการกับปัญหาโรคต่างๆที่ทำให้คนตายและเจ็บป่วยมากโดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศและสหรัฐอเมริกา ซึ่งก็ได้ผลในการลดการตายและการเจ็บป่วยของประชากรอย่างมาก

โดยสรุปแล้วจะเห็นได้ว่าการแพทย์และการสาธารณสุข หรือก็คือกระบวนการจัดการสุขภาพของพลเมืองนั้น แท้จริงแล้วก็คือส่วนหนึ่งของกลไกรัฐในการจะใช้ควบคุมพลเมืองให้เกิดประโยชน์แก่รัฐ ซึ่งรูปแบบของการดำเนินการก็จะปรับเปลี่ยนไปตามอุดมการณ์ของรัฐรวมทั้งสถานการณ์โดยรวมในแต่ละยุคสมัย ดังนั้นการศึกษารูปแบบการจัดการสุขภาพพลเมืองของรัฐแต่ละสมัยในช่วงเวลาที่ศึกษา จึงสามารถสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ของรัฐสมัยนั้นๆได้เป็นอย่างดี รวมทั้งความสำคัญของกิจการสุขภาพพลเมืองในทัศนะของรัฐแต่ละยุคสมัยด้วย นอกจากนี้ยังสามารถแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการในความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐกับพลเมืองผ่านการจัดการสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่สังคมและวิถีชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะในปัจจุบันที่กิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นปัญหาที่มีการถกเถียงกันมากอย่างหลายแง่มุม เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีการฟ้องร้องแพทย์กันมากขึ้น ปัญหาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาการคุ้มครองผู้เสียหายจากบริการสาธารณสุข ปัญหาขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในชนบท เป็นต้น การย้อนกลับไปมองประวัติศาสตร์ของการพัฒนากิจการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเฉพาะในแง่มุมความสัมพันธ์ของรัฐ แพทย์ และพลเมือง อาจทำให้เกิดความเข้าใจในต้นตอของปัญหาต่างๆ ที่สั่งสมมาจนถึงปัจจุบันได้มากขึ้น

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดที่สำคัญเป็นอันดับแรกคือแนวคิดเกี่ยวกับ “รัฐ” รัฐเป็นสถาบันทางสังคมของมนุษย์มาช้านาน นักปรัชญาการเมืองสมัยกรีกโบราณหลายท่านได้พยายามอธิบายความหมายและหน้าที่ของรัฐไว้ต่าง ๆ กัน เช่น ไสเครติส (Socrates, พ.ศ.74-144) อธิบายว่ารัฐเป็นสิ่งที่ดีและจำเป็น การอยู่ร่วมกันของมนุษย์คือกำเนิดของรัฐ และรัฐเป็นแหล่งที่ทำให้มนุษย์พบกับชีวิตที่ดี⁹ ต่อมาเพลโต (Plato, พ.ศ.116-196) อธิบายว่า รัฐคือองค์กรสูงสุดในการจัดระเบียบสังคมเพื่อประโยชน์สุขแก่สมาชิกแห่งรัฐ รัฐจึงมีอำนาจเหนือกว่าบุคคลอื่นในรัฐด้วยความชอบธรรม¹⁰ หลังจากนั้นไม่นานอริสโตเติล (Aristotle, พ.ศ.159-221) อธิบายว่า บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของรัฐและได้รับประโยชน์จากรัฐ รัฐจำเป็นต้องมีกฎหมายเพื่อจัดระเบียบสังคม¹¹ กล่าวได้ว่านักปรัชญาการเมืองสมัยกรีกโบราณหรืออาจเรียกว่ายุคคลาสสิกให้ความสำคัญกับเป้าหมายแห่งรัฐ ซึ่งก็คือการมีสังคมที่ดี มีชีวิตที่ดี มีความสุขร่วมกัน โดยถือว่าอำนาจการเมืองคือวิถีทางที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายนี้ จึงเชิดชูผู้ปกครองที่มีคุณธรรม

ตรงกันข้ามกับแนวคิดของนักปรัชญาการเมืองในสมัยต่อมาที่สำคัญคือแมคเคียเวลลี (Nicolo Machiavelli, พ.ศ.2012-2070) ที่อธิบายว่า รัฐคือผู้ใช้อำนาจในทางการเมืองและกลวิธีที่จะนำมาและรักษาไว้ซึ่งอำนาจรวมไปถึงการขยายอำนาจ ซึ่งแยกเป็นอิสระจากส่วนอื่นๆ ทั้งคุณธรรม จริยธรรม หรือศาสนา การกระทำเพื่อความปลอดภัยของรัฐไม่ต้องคำนึงถึงความยุติธรรมหรือไม่ยุติธรรม มนุษยธรรมหรือความโหดร้าย นับว่าแนวคิดเกี่ยวกับรัฐของแมคเคียเวลลีเป็นการมุ่งเน้นชีวิตที่เป็นจริงมากกว่าชีวิตที่ควรจะเป็น ใช้อำนาจทางการเมืองเพื่อรักษารัฐและขยายรัฐโดยไม่ต้องใส่ใจถึงชีวิตที่ดีของประชาชนในรัฐ ช้ำยังเห็นประชาชนเป็นเพียงเครื่องมือในการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งอำนาจรัฐและการรักษาอำนาจรัฐอีกด้วย¹²

ในเวลาต่อมาไม่นานก็มีกลุ่มแนวคิดการเมืองแบบสัญญาประชาคมที่คัดค้านคำอธิบายของแมคเคียเวลลีโดยเห็นว่ารัฐจะต้องมีหน้าที่ในการส่งเสริมสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชนด้วย นักคิดในกลุ่มนี้เช่น โทมัส ฮ็อบส์ (Thomas Hobbes, พ.ศ.2131-2222) ที่อธิบายว่ารัฐเกิดจากการที่ประชาชนยอมสละสิทธิเสรีภาพส่วนหนึ่งให้กับองค์อธิปัตย์เพื่อให้คอยปกป้องสิทธิ

⁹ สมบัติ อัจฉริยวงศ์, การเมือง: แนวความคิดและการพัฒนา, (กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546), หน้า 25-26.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 45-46.

¹¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 77-78.

¹² เรื่องเดียวกัน, หน้า 102-103 และ 154..

เสรีภาพของตนไม่ให้ถูกผู้อื่นละเมิด เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายแห่งสันติภาพร่วมกัน¹³ จอห์น ล็อก (John Locke, พ.ศ.2175-2247) อธิบายว่า สิทธิแห่งรัฐทั้งหมดเป็นของประชาชน ส่วนรัฐบาลมีเพียงหน้าที่ในการกระทำเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน¹⁴ ส่วนรุสโซ (Jean Jacques Rousseau, พ.ศ.2255-2321) ไม่เน้นการคงอยู่ของรัฐ แต่มุ่งเน้นถึงประชาคม คือระบบที่สมาชิกร่วมกันรักษาประโยชน์ส่วนรวม สมาชิกทุกคนมีฐานะเท่าเทียมกันและได้รับประโยชน์เท่าๆกัน¹⁵

ในเวลาต่อมาก็มีนักคิดที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับรัฐในทางตรงข้ามกับแนวทางเดิมๆ ที่สำคัญคือ คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx, พ.ศ.2361-2426) อธิบายว่ารัฐเป็นเครื่องมือในการวางกรอบของสังคม และเป็นเครื่องมือที่ชนชั้นปกครองหรือชนชั้นที่เหนือกว่าใช้บีบบังคับชนชั้นได้ปกครองหรือชนชั้นที่ต่ำกว่า เพื่อเอาเปรียบชนชั้นเหล่านั้น ซึ่งหากการต่อสู้ทางชนชั้นสำเร็จแล้วชนชั้นผู้กดขี่จะถูกกำจัดออกไปเหลือเพียงชนชั้นแรงงานที่มีความเสมอภาค รัฐก็จะไม่จำเป็นต้องมีอยู่ต่อไป¹⁶ ต่อมาในพุทธศตวรรษที่ 25 ก็เริ่มมีการพิจารณารัฐในแง่ของโครงสร้างตามกฎหมาย ดังเช่นที่ปรากฏในอนุสัญญามอนเตวิเดโอ ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ของรัฐ (The Montevideo Convention on the Rights and Duties of State) ในปีพ.ศ.2476 ซึ่งกำหนดว่าองค์ประกอบที่สำคัญของรัฐ ได้แก่ ประชากรที่อยู่ร่วมกันอย่างถาวร อาณาเขตที่กำหนดไว้ชัดเจน รัฐบาล และความสามารถที่จะสถาปนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศได้¹⁷

สำหรับในสังคมไทย นักคิดผู้มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับรัฐเป็นท่านแรกๆ ก็คือหลวงประดิษฐมนูธรรมหรือนายปรีดี พนมยงค์ ซึ่งภายหลังจากที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศฝรั่งเศสแล้วก็ได้กลับมาเป็นอาจารย์ที่โรงเรียนกฎหมายกระทรวงยุติธรรมในระหว่างปีพ.ศ. 2470-2475 รวมทั้งได้จัดพิมพ์หนังสือ “นิติศาสตร์” และหนังสือกฎหมายอื่นๆออกเผยแพร่เพื่อเป็นความรู้แก่พลเมือง แนวความคิดเกี่ยวกับรัฐของปรีดี พนมยงค์ ปรากฏอยู่ในการสอนวิชากฎหมายปกครองซึ่งท่านเป็นผู้สอนในระหว่างปีพ.ศ.2474-2475 โดยได้อธิบายว่ารัฐมีหน้าที่ต้องรักษาอิสรภาพและความเสมอภาคของมนุษย์ ต้องคุ้มครองร่างกาย ชื่อเสียง ทรัพย์สิน รักษาความสงบเรียบร้อยทั้งภายในและภายนอกประเทศ และรัฐยังมีหน้าที่ต้องจัดการรักษาและบำรุงร่างกายอนามัย ทรัพย์สิน เพื่อให้ประเทศมีความสมบูรณ์ กล่าวโดยสรุปคือปรีดี พนมยงค์เห็นว่ากิจการ

¹³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 141-142.

¹⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 163.

¹⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 186.

¹⁶ สมพงษ์ ชูมาก, องค์การระหว่างประเทศ: สันนิบาตชาติ สหประชาชาติ, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 4-5.

¹⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Montevideo_Convention.

ของรัฐในทางปกครองแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ กิจการที่รัฐทำโดยความจำเป็นเพื่อป้องกันและรักษาความสงบเรียบร้อย และกิจการที่รัฐทำเพื่อส่งเสริมบำรุงฐานะความเป็นอยู่และความสุขสมบูรณ์ของราษฎร¹⁸ แนวคิดเรื่องรัฐของปรีดี พนมยงค์ มีสิ่งที่เป็นการทำทนายระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในสมัยนั้นหลายอย่าง เช่น เรื่องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค การแบ่งแยกอำนาจ ซึ่งต่อมาแนวคิดเหล่านี้ก็ได้เป็นหลักการของรัฐประชาธิปไตยหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475¹⁹

สำหรับนักวิชาการไทยในปัจจุบันที่ศึกษาเรื่องรัฐกับสังคมไทยที่สำคัญท่านหนึ่งก็คือ ชัยอนันต์ สมุทวณิช ซึ่งได้มองรัฐผ่านรูปแบบสำคัญหลายประการ เช่น โครงสร้างของรัฐ ภารกิจแต่ละด้าน โครงสร้างทางสังคม โครงสร้างทางเศรษฐกิจ ทิศทางของการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และได้นำเสนอทฤษฎีสำคัญคือทฤษฎีไตรลักษณ์รัฐ หมายถึงรัฐที่ประสานมิติของรัฐ 3 ด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านความมั่นคง ด้านการพัฒนา และด้านประชาธิปไตย มิติของรัฐทั้ง 3 ด้านนี้สัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก แต่ละด้านต่างขับเคลื่อนซึ่งกันและกัน และขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน ในบางสถานการณ์ มิติหนึ่งๆอาจเป็นด้านหลัก ส่วนมิติอื่นเป็นด้านรอง แต่มิติด้านรองก็ยังคงดำรงอยู่ มิได้ถูกขจัดออกไปหรือถูกบดบังโดยสิ้นเชิง ลักษณะสามมิติของรัฐนี้เกิดจากพัฒนาการอันยาวนาน และเป็นผลผลิตของสังคมไทยยุคใหม่ที่เกิดขึ้นหลังพ.ศ.2475 โดยปัญหาที่ยิ่งใหญ่ของรัฐไทยก็คือ การจัดดุลยภาพระหว่างมิติทั้งสามด้านให้เหมาะสมในแต่ละสมัย เพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมให้เป็นไปได้ในทางที่จะเป็นประโยชน์มากที่สุด²⁰

โดยสรุปแล้วในการศึกษาถึงบทบาทของรัฐในกิจการสุขภาพพลเมืองจะต้องมีความเข้าใจถึงเป้าหมายและอำนาจหน้าที่ต่างๆของรัฐ กล่าวคือ ในด้านหนึ่งรัฐเป็นผู้ใช้อำนาจเหนือประชาชนพลเมืองและมีความจำเป็นที่จะต้องรักษาผลประโยชน์ของรัฐเป็นสำคัญ รวมไปถึงการขยายอำนาจและรักษาอำนาจรัฐ หรืออาจเรียกได้ว่ารักษาความมั่นคงของรัฐ แต่เนื่องจากรัฐไม่มีตัวตนที่ชัดเจนจึงได้มีกลุ่มคนที่เป็นผู้กุมอำนาจรัฐและกำหนดทิศทางกิจกรรมต่างๆของรัฐ ซึ่งกลุ่มคนๆนี้ก็มีทั้งกลุ่มที่เป็นผู้กุมอำนาจในทางปกครอง และผู้ที่กุมอำนาจในทางเศรษฐกิจ กลุ่มคนผู้กุมอำนาจรัฐนอกจากจะทำหน้าที่ในการรักษาประโยชน์ของรัฐแล้วยังอาจใช้อำนาจในการรักษาหรือดักตวงผลประโยชน์เข้าสู่กลุ่มตนด้วย รวมไปถึงการเอาเปรียบผู้อยู่ใต้อำนาจ แตกต่าง

¹⁸ ปรีดี พนมยงค์, “คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513) ใน ประชุมกฎหมายมหาชน และเอกชนของปรีดี พนมยงค์ (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553), หน้า 61 และ 162.

¹⁹ ดูแนวคิดเรื่องรัฐของปรีดี พนมยงค์ เพิ่มเติมได้ใน เปรมจิตกร กลิ่นอุบล, “รัฐในทัศนะของ ดร.ปรีดี พนมยงค์,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536).

²⁰ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, รัฐ (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535), หน้า 198-201.

กันไปตามลักษณะของกลุ่มผู้มีอำนาจนั้น อย่างไรก็ตามรัฐยังมีอีกด้านหนึ่งคือเป็นการรวมตัวกันของประชาชนในรัฐ ซึ่งให้อำนาจแก่รัฐไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม เพื่อให้เป็นตัวแทนในการคุ้มครองประชาชนให้มีความสงบสุขสันติ ปลอดภัยจากภัยอันตรายต่างๆ รวมทั้งทำประโยชน์แก่ประชาชนทั้งในฐานะมนุษย์และในฐานะพลเมืองของรัฐ ดังนั้นรัฐที่มีแต่การใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ของรัฐ และกลุ่มผู้กุมอำนาจรัฐจึงไม่อาจจะคงอยู่ได้หากไม่มีการคุ้มครองและให้ประโยชน์แก่ประชาชนพลเมืองตามสมควร ในงานวิจัยชิ้นนี้ประโยชน์ของพลเมืองดังกล่าวก็คือประโยชน์ในทางสุขภาพ และประโยชน์ที่รัฐจะได้ก็คือประโยชน์ในทางความมั่นคงและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งต่างก็มีการถ่วงดุลจุดตั้งซึ่งกันและกันแตกต่างกันไปในรัฐแต่ละสมัย

แนวคิดที่สำคัญลำดับต่อมาก็คือแนวคิดเกี่ยวกับพลเมืองหรือราษฎร ปรีดี พนมยงค์ เป็นนักคิดท่านแรกๆในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับพลเมืองหรือราษฎรในฐานะที่เป็นมนุษย์ โดยได้กล่าวถึง “สิทธิของมนุษย์ชน” ที่หมายถึงว่ามนุษย์เกิดมามีสิทธิและหน้าที่ที่จะดำรงชีวิตและรวมกันอยู่เป็นหมู่คณะ ซึ่งแบ่งได้เป็นอีก 3 ส่วน คือ เสรีภาพ ความเสมอภาค และภราดรภาพ ซึ่งหลักการเหล่านี้ต่อมา ก็ได้กลายเป็นหลักการของการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นประชาธิปไตยในปีพ.ศ.2475 ในหลักการเรื่องภราดรภาพปรีดี พนมยงค์ได้กล่าวไว้ว่านอกจากเสรีภาพและความเสมอภาคของมนุษย์แล้ว มนุษย์ยังต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วย อาจกระทำโดยเอกชนช่วยเหลือกันเอง หรือรัฐช่วยเหลือเอกชน และปรีดี พนมยงค์ก็ยังได้กล่าวถึงหน้าที่ของรัฐไว้ในอีกตอนหนึ่งว่ามีหน้าที่ในการรักษาความสงบและบำรุงความสุขของราษฎร²¹ นับว่าเป็นหลักการพื้นฐานที่ทำให้รัฐดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อพลเมืองในลักษณะต่างๆ รวมไปถึงถึงกิจการด้านสุขภาพ

สำหรับความแตกต่างระหว่างความหมายของคำว่าพลเมืองกับราษฎรนั้น ชาญวิทย์ เกษตรศิริ และ นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ อธิบายไว้สอดคล้องกันว่า ภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในสยามตั้งแต่ช่วงต้นสมัยรัตนโกสินทร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมัยที่มีการปฏิรูปของรัชกาลที่ 5 มีการเลิกทาส เลิกไพร่ เปลี่ยนเป็นการเกณฑ์ทหาร คำว่า “ไพร่ ทาส ข้า ขี้ข้า” ก็หมดความหมายด้านการปกครองไป (เหลือแต่ความหมายทางด้านสังคมและวัฒนธรรม) หลังจากนั้นคำบางคำจึงได้ถูกนำมาใช้ ซึ่งอาจจะเป็นคำเก่าที่มีมานานแล้ว แต่จะถูกใช้ในความหมายใหม่ คือคำว่า “พลเมือง” และ “ราษฎร” ซึ่งปรากฏว่าคำว่า “พลเมือง” มีความหมายอย่างกลางๆ บ่งบอกการมีสำนึกทางการเมืองแบบไม่มีการแบ่งแยกฐานะทางสังคม และเน้นความ

²¹ ปรีดี พนมยงค์, “คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513) ใน ประชุมกฎหมายมหาชน และเอกชนของปรีดี พนมยงค์, หน้า 54-61 และ 162.

สามัคคีเป็นหลัก เพราะทุกคนก็ล้วนแล้วแต่เป็นพลเมืองทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังเน้นในเรื่อง “หน้าที่” ทั้งหน้าที่การงานและหน้าที่ที่มีต่อรัฐ ส่วนคำว่า “ราษฎร” จะมีการใช้โดยสามัญชนที่มีความคิดอ่านอย่างเช่นเทียนวรรณตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และต่อมาได้เป็นที่ยอมรับจากคนระดับล่างของสังคมและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีความหมายทางการเมืองคนละแบบกับคำว่าพลเมือง คือคำว่า “ราษฎร” จะใช้ในความหมายที่เน้นให้เห็นว่าสังคมมีการแบ่งแยกฐานะ เป็นเจ้านาย เป็นราษฎร เน้นสำนึกของสิทธิมากกว่าหน้าที่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองสู่ระบอบประชาธิปไตยเมื่อ พ.ศ.2475 คณะผู้ก่อการก็ใช้ชื่อว่าคณะราษฎร สะท้อนให้เห็นความคิดทางการเมืองสมัยใหม่ในแบบประชาธิปไตยตะวันตก ในแง่ของ “ราษฎร” ที่พึงมีสิทธิมีเสียงในการปกครอง (นำไปสู่การแสดงออกซึ่งการเรียกร้องต่างๆของราษฎรต่อรัฐ) ซึ่งในที่สุดแล้วคำว่า “ประชาชน” จะเข้ามามีบทบาทแทนที่คำว่า “ราษฎร” เมื่อจิตสำนึกทางการเมืองของคนไทยมีเพิ่มมากขึ้น²²

ส่วนธเนศ อาภรณ์สุวรรณ อธิบายว่า ภาวะของการเป็นพลเมืองก็คือสังคมการแสดงออกที่รวมศูนย์ของสิทธิทางการเมืองของราษฎร เป็นการเปลี่ยนผ่านจากสถานะของผู้อยู่ใต้การปกครองที่มีฐานะและอภิสิทธิ์แตกต่างกันตามตำแหน่งทางสังคมของแต่ละคน เช่น ไพร่ ทาส ขุนนาง เจ้านาย มาสู่การเป็นสมาชิกที่มีศักดิ์และสิทธิเท่าเทียมกันด้วยการเป็นพลเมืองของรัฐที่เหมือนกัน ภาวะการเป็นพลเมืองประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ สิทธิพลเมือง (civil rights) สิทธิการเมือง (political rights) และสิทธิทางสังคม (social rights) สิทธิพลเมืองคือส่วนที่ปกป้องเสรีภาพของปัจเจกชน สิทธิการเมืองคือส่วนที่ประกันการมีส่วนร่วมในการใช้อำนาจการเมืองของประชาชน และสิทธิทางสังคมคือส่วนที่อำนวยความสะดวกเข้าถึงความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทางวัตถุและทางวัฒนธรรม ซึ่งตรงกับสิทธิพื้นฐานของความเป็นมนุษย์²³

นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ที่อภิปรายไว้อย่างน่าสนใจถึงความแตกต่างระหว่างพลเมืองและปัจเจกชน รวมไปถึงความเป็นพลเมืองดี ยุทธนา วรณปิติกุล และ สุพิธา เริงจิต ได้อธิบายว่าปัจเจกชนดำรงอยู่ได้ด้วยตัวเองและตระหนักรู้ในศักยภาพของตน ส่วนพลเมืองถูกจำกัดขอบเขตด้วยเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมสังคม พลเมืองจึงมีมิติของการใช้ชีวิตทางการเมืองร่วมกับผู้อื่น ซึ่งรัฐจะจัดการฝึกอบรมพลเมืองโดยใช้การศึกษา ตั้งแต่สมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์จนถึงสมัยประชาธิปไตย โดยมีเป้าหมายให้เป็นพลเมืองที่ดี คือการไม่ต่อต้านนโยบายของรัฐและปฏิบัติตาม

²² ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2549), หน้า 44-46, และ นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, ความคิด ความรู้ และอำนาจการเมือง ในการปฏิวัติสยาม 2475 (กรุงเทพฯ: ฟ้าเดียวกัน, 2546), หน้า 180-182.

²³ ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ, ความคิดการเมืองไพร่กระฎุมพีแห่งกรุงรัตนโกสินทร์ (กรุงเทพฯ: มติชน, 2549), หน้า 94-95.

ดังนั้นพลเมืองจะถูกจำกัดขอบเขตในขั้นพื้นฐานด้วยอำนาจของรัฐ ในขณะที่ปัจเจกบุคคลสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง และมีความคิดเป็นกบฏต่อนโยบายของรัฐเป็นครั้งคราว ซึ่งการไม่เชื่อฟังรัฐในบางเรื่องนั้น บางครั้งจะกลายเป็นปัญหาทางจริยธรรมที่รัฐนำมาครอบงำประชาชนให้สับสนระหว่างการเป็นคนดีกับการเป็นพลเมืองดี โดยพยายามปลูกฝังความถูกต้อง ควรไม่ควร ตามแนวทางของรัฐ²⁴

ดังนั้นในเรื่องสุขภาพของพลเมืองในด้านหนึ่งจึงเป็นพื้นที่ที่รัฐพยายามขยายอำนาจไปถึง ซึ่งพลเมืองมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางของรัฐ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อรัฐและประโยชน์ต่อตนเองด้วย โดยมีวิธีการคือรัฐขยายกลไกในทางสุขภาพลงไปสู่พลเมือง อาศัยความรู้ในทางสุขภาพที่เหนือกว่าพลเมืองทำการปฏิบัติการในทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมไปถึงการใช้วิธีกล่อมเกลอบรรณพลเมืองให้เชื่อฟังและปฏิบัติตามแนวทางของรัฐ แต่ในอีกด้านหนึ่งการมีสุขภาพดีก็ถือเป็นความสุขในชีวิตความเป็นอยู่ของพลเมืองซึ่งรัฐจำเป็นต้องจัดการบำรุง เป็นสิทธิของพลเมืองที่ควรจะได้รับจากรัฐอีกด้วย โดยอยู่ในสิทธิทางสังคม ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งพลเมืองก็มีความตระหนักและมีการเรียกร้องเพื่อให้ได้มาผ่านช่องทางต่างๆ เป็นความพยายามมีส่วนร่วมและกำหนดทิศทางในการดำเนินการของรัฐได้ในระดับหนึ่ง

บททวนวรรณกรรม

สำหรับงานเขียนเกี่ยวกับบทบาทของรัฐในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของพลเมืองนั้น ชาติชาย มุกสง ได้ทำการศึกษารวบรวมและอภิปรายให้เห็นถึงพัฒนาการในการเขียนไว้ในบทความเรื่อง “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย : จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ”²⁵ โดยแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการการเขียนประวัติศาสตร์การแพทย์ที่เริ่มจากแบบราชาชาตินิยม ที่ให้ความสำคัญกับชนชั้นนำหรือมหาบุรุษผู้นำการเปลี่ยนแปลงมาสู่วงการแพทย์ โดยการเลือกรับการแพทย์ตะวันตก ทำให้การแพทย์การสาธารณสุขในประเทศมีความก้าวหน้า รวมไปถึงประวัติศาสตร์นิพนธ์ของการค้นหาบิดาของการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย เช่น เรื่องพระบิดาแห่งการแพทย์ไทย (2521)²⁶ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น

²⁴ ยุทธนา วรุมพิติกุล และสุพิดา เริงจิต, สำนักพลเมือง ความเรียงว่าด้วยประชาชนบนเส้นทางประชาสังคม (กรุงเทพฯ: มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม (CIVICNET), 2542), หน้า 67-70.

²⁵ ชาติชาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” ใน พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม, โภมาศร จึงเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2549), หน้า 77-156.

²⁶ บุญเสริม นามวัง (รวบรวม), พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย (กรุงเทพฯ: สาส์นประชากราษฎร์, 2521).

งานเขียนที่อธิบายถึงบทบาทของรัฐในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และมักจะแสดงให้เห็นแต่ภาพในด้านดีที่มีแต่ความเจริญก้าวหน้า หรือไม่ก็จะเป็นการเขียนประวัติศาสตร์ “การพัฒนา” คือการให้ความชอบธรรมกับอำนาจรัฐ ซึ่งลักษณะเด่นของงานเขียนแนวนี้เป็นการนำเอาประวัติศาสตร์มาช่วยยืนยันความชอบธรรมและสนับสนุนการใช้นโยบายของรัฐด้านการแพทย์และสาธารณสุข และให้ความสำคัญกับประวัติสถาบันที่รัฐใช้ในการจัดการ โดยผู้เขียนก็มักเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมดำเนินการอยู่ในสถาบันนั้นๆเอง เช่น ประวัติกระทรวงสาธารณสุขโดยพระบาราศนราดूर (2500)²⁷ รวมไปถึงประวัติและผลงานของหน่วยงานต่างๆที่ปรากฏในอนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.2500²⁸ การเขียนประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขโดยอิงกับสถาบันเช่นนี้ยังนิยมเขียนกันเรื่อยมาอย่างยาวนาน เช่น ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์โดยโรงพยาบาลศิริราช (2525)²⁹ ประวัติการพยาบาลในประเทศไทยโดยกองวิทยาลัยพยาบาล (2529)³⁰ เป็นต้น ซึ่งแนวทางการเขียนส่วนใหญ่มักเป็นการบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามลำดับเวลา และสัมพันธ์กับสถาบันนั้นๆเป็นส่วนใหญ่ ยังขาดความเป็นประวัติศาสตร์ที่ต้องมีการวิเคราะห์สังเคราะห์ให้เห็นถึงอิทธิพลหรือบทบาทของสถาบันทางการแพทย์ที่มีต่อสังคมหรือพลเมือง³¹

ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 ที่ทำให้เกิดความสนใจทางด้านมวลชนหรือสังคมมากขึ้นนอกเหนือไปจากกลุ่มผู้ปกครองทั้งกลุ่มเจ้าหรือรัฐบาล นำไปสู่การเปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและการจัดบริการทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไปเป็นเน้นสร้างความสมดุลระหว่างการรักษากับการป้องกัน และจัดบริการให้ประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการศึกษาเรื่องการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพของรัฐโดยมีการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับบริบททางสังคมด้านต่างๆมากขึ้นกว่าการเขียนในเชิงมหาบุรุษและการเขียนเชิงการพัฒนาแบบเดิม โดยเฉพาะงานค้นคว้าวิจัยในระดับวิทยานิพนธ์ที่เกิดขึ้นมากมายตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2520 จนถึงปัจจุบัน เช่น งานวิจัยของยุวดี ตปนิยากร เรื่อง “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น

²⁷ พระบาราศนราดूर, “ประวัติกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500), หน้า 1-54.

²⁸ กระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500 (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500).

²⁹ จรัล เกร้นพงษ์ (บรรณาธิการ), ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ (กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525).

³⁰ ผกา เศรษฐจันทร์, กุลยา ตันติผลาชีวะ และ เพ็ญฟ้า นรพัลลภ (เรียบเรียง), ประวัติการพยาบาลในประเทศไทย (กรุงเทพฯ: กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2529).

³¹ ชาติชาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมขนานนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” หน้า 103.

จนถึงสิ้นสุริยคติกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว” (2522)³² ที่แม้จะยังอิงอยู่กับสถาบันพระมหากษัตริย์ในการทำให้การแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่เจริญขึ้นในประเทศไทย แต่ก็มีภาวะวิเคราะห์สัมพันธ์กับบริบททางสังคมด้านอื่นๆ ด้วย มีการค้นคว้าถึงโรคที่พบมากในสังคม ตั้งแต่สมัยอยุธยา รวมทั้งการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ราษฎรใช้ต่อสู้กับโรคเหล่านี้มาก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่จะพัฒนา หรือในงานวิจัยของจตุรพิช ชมพูนุช เรื่อง “การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการสร้างแผนพัฒนาสังคมในประเทศไทย : ศึกษาเฉพาะกรณีแผนสาธารณสุขไทย” (2526)³³ ซึ่งเสนอว่าแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขช่วงทศวรรษ 2500 ตกอยู่ภายใต้กรอบการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแบบกระแสหลักเป็นสำคัญ โดยเชื่อว่าเมื่อเศรษฐกิจโดยรวมดีขึ้นแล้ว ความเป็นอยู่ของประชาชนก็จะดีขึ้นด้วย หรือในวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของวาริยา ศิวะศรียานนท์ เรื่อง “The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World : A Case Study of the Rockefeller Foundation’s Role in a Thai Medical School (1923-1935)” (2527)³⁴ ซึ่งเสนอข้อสรุปว่า การบริหารจัดการการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากอำนาจภายในอาณาเขตของประเทศไทยอย่างเดียว เนื่องจากการเมืองระหว่างประเทศก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการสาธารณสุขภายในของไทย และพัฒนาการทางเศรษฐกิจของทุนนิยมโลกก็มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อนโยบายการดำเนินการบริหารจัดการการสาธารณสุขของไทย ซึ่งยอมรับเอาการแพทย์สมัยใหม่ที่มีรูปแบบของการแพทย์แบบทุนนิยมเสรีนิยม โดยเน้นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศเป็นหลัก มีการสรุปว่าในการก้าวสู่ภาวะความทันสมัยด้านสาธารณสุขนั้น นโยบายระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกาและการพัฒนาทุนนิยมโลกมีส่วนอย่างสำคัญในการทำให้รัฐบาลไทยต้องยอมตามเงื่อนไขของต่างประเทศเพื่อแลกกับการพัฒนาการแพทย์ในประเทศไทยให้ทันสมัย ไม่ใช่เกิดจากความปรีชาสามารถของมหาบุรุษไทยตามการเขียนประวัติศาสตร์แบบราชาชาตินิยมที่เป็นวาทกรรมหลักเท่านั้น³⁵

³² ยุวดี ตปนียากร, “วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุริยคติกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522).

³³ จตุรพิช ชมพูนุช, “การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการสร้างแผนพัฒนาสังคมในประเทศไทย: ศึกษาเฉพาะกรณีแผนสาธารณสุข,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526).

³⁴ Wariya Siwasariyanon, “The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World,” (Doctoral dissertation, American studies, University of Hawaii, 1984).

³⁵ ชาติตาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” หน้า 108-109.

ต่อมาก็มีงานศึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการของรัฐด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ในวิทยานิพนธ์ของเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ เรื่อง “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)” (2528)³⁶ ซึ่งเป็นงานอีกชิ้นหนึ่งที่ได้รับการอ้างอิงกันอย่างกว้างขวางในการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข ประเด็นสำคัญของงานชิ้นนี้ก็ไม่พ้นการประเมินบทบาทและรูปแบบการจัดการของรัฐในการจัดการสุขภาพแก่ประชาชนในแต่ละสมัย แต่งานชิ้นนี้ได้ไปไกลกว่าการศึกษาเรื่องการขยายตัวของสถาบันและการบริการสาธารณสุขในเชิงปริมาณ โดยได้สนใจวิเคราะห์ถึงปัญหาในเชิงคุณภาพของการจัดการสาธารณสุขของรัฐด้วยว่า ในแต่ละช่วงสมัยการจัดการด้านการรักษาและการป้องกันซึ่งเป็นปัญหามาตลอดในระบบสาธารณสุขไทยนั้นรัฐได้จัดการอย่างไร และก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการสุขภาพที่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันอย่างไร เช่น การที่เน้นคุณภาพทางการแพทย์มากกว่าการสาธารณสุขทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์และต้องพึ่งพาเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เป็นต้น หรือในวิทยานิพนธ์ของสุกิจ ด่านยุทธศิลป์ เรื่อง “การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ.2453-2468)” (2533)³⁷ ที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของรัฐและชนชั้นนำในการสถาปนาระบบการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศไทย จนเป็นผลให้รัฐต้องจัดให้มีการสาธารณสุขแบบใหม่ เพื่อประโยชน์ในการขยายบทบาทด้านการปกครองของรัฐ³⁸

ในเวลาต่อมาก็ได้มีผู้ทำการศึกษาประวัติศาสตร์สุขภาพในแง่มุมอื่นๆที่นอกเหนือจากประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เช่น ในงานวิจัยของวรรณารถ แก้วศิริ ที่ศึกษาประวัติศาสตร์ของโรค เรื่อง “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475” (2535)³⁹ โดยศึกษาความเป็นมาของปัญหาโรคระบาดในสังคมไทยที่กระทบชีวิตของพลเมืองจำนวนมาก

³⁶ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528).

³⁷ สุกิจ ด่านยุทธศิลป์, “การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468),” (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533).

³⁸ ชาดิชาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” หน้า 109-111.

³⁹ วรรณารถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์,” (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535).

และสัมพันธ์กับการขยายตัวของชุมชนเมืองและการคมนาคม โดยมีโรคที่สำคัญได้แก่ อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ และกาฬโรค รวมไปถึงการจัดการของรัฐต่อปัญหาโรคระบาดเหล่านี้ ซึ่งบางอย่างก็ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่พลเมือง หรือในงานวิจัยของมนฤทัย ไชยวิเศษ เรื่อง “ประวัติศาสตร์สังคม: สัมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540)” (2542)⁴⁰ ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมกาฬโรคของพลเมือง รวมทั้งการดำเนินการของรัฐในการควบคุมพฤติกรรมนี้ให้ถูกสุขลักษณะ ซึ่งเปลี่ยนไปในแต่ละสมัยตามบริบทของสังคมการเมือง

ในเวลาต่อมาประเด็นการศึกษาบทบาทของรัฐที่เข้ามามีอำนาจในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนได้รับความสนใจในหมู่นักวิชาการเป็นอย่างมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะความดึงดูดใจของวิธีศึกษา “วิเคราะห์วาทกรรม” ของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault, 1924-1984) นักปรัชญาที่มีชื่อเสียงในแนวการศึกษาสกุลหลังสมัยใหม่ (Postmodern) ที่เปิดโปงให้เห็นถึงความแยบคายของอำนาจ งานศึกษาแนวทางนี้ในด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขที่ปรากฏขึ้นอย่างเด่นชัด ได้แก่งานวิจัยของทวีศักดิ์ เผือกสม เรื่อง “เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย” (2550)⁴¹ ซึ่งมีหน่วยของการศึกษาวิเคราะห์อยู่ที่รัฐเช่นกัน แต่ไม่ได้เป็นการประเมินบทบาทของรัฐในแง่บวก หากแต่เป็นการมองรัฐในฐานะผู้กระทำในการกำหนดระบบสาธารณสุขจากการใช้อำนาจผ่านความรู้สมัยใหม่ งานชิ้นนี้จึงเป็นการเปิดโปงให้เห็นวาทกรรมทางการแพทย์ของรัฐที่นำมาเป็นเครื่องมือในการปกครอง รวมทั้งการเสนอว่าหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้มีแนวคิดจะให้การสาธารณสุขในการสร้างชาติที่เรียกว่า “รัฐเวชกรรม” ขึ้น งานชิ้นนี้ยังแสดงให้เห็นถึงวิธีการศึกษาในแนวประวัติศาสตร์ภูมิปัญญาว่าสังคมไทยมองเรื่องเชื้อโรค ร่างกาย และความเจ็บป่วย เปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่องทุกสมัย และการแพทย์แผนสมัยใหม่ได้เข้าไปมีส่วนในการสร้างคำอธิบายเรื่องเหล่านี้ขึ้นมาและเปลี่ยนความสัมพันธ์ของผู้คนกับรัฐในสังคมไทยในด้านการจัดการสุขภาพ⁴²

⁴⁰ มนฤทัย ไชยวิเศษ, “ประวัติศาสตร์สังคม: สัมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540),” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542).

⁴¹ ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550).

⁴² ชาตชาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” หน้า 111-112.

นอกจากนี้ยังมีวิทยานิพนธ์ของก้องสกุล กวินรวีกุล เรื่อง “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487” (2545)⁴³ ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการควบคุมจัดการของอำนาจรัฐที่แสดงออกผ่านวิธีการต่างๆ เพื่อดำเนินการให้ร่างกายประชาชนซึ่งเป็นเป้าหมายที่อำนาจรัฐมุ่งหวังจะจัดการให้เป็นไปตามความประสงค์ของรัฐ และในกระบวนการนี้ การแพทย์ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือทางอำนาจที่สำคัญในการควบคุมสังคม งานชิ้นนี้ได้แสดงให้เห็นถึงวาทกรรมที่รัฐสร้างขึ้นมากำกับ ควบคุมประชากรของรัฐเกี่ยวกับความคิด วิธีการคิด และวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับร่างกายในระดับบุคคลให้มีความสอดคล้องกับความต้องการหรืออุดมการณ์ของรัฐ โดยมองผ่านรัฐที่อยู่ในช่วงการสร้างชาติให้ทันสมัยหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อพ.ศ. 2475 โดยในกระบวนการสร้างชาตินั้นต้องการพลเมืองที่มีร่างกายแข็งแรงสุขภาพดีมาเป็นกำลังการผลิตทางเศรษฐกิจและต้องเสียภาษีให้แก่รัฐ รวมทั้งเป็นกำลังป้องกันประเทศชาติในยามสงคราม เช่นเดียวกับบทความของชาติชาย มุกสง เรื่อง “วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487)” (2548)⁴⁴ ซึ่งสนใจการเผยแพร่อำนาจของการแพทย์ที่แยกไม่ออกจากบริบททางเศรษฐกิจและการเมืองของยุคสมัย โดยพยายามแสดงให้เห็นว่าในยุคการสร้างชาติหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองได้เกิดการขยายตัวของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันในสังคมไทยมากกว่าครั้งใดๆ นอกจากนี้ยังมีงานที่ศึกษาบทบาทของรัฐในการบริหารงานด้านสาธารณสุขซึ่งสัมพันธ์กับภาวะทางการเมือง คืองานวิจัยของวิวรรณ เอกกรินทรากุล เรื่อง “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ.2501-2520” (2547)⁴⁵ ซึ่งเสนอว่าการบริหารงานสาธารณสุขก่อนพ.ศ.2516 อยู่ในการควบคุมของรัฐอย่างสิ้นเชิง โดยรัฐใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือในนโยบายการพัฒนาชนบทเพื่อสร้างความนิยมในหมู่ประชาชน และเป็นเครื่องมือในสงครามมวลชนเพื่อต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์⁴⁶

นอกจากนี้ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2540 เป็นต้นไป เป็นช่วงเวลาที่การแพทย์และสาธารณสุขมีประเด็นปัญหาให้ถกเถียงกันมาก เช่น เรื่องการฟ้องร้องแพทย์ เรื่องสาธารณสุขมูลฐาน เรื่อง

⁴³ ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545).

⁴⁴ ชาติชาย มุกสง, “วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487),” *สังคมศาสตร์* 17, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2548): 45-89.

⁴⁵ วิวรรณ เอกกรินทรากุล, “การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ.2501-2520,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547).

⁴⁶ ชาติชาย มุกสง, “การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ,” หน้า 112-114.

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น ทำให้มีความพยายามที่จะศึกษาวิจัยถึงพัฒนาการของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเป็นงานวิจัยกึ่งประวัติศาสตร์ กึ่งสังคมวิทยา มานุษยวิทยา เช่น งานวิจัยเรื่อง “ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข” (2541)⁴⁷ โดยชูชัย ศุภวงศ์ และงานวิจัยเรื่อง “ความรู้ อำนาจ และระบบราชการ: บทวิเคราะห์วัฒนธรรมราชการสาธารณสุข” (2545)⁴⁸ โดยโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งงานวิจัยทั้งสองชิ้นนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยจะมุ่งวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบการจัดการด้านสุขภาพของรัฐ รวมไปถึงปัญหาต่างๆในการดำเนินงาน โดยไม่ได้โยงความสัมพันธ์กับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมมากนัก แต่ก็ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนต่างๆของระบบรวมทั้งที่มาของจุดอ่อนนั้น

จะเห็นได้ว่างานศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมด หากมิใช่เป็นการศึกษาที่ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่งโดยเฉพาะ ก็จะเป็นการศึกษาที่ประเด็นใดประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะ หรือไม่ก็ใช้วิธีการศึกษาหรืออธิบายแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น งานของเพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐจะเน้นที่บทบาทของรัฐในกิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละสมัย เน้นข้อมูลตัวเลขและสถิติต่างๆแสดงถึงการดำเนินการของรัฐ ใช้หลักฐานของราชการเป็นหลักโดยเฉพาะหลักฐานที่รวบรวมทำขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขเองในรูปอนุสรณ์กระทรวง ทำให้การเชื่อมโยงกับบริบทอื่นทั้งในทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม มีน้อย มองเห็นเพียงสิ่งที่รัฐได้ดำเนินการหรือไม่ได้ดำเนินการเท่านั้น ยังไม่ทำให้มองเห็นถึงการให้ความหมายและความสำคัญของกิจการสุขภาพในสายตาของผู้ปกครองในสถานการณ์ต่างๆ ที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในแง่มุมที่รัฐใช้อำนาจที่เหนือกว่าครอบคลุมพลเมืองในทางสุขภาพอย่างไร ซึ่งในแต่ละสมัยก็ยังมีช่วงเวลาย่อยๆที่อุดมการณ์และสถานการณ์แตกต่างกัน และส่งผลถึงกิจการต่างๆในรายละเอียด

ในอีกทางหนึ่ง งานศึกษาบางชิ้นก็จะเน้นที่ประเด็นวาทกรรมและการใช้อำนาจของรัฐอย่างมาก วิเคราะห์วิพากษ์ในแนวทางหลังสมัยใหม่ มองว่ารัฐใช้กิจการสุขภาพเพื่อควบคุมพลเมืองเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และเป็นการใช้อำนาจของรัฐเหนือร่างกายของพลเมือง ดังปรากฏในการวิเคราะห์ของทวิตต์ต์ เผือกสม การมองเช่นนี้ทำให้กิจการสุขภาพพลเมืองเหมือนกับเป็นกิจการที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ของรัฐในทางการเมืองและเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว โดยที่

⁴⁷ ชูชัย ศุภวงศ์, ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541).

⁴⁸ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ความรู้ อำนาจ และระบบราชการ: บทวิเคราะห์วัฒนธรรมราชการสาธารณสุข (นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545).

พลเมืองไม่ได้ประโยชน์ด้วยเลย ซึ่งอันที่จริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น กิจการสุขภาพของรัฐบาลทำให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนพลเมืองได้มาก ลดการตายและการเจ็บป่วยได้มาก และในบางครั้งรัฐเองก็ไม่ใช่ว่าจะทำได้ตามต้องการทุกอย่าง แต่ยังอาจถูกกดดันหรือกระตุ้นได้จากปัจจัยบางอย่าง เช่น การเรียกร้องจากราชกรหรือผู้แทนราชกร ความเปลี่ยนแปลงของอุดมการณ์แนวคิดทางการเมือง ความสัมพันธ์กับต่างประเทศ เป็นต้น

นอกจากนี้ในงานศึกษาเฉพาะประเด็นในช่วงสมัยหนึ่งที่แม้จะสามารถเข้าถึงในรายละเอียด เช่นในงานของก้องสกล กวินวิกุลที่ศึกษาถึงการสร้างร่างกายพลเมืองในช่วงสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487 ทำให้เข้าใจกิจการสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงนั้นได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็อาจยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน เพราะการเสริมสร้างร่างกายพลเมืองก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกิจการสุขภาพเท่านั้น ยังมีส่วนอื่นๆอีก เช่นกิจการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งลดการตายและการเจ็บป่วยเป็นหลัก ความสำคัญของกิจการสุขภาพในสมัยจอมพลป.พิบูลสงครามอยู่ที่การเพิ่มพลเมือง จึงต้องแบ่งได้เป็น การเพิ่มการเกิด การลดการตาย และการเสริมสร้างร่างกายหากแยกศึกษาเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะทำให้ไม่อาจเห็นภาพได้อย่างครบถ้วนและชัดเจน

นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้เคยให้ความเห็นเกี่ยวกับสถานะของการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยที่ผ่านมามาว่าเน้นเฉพาะเรื่องของการแพทย์ เริ่มตั้งแต่การมีหลักฐานสมัยสุโขทัยจากจารึกต่างๆ ตำราการแพทย์สมัยอยุธยาในรัชสมัยของสมเด็จพระนารายณ์ มาจนถึงกรุงรัตนโกสินทร์สมัยรัชกาลที่ 3 และรัชกาลที่ 4 ที่มีชนชั้นนำเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาความเปลี่ยนแปลงจึงเกิดขึ้นจากการเข้ามาของตะวันตก การกล่าวถึงประวัติศาสตร์จึงมักกล่าวถึงแต่ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเข้ามาของวัฒนธรรมตะวันตก แล้วต่อมากการแพทย์ตะวันตกก็จะขยายไปทั่วประเทศไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม ซึ่ง นิธิ เอียวศรีวงศ์ เห็นว่าการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านมามักจะมีแต่เรื่องแพทย์ เรื่องยา ยังไม่มีการศึกษาว่าการแพทย์มีผลกระทบต่อคนอย่างไร แม้ว่าในงานบางชิ้นจะได้มีการหยิบยกสถิติการตายจากโรคต่างๆมาให้ดู แล้วอธิบายว่าพบมีการแพทย์เข้ามาคนก็รอดตายมากขึ้น แต่ก็ไม่ได้มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมในแง่ที่ว่าเมื่อมีการแพทย์ต่างๆเข้ามาได้ส่งผลกระทบต่อคน หรือไปกระทบความสัมพันธ์ของคนกลุ่มต่างๆอย่างไร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ ซึ่งปรากฏว่าแพทย์สมัยใหม่มีอำนาจสูงมาก⁴⁹

อีกประเด็นหนึ่งที่ นิธิ เอียวศรีวงศ์ เห็นว่าสำคัญคือประวัติศาสตร์การแพทย์ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกับสิ่งอื่น เช่น สัมพันธ์เชื่อมโยงกับอำนาจรัฐ ซึ่งหมายความว่าประวัติศาสตร์การแพทย์

⁴⁹ นิธิ เอียวศรีวงศ์, “องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต,” ใน *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย*, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548), หน้า 18-20.

ไทยไม่ได้บังเอิญไปพ้องกับการเมืองไทย แต่เป็นการที่รัฐจะคอยกำกับว่าเมื่อใครคนจะเจ็บป่วยเมื่อไรจะหาย หรือจะต้องรักษาอย่างไร ซึ่งเท่ากับเป็นการไปเพิ่มอำนาจรัฐให้มากขึ้นทั้งนั้น คือก่อนหน้านี้ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของครอบครัวหรือชุมชน แต่เมื่อรัฐเข้ามากำกับรัฐก็จะเป็นผู้บอกเองว่าใครจะเจ็บป่วย เจ็บป่วยแล้วรักษาอย่างไร รวมทั้งจะป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยอย่างไร การแพทย์และการสาธารณสุขแบบนี้ของรัฐไทยได้เกิดขึ้นพร้อมกับการขยายตัวของอำนาจรัฐ คือตั้งแต่การพยายามจะขยายอำนาจส่วนกลางนับตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา สมัยต่อมาคือสมัยรัฐบาลเผด็จการของจอมพลป.พิบูลสงคราม และอีกสมัยคือจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ นับเป็นเครื่องมือของรัฐในการจะครอบงำประชาชน เป็นอำนาจรัฐที่จะมากำกับพฤติกรรมของประชาชน นอกจากนี้การแพทย์สัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างไรบ้างในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา หรือด้านการต่อรองทางการเมือง ซึ่งอาชีพแพทย์สามารถต่อรองทางการเมืองได้สูงมาก ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องศึกษาว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น การจัดองค์กร การปฏิบัติงานในกลุ่มวิชาชีพนี้มีความสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคมอย่างไร มีกระบวนการสร้างความชอบธรรมให้แก่วิชาชีพตนเองอย่างไร⁵⁰

โดยสรุปแล้วการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ จะต้องมองควบคู่ไปกับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในยุคสมัยนั้นๆ ด้วย เนื่องจากประวัติศาสตร์การแพทย์ไม่ใช่ประวัติศาสตร์ที่ดำรงอยู่ลอยๆ ในสังคมไทย ไม่สามารถดำเนินไปด้วยพลังขับเคลื่อนทางประวัติศาสตร์ที่เป็นเอกเทศในตัวเอง จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับสังคมที่การแพทย์นั้นตั้งอยู่ด้วย การศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ควบคู่ไปกับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม จึงจะสามารถทำให้เห็นพลวัตต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังต้องทำความเข้าใจในแนววิพากษ์ว่าโครงสร้างความสัมพันธ์ที่กลุ่มหรือสถาบันในสังคมมีอำนาจแตกต่างกัน ทำให้ในสังคมหรือวัฒนธรรมใดๆ ล้วนแต่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจกำกับอยู่ทั้งสิ้น และความสัมพันธ์เชิงอำนาจเหล่านี้อาจแสดงออกในรูปแบบที่หยาบ หรือในรูปแบบที่มีความละเอียดอ่อนซ่อนเร้น ไม่สามารถเห็นได้อย่างตรงไปตรงมา โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่มีลักษณะของการครอบงำเชิงอำนาจของทัศนคติกระแสหลักที่ทำให้เกิดความชอบธรรมในการเอารัดเอาเปรียบ⁵¹ ซึ่งตามทัศนะของ Foucault ได้ชี้ให้เห็นว่า ร่างกายคือจุดเชื่อมโยงกิจกรรมในชีวิตประจำวันและอำนาจของสถาบันทางสังคมและประชากรก็ได้กลายเป็นประเด็นปัญหาที่รัฐต้องเข้ามาควบคุมเอาใจใส่ในฐานะแรงงานการ

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 28-31.

⁵¹ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, “พหุลักษณะทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ,” ใน พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม, หน้า 27-28.

ผลิต รัฐจึงต้องพยายามแทรกอำนาจไปให้ถึงร่างกายของประชากร และการแพทย์ก็ได้กลายเป็นภารกิจหลักของรัฐ⁵²

แต่การจะมองแต่ในมุมมองเชิงอำนาจเช่นนี้ก็ออกจะเป็นการไม่ยุติธรรมทั้งต่อรัฐเองและต่อพลเมือง เนื่องจากเห็นแต่อำนาจของรัฐมากเกินไปในขณะที่ไม่เห็นถึงความคิดหรือการเคลื่อนไหวของฝ่ายพลเมือง ดังนั้นในงานวิจัยชิ้นนี้ก็จะได้พยายามมองให้เห็นว่ากิจการสุขภาพนั้นเป็นกิจการที่มีประโยชน์ทั้งต่อรัฐและต่อพลเมืองเหลื่อมล้ำกันอยู่ ในบางช่วงเวลาอาจจะต้องเน้นประโยชน์ต่อรัฐมากเป็นพิเศษ ในขณะที่บางช่วงเวลาก็อาจมีแรงผลักดันบางอย่างที่ทำให้รัฐต้องหันมาใส่ใจกับประโยชน์ของพลเมืองมากขึ้น ดังนั้นการดำเนินการด้านสุขภาพพลเมือง แม้จะเป็นการดำเนินการด้วยอำนาจของรัฐ แต่ก็ถูกกำกับได้โดยบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งปัจจัยจากฝ่ายพลเมืองหรือท้องถิ่นเอง ซึ่งยังมีหลักฐานและประเด็นบางอย่างที่ไม่ค่อยได้รับการให้ความสำคัญนักในการศึกษาที่ผ่านมา เช่น หลักฐานเกี่ยวกับความคิดเห็นของประชาชนพลเมืองต่อกิจการสุขภาพของรัฐบาล และการให้ความสำคัญกับกิจการสุขภาพในสถาบันอื่นที่ไม่ใช่รัฐบาลแต่สามารถส่งผลถึงการดำเนินงานของรัฐบาล เช่น สภาผู้แทนราษฎร ซึ่งก็ถือว่าเป็นตัวแทนจากฝ่ายพลเมืองในกลุ่มผู้มีอำนาจของรัฐ หรือแม้แต่คำอธิบายความหมายของกิจการสุขภาพแต่ละอย่างของรัฐบาล ว่าทำไปเพราะอะไร มีหลักการและความสำคัญอย่างไร รวมทั้งความสำคัญของกิจการสุขภาพพลเมืองเมื่อเปรียบเทียบกับกิจการอื่นของประเทศและงบประมาณที่ได้รับ ตลอดจนผลที่เกิดขึ้นในสังคมและวิถีชีวิตของประชาชน เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการจัดการสุขภาพพลเมืองกับสถานการณ์ในด้านต่างๆ ของรัฐไทยทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ตั้งแต่พ.ศ.2475-2500
2. เพื่อให้เห็นพลวัตของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐกับพลเมืองผ่านการจัดการสุขภาพในช่วงพ.ศ.2475-2500
3. เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการจัดการสุขภาพโดยรัฐ ในช่วง พ.ศ.2475-2500

⁵² ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 7-

สมมติฐาน

1. กระบวนการและรูปแบบของการจัดการสุขภาพพลเมืองโดยรัฐ สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอุดมการณ์หลักของรัฐและสถานการณ์ที่รัฐต้องเผชิญในแต่ละยุคสมัย
2. รัฐใช้ความเป็นผู้ที่เหนือกว่าทางการเมือง และความเหนือกว่าทางความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการเข้าจัดการสุขภาพพลเมืองของรัฐตามที่เห็นสมควร เพื่อผลประโยชน์ของรัฐ
3. การที่รัฐเข้าจัดการสุขภาพพลเมืองมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของคนในสังคมอย่างกว้างขวาง

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ศึกษากระบวนการทางประวัติศาสตร์ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับบทบาทและอำนาจของรัฐไทยในการจัดการสุขภาพของพลเมืองที่สัมพันธ์กับสถานการณ์และช่วงเวลาต่างๆ ประกอบกับวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อวิถีชีวิตของประชาชนทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว อันเกิดจากมาตรการต่างๆของรัฐในทางสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ช่วงเวลาที่จะเป็นหลักในการเริ่มต้นศึกษาอย่างแท้จริงคือหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ที่มีการปกครองโดยคณะราษฎร ภายใต้อำนาจรัฐธรรมนูญในระบอบประชาธิปไตย แต่จะได้มีการย้อนไปพิจารณาโดยคร่าวๆ ให้เข้าใจถึงบทบาทของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์เดิมในการจัดการสุขภาพของพลเมืองก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองเพื่อเป็นแนวทางในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์กับรัฐประชาธิปไตยในการจัดการกับสุขภาพของพลเมือง รวมทั้งเพื่อให้สามารถอธิบายในแนวคิดวิธีการใหม่ๆที่เกิดขึ้น อันอาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมได้ หลังจากนั้นจะศึกษาถึงบทบาทของรัฐไทยสมัยประชาธิปไตย ในการเข้าจัดการกับสุขภาพของพลเมืองโดยพิจารณาประกอบกับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมในสมัยนั้น และอุดมการณ์หลักของรัฐบาลนั้นๆด้วย เพื่อค้นหาจุดมุ่งหมายที่แท้จริงของการเข้าจัดการสุขภาพของพลเมืองว่า อุดมการณ์หลักและสถานการณ์ของรัฐ จะมีผลในการที่รัฐเข้าจัดการกับสุขภาพพลเมืองอย่างไรบ้าง

ขอบเขตการศึกษาจะกำหนดสิ้นสุดเมื่อหมดสมัยของรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามช่วงที่ 2 ในปี พ.ศ.2500 เนื่องจากหลังจากนั้นจะเป็นการเข้าสู่สมัยของคณะปฏิวัติที่มีอำนาจมาก และมีแนวคิดนโยบายแตกต่างไปจากช่วงสมัยของรัฐก่อนหน้านั้นหลายอย่าง เช่น แนวคิดประชาธิปไตย

แบบไทยๆ แนวคิดในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แนวคิดพอชนอุปถัมภ์ เป็นต้น ซึ่งนับว่า การศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ช่วงพ.ศ.2475-2500 ในบริบทที่สัมพันธ์กับสังคมยังมีค่อนข้าง น้อยอยู่ เมื่อเทียบกับช่วงสมัยอื่นๆ เช่น ก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 หรือแม้แต่หลัง พ.ศ.2500 ก็มีการศึกษาเรื่องการจัดการสุขภาพกับบริบทช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแล้ว ดังนั้นช่วงเวลา พ.ศ.2475-2500 จึงเป็นช่วงเวลาที่น่าสนใจในการศึกษาเรื่องนี้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เห็นกระบวนการจัดการสุขภาพพลเมืองของรัฐไทยช่วงพ.ศ.2475-2500 ที่สัมพันธ์กับ สถานการณ์ของรัฐในแต่ละช่วงเวลา
2. ได้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจของรัฐที่แทรกอยู่ในวิถีชีวิตด้านสุขภาพของพลเมือง
3. ได้เห็นวิถีชีวิตของพลเมือง รวมทั้งสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากการจัดการด้านสุขภาพโดยรัฐ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

รัฐไทยหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง

กับการขยายกิจการสุขภาพพลเมือง พ.ศ.2475 – 2481

การเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 นอกจากจะเป็นการเปลี่ยนระบอบการปกครองจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นการปกครองภายใต้ระบอบรัฐธรรมนูญแล้ว ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการสถาปนารัฐประชาธิปไตยที่มีพัฒนาการจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในสมัยรัชกาลที่ 5 โดยนักวิชาการได้กล่าวถึงองค์ประกอบของรัฐประชาชาติว่า มีแบบแผนที่เป็นอุดมคติ แต่ก็ยังเป็นสิ่งซึ่งสามารถคิดคำนึงถึงได้ โดยจะต้องมีองค์ประกอบ 4 ประการคือ ประชากร ดินแดนที่แน่นอน รัฐบาล และอำนาจอธิปไตย สมเกียรติ วันทะนะอธิบายว่าการเกิดขึ้นของรัฐประชาชาตินั้นไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในระยะเวลาปีสองปี แต่ได้เริ่มพัฒนามาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 ส่วนการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 เป็นจุดเริ่มสำคัญที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสร้าง “รัฐแบบใหม่” ขึ้นมา ซึ่งองค์ประกอบของรัฐแบบใหม่นั้นจะต้องสัมพันธ์กับองค์ประกอบ 4 ประการของรัฐประชาชาติ⁵³

การเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ได้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับพลเมืองเปลี่ยนแปลงไป จากความสัมพันธ์ระหว่างกษัตริย์ที่มีอำนาจเหนือชีวิตของอาณาประชาราษฎร์ในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ เปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบใหม่ที่อำนาจอภิปัตย์ของรัฐมีฐานมาจากประชาชนในรัฐ ซึ่งให้สิทธิอำนาจแก่ประชาชนพลเมืองโดยหลักการในการควบคุมนโยบายและผลประโยชน์แห่งรัฐให้สอดคล้องต้องกันกับผลประโยชน์ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์เช่นนี้ทำให้ความสัมพันธ์ในความเอื้อเพื่อได้เปลี่ยนแปลงไปคือจากความเอื้อเพื่อที่กษัตริย์ทรงมีต่ออาณาประชาราษฎร์ได้ร่วมโผติสมภาร เปลี่ยนเป็นความเอื้อเพื่อที่ประชาชนพลเมืองมีต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในชุมชนทางการเมืองเดียวกัน และความคิดที่ว่ารัฐประชาชาติเป็นองค์รวมของสมาชิกทุกคนทำให้รัฐต้องมีหน้าที่ให้ความเอื้อเพื่อต่อสมาชิกทุกคนในรัฐอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงกัน หลักการนี้เองที่เป็นพื้นฐานในการที่รัฐดำเนินกิจการด้านต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่พลเมือง รวมทั้งกิจการด้านสุขภาพ⁵⁴

⁵³ สมเกียรติ วันทะนะ, “เมืองไทยยุคใหม่: สัมพันธภาพระหว่างรัฐกับประวัติศาสตร์สำนึก,” ใน *อยู่เมืองไทย, สมบัติ จันทวงศ์ และชัยวัฒน์ สถาอานันท์, บรรณาธิการ* (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530), หน้า 72-73.

⁵⁴ ทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), หน้า 233-234.

คณะราษฎรได้พยายามที่จะทำให้การเปลี่ยนแปลงการปกครองมาสู่ระบอบรัฐธรรมนูญมีความหมายยิ่งขึ้นด้วยการประกาศอุดมการณ์ซึ่งถือเป็นนโยบายของการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 คือหลัก 6 ประการ ดังนี้

1. จะต้องรักษาความเป็นเอกราชทั้งหลาย เช่น เอกราชในทางการเมือง การศาล ในทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ของประเทศไว้ให้มั่นคง
2. จะต้องรักษาความปลอดภัยภายในประเทศให้การประทุษร้ายต่อกันลดน้อยลงให้มาก
3. ต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ โดยรัฐบาลใหม่จะจัดหางานให้ราษฎรทุกคนทำ จะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอยาง
4. จะต้องให้ราษฎรมีสิทธิเสมอภาคกัน (ไม่ใช่พวกเจ้ามีสิทธิยิ่งกว่าราษฎรเช่นที่เป็นอยู่)
5. จะต้องให้ราษฎรได้มีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ เมื่อเสรีภาพนี้ไม่ขัดต่อหลัก 4 ประการดังกล่าวข้างต้น
6. จะต้องให้การศึกษาย่างเต็มที่แก่ราษฎร⁵⁵

คณะราษฎรต้องการสถาปนาหลัก 6 ประการเป็นอุดมการณ์คู่กับการปกครองตามระบอบรัฐธรรมนูญ คณะรัฐบาลในระบอบใหม่จะต้องบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปตามหลัก 6 ประการนี้ จากคำแถลงนโยบายของรัฐบาลคณะต่างๆหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองจะพบว่าหลัก 6 ประการของคณะราษฎรเป็นนโยบายของรัฐบาลคณะต่างๆต่อกันมาอีกนาน แสดงให้เห็นถึงพลังของหลัก 6 ประการที่สถาปนาขึ้นมาพร้อมกับการปกครองตามระบอบใหม่ที่สามารถสร้างความคิดหวังให้แก่สังคม และรัฐบาลในระบอบใหม่ก็พยายามที่จะทำให้หลัก 6 ประการเป็นอุดมการณ์ที่ควบคู่กับการปกครองในระบอบรัฐธรรมนูญโดยการพยายามที่จะอธิบายว่าการปกครองในระบอบรัฐธรรมนูญจะนำความสุขความเจริญมาสู่ราษฎรตามหลัก 6 ประการ การผสมผสานระบอบการปกครองตามหลักรัฐธรรมนูญกับหลัก 6 ประการของคณะราษฎรนี้ได้กลายเป็นอุดมการณ์ของการปกครองในระบอบใหม่ที่ทำให้เกิดความคาดหวังว่าการปกครองตามระบอบใหม่นี้จะบรรลุถึงเป้าหมาย และแน่นอนว่าในระบบการเมืองตามระบอบรัฐธรรมนูญนี้ ความชอบธรรมทางการเมืองย่อมขึ้นอยู่กับผลการบริหารตามนโยบาย ทำให้รัฐบาลในระบอบใหม่ต้องพยายามรักษาความชอบธรรมนี้ด้วยการบริหารราชการตามนโยบายคือหลัก 6 ประการให้ได้⁵⁶

⁵⁵ “ประกาศของคณะราษฎรฉบับที่ 1,” ใน เอกสารการเมืองการปกครองไทย (พ.ศ.2417-2477), ชัยอนันต์ สมุทวณิช และชัตติยา กรรณสูต, รวบรวม (กรุงเทพฯ: สถาบันสยามศึกษา สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2532), หน้า 169.

⁵⁶ เรื่องวิทย์ ลิมป์ปนาท, “บทบาทของรัฐในระบบทุนนิยมของไทย (พ.ศ.2475-2500),” (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537), หน้า 56-58.

สิ่งที่คณะราษฎรดำเนินการได้แก่ การปฏิรูปสังคม โดยการประกาศสิทธิมนุษยชน ให้บุคคลทุกคนเสมอภาคกันตามกฎหมาย เลิกระบอบอภิสิทธิ์ตามฐานันดรศักดิ์และชาติกำเนิด การปฏิรูปการศึกษา โดยจัดตั้งแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2475 ซึ่งจะเป็นแผนการศึกษาที่มุ่งเสริมราษฎรทั่วไปให้รู้หนังสือโดยเร็ว โดยเลิกการเก็บเงินศึกษาฟรีและกำหนดให้มีการศึกษาภาคบังคับถึงประถมปีที่ 4 ไม่เลือกว่าจะเป็นเด็กชายหรือหญิง แผนการศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่มีการเปลี่ยนเป้าหมายการศึกษาจากการผลิตข้าราชการมาสู่การศึกษามวลชนเพื่อดำเนินการให้ประชาชนรู้หนังสืออย่างทั่วถึง นอกจากนี้จากหลักการในด้านเศรษฐกิจที่จะมุ่งให้ราษฎรมีงานทำจึงได้มีการตั้งโรงเรียนอาชีวะ โรงเรียนพาณิชย และโรงเรียนสารพัดช่าง เพื่อฝึกให้ราษฎรมีทักษะในการทำงาน การปฏิรูประบบราชการ เพื่อให้เป็นการปกครองตามแบบสมัยใหม่ โดยจะต้องเป็นการปกครองด้วยกฎหมายแบบนิติรัฐ การดำเนินการใดๆของรัฐบาลจะต้องมีกฎหมายรองรับที่แน่นอน สภาผู้แทนราษฎรจึงต้องรีบดำเนินการออกกฎหมายให้ครอบคลุมการทั่วด้านอย่างรวดเร็ว⁵⁷

ในเวลาต่อมาแม้ว่าจะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 ปี หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง แต่เมื่อเหตุการณ์ต่างๆสงบลง การปฏิรูปทางการเมืองและสังคมก็ได้ดำเนินต่อไป ตั้งแต่เรื่องการกระจายอำนาจเพื่อให้มีการสร้างประชาธิปไตยในระดับท้องถิ่นซึ่งปรากฏเป็นกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2476 และทำให้เกิดการจัดตั้งเทศบาลทั่วประเทศ นอกจากนี้ก็คือการตั้งกรมโฆษณาการ ซึ่งในระบบใหม่ถือว่ารัฐบาลบริหารประเทศในนามของประชาชน ต้องรับผิดชอบต่อประชาชน ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ตั้งกรมโฆษณาการขึ้นใน พ.ศ. 2476 เพื่อเผยแพร่ผลงานของรัฐบาลให้ประชาชนได้รับทราบ ในด้านระบบราชการก็มีการออกประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระธรรมนูญศาลยุติธรรม รวมทั้งประมวลวิธีพิจารณาความแพ่งและพิจารณาความอาญา ในปีพ.ศ.2477 ทำให้ประเทศสยามมีประมวลกฎหมายครบถ้วนตามหลักสากลนิยมเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเอกราชที่มาจากสนธิสัญญาที่ไม่เป็นธรรมกับต่างประเทศ ในด้านการศึกษาที่มีการขยายการศึกษาในระดับอุดมศึกษา คือการตั้งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมืองในพ.ศ.2477 มีเป้าหมายให้เป็นตลาดวิชาเปิดรับนักศึกษาโดยไม่จำกัด เพื่อเปิดโอกาสให้ราษฎรมีความรู้กว้างขวางมากขึ้น รวมทั้งเป็นสถานที่เผยแพร่ความรู้ประชาธิปไตยสำหรับประเทศเพื่อทำให้ระบอบประชาธิปไตยมีความมั่นคงต่อไป นอกจากนี้กลุ่มคณะราษฎรก็ได้เริ่มรณรงค์ให้มีการพัฒนาแนวคิดใหม่อย่างจริงจังนั่นคือ “ลัทธิชาตินิยม” หรือลัทธิ “ชาตินิยม” โดยมุ่งจะสร้าง “ชาติไทย” ให้เป็นสัญลักษณ์ใหม่ที่แทนที่สถาบันพระมหากษัตริย์อันเป็นสัญลักษณ์สมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ โดยเน้นการกระตุ้น

⁵⁷ สุชาติ ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: พี.เพรส, 2551), หน้า 30-31.

ให้เกิดความรักชาติในหมู่ประชาชน สดุดีความเป็นเอกราชแห่งชาติ ความเป็นปึกแผ่นของประชาชน และไม่เชิดชูระบอบศักดินา⁵⁸

สำหรับในด้านสุขภาพของพลเมืองนั้น ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นถึงองค์ประกอบของรัฐประชาชาติทั้ง 4 ประการคือ ประชากร ดินแดนที่แน่นอน รัฐบาล และอำนาจอธิปไตย การศึกษาถึงบทบาทของรัฐกับปัญหาสุขภาพพลเมือง โดยหลักแล้วก็คือการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 2 ส่วนของรัฐประชาชาติไทยก็คือรัฐบาลและประชากร ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โดยมุ่งศึกษาเรื่องสุขภาพของพลเมืองหรือประชากร ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่กับทั้งการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลและพลเมือง ปรีดี พนมยงค์ ผู้นำความคิดคนสำคัญของคณะราษฎรมีความเห็นว่ากิจกรรมในทางการเมืองและการปกครองที่สำคัญมีเพียงสองส่วนใหญ่ๆคือ การกระทำเพื่อป้องกันรักษาความสงบเรียบร้อย กับการบำรุงฐานะความเป็นอยู่และความสุขของราษฎร และยังเห็นว่ารัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ผ่านมามีหน้าที่แต่เพียงรักษาความสงบเรียบร้อยอย่างเดียว ยังบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรน้อยไป⁵⁹ นอกจากนี้ปรีดี พนมยงค์ ยังเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญกับหลักสิทธิมนุษยชนในการปกครองมาตั้งแต่ก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ในสมัยที่เป็นอาจารย์สอนวิชากฎหมายปกครองที่โรงเรียนกฎหมายกระทรวงยุติธรรมระหว่างปีพ.ศ.2474-2475 โดยอธิบายว่าความสุขสมบูรณ์ของราษฎรนั้นเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน คือมีสิทธิและหน้าที่ในการดำรงชีวิต มีอาหารรับประทานด้วยความพอใจ มีเครื่องนุ่งห่ม มีสถานที่อยู่อันเหมาะสมแก่ความสุขและความพอใจของบุคคล เป็นต้น⁶⁰ แนวคิดเรื่องรัฐในระบอบใหม่ต้องบำรุงความสุขของราษฎรนี้ปรากฏอยู่ในหลัก 6 ประการด้วยในข้อที่ 3 ที่ระบุว่ารัฐต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ กิจกรรมด้านสุขภาพพลเมืองจึงเป็นกิจการหนึ่งที่รัฐในระบอบใหม่ให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของการบำรุงความสุขของราษฎรและเป็นการสร้างความชอบธรรมให้แก่รัฐบาลในระบอบใหม่ที่ทำการบำรุงความสุขของราษฎรมากกว่ารัฐบาลในระบอบเก่าโดยเฉพาะความสุขของราษฎรในส่วนหัวเมืองและท้องถิ่น

⁵⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 38-40.

⁵⁹ นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, *การปฏิวัติสยาม พ.ศ.2475* (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2535), หน้า 143-145.

⁶⁰ ปรีดี พนมยงค์, “คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513),” ใน *ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์* (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553), หน้า 53-62.

กลุ่มวิชาชีพแพทย์ในสมัยนั้นก็มีความเห็นที่สอดคล้องกับปรีดี พนมยงค์ในเรื่องการบำรุงความเป็นอยู่ของราษฎร โดยจากคำบอกเล่าของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว* แพทย์ผู้อาวุโสซึ่งผ่านช่วงชีวิตในสมัยการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 และยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) ได้ให้ความเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างหลักการเปลี่ยนแปลงการปกครองกับกิจการสุขภาพพลเมืองว่า หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่สำคัญคือ “หนึ่งต้องให้คนมีอาหารกิน...สองต้องให้คนมีงานทำ...สามต้องให้คนมีการศึกษา...สี่ต้องให้มีการรักษาพยาบาล...แล้วถึงจะมาพูดถึงเรื่องเสรีภาพเป็นอย่างที่ห้า”⁶¹ จะเห็นได้ว่าแม้หลักการของการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วกล่าวถึงจะไม่ตรงกับหลัก 6 ประการของคณะราษฎรนัก แต่ก็แสดงให้เห็นถึงมุมมองของวิชาชีพแพทย์ต่อปัญหาบ้านเมืองที่ต้องได้รับการแก้ไขในสมัยนั้น ซึ่งมีกิจการด้านรักษาพยาบาลหรือก็คือกิจการสุขภาพพลเมืองรวมอยู่กับกิจการด้านบำรุงฐานะความเป็นอยู่ของพลเมืองด้านอื่นๆ โดยมองว่ากิจการเหล่านี้มีน่าจะมีความสำคัญมากกว่าเรื่องของสิทธิเสรีภาพที่เป็นหลักการโดยตรงของประชาธิปไตยเสียอีก

* นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นหนึ่งในนายแพทย์ผู้บุกเบิกการแพทย์ชนบทในยุคแรกๆ เกิดเมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2454 สำเร็จการศึกษาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลในขณะนั้น ซึ่งยังอยู่ในสังกัดของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เมื่อปีพ.ศ.2478 ผลงานที่สำคัญเช่น การจัดตั้งโรงพยาบาลเอกเทศที่อัมพวาเพื่อจัดการปัญหาหิวตักโรคระบาดในปีพ.ศ.2478 การไปปฏิบัติหน้าที่ที่จังหวัดเชียงรายในปีพ.ศ.2484 และได้ร่วมมือกับประชาชนจัดตั้งโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ให้สำเร็จ ต่อมาได้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหญิงสังกัดกรมการแพทย์และมีบทบาทในการก่อตั้งโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์ในปี .ศ. 2494 รวมทั้งมีบทบาทในการผลักดันให้เกิดการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดจนครบทุกจังหวัดในปลายทศวรรษ 2490 ต่อมาก็ยังได้มีบทบาทในการปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขให้มีการกระจายอำนาจมากขึ้นภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 และได้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปีพ.ศ.2524-2526 สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์เป็นนายกรัฐมนตรี ดูประวัติของนายแพทย์เสมเพิ่มเติมได้ใน สันติสุข ไสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549).

⁶¹ เสม พริ้งพวงแก้ว, ใน สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2551, ทวีศักดิ์ เผือกสม, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), หน้า 19.

สภาพปัญหาสุขภาพพลเมืองและการจัดการของรัฐก่อนพ.ศ.2475⁶²

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ต่างๆ ทั้งพงศาวดาร ตำนาน และโดยเฉพาะบันทึกของชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาติดต่อค้าขายตั้งแต่สมัยอยุธยาจนถึงสมัยรัตนโกสินทร์ ระบุว่า มีโรคที่พบมากในสังคมไทยหลายอย่าง ทั้งโรคผิวหนัง เช่น โรคเรื้อน เกื้ออื่น หูด แผลตามตัว คุดทะราด หัด อีสุกอีใส ฯลฯ โรคทางเดินอาหาร เช่น โรคบิด โรคป่วง โรคพยาธิ ฯลฯ โรคทางเดินหายใจ เช่น โรคหวัด โรคหอบ โรคปอดบวม วัณโรค ฯลฯ รวมไปถึงโรคไข้ชนิดต่างๆ โดยเฉพาะไข้ป่าที่มีอาการไข้เป็นพักๆ ซึ่งเป็นกันมากจนเป็นเรื่องปกติ แต่ผู้ที่เป็นถึงขั้นร้ายแรงมีน้อย นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นๆ อีก เช่น กามโรค มะเร็ง ฝีหนอง เป็นต้น⁶³ โรคเหล่านี้ยังเป็นโรคที่พบได้ในสังคมไทยเรื่อยมาแม้ในช่วงที่การแพทย์สมัยใหม่ได้แพร่หลายแล้ว อาจเป็นเพราะสภาพภูมิประเทศที่อยู่ในเขตร้อนชื้นมีส่วนช่วยส่งเสริมการเกิดโรคบางชนิด โดยเฉพาะโรคทางเดินอาหารและโรคทางเดินหายใจ รวมทั้งวิถีชีวิตคนในชนบทที่ต้องทำงานหนัก ตากแดด ตากลม ตากฝน ก็อาจทำให้เกิดโรคทางผิวหนังได้ง่าย

นอกจากโรคที่เกิดทั่วไปในสังคมแล้วก็ยังมีส่วนของโรคระบาด* ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวโดยในสมัยอยุธยามีปรากฏในหลักฐานหลายชนิดว่าโรคระบาดที่ร้ายแรงอย่างหนึ่งคือโรคไข้ทรพิษหรือ

⁶²สามารถอ่านเพิ่มเติมถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพของพลเมืองและการจัดการของรัฐก่อนพ.ศ.2475 ได้ในงานวิจัยหลายชิ้น เช่น

- วรรณกร แก้วศิริ, "โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535).
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528).
- ยุวดี ตบเนียนกร, "วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522).
- ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550).

⁶³ วรรณกร แก้วศิริ, "โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์," หน้า 7-10.

* คำว่าโรคระบาด (epidemic) แท้จริงแล้วไม่ใช่ชื่อของกลุ่มโรคโดยตรง แต่เป็นการสื่อความหมายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดโรคอย่างหนึ่งขึ้นในกลุ่มประชากรในช่วงเวลาหนึ่ง ในอัตราที่สูงมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ โดยเทียบกับประวัติในอดีต หากเป็นการระบาดของโรคไปทั่วโลกก็จะเรียกว่า pandemic การนิยามโรคใดๆเป็นโรคระบาดจึงขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้นิยาม เป็นสำคัญว่าคาดการณ์ว่าโรคนั้นควรจะเกิดมากหรือน้อยอย่างไร ดังนั้นบางครั้งโรคที่เกิดขึ้นจำนวนน้อยแต่หายากเช่นโรคพิษ

ที่ชาวบ้านเรียกว่าฝีดาษ* ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นบ่อยในยามศึกสงครามทำให้มีผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตมากมาย รวมทั้งอาการของโรคที่ทำให้เกิดแผลพุพองขึ้นตามตัวเป็นที่น่ารังเกียจ ทำให้โรคนี้เป็นที่หวาดกลัวกันมาก ต่อมาในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ก็มีโรคระบาดร้ายแรงอีกอย่างหนึ่งที่มีที่มาจาก การติดต่อสัมพันธ์กับต่างประเทศ คืออหิวาตกโรค** ซึ่งมีการระบาดในประเทศเมื่อปีพ.ศ.2363 ใน

สุนัขบ้าก็อาจถือเป็นโรคระบาดได้ ในขณะที่โรคที่เกิดขึ้นจำนวนมากทั่วไปเช่นโรคหัดอาจไม่ถือเป็นโรคระบาด ต่างจากคำว่าโรคติดต่อ (communicable disease) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าโรคติดเชื้อ (infectious disease) หมายถึงกลุ่มโรคหนึ่งที่สามารถติดต่อกันระหว่างคนได้ผ่านทางเชื้อโรค ซึ่งสามารถติดต่อกันได้หลายทาง เช่น การสัมผัส การหายใจ อาหารหรือน้ำดื่ม พาหะ เป็นต้น คำว่าโรคระบาดที่ใช้ในยุคสมัยที่ศึกษานี้ค่อนข้างสัมพันธ์กับคำว่าโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่อร้ายแรง หมายความว่า เป็นโรคที่ติดต่อกันได้รวดเร็ว สร้างความเจ็บป่วยและการตายได้รวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค กาฬโรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีคำว่าโรคประจำถิ่น (endemic) ที่เกิดอย่างทั่วไปในท้องถิ่นหนึ่งๆ แต่เกิดในอัตราที่สูง เช่น มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นในภาคเหนือของประเทศไทย, อ้างมาจาก <http://en.wikipedia.org/wiki/Epidemic> และ http://en.wikipedia.org/wiki/Infectious_disease.

* ไข้ทรพิษหรือฝีดาษ (smallpox) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ติดต่อกันระหว่างคนกับคนโดยตรง เชื้อโรคจะอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย หนอง และสะเก็ดจากผิวหนังของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอาการมีไข้ มีผื่นและตุ่มน้ำใสขึ้น จนกลายเป็นฝี ต่อมาจะแห้งและตกสะเก็ด ใช้เวลาประมาณ 10-40 วัน หากเป็นโรครุนแรงก็จะมีตุ่มขึ้นหนาแน่น มีเลือดออกตามตัวและทางอุจจาระ ปัสสาวะ หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว และตายภายใน 6 วัน โรคไข้ทรพิษเป็นโรคที่ระบาดอยู่นานแล้วในจีนและอินเดีย และลูกกลมไประบาดในยุโรปช่วงพุทธศตวรรษที่ 22 จนกระทั่งมีการคิดค้นวัคซีนป้องกันโรคไข้ทรพิษโดยเอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ในปีพ.ศ.2339 ทำให้สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้มากขึ้น สำหรับการระบาดในประเทศไทย มีการระบาดของโรคไข้ทรพิษมาตั้งแต่สมัยอยุธยาตามที่ปรากฏในพงศาวดาร โดยเฉพาะในยามเกิดสงคราม และก็มีการระบาดเกิดขึ้นเรื่อยมา ในสมัยนั้นยังไม่มีวิธีการป้องกันที่ได้ผล ส่วนวิธีการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษก็ได้มีการนำเข้ามายังประเทศไทยโดยคณะมิชชันนารีในสมัยรัชกาลที่ 3 และรัชกาลที่ 4 และต่อมาก็เริ่มมีการจัดการปลูกฝีให้พลเมืองกว้างขวางมากขึ้น ทำให้ควบคุมการระบาดของโรคได้ในระดับหนึ่ง และมีอัตราการตายอยู่ที่ประมาณ 20-200 คนต่อปีในทศวรรษ 2470 และ 2480 แต่ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มีปัญหาในการนำเข้าวัคซีนจากต่างประเทศ ก็ทำให้ไข้ทรพิษเกิดการระบาดอย่างหนักขึ้นอีกในระหว่างปีพ.ศ.2488-2489 ที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึงราว 15,000 คนในช่วงเวลา 2 ปี, อ้างมาจาก วรนารถ แก้วศิริ, "โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์," หน้า 123-132, และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500 (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500), หน้า 249.

** อหิวาตกโรค (Cholera) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นน้ำร่วมกับอาเจียน ทำให้สูญเสียน้ำอย่างรวดเร็ว ชีพจรเต้นช้าลง ตัวเย็น เสียเหงื่อ หน้าเหลือง เป็นตะคริวตามแขนขา ถ้าอาการไม่รุนแรงก็จะดีขึ้นได้เองใน 1-5 วัน แต่ถ้าสูญเสียน้ำไปมากก็จะตายได้อย่างรวดเร็วภายใน 1-3 วัน การติดต่อของเชื้อโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในตามอาหารและแหล่งน้ำ มีพาหะนำเชื้อที่สำคัญคือแมลงวัน อหิวาตกโรคเป็นโรคระบาดที่เก่าแก่ในอินเดียช่วงพุทธศตวรรษที่ 12 และแพร่ไปยังจีนช่วงพุทธศตวรรษที่ 20 จนกระทั่งแพร่ไปทั่วโลก ส่วนการระบาดในไทยก็จะมีสัมพันธ์กับการระบาดทั่วโลก เช่นการระบาดทั่วโลกครั้งแรกในปีพ.ศ.2460-2463 ซึ่งตรงกับสมัยรัชกาลที่ 2 และรัชกาลที่ 3 มีการระบาดเกิดขึ้นรุนแรงในกรุงเทพ และก็เกิดระบาดอีกในสมัยรัชกาลที่ 4 และรัชกาลที่ 5 หลังจากนั้นก็มีการระบาดเรื่อยมาโดยมักจะเกิดขึ้นในฤดูแล้งที่ขาดแคลนน้ำสะอาด หากเป็นการระบาดครั้งใหญ่ๆจะทำให้มีผู้เสียชีวิตได้ถึงปีละ 1,000-4,000 คน เช่น การระบาดในช่วงปี พ.ศ.2470-2473, พ.ศ.2478-2480 และพ.ศ.2486-2490, อ้างมาจาก วรนารถ แก้วศิริ, "โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย

สมัยรัชกาลที่ 2 ซึ่งสัมพันธ์กับการระบาดทั่วโลกที่เรียกว่า Asiatic cholera ในระหว่างปีพ.ศ.2360-2367 หลังจากนั้นทั้งโรคไข้ทรพิษและอหิวาตกโรคก็ยังคงเกิดการระบาดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในประเทศไทย แต่ภายหลังจากที่คณะมิชชันนารีได้เข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปลายสมัยรัชกาลที่ 3 พร้อมทั้งนำความรู้และวิทยาการใหม่ๆ เข้ามาซึ่งรวมไปถึงความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ ก็สามารถช่วยเหลือในการป้องกันและรักษาโรคระบาดเหล่านี้ได้บ้างโดยเฉพาะการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ ซึ่งรัฐบาลก็ให้ความร่วมมือด้วยดี⁶⁴

หลังจากที่ได้มีการทำสนธิสัญญาบาวริงในปีพ.ศ.2398 ในสมัยรัชกาลที่ 4 ทำให้การติดต่อกับต่างประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก ตามมาด้วยการปฏิรูปประเทศในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่มีการขยายตัวของการคมนาคมทำให้โรคระบาดต่างๆ สามารถแพร่กระจายไปสู่เขตหัวเมืองและครอบคลุมพื้นที่กว้างใหญ่มากขึ้น รวมไปถึงการขยายตัวของชุมชน เมือง และพื้นที่เพาะปลูก เข้าไปยังพื้นที่ซึ่งเดิมเป็นป่ารก้างก็ทำให้โรคที่มีอยู่เดิมบางอย่างมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะโรคไข้จับสั่น* นอกจากนี้สภาพของความเป็นเมืองที่เพิ่งเกิดใหม่มีประชากรหนาแน่นแต่การสาธารณสุขและสุขอนามัยยังไม่ดีก็เป็นโอกาสให้เกิดโรคระบาดใหม่ๆ ที่มาจากการติดต่อกับต่างประเทศได้

พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์," หน้า 112-122, และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 249.

⁶⁴ วรรณารถ แก้วศิริ, "โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์," หน้า 10-50.

* โรคไข้จับสั่น หรือไข้มาลาเรีย (Malaria) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัวพลาสโมเดียม มีพาหะที่สำคัญคือ ยุงก้นปล่อง เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก็จะเพิ่มจำนวนทำลายเซลล์ตับและเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้และหนาวสั่นอย่างเฉียบพลันเป็นเวลาหลายชั่วโมง ปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามตัว เป็นๆ หายๆ เกิดขึ้นทุกๆ 2-3 วัน นอกจากนี้ยังทำให้ตับและม้ามทำงานผิดปกติและมีขนาดใหญ่ขึ้น และยังสามารถทำให้การทำงานของสมองผิดปกติได้ ทำให้เชื่องช้า ไม่มีเรี่ยวแรง โดยเฉพาะในเด็กและสตรีมีครรภ์จะเกิดอาการได้รุนแรง ถ้าเป็นการติดเชื้อมาลาเรียชนิดรุนแรงอาจทำให้ไม่รู้สึกรู้สียงและตายได้ภายใน 2-3 วัน แม้อาการป่วยจะหายไปแต่เชื้อก็ยังอาศัยอยู่ในตับและยังเพิ่มจำนวนอยู่ ทำให้โรคนี้เป็นโรคที่เรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาให้หายขาดก็มีโอกาสที่จะกลับมาเป็นใหม่ได้ตลอดเวลา โรคนี้ได้มีการระบาดมาอย่างยาวนานในบริเวณพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทยด้วย และทำให้เกิดการตายจำนวนมาก จนกระทั่งคณะมิชชันนารีได้เข้ามาในประเทศไทยก็ได้มีการเผยแพร่การให้ยาควินินรักษาโรคมาลาเรียแก่พลเมืองในภูมิภาคนี้ได้อย่างได้ผล และก็มีกรใช้ยานี้ในการบำบัดรักษาโรคกันเรื่อยมา แต่แม้จะเป็นเช่นนั้น ตั้งแต่ทศวรรษ 2470 จนถึงทศวรรษ 2490 โรคมาลาเรียก็ยังเป็นโรคที่ทำให้เกิดการตายได้มากที่สุดในจำนวนโรคทั้งหมด (หากไม่นับการตายในวัยทารก) คือปีละ 30,000-60,000 คน แล้วจึงลดลงเหลือ 10,000-20,000 คนในช่วงปลายทศวรรษ 2490 ที่มีการใช้วิธีฉีดดี.ดี.ที. เพื่อกำจัดยุงตามบ้านเรือน, อ้างมาจาก อุทัย สนธิพันธ์, "การควบคุมไข้มาลาเรีย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505 (พระนคร: กระทรวง, 2505), หน้า 405-422, และ <http://en.wikipedia.org/wiki/Malaria>.

คือกาฬโรค* ซึ่งเริ่มระบาดในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2443 ที่ภูเก็ต และเข้ามาระบาดในกรุงเทพฯเมื่อปีพ.ศ.2447 ในสมัยรัชกาลที่ 5⁶⁵

ทางด้านของรัฐและราษฎรนั้น เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่ไม่รุนแรงราษฎรส่วนใหญ่จะทำการรักษาตัวเองบ้าง ขอรับการเยียวยาจากหมอเคลยศักดิ์ หมอพระ หมอไสยศาสตร์บ้าง ถ้าเป็นกรณีโรคระบาดร้ายแรงก็มักแก้ปัญหาด้วยการทิ้งบ้านหรือคนไข้ที่มีอาการหนักไว้แล้วอพยพไปยังที่อื่นเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรค แม้แต่หมอเคลยศักดิ์ก็ต้องหนีไปด้วยเช่นกันจึงไม่อาจเป็นที่พึ่งของคนป่วยไข้ได้ ด้วยเหตุนี้การเยียวยารักษาตนเองโดยไม่พึ่งวิชาชีพแพทย์จึงเป็นพฤติกรรมธรรมชาติที่สร้างสมจากภาวะความจำเป็นทางสังคม เฉพาะในยามโรคที่ความรุนแรงหรือเป็นโรคระบาดอันตรายราษฎรจึงหวังพึ่งวิชาชีพแพทย์และบริการของรัฐ ซึ่งรัฐในสมัยต้นรัตนโกสินทร์จะจัดบริการด้านสุขภาพแก่ราษฎรในกรณีเฉพาะหน้าที่สร้างความสูญเสียแก่สังคมจนอาจก่อผลสะท้อนถึงความมั่นคงของรัฐเท่านั้น เช่น การเกิดโรคระบาดที่รุนแรงคร่าชีวิตผู้คนมากมาย รัฐก็จะแสดงบทบาทปิดเป่าทุกขภัยตามเงื่อนไขของวิทยาการทางการแพทย์แห่งสังคมยุคนั้น เป็นภารกิจเฉพาะหน้า ยังไม่มีระบบที่แน่นอนในการจัดบริการสุขภาพอนามัยแก่ราษฎร เนื่องจากรัฐในช่วงเวลานั้นเป็นรัฐจักรวรรดิที่มีสถาบันพระมหากษัตริย์ในราชธานีเป็นศูนย์กลางของอำนาจรัฐและใช้อำนาจผ่านระบบ “กินเมือง” ของเจ้าเมืองปกครองหัวเมืองต่างๆ ความสัมพันธ์ระหว่างศูนย์กลางอำนาจรัฐกับเมืองต่างๆจึงห่างเหินและมักมีอำนาจแต่ในนามมากกว่าความเป็นจริงกิจการต่างๆในหัวเมืองจึงไม่ได้อยู่ในข่ายรับผิดชอบโดยตรงของรัฐส่วนกลาง ในขณะที่ศูนย์กลางอำนาจรัฐจะสามารถควบคุมได้จริงก็แต่เพียงเขตพระนครและเมืองใกล้เคียงเท่านั้น รัฐจึงไม่มี

* กาฬโรค (Plague) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Yersinia Pestis* ซึ่งถูกค้นพบในปีพ.ศ.2437 เชื้อจะอาศัยอยู่ในหมัดหนูและติดต่อกันโดยจะไปทำลายระบบหลอดเลือดและน้ำเหลือง ทำให้ผู้ป่วยมีผื่นหรือตุ่มใสขึ้นตามตัว หรือมีอาการบวมและเลือดออกในอวัยวะต่างๆ มีไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ปวดตามตัว เสียการทรงตัว หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ พูดจาสับสน หัวใจจะวายและเสียชีวิตในที่สุด หากเชื้อโรคเข้าสู่ระบบเลือดและทางเดินหายใจอาจทำให้เสียชีวิตได้ภายใน 1-3 วันหลังจากเริ่มมีอาการ กาฬโรคเป็นโรคที่แพร่ระบาดในยุโรปสมัยยุคกลางเป็นต้นไป (พุทธศตวรรษที่ 12-23) แล้วจึงแพร่กระจายเข้าสู่เอเชีย ประมาณการได้ว่าเป็นโรคที่ทำให้ชาวยุโรปเสียชีวิตรวมแล้วถึง 25 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของประชากรยุโรปทั้งหมดในสมัยนั้น กาฬโรคได้เข้ามาระบาดในประเทศไทยด้วยซึ่งเป็นผลมาจากการระบาดทั่วโลกในปีพ.ศ. 2437 โดยเริ่มจากการระบาดที่ภูเก็ตในปีพ.ศ.2443 และเข้ามาระบาดที่กรุงเทพฯในปีพ.ศ.2447 จนกระทั่งลุกลามไปถึงทั่วประเทศ หลังจากนั้นก็มีการระบาดขึ้นเกือบทุกปี มีผู้เสียชีวิตปีละ 50-200 คน จนกระทั่งมีการใช้วิธีพ่นดี.ดี.ที. ฉ่าหนูตามบ้านเรือนในปีพ.ศ.2492 ทำให้กาฬโรคเริ่มสงบลง, อ้างมาจาก จาก วรรณารถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์,” หน้า 82-112, และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 249.

⁶⁵ วรรณารถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์,” หน้า 50-82.

บทบาทในการแก้ปัญหาสุขภาพของราษฎรในเขตหัวเมือง ส่วนราษฎรในเขตราชธานีก็อยู่ในระบบไพร่ที่ต้องสังกัดมูลนาย มูลนายจึงมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบต่อไพร่ของตนเอง รัฐไม่มีความจำเป็นต้องมีภาระดูแลหรือจัดบริการสังคมแก่ราษฎร ดังนั้นตราบไต่ที่ปัญหาความเจ็บป่วยในหมู่พลเมืองไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพของรัฐแล้ว รัฐก็จะให้ถือเป็นหน้าที่ของมูลนายต้นสังกัด⁶⁶

แนวความคิดของรัฐเกี่ยวกับบทบาทด้านบริการสังคมรวมทั้งบริการสุขภาพอนามัยทั่วไปแก่ราษฎรได้เปลี่ยนแปลงไปในสมัยรัชกาลที่ 5 รวพ.ศ.2430 เป็นต้นไป ด้านหนึ่งเป็นเพราะปัจจัยภายในสังคมไทยเองที่สร้างความจำเป็นในขณะนั้นขึ้นได้แก่ความจำเป็นที่ต้องแก้ปัญหาสุขภาพที่อาจบั่นทอนกำลังของกองทัพและราษฎรซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการสร้างผลผลิตทางเกษตรกรรม อันเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของสังคม ทั้งนี้มีแรงกดดันพื้นฐานมาจากปัญหาโรคระบาดที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของเศรษฐกิจสังคมและการคมนาคมสื่อสาร รวมทั้งการติดต่อการค้ากับต่างประเทศและภายในประเทศมากขึ้น ทำให้การแพร่กระจายของโรคระบาดสำคัญเช่น อหิวาตกโรค ขยายขอบเขตการระบาดกว้างมากขึ้นซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเมืองของรัฐได้มากขึ้นด้วย ในอีกด้านหนึ่งก็มีแรงกดดันจากภายนอกสังคมคือภัยคุกคามจากลัทธิจักรวรรดินิยมทำให้รัฐต้องจัดการปฏิรูปการปกครองแผ่นดินเพื่อรวมศูนย์อำนาจทั้งด้านเศรษฐกิจและการปกครองสู่ส่วนกลาง นับเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์อย่างแท้จริง มีการยกเลิกชนบไพร่ให้ราษฎรทั้งหมดขึ้นกับรัฐโดยตรง ไม่ใช่ขึ้นกับมูลนาย และรัฐมีนโยบายจะพัฒนาประเทศตามแบบตะวันตกเพื่อให้ชาติรอดพ้นจากการตกเป็นอาณานิคม ดังนั้นบทบาทการให้บริการสังคมที่จัดโดยรัฐจึงได้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบแน่นอน ไม่ใช่เป็นบทบาทชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าอีกต่อไป มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราชเพื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ราษฎรทั่วไปและตั้งกรมพยาบาลเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบงานบริการด้านสุขภาพในปีพ.ศ.2429-2431 นับเป็นการแสดงบทบาทใหม่ของรัฐที่ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปทางสังคมสู่ความทันสมัยตามแบบฉบับตะวันตก ในช่วงเวลานี้รัฐเน้นการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ราษฎรเฉพาะในเขตพระนครในรูปแบบของโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับสังคมไทย แต่ไม่มีนโยบายจะขยายบริการรูปแบบนี้ไปยังส่วนหัวเมือง สำหรับราษฎรที่อยู่ในหัวเมืองนั้นรัฐได้จัดบริการในรูปแบบของการจำหน่ายยาแผนปัจจุบันเป็นบริการด้านการบำบัดโรค และจัดบริการด้านป้องกันโรคระบาดด้วยการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษและการให้

⁶⁶ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” หน้า 30-45.

สุขภาพเป็นครั้งคราวเมื่อเกิดการระบาดของโรค ซึ่งก็ปรากฏว่าไม่สามารถทำให้ปัญหาโรคระบาดลดความรุนแรงลงได้มากนัก บทบาทของรัฐด้านบริการสังคมในช่วงนี้ยังคงเป็นรองกิจการด้านหลักคือการสร้างเสถียรภาพทางการเมืองและการปกครองเป็นสำคัญ กิจการสุขภาพอนามัยก็เป็นเพียงบทบาทเสริมที่มีผลต่อประชากรเพียงจำนวนจำกัดเฉพาะในเขตพระนครมากกว่าส่วนหัวเมืองที่เป็นที่อยู่อาศัยของพลเมืองส่วนใหญ่ของประเทศและรัฐยังไม่ได้ถือว่าการบริการสุขภาพเป็นกลไกของรัฐที่จะสร้างการยอมรับต่อผู้ปกครองในหมู่ราษฎรของประเทศ เนื่องจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในยุคนั้นมีอำนาจรวมศูนย์ที่มั่นคงและสมบูรณ์อยู่แล้วในทัศนะของผู้นำรัฐ⁶⁷

งานบริการสุขภาพอนามัยของรัฐสู่พลเมืองได้มีนโยบายขยายบริการสู่หัวเมืองอย่างจริงจังในสมัยรัชกาลที่ 6 เมื่อมีการตั้งกรมพยาบาลขึ้นใหม่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยในพ.ศ.2455 เป็นส่วนหนึ่งของการปรับปรุงสภาพสังคมของประเทศ ซึ่งรัฐถือว่าเป็นบทบาทตามหลังจากการดำเนินการปกครองบ้านเมืองได้เรียบร้อยดีแล้ว จึงให้ความสำคัญกับงานด้านป้องกันและควบคุมโรคระบาดเพื่อลดอัตราการตายของประชากร การขยายการจัดการสุขภาพภิบาลหัวเมือง และการกระจายยารักษาโรคต่างๆ ผลปรากฏว่าการสุขภาพภิบาลหัวเมืองขยายตัวอย่างรวดเร็วและรัฐสนับสนุนให้ท้องถิ่นสร้างโรงพยาบาลหรือโสตศาศาลาสำหรับจำหน่ายและแจกยาแก่ราษฎรโดยอาศัยเงินรายได้จากการสุขภาพภิบาลและการเรียกรายจากคนในท้องถิ่น ส่วนรัฐจะสร้างโรงพยาบาลของรัฐเฉพาะในเขตหัวเมืองที่มีบทบาทหรือมีปัญหาทางการเมืองและเศรษฐกิจ นับเป็นช่วงเวลาที่งานการแพทย์และสาธารณสุขขยายตัวอย่างรวดเร็วในส่วนภูมิภาคด้วยแรงสนับสนุนทางเศรษฐกิจของท้องถิ่นเองเป็นสำคัญ ต่อมาก็ได้มีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในสังกัดกระทรวงมหาดไทยในปีพ.ศ.2461 และสามารถรวมกิจการสุขภาพส่วนพระนครและภูมิภาคเข้าด้วยกันสำเร็จในปีพ.ศ.2468 ทำให้กิจการสุขภาพพลเมืองได้รับความสนใจจากรัฐมากขึ้นเนื่องจากรัฐได้ตระหนักแล้วว่างานบริการสุขภาพนอกจากจะให้ผลดีต่อสุขภาพของประชากรแล้วยังเกิดประโยชน์ต่อการปกครองและเศรษฐกิจของท้องถิ่นด้วย กล่าวคือรัฐได้ใช้บริการสุขภาพเป็นเครื่องมือในการเข้าถึงราษฎรช่วยสร้างความสงบเรียบร้อยในการปกครองบ้านเมืองพร้อมทั้งเกิดผลประโยชน์ต่อสุขภาพของราษฎรในขณะเดียวกันด้วย ในการจัดการด้านสุขภาพจึงเน้นเฉพาะกิจการในระดับพื้นฐานเท่านั้นเพื่อให้สามารถขยายงานได้ในขอบเขตที่กว้างของส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะต่อปัญหาโรคระบาดเป็นงานด้านหลัก นอกจากนี้ยังมีการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป การให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจำหน่ายยาเพื่อรักษาโรคทั่วไป การปลูกฝี

⁶⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 46-91.

ป้องกันไข้ทรพิษ เป็นต้น ผลของการดำเนินการที่ขยายตัวในวงกว้างนี้ทำให้อัตราเพิ่มของประชากรโดยทั่วไปสูงขึ้น กล่าวได้ว่างานบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้แก่ราษฎรในช่วงปลายสมัย สมบูรณาญาสิทธิราชย์ได้คลี่คลายพัฒนาจากระบบบริการที่หละหลวม ไร้ประสิทธิภาพ และเน้นเฉพาะการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยในเขตพระนคร มาสู่การขยายบริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานที่ประกอบด้วยงานฝ่ายรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ไปยังส่วนหัวเมืองได้ กว้างขวางขึ้น เพื่อจัดการกับปัญหาโรคระบาดที่ขยายไปสู่เขตหัวเมืองมากขึ้นจากความเจริญทาง เศรษฐกิจและสังคม โดยอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรใหญ่เพียงองค์กรเดียวคือกรม สาธารณสุขสังกัดกระทรวงมหาดไทย แต่เนื่องจากอุปสรรคหลายอย่าง เช่น รัฐยังคงให้ความสำคัญกับกิจการด้านสาธารณสุขน้อยมากเมื่อเทียบกับกิจการด้านอื่น นอกจากนี้ยังมีปัญหา ภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่เสื่อมโทรม รวมทั้งปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ทำให้การขยาย กิจการด้านสุขภาพก็ยังคงไม่เพียงพอกับความต้องการของราษฎรส่วนใหญ่ของประเทศ⁶⁸

ในปีพ.ศ.2473 รัฐบาลสยามสมัยรัชกาลที่ 7 ได้เชิญ ดร.คาร์ล ซี ซิมเมอร์แมน (Carle C.Zimmerman) ศาสตราจารย์ทางสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ให้เข้ามาสำรวจสภาพ เศรษฐกิจของชนบทสยาม หลังจากที่ได้ดำเนินการสำรวจเป็นเวลา 7 เดือน⁶⁹ ดร.ซิมเมอร์แมนก็ได้ จัดทำรายงานเสนอในชื่อ “*Siam Rural Economic Survey 1930-1931*” โดยได้สรุปว่าพลเมือง ประเทศสยามมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่าอีกหลายประเทศในเอเชีย หากจะมีส่วนที่ยังล้าหลังอยู่ก็ เนื่องจากการ “มีพลเมืองน้อยเมื่อคิดเทียบกับขนาดพื้นที่” และมี “อัตราการตายสูง” จำเป็นต้อง พยายามทวีพลเมืองเพื่อให้สามารถผลิตพืชผลได้มากขึ้น ดร.ซิมเมอร์แมนเห็นว่าจำนวนพลเมือง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เศรษฐกิจของประเทศเจริญก้าวหน้า และสมรรถภาพในทางเศรษฐกิจของ พลเมืองก็ขึ้นอยู่กับการมีสุขภาพดี⁷⁰

ศูนย์วิทยพัชกร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁶⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 92-171.

⁶⁹ การสำรวจกระทำในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2473 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2474 วิธีการสำรวจคือการสุ่มเลือก ตำบลจากในภาคต่างๆตามสัดส่วนของประชากร รวมแล้ว 40 ตำบล แล้วทำการสุ่มเลือกครอบครัวจากหมู่บ้านต่างๆมา สัมภาษณ์โดยให้มีครอบครัวฐานะต่างๆปะปนกัน ให้ครบจำนวนเกณฑ์ที่กำหนด หัวข้อต่างๆที่ทำการสำรวจเช่น รายได้ รายจ่าย หนี้สิน การเสียภาษีอากร สุขภาพ อาหาร เป็นต้น.

⁷⁰ Carle C.Zimmerman, *Siam Rural Economic Survey 1930-1931* (Bangkok: White Lotus, 1999), pp.225-229.

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2454-2500⁷¹

ปี	พ.ศ.2454	พ.ศ.2462	พ.ศ.2472	พ.ศ.2480	พ.ศ.2490	พ.ศ.2500
จำนวนประชากร	8,226,408	9,207,355	11,506,207	14,467,105	17,442,689	23,669,459

ดร.ซิมเมอร์แมนอธิบายว่าสาเหตุสำคัญที่ประเทศสยามมีพลเมืองน้อยนั้นเกี่ยวกับอัตราการตายเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากรัฐบาลยังไม่ได้คิดอ่านลดการตายในชนบทให้น้อยลง นอกเหนือไปจากการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ รัฐบาลยังไม่ได้คิดอ่านปราบโรคต่างๆอย่างจริงจังโดยวิธีใช้ยาและการแพทย์สมัยใหม่ พลเมืองประมาณครึ่งหนึ่ง “ไม่เคยใช้ยารักษาโรคเลย” ส่วนอีกครึ่งหนึ่งใช้ยาของหมอพื้นเมืองซึ่งยังไม่แน่ชัดในคุณภาพการรักษา มีพลเมืองเพียงส่วนน้อยมากประมาณ 1 ใน 100 ที่ยอมให้แพทย์รักษาและใช้ยาสมัยใหม่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคระบาดที่วนเวียนมาเป็นครั้งคราวและโรคประจำถิ่นบางอย่างที่มีชุกชุมในแต่ละท้องถิ่น โดยเฉพาะโรคบิดและพยาธิลำไส้ที่มีแพร่หลายทั่วไปในชนบทโดยเฉพาะในฤดูแล้งที่แหล่งน้ำไม่สะอาดเพียงพอ ในผู้ใหญ่ผู้นั้นมักจะตายจากการที่ “เป็นโรคหลายอย่างในคราวเดียวกัน” ส่วนเด็กนั้นถ้าป่วยเป็นโรคเพียงชนิดเดียวก็อาจตายได้ ผู้ประกอบอาชีพชาวนาเป็นโรคกันมากเนื่องจากอยู่กลางแจ้ง ตากแดด และไม่ค่อยมีเสื้อผ้าห่อหุ้มร่างกายเพียงพอ สำหรับในท้องถิ่นที่มีไข้จับสั่นแพร่หลาย โดยเฉพาะภาคเหนือ พลเมืองเกือบทั้งหมด “เป็นไข้จับสั่นเรื้อรังถึงขั้นดับม้ามโต” ดร.ซิมเมอร์แมนได้สรุปว่าพลเมืองเป็นจำนวนมากต้องเสียชีวิตเพราะโรคภัยไข้เจ็บหลายอย่าง วิธีแก้ปัญหาคือจัดการบำรุงการแพทย์ในชนบทให้มากขึ้น ให้พลเมืองนิยมใช้ยาแผนปัจจุบันมากขึ้น รวมทั้งหาทางป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดมากในท้องถิ่นเช่นไข้จับสั่นและคุดทะราด* ดร.ซิมเมอร์แมนเสนอให้รัฐบาล “จัดระเบียบใหม่ในเรื่องสุขภาพ” เพื่อให้พลเมืองนิยมใช้การรักษาตาม

⁷¹ ตัวเลขในปีพ.ศ.2454-2490 ได้มาจากการสำรวจสำมะโนครัวทั่วราชอาณาจักรไทยในปีนั้นๆ ส่วนตัวเลขในปีพ.ศ.2500 ได้มาจากการรายงานจำนวนราษฎรตามทะเบียนราษฎรของจังหวัดต่างๆทั่วราชอาณาจักรไทย รวบรวมและเผยแพร่โดย ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย http://www.cps.chula.ac.th/pop_info_2551/Image+Data/Population_statistics/Ps.html.

* โรคคุดทะราด (Yaws) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อกันได้โดยการสัมผัสผู้ป่วย มักเกิดขึ้นมากในวัยเด็กนักเรียน มีอาการเป็นตุ่มนูน และเป็นแผลทั่วร่างกาย ผิวหนังหนาขึ้น มักพบที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า ทำให้เกิดการเจ็บปวดมากจนเดินหรือทำงานไม่ได้ อาจหายเองได้ในเวลา 3 เดือน แต่หากรุนแรงก็อาจถึงขั้นพิการ ปัจจุบันได้มีการป้องกันและปราบปรามโรคนี้นั้นจนคิดว่าหมดไปแล้ว, อ้างมาจาก <http://en.wikipedia.org/wiki/Yaws>.

แนวทางการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้ง”เร่งอบรมแพทย์ชั้นรับรอง” อย่างเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้การแพทย์สมัยใหม่สามารถเข้าถึงพลเมืองในชนบทได้มากขึ้น⁷²

รายงานฉบับนี้ของดร.ซิมเมอร์แมนคาดว่าน่าจะส่งผลกระทบต่อรัฐบาลภายหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ในการดำเนินงานด้านสุขภาพพลเมืองไม่น้อย เห็นได้จากความสอดคล้องของนโยบายบางอย่างของรัฐบาลกับข้อเสนอของดร.ซิมเมอร์แมน เช่น โครงการอนามัยหัวเมือง โครงการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ การอบรมผู้ช่วยแพทย์ ฯลฯ ดังจะได้กล่าวต่อไป

จุดเริ่มต้นของการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองหลังพ.ศ.2475

หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โครงสร้างหน่วยราชการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของราษฎรคือกรมสาธารณสุขสังกัดกระทรวงมหาดไทย ยังมีได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์อย่างเด่นชัดแต่อย่างใด โดยเฉพาะในระหว่างปีพ.ศ.2475-2477 กิจกรรมที่ดำเนินการยังคงปฏิบัติตามนโยบายเดิมที่เคยเป็นมาแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองทั้งสิ้น มูลเหตุของความชะงักงันในการพัฒนากิจการด้านสุขภาพพลเมืองในระยะนี้น่าจะได้แก่ปัญหาความไม่สงบทางการเมืองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงการปกครอง อันมีต้นตอมาจากความขัดแย้งทางการเมืองทั้งภายในหมู่ผู้ก่อการคณะราษฎรเอง และความขัดแย้งระหว่างกลุ่มอำนาจเก่ากับกลุ่มอำนาจใหม่ รวมทั้งความขัดแย้งในเรื่องเค้าโครงเศรษฐกิจของปรีดี พนมยงค์ ซึ่งถูกมองว่าเป็นไปในแนวทางของคอมมิวนิสต์ ทำให้เกิดความผันผวนทางการเมืองขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเพียง 2 ปี กล่าวคือ การปิดสภาโดยนายกรัฐมนตรีพระยามโนปกรณนิติธาดา วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2476 หลังจากนั้น 1 เดือนเศษก็เกิดการรัฐประหารล้มรัฐบาลพระยามโนปกรณนิติธาดาโดยกลุ่มทหารที่นำโดยจอมพลป.พิบูลสงครามในวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ.2476 และพระยาพหลพลพยุหเสนาได้เข้าดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีของรัฐบาลใหม่ หลังจากนั้นในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2476 ก็เกิดกบฏบวรเดชขึ้นเป็นความพยายามที่จะยึดอำนาจจากรัฐบาล แต่ก็ถูกปราบลงได้ และในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2476 ก็ได้จัดให้มีการเลือกตั้งทั่วประเทศครั้งแรกและได้รัฐบาลใหม่มาบริหารประเทศ ความผันผวนทางการเมืองเหล่านี้ทำให้รัฐบาลยังไม่มีเวลาจัดการบริหารกิจการของประเทศในด้านต่างๆได้อย่างปกติ รวมทั้งในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพของพลเมืองด้วย รัฐจึงยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัดเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของพลเมืองในช่วงนี้⁷³

⁷² Carle C.Zimmerman, Siam Rural Economic Survey 1930-1931, pp.232-245.

⁷³ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” หน้า 179-180.

นโยบายการจัดการสุขภาพพลเมืองหรือการสาธารณสุขเริ่มปรากฏออกมาให้เห็นเด่นชัดหลังจากพ.ศ.2477 เป็นต้นไป โดยเริ่มจากรัฐบาลของพระยาพหลพลพยุหเสนา^{*} ที่มีการแถลงนโยบายของรัฐบาลเมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ.2477 และมีนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพพลเมืองแยกเป็นการบำบัดโรคและการสาธารณสุขทั่วไป โดยระบุว่า จะจัดการ “ขยายโรงพยาบาลตามจังหวัดที่จำเป็น” และ “ขยายสุขศาลาตามท้องที่ต่างๆที่อยู่ห่างไกลจังหวัด” รวมทั้งการ “ร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข” เพื่อควบคุมสุขภาพพลเมืองทั่วไป “แก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ” ให้ได้ผลดีขึ้น และ “ขยายการควบคุมโรคซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ” เช่น ไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิต เป็นต้น⁷⁴ นโยบายเกี่ยวกับสุขภาพพลเมืองนี้ได้มีการประกาศย้ำอีกครั้งหนึ่งในคำแถลงนโยบายของรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนาเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ.2480 ซึ่งก็ยังคงมีการให้ความสำคัญกับประเด็นสำคัญคือการบำบัดโรค การสาธารณสุขทั่วไป การควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และมีสิ่งที่เพิ่มมาใหม่คือการสงเคราะห์มารดาและเด็ก⁷⁵

คำประกาศนโยบายของรัฐบาลต่อสภาผู้แทนราษฎรเช่นนี้แม้ว่าจะจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของหลักการที่ดูสวยงามเพื่อให้ได้รับความไว้วางใจในการปฏิบัติหน้าที่เป็นรัฐบาลต่อไป สำหรับในทางปฏิบัติจริงอาจจะไม่ได้ดำเนินการไปตามที่ประกาศไว้ทั้งหมด แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงมุมมองที่เปลี่ยนไปของรัฐเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพพลเมืองจากในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่มุ่งเพียงการขยายกิจการสุขภาพขั้นพื้นฐานไปสู่หัวเมืองเพื่อแก้ปัญหาโรคระบาด มาสู่การมองในรูปของปัญหาที่กว้างขึ้นและวิธีการจัดการกับปัญหานั้น เช่น ปัญหาการขาดแคลนสถานพยาบาล

* ได้ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรีครั้งแรกหลังจากที่มีการรัฐประหารยึดอำนาจจากรัฐบาลพระยามโนปกรณนิติธาดาเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2476 หลังจากนั้นในช่วงที่เป็นรัฐบาลก็ได้จัดให้มีการเลือกตั้งทั่วไปครั้งแรกขึ้นในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2476 และได้รับเลือกให้เป็นนายกรัฐมนตรีอีกครั้ง หลังจากนั้นในวันที่ 13 กันยายน 2477 ฝ่ายบริหารแพ้คะแนนเสียงในสภาเรื่องสัญญาการค้าทางพารา ทำให้พระยาพหลฯต้องลาออกจากการเป็นนายกรัฐมนตรี แต่ก็ได้รับการแต่งตั้งเข้ามาใหม่ในวันที่ 22 กันยายน 2477 และก็ต้องลาออกอีกครั้งเมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2480 ด้วยกรณีที่ดินพระคลังข้างที่ แต่ก็ได้รับการแต่งตั้งให้กลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีอีกในปีเดียวกัน ในปีต่อมารัฐบาลแพ้คะแนนเสียงในสภากรณียาละเอียดงบประมาณแผ่นดิน จึงมีการยุบสภาเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2481 ให้มีการเลือกตั้งทั่วไปภายใน 90 วัน ซึ่งหลังการเลือกตั้งวันที่ 12 พฤศจิกายน 2481 พระยาพหลพลพยุหเสนา ก็ปฏิเสธไม่รับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี นายพลตรีหลวงพิบูลสงคราม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมจึงขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีแทนเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2481 อ้างจาก ชาอุวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติศาสตร์การเมืองไทย 2475-2500. (กรุงเทพฯ : มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2549), หน้า 167-170.

⁷⁴ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาล วันที่ 22 กันยายน 2477,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475 – 12 ธ.ค.2490).

⁷⁵ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาล วันที่ 23 ธันวาคม 2480,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475 – 12 ธ.ค.2490).

ในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นทางไกลทำให้ต้องมีนโยบายที่จะขยายสถานพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดและอนามัยในกิจการสุขภาพทำให้ต้องมีร่างพระราชบัญญัติสาธารณสุข ปัญหาเรื่องโรคติดต่อทำให้ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ ปัญหาเรื่องโรคต่างๆที่คนเป็นมากทำให้ต้องมีการขยายการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาเรื่องเด็กเกิดมาแล้วตายมากทำให้ต้องมีงานสงเคราะห์มารดาและเด็ก เป็นต้น นอกจากนี้พัฒนาการในกิจการด้านสุขภาพพลเมืองของรัฐบาลจากขั้นพื้นฐานมาสู่การมุ่งเน้นไปยังปัญหาต่างๆยังทำให้วิธีดำเนินการมีความหลากหลายมากขึ้นเรื่อยๆเช่น การมีผู้ตรวจการสุขภาพ การสร้างสถานพยาบาล การจัดทำกฎหมาย การอบรมผู้ช่วยแพทย์และนางผดุงครรภ์ เป็นต้น เรื่องเหล่านี้ในด้านหนึ่งก็คือการพัฒนาไปตามกาลเวลา เป็นปกติของกิจการต่างๆ เนื่องจากรัฐได้เห็นปัญหามากขึ้น มีประสบการณ์มากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพของพลเมืองได้รอบด้านมากขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นดังที่ทวิศักดิ์ เผือกสม ได้อธิบายเอาไว้เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องรัฐเวชกรรมว่าเป็นการสร้างรัฐที่มีกลไกทางการแพทย์เพื่อคอยสอดส่องดูแลร่างกายของพลเมือง โดยมีเป้าหมายหลักคือความต้องการสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อควบคุมร่างกายของพลเมืองให้อยู่ภายใต้อำนาจความรู้ทางการแพทย์ เพื่อแปรให้ร่างกายของพลเมืองกลายเป็นพลังการผลิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามเหตุผลของระบบทุน⁷⁶ ทวิศักดิ์ เผือกสมยังได้กล่าวอีกว่าความเป็นรัฐเวชกรรมในด้านหนึ่งก็คือความพยายามที่จะแปลงให้พื้นที่ของรัฐไทยกลายเป็นพื้นที่ในเชิงอุดมคติทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และระบบการดูแลสุขภาพพลเมืองในสังคมไทย และในอีกด้านหนึ่งก็เพื่อให้รัฐไทยสมัยใหม่สามารถให้ความเอื้อเฟื้อและสร้างกลไกในการเข้าไปสอดส่องดูแลควบคุมร่างกายของพลเมืองได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งเป็นอุดมคติที่เริ่มต้นคิดโดยบรรดานักการแพทย์และสาธารณสุขหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 และต่อมาได้กลายเป็นอุดมคติในทางนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขไทยในช่วงหลังจากนั้น⁷⁷

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐ

1. แรงผลักดันจากการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ตั้งแต่ช่วงพุทธศตวรรษที่ 24 โรคระบาดกลายเป็นปัญหาระดับโลก โรคหลายโรคสามารถเกิดการระบาดได้อย่างรวดเร็วและรุนแรงข้ามทวีป เช่น อหิวาตกโรคและกาฬโรค โดยผ่านทางเรือสินค้าและการติดต่อค้าขายกัน รวมไปถึงการค้นพบเชื้อโรคที่เป็นบ่อเกิดของโรคในช่วงต้นพุทธ

⁷⁶ ทวิศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 174-175.

⁷⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 234.

ศตวรรษที่ 25 นำไปสู่ความพยายามร่วมมือกันระหว่างประเทศในการป้องกันโรคระบาดรวมไปถึงโรคอื่นๆและการสุขอนามัย โดยเฉพาะที่สำคัญคือการประชุมด้านสุขอนามัยระหว่างประเทศ (International Sanitary Conference) ที่จัดขึ้นครั้งแรกในปีพ.ศ.2394 ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส จากปัญหาการระบาดของอหิวาตกโรคในยุโรป หลังจากที่ได้ประชุมกันอีกหลายครั้งก็ได้มีการตกลงใช้ “ระเบียบการอนามัยระหว่างประเทศ” (International Sanitary Convention) ขึ้นในปีพ.ศ. 2435 เพื่อให้มีการบังคับใช้มาตรการหลายอย่างในการป้องกันโรคระหว่างประเทศ เช่น การกักกันเรือและมาตรการต่างๆทางสุขวิทยา โดยมีเป้าหมายในการป้องกันอหิวาตกโรคเป็นสิ่งสำคัญ และต่อมาก็ได้มีการเพิ่มโรคที่ต้องป้องกันได้แก่ กาฬโรค (พ.ศ.2440) ไข้ทรพิษ (พ.ศ.2469) ไข้รากสาดใหญ่ (พ.ศ.2469)⁷⁸

ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1 ลึกลับสุดลง ความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดกระแสต่อต้านสงครามขึ้น พร้อมกับกระแสการแสวงหาสันติภาพอันยั่งยืนทั่วโลกภายใต้แนวคิดที่ว่าด้วย “ความมั่นคงร่วมกัน” นำไปสู่การจัดตั้งองค์การสันนิบาตชาติ (League of Nations) ในปีพ.ศ.2462 ภารกิจหลักขององค์การสันนิบาตชาติคือการรักษาสันติภาพและมีภารกิจรองคือการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประเทศ ซึ่งในการดำเนินงานด้านสังคมนั้น องค์การสันนิบาตชาติได้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งโดยได้ดำเนินงานผ่านองค์การระหว่างประเทศอื่นๆในด้านต่างๆ เช่น การอนามัย แรงงาน การควบคุมและปราบปรามยาเสพติด การปกป้องชนกลุ่มน้อย เป็นต้น⁷⁹ ภารกิจด้านสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และการสาธารณสุขระหว่างประเทศก็เป็นเรื่องหนึ่งที่อยู่ในความสนใจขององค์การสันนิบาตชาติ มีการตั้ง “หน่วยงานด้านสุขภาพแห่งองค์การสันนิบาตชาติ” (Health Organization of the League of Nations) ที่กรุงเจนีวาในปีพ.ศ.2463 และมีการตั้ง “ศูนย์การควบคุมโรคระบาดภาคตะวันออก” (Eastern Epidemiological Intelligence Centre) ที่ประเทศสิงคโปร์ในปีพ.ศ.2468 เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรคระบาดต่างๆในประเทศทางตะวันออก⁸⁰ โรคหนึ่งที่อยู่ในความสนใจขององค์การสันนิบาตชาติในขณะนั้นคือโรคไข้จับสั่น เนื่องจากภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1 ลึกลับสุดลง โรคไข้จับสั่นก็ได้ระบาดในที่ต่างๆของโลกมากขึ้น และจากผลของสงครามก็ทำให้ยาคิวินินขาดแคลน

⁷⁸ ข้อมูลจากเว็บไซต์ของ Geneva Foundation for Medical Education and Research หัวข้อ Origin and Development of International Cooperation for Health: Steps toward the Constitution of the World Health Organization, ที่มา http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/P1-1.htm.

⁷⁹ ขจิต จิตตเสวี, องค์การระหว่างประเทศ: องค์การระหว่างประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์และภูมิภาคาภิวัตน์ (กรุงเทพฯ: วิทยาลัยฯ, 2553) หน้า 140-143.

⁸⁰ พระบาราสนราดรุ, “ประวัติกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 37.

นำไปสู่การตั้งคณะกรรมการใช้จับสั้นของสันนิบาตชาติในปีพ.ศ.2471 ซึ่งมีการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคใช้จับสั้นหลายอย่าง มีการจัดอบรมเรื่องโรคใช้จับสั้นที่สิงคโปร์ระหว่างปีพ.ศ.2476-2481 โดยเชิญผู้แทนจากประเทศต่างๆไปเข้าร่วม ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่เป็นสมาชิกสันนิบาตชาติและเป็นประเทศที่มีการระบาดของโรคใช้จับสั้นมาก ก็ได้ส่งผู้แทนไปร่วมอบรมด้วย ซึ่งก็ได้ประโยชน์พอสมควร⁸¹

นอกจากองค์การสันนิบาตชาติแล้ว อีกองค์การหนึ่งที่มีบทบาทมากในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆก็คือองค์การกาชาดสากล (Red Cross Societies) ซึ่งเป็นองค์การบรรเทาทุกข์ในยามสงคราม ตามอนุสัญญาแห่งกรุงเจนีวา พ.ศ.2407 ที่กำหนดให้ต้องช่วยเหลือคนเจ็บไข้โดยไม่คำนึงว่าเป็นชาติใดภาษาใด สำหรับภารกิจหลักๆยามปราศจากศึกสงครามก็คือการจัดการกับปัญหาโรคติดต่อและโรคระบาดรวมไปถึงภาวะขาดแคลนอาหาร ที่มักเกิดขึ้นภายหลังสงคราม ให้ความสำคัญกับงานด้านอนามัยสงครามและอนามัยศึกษา ต่อมาได้มีการก่อตั้งสันนิบาตสหภาพกาชาด (League of Red Cross Societies) ในปีพ.ศ.2462 เพื่อรวบรวมติดต่อประสานงานองค์การกาชาดของประเทศต่างๆ มีการดำเนินงานที่สำคัญคือจัดหาเครื่องมือและเวชภัณฑ์ให้พร้อมสำหรับความช่วยเหลือผู้ประสบภัยทั่วโลก รวมทั้งการบรรเทาทุกข์จากโรคภัยไข้เจ็บ โดยถือคติ “กันไว้ดีกว่าแก้” ดำเนินการโดยการชี้แจงโฆษณาให้ประชาชนในสวนต่างๆของโลกรู้จักรักษาตัวเอง รู้จักป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ทำการสุขศึกษา แนะนำมารดาให้รู้จักวิธีบริหารทารก รวมไปถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ⁸²

สำหรับประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับกิจการกาชาดมาตั้งแต่พ.ศ.2436 ในช่วงเวลาที่เกิดกรณีพิพาทกับฝรั่งเศส นำไปสู่การจัดตั้งสมาการกุศลขึ้นเรียกว่า “สภาอุณาโลมแดงในพระบรมราชูปถัมภ์” และต่อมาในปีพ.ศ.2461 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สหภาพกาชาดสยาม” ซึ่งก็ได้ดำเนินการตามหลักกาชาดสากล มีการตั้งโรงเรียนพยาบาลสหภาพกาชาดในปีพ.ศ.2457 สหภาพกาชาดไทยมีบทบาทมากในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่ประเทศไทยได้รับภัยสงครามด้วย โดยเฉพาะจากการทิ้งลูกระเบิด ซึ่งสหภาพกาชาดก็ได้คอยช่วยบรรเทาทุกข์ทั้งในพระนครและต่างจังหวัด นอกจากนี้ยังมีงานที่สำคัญคืองานอนุกาชาด ที่เป็นการอบรมเด็กให้เป็นพลเมืองดีและมีความรู้ในทางสุขอนามัย⁸³

ประเทศไทยในเวลานั้นนอกจากจะเป็นสมาชิกของทั้งองค์การสันนิบาตชาติและสันนิบาตสหภาพกาชาดแล้ว ยังได้มีส่วนร่วมในการประชุมระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกิจการสุขภาพ

⁸¹ พิชาญ พัฒนา, ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย (พระนคร: โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509), หน้า 353-355.

⁸² สหภาพกาชาดไทย, ประวัติการกาชาด (พระนคร: สภา, 2496) หน้า 28-62.

⁸³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 55-70.

พลเมืองอีกหลายครั้งในช่วงทศวรรษ 2470 เช่น ได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมสมาคมอายุรเวชกรรมแห่งบูรพประเทศสำหรับโรคเมืองร้อน ในปีพ.ศ.2473 ที่กรุงเทพฯ และในปีพ.ศ.2477 ก็ได้ส่งผู้แทนไปเข้าร่วมประชุมของสมาคมนี้อีกที่นานกิง ต่อมาในปีพ.ศ.2480 ก็ได้ส่งผู้แทนไปเข้าร่วมประชุมเรื่องจิตอนามัยและเรื่องสาธารณสุขทั่วไปที่ปารีส รวมทั้งการประชุมครั้งสำคัญขององค์การสันนิบาตชาติในปีเดียวกันว่าด้วยอนามัยในชนบทที่เมืองบันดุง เกาะชวา⁸⁴ นับได้ว่าประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากต่างประเทศในการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพพลเมืองไม่น้อย

2. แรงผลักดันทางการเมืองการปกครองและอุดมการณ์

ปัจจัยทางการเมืองการปกครองและอุดมการณ์มีส่วนในการผลักดันให้กิจการที่เกี่ยวกับพลเมืองมีความสำคัญขึ้นในช่วงพ.ศ.2477 เป็นต้นไป กล่าวคือเป็นผลมาจากการที่มีการจัดการเลือกตั้งทั่วไปครั้งแรกขึ้นในช่วงเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ.2476* ทำให้ได้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรประเภทที่ 1 ที่ถือว่าได้รับเลือกมาจากราษฎรจริง ๆ ถึง 78 คน นับเป็นครั้งแรกของสมาชิกในรัฐสภา อีกครั้งหนึ่งคือสมาชิกประเภทที่ 2 ที่มาจากการแต่งตั้งอีก 78 คน แล้วสมาชิกทั้งสองประเภทก็ทำการตั้งรัฐบาลชุดใหม่ขึ้นบริหารประเทศ⁸⁵ ดังนั้นรัฐบาลจึงถือได้ว่ามีที่มาจากราษฎรจริงๆ ครั้งหนึ่ง การดำเนินนโยบายก็ต้องดำเนินนโยบายที่ให้ผลประโยชน์แก่ราษฎรด้วย มิเช่นนั้นก็ไม่สามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งก็เชื่อได้ว่าในการทำหน้าที่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร โดยเฉพาะสมาชิกประเภทที่ 1 ที่ราษฎรเป็นผู้เลือกเข้ามา น่าจะสามารถทำหน้าที่กระตุ้นและตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลได้เป็นอย่างดี และอาจถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่ผู้นำท้องถิ่นสามารถจะมีเสียงในการปกครองซึ่งเดิมมักจะถูกครอบงำโดยส่วนกลางและกรุงเทพฯ⁸⁶ เป็นเรื่องปกติที่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรซึ่งมาจากท้องถิ่นจะกระตุ้นให้รัฐบาลเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นแก่คนในท้องถิ่นบ้าง รวมถึงเรื่องปัญหาในทางสุขภาพของพลเมืองด้วย เช่น หนังสือจากพระยาวิเศษสิงหนาท ผู้แทนราษฎรจังหวัดนครนายก ถึงนายกรัฐมนตรี ลงวันที่ 13 กรกฎาคม 2477 กล่าวถึงสภาพปัญหาของชาวจังหวัดนครนายกในเรื่องสุขภาพอนามัยว่า

“ราษฎรไม่ได้รับความแนะนำอบรมเลย เช่น ส้วม บ่อน้ำ การรักษาตัว ไม่ถูกอนามัยตั้ง 99% ถึงคราวราษฎรเจ็บป่วยก็ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลเพียงพอเพราะสุขศาลาในจังหวัดนี้มีอยู่แห่งเดียวคือที่ตั้ง

⁸⁴ ดูรายละเอียดเกี่ยวกับการประชุมระหว่างประเทศเรื่องสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2475-2497 ได้ใน บัญชีเอกสาร หขช. สร.0201.24.3 การประชุมระหว่างประเทศ-การสาธารณสุข.

* เป็นการเลือกตั้งโดยทางอ้อม คือให้ราษฎรเลือกผู้แทนตำบล และผู้แทนตำบลเลือกสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร.

⁸⁵ สุทธชัย ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย, หน้า 38.

⁸⁶ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, หน้า 168.

ศาลากลางจังหวัดเท่านั้น ราคาขายก็ยังแพงมาก ส่วนผู้ที่มาด้วยตนเองไม่ได้เพราะป่วยมากหรืออยู่ห่างไกลก็ต้องใช้ยากกลางบ้านไปตามมีตามเกิด หรือถ้าผู้ป่วยไม่มั่งมีเงินทองแล้วก็หมดหวังที่จะได้แพทย์หลวงไปทำการรักษา เพราะค่าเดินทาง ค่ายา ค่าป่วยการแพงมาก การทำให้เปล่านั้นไม่มี เป็นที่น่าเวทนานักสำหรับราษฎรผู้ยากจน⁸⁷”

บทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่เกี่ยวข้องกับกิจการสุขภาพพลเมืองจะมีการแยกกล่าวโดยละเอียดอีกครั้งในหัวข้อหนึ่งเพื่อให้เห็นถึงอิทธิพลที่สถาบันนี้มีต่อกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยนั้น

ในช่วงเวลาเดียวกันกับการเฟื่องฟูของสถาบันประชาธิปไตยในการบริหารประเทศ ก็ได้มีการขยายตัวของอุดมการณ์เรื่อง “ชาติ” เนื่องจากในปลายปีพ.ศ.2477 ได้เกิดกรณีการสละราชสมบัติของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว ดังนั้นจึงได้มีการหันไปให้ความหมายในเรื่องชาติเพื่อเป็นการทดแทนและอธิบายทุกสิ่งทุกอย่างด้วยแนวคิดเรื่องชาติ ทุกอย่างเป็นส่วนหนึ่งของชาติ พระมหากษัตริย์ของชาติ รัฐธรรมนูญของชาติ การเศรษฐกิจของชาติ เอกราชของชาติ พลเมืองของชาติ ความเจริญก้าวหน้าของชาติ ฯลฯ เมื่อชาติสมัยใหม่มีความเจริญขึ้นก็ต้องมีสถาบันใหม่ๆ คือสภาผู้แทนราษฎร รัฐธรรมนูญ เอกราชสมบูรณ์ ฯลฯ ซึ่งถือว่าทำให้ชาติมีสง่าราศีและมีความก้าวหน้า สถาบันเหล่านี้ก็ย่อมมีความเจริญเติบโตไปตามกาลเวลา เช่น ในอดีตรัฐบาลทำหน้าที่แต่เพียงรักษาความสงบเรียบร้อย แต่ต่อมาได้มีหน้าที่เพิ่มขึ้นคือการประกอบกิจการซึ่งเกี่ยวกับการสาธารณสุขประโยชน์และการส่งเสริมฐานะรวมทั้งบำรุงความสุขของพลเมือง⁸⁸

ภายใต้แนวคิดเรื่องชาตินี้พลเมืองก็กลายเป็นพลเมืองของชาติ เป็นส่วนหนึ่งของชาติซึ่งผูกพันกับส่วนอื่นๆ เช่นความเจริญก้าวหน้าของชาติ หรือเศรษฐกิจของชาติ ดังนั้นกิจการด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบำรุงความสุขของราษฎรหรือพลเมือง จึงได้ถูกนำไปเชื่อมโยงกับเรื่องชาติด้วย ตามที่ปรากฏในหลักการของโครงการด้านสุขภาพต่างๆที่เกิดขึ้นหลังพ.ศ.2477 เช่น โครงการควบคุมไข้จับสั่น พ.ศ.2479 ระบุว่าโรคไข้จับสั่นทำให้มี “ผู้ป่วยและตายเป็นจำนวนมาก” ส่งผลต่อ “ความเจริญก้าวหน้าของชาติ”⁸⁹ โครงการส่งเสริมอาหารของชาติพ.ศ.2481 ระบุว่า “บกพร่องอาหาร” ของพลเมืองเป็น “อุปสรรค” แก่ความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติ⁹⁰ เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากิจการด้านสุขภาพของพลเมืองได้เข้าไปเชื่อมโยงกับความเจริญของชาติ หรือ

⁸⁷ หจข. สร.0201.25/751 พระยาวิเศษสิงหนาทเสนอข้อสังเกตเกี่ยวกับจังหวัดนครนายก พ.ศ.2477-2478.

⁸⁸ นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, การปฏิวัติสยาม พ.ศ.2475, หน้า 289-292.

⁸⁹ “โครงการควบคุมไข้จับสั่น” ใน หจข. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).

⁹⁰ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงคณะรัฐมนตรีวันที่ 5 ตุลาคม 2481” ใน หจข. (2)สร.0201.27/10 โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ (5-8 ต.ค.2481).

เศรษฐกิจของชาติ ซึ่งก็เป็นสาเหตุหนึ่งให้เกิดกระบวนการรัฐเวชกรรมตามแนวคิดของทวิชิตดิ์เผือกสม ที่เป็นการสร้างกลไกของรัฐขึ้นเพื่อควบคุมร่างกายของพลเมือง เพื่อแปรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในทางการผลิตตามแนวทางของระบบทุน

3. แรงผลักดันจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการสาธารณสุข

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้รัฐบาลใหม่สามารถมองเห็นปัญหาและวิธีการแก้ไขอย่างเป็นระบบและมีความเป็นวิชาการมากขึ้น เนื่องมาจากการเปิดโอกาสให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้มีความรู้และประสบการณ์ในกิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมพิจารณาและกำหนดทิศทางเกี่ยวกับปัญหาการสาธารณสุขของประเทศมากขึ้น และสามารถนำเสนอรัฐบาลได้โดยตรง ดังที่มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์” เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2477 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานคณะกรรมการ อธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงธรรมการ กระทรวงกลาโหม สภาอากาศสยาม แพทยสมาคม* เป็นต้น มีผู้ที่มีความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในด้านการบริหารและวิชาการร่วมเป็นกรรมการด้วย เช่น หม่อมเจ้าสกลวรรณการวรรณ^{**} หม่อมเจ้าวัลลภากรวรรณ พระโอรสวิธีการ เป็นต้น^๑

คาดว่าคณะกรรมการนี้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะแม้ว่าเมื่อคณะรัฐมนตรีชุดเก่าได้ลาออกไปในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2477 และคณะกรรมการต่างๆ ที่ตั้งขึ้นก็ถูกยุบไปด้วย แต่เมื่อมีรัฐบาลใหม่เข้ามาบริหารประเทศ ก็ได้จัดการตั้งคณะกรรมการนี้ขึ้นมาใหม่ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2477 ซึ่งกรรมการส่วนมากก็เป็นชุดเดิม ต่อมาในปี พ.ศ. 2478 ก็ได้มีการแบ่งเป็นอนุกรรมการต่างๆ ได้แก่ 1. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องโครงการอนามัยในหัวเมือง 2. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมไข้จับสัน 3. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมวัณโรค^{***}

* ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2464 และได้มีการออกวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้แก่สมาชิกคือ “จดหมายเหตุทางแพทย์ของแพทยสมาคมแห่งกรุงสยาม” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2468.

** อธิบดีกรมสาธารณสุขคนที่ 2 ในระหว่างปี พ.ศ. 2469-2475.

^๑ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 16 กรกฎาคม 2477” ใน หจข. (2) สข. 0201.21/1 กรรมการพิจารณาปัญหาการสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศ (29 ต.ค. 2475 – 5 มี.ค. 2485).

*** วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อทางการหายใจ เชื้อโรคสามารถเข้าไปทำให้เกิดความเสียหายได้ในหลายส่วนของร่างกาย เช่น ระบบน้ำเหลือง กระดูก เยื่อหุ้มสมอง แต่ที่พบมากที่สุดก็คือวัณโรคปอด ผู้ป่วยจะมีอาการคือไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ หรือไอปนเลือด เจ็บแน่นหน้าอก มีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายหรือตอนเย็น เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นับเป็นโรคที่สัมพันธ์กับสภาพสังคมและความยากจน เนื่องจากติดต่อได้ง่ายในสภาพชุมชน

4. อนุกรรมการเรื่องการควบคุมโรคเรื้อน* 5. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมอาหารและยา
6. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมโรคจิต** 7. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุม
กามโรค*** 8. อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการสงเคราะห์มารดาและเด็กและการอนามัยในโรงเรียน

แออัด การระบาดของวัณโรคมีอยู่ทั่วไปในสังคมไทยช่วงสมัยที่ศึกษา ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันรัฐบาลและประชาชนให้
ทำการป้องกันและปราบปรามวัณโรคคือ สมเด็จพระมหาลงสงขลานครินทร์ โดยการเผยแพร่หนังสือความรู้เกี่ยวกับวัณโรคใน
ปีพ.ศ.2463 และต่อมารัฐบาลก็รับไปดำเนินการในการควบคุมป้องกันวัณโรคในหมู่พลเมือง, อ้างมาจาก ประกอบ วิชาลเวทย์
, “การควบคุมวัณโรค,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 423-425 และ
<http://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>.

* โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ เริ่มจากอาการมีผื่นเล็กน้อย
หากรีบรักษาตั้งแต่ตอนนี้ก็จะหายขาด แต่หากปล่อยทิ้งไว้ผื่นก็จะลุกลามมากขึ้น สีแดงกำ และเกิดผลทำลายระบบประสาท
ส่วนปลาย ทำให้อวัยวะพิการผิดรูป เช่น มือหงิก เท้ากุด จมูกยุบ ไบหูหนา เป็นต้น โรคนี้ติดต่อกันได้จากการสัมผัสผู้ป่วย หรือ
การไอจาม โรคเรื้อนเป็นโรคเก่าแก่ที่พบติดต่อในมนุษย์มากกว่า 4,000 ปี การรักษาก็มักจะใช้วิธีการแยกผู้ป่วยออกจากสังคม
, อ้างมาจาก <http://en.wikipedia.org/wiki/Leprosy>.

** โรคจิต (Psychosis) หมายถึงภาวะผิดปกติทางจิต ในผู้ที่มีอาการรุนแรงก็มักจะมีประสาทหลอนคือเห็นหรือ
ได้ยินในสิ่งที่ไม่มีอยู่ มีภาวะหลงผิดอย่างรุนแรงเช่นคิดว่ามีคนจะมาฆ่าทั้งที่ไม่มี หรือคิดว่าตนเองเป็นพระเจ้า หรือมีพฤติกรรม
เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่หลับไม่นอน ไม่ทานอาหาร พูดคนเดียว ซึ่งโรคจิตชนิดที่ถูกมองเป็นปัญหาสังคมในสมัยที่ศึกษานี้
น่าจะเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) คือเป็นโรคทางจิตเรื้อรังซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความรู้สึก และ
พฤติกรรม และมักจะมีอาการประสาทหลอน หวาดระแวง อาละวาด พยายามทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การจัดการกับผู้ป่วยโรค
จิตในสังคมสมัยก่อนที่ยังไม่พบวิธีการรักษาคือการแยกผู้ป่วยมาขังในโรงพยาบาล หรือในคุก หรือในเกาะ แยกต่างกันไป
ในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยก็ใช้วิธีการขังไว้ในคุกจนกระทั่งสมัยรัชกาลที่ 5 พ.ศ.2432 ก็ได้มีการตั้งโรงพยาบาลคน
เสียจริตขึ้นที่ฝั่งธนบุรี ซึ่งก็คือโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในปัจจุบัน แต่ก็ยังเป็นเพียงการนำเอาคนไข้โรคจิตมากักขังไว้ใน
ห้องลูกกรง คนที่คลั่งมากอาจถูกตอยจนสลบแล้วล้มโซ่ตรวน การรักษาสมัยใหม่ประกอบด้วยยาแผนโบราณประกอบกับเวทมนต์คาถาตาม
ความเชื่อสมัยนั้น ต่อมาเมื่อราวปีพ.ศ.2458 ก็เริ่มมีการใช้แพทย์ประกาศนียบัตรมาดูแลคนไข้โรคจิต มีการเปลี่ยนจากการคุม
ขังและการใช้ยาแผนโบราณมาใช้ยาสมัยใหม่ มีการดูแลเลี้ยงอาหารและการหลับนอนที่ดีขึ้น เลิกการล่ามโซ่เชียนตีเหมือน
สมัยก่อน, อ้างมาจาก พิชญา พัฒนา, ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย (พระนคร: โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509), หน้า
221-224 และ <http://en.wikipedia.org/wiki/Psychosis>.

*** กามโรค (Sexual Transmitted Disease or Venereal Disease) เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมร่วม
เพศของมนุษย์ ผ่านทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนัก เกิดได้ทั้งจากแบคทีเรีย ไวรัส โปรโตซัว หรือเชื้อรา คนที่เป็น
โรคอาจมีหรือไม่มีอาการ ทำให้สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ง่าย หากมีอาการก็มักจะเป็นแผลหรือตุ่มหนองหรือฝีเริ่มจาก
บริเวณอวัยวะเพศ หากมีอาการรุนแรงก็จะลุกลามไปทั่วร่างกาย ส่งผลถึงระบบการทำงานอื่นๆ เช่น ระบบน้ำเหลือง ระบบ
ประสาท ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ โรคที่สำคัญเช่น ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhoea) เป็นต้น โรคเหล่านี้
เป็นโรคที่มีในสังคมมาอย่างยาวนานเนื่องจากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของมนุษย์, อ้างมาจาก
http://en.wikipedia.org/wiki/Sexually_transmitted_disease.

ซึ่งแสดงให้เห็นภาพอย่างคร่าวๆ ถึงกิจการทางสุขภาพพลเมืองที่รัฐเห็นว่าเป็นปัญหาและต้องการจัดการปรับปรุงแก้ไข

ในงานวิจัยของทวิศักดิ์ เผือกสม ได้ชี้ให้เห็นว่า สาเหตุหนึ่งนำไปสู่การตั้งคณะกรรมการพิจารณาการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศในปีพ.ศ.2477 ก็คือปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการที่โรงเรียนแพทย์ไม่สามารถผลิตแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการของรัฐได้ ซึ่งปัญหาการขาดแคลนแพทย์ก็ทำให้รัฐเริ่มมีความต้องการที่จะลดมาตรฐานในการผลิตแพทย์ลง เพื่อที่จะผลิตแพทย์ได้มากขึ้น⁹² แม้แต่นายกรัฐมนตรีพระยาพหลพลพยุหเสนา ก็กล่าวต่อคณะรัฐมนตรีว่าระบบราชการยังขาดแพทย์อยู่มากเนื่องจาก “การเพาะแพทย์ในปีหนึ่งๆ น้อยไป” นายกรัฐมนตรีเห็นว่าการที่จะใช้แพทย์ปริญญาในทุกงานนั้นยัง “ไม่จำเป็นนัก” งานบางอย่างเช่นแพทย์ประจำท้องที่ แพทย์ประจำสุขาศาลา ควรจะเป็นแต่แพทย์ประกาศนียบัตร* นายกรัฐมนตรีจึงต้องการให้กระทรวงธรรมการหาวิธี “เพาะแพทย์ประกาศนียบัตร” ขึ้นมา⁹³ ซึ่งเป็นความต้องการที่ไม่ตรงกับทางมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ ที่ต้องการเน้นคุณภาพของแพทย์และเป็นการแยกแพทย์ออกจากพนักงานสาธารณสุข⁹⁴

มุมมองของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสมัยนั้นต่อกิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศมีปรากฏอยู่ในการบรรยายอบรมที่ปรึกษาเทศบาลในปีพ.ศ.2477 ซึ่งมี

⁹² ทวิศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 168-169.

* การผลิตแพทย์ประกาศนียบัตรเริ่มต้นขึ้นที่โรงเรียนราชแพทยาลัยที่ตั้งขึ้นเมื่อปีพ.ศ.2432 โดยในเวลานั้นเป็นหลักสูตรแพทย์หนึ่งเดียวในประเทศ ใช้เวลาศึกษา 3 ปี และต่อมาได้เพิ่มเป็น 4 ปี 5 ปี และ 6 ปี ตามลำดับ ภายหลังจากมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์เข้ามาช่วยเหลือปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาในปีพ.ศ.2466 ให้เป็นระดับปริญญา ใช้เวลาศึกษา 6 ปี หลักสูตรแพทย์ประกาศนียบัตรก็ถูกยกเลิกไป โดยแพทย์ประกาศนียบัตรรุ่นสุดท้ายสำเร็จการศึกษาในปีพ.ศ.2470 รวมแล้วมีแพทย์ประกาศนียบัตรทั้งหมด 33 รุ่น จำนวน 564 คน, อ้างมาจาก กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, “ประวัติและผลงานของกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 154-155.

⁹³ “หนังสือจากเลขาธิการคณะรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ วันที่ 22 พฤษภาคม 2477” ใน หจข. (2)สร.0201.27/4 เรื่องจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ (23 พ.ศ.2475 – 17 พ.ย.2496).

⁹⁴ แนวคิดเรื่องการผลิตแพทย์ชั้นรองเพื่อให้มีแพทย์เพียงพอกับการช่วยเหลือประชาชนได้รับการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ทั้งจากข้อเสนอของดร.ซิมเมอร์แมน บุคลากรในกรมสาธารณสุข รวมทั้งจากสื่อต่างๆ ทำให้มูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์เกิดความท้อใจและลดความช่วยเหลือลงตามลำดับตั้งแต่ปีพ.ศ.2472 และได้ยุติความช่วยเหลืออย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2474 ต่อมารัฐบาลหลังพ.ศ.2475 ก็ได้มีนโยบายที่จะผลิตแพทย์ชั้นรองหรือผู้ช่วยแพทย์ให้มากขึ้น, ดูการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ใน Wariya Siwasariyanon, “The Transfer of Medical Technology From the First World to the Third World,” (Doctoral dissertation, American studies, University of Hawaii, 1984), “Chapter VI: Prince Mahidol's Death and the Junior Doctor Controversy”.

ผู้บรรยายเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในทางการแพทย์และสาธารณสุขแต่ละสาขาในสมัยนั้นหลายท่าน เช่น พระยาบริรักษ์เวชชการ* พระไวทยวิธิการ** พระเชษฐวาททยาการ หลวงวิเชียรแพทยาคม นายแพทย์ยงค์ ชูติมา เป็นต้น ส่วนเรื่องที่บรรยายก็เป็นเรื่องเกี่ยวกับการสาธารณสุขในแง่มุมต่างๆ เช่น เรื่องน้ำ การกำจัดขยะ โรคติดต่อ อาหาร ไข้จับสั่น การจัดการศพ เรื่องอนามัย การป้องกันโรค การบำบัดโรค การสุขศึกษา เป็นต้น ดังปรากฏอยู่ในเอกสารการบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาเทศบาลเรื่อง “การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ”⁹⁵

เนื้อหาในการบรรยายแสดงถึงกิจการด้านสุขภาพพลเมืองในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมาถ่ายทอดแก่ผู้เข้ารับการอบรมเพื่อนำไปใช้ในกิจการเทศบาล โดยมองว่ารัฐควรจะ “กระจายงานรับผิดชอบ” ที่มีอยู่ในส่วนกลางมากไป จนทำให้ดูแลทั่วถึงยากนั้นออกไปอยู่ในการดูแลของเทศบาล ความสำคัญคือให้เทศบาลมีหน้าที่ดำเนินการในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุขโดยเฉพาะการจัดการตลาดให้ถูกสุขลักษณะ การสุขาภิบาล การสงเคราะห์มารดาและเด็ก และการป้องกันและบำบัดโรคโดยทั่วไป นอกจากนี้ผู้บรรยายบางท่านยังให้ความเห็นเกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศว่า แม้ว่าจะเปลี่ยนแปลงการปกครองให้เป็นไปตามแผนปัจจุบันแล้ว แต่หากไม่ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการแพทย์ให้มีความชัดเจนก็เป็นกรยากที่จะช่วยให้บ้านเมืองเจริญขึ้นได้ เพราะการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ “ยังไม่เจริญเพียงพอ” ที่จะป้องกันการเสียชีวิตและทรัพย์สินของราษฎรได้ การแพทย์และการสาธารณสุขควรจะได้รับ “ความเอาใจใส่เป็นพิเศษ” เพื่อส่งเสริมกำลังของพลเมือง เพราะความเจริญก้าวหน้าของชาติ “ต้องอาศัยพลเมืองเป็นสำคัญ” ซึ่งก็ไม่ใช่ว่าถือเอาจำนวนมากเป็นเกณฑ์เท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีพลเมืองที่มีสุขภาพสมบูรณ์ด้วย ดังนั้นกิจการด้านสุขภาพพลเมืองจึงไม่ใช่กิจการที่จะทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพราะพลเมืองและเด็กทารก “กำลังจะตายโดยไม่ได้รับการสงเคราะห์แต่อย่างใด” ผู้เสนอจึงต้องการให้รัฐบาลมีความกระตือรือร้นดำเนินการด้านนี้ให้สำเร็จโดยเร็ว โดยใช้วิธีการสร้าง “รัฐเวชกรรม” คือรัฐต้องจัดให้มีโรงพยาบาล สุขศาลา สถานีบำบัดโรค ทั่วประเทศ โดยจ้างแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ นางผดุงครรภ์ หมอตำแย ให้ช่วยกันบำบัดโรค ป้องกันโรค และบำรุงสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าแก่พลเมืองส่วนมาก

* พระยาบริรักษ์เวชชการ (ไฉฮวด ติตติรานนท์) เป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่างพ.ศ.2477-2481 และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระหว่างพ.ศ.2491-2497.

** อธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่างพ.ศ.2481-2485.

⁹⁵ พระยาบริรักษ์เวชชการและคนอื่นๆ, การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ: คำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาล พ.ศ.2477 (พระนคร: มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง, 2477) อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 173-174.

ที่ยังไม่เคยชินกับการแพทย์แผนปัจจุบัน⁹⁶ นับแต่นั้นมาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็เปรียบเสมือนกองหน้าของรัฐบาลในการจัดการกับปัญหาสุขภาพพลเมืองของประเทศตั้งแต่ขึ้นการวางนโยบายไปจนถึงขั้นการนำไปปฏิบัติในสังคม

นอกจากแรงผลักดันจากฝ่ายวิชาชีพในทางสุขภาพแล้ว อีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือแรงผลักดันจากราษฎรซึ่งเป็นฝ่ายที่รับการจัดการจากรัฐ ว่ามีความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพโดยรัฐอย่างไร ต้องการให้ออกมาอยู่ในรูปแบบใด สิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 24 มิถุนายน 2475 ทำให้อำนาจเป็นของประชาชน และประชาชนทุกคนก็มีความเสมอภาคกัน รัฐบาลก็เป็นรัฐบาลพลเรือน ซึ่งตามหลักการแล้วประชาชนพลเมืองมีสิทธิอำนาจในการควบคุมบังคับการเปลี่ยนแปลงนโยบายและผลประโยชน์แห่งรัฐให้สอดคล้องต้องกันกับผลประโยชน์ของประชาชน ดังนั้นการศึกษาถึงแนวความคิดของประชาชนพลเมืองในการจัดกิจกรรมด้านต่างๆก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่จะทำให้เราเข้าใจถึงกิจกรรมด้านนั้นในยุคสมัยของระบอบประชาธิปไตย

ความคิดเห็นของราษฎรเกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมือง

นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ได้ทำการศึกษาถึงความคิดเห็นของราษฎรผ่านทางกลุ่มผู้นำราษฎรเนื่องจากราษฎรส่วนใหญ่ซึ่งมีจำนวนประมาณ 11 ล้านคนในปีพ.ศ.2472 เป็นกลุ่มคนที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นด้วยตัวเอง จึงต้องศึกษาผ่านกลุ่มผู้นำราษฎรซึ่งเป็นราษฎรส่วนน้อยที่มีความแข็งขันกระตือรือร้น เป็นปัญญาชนของราษฎรหรือปัญญาชนของชาวบ้าน เช่น พวกนาย เสมียน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชาวนา ผู้นำกรรมกร ครูประชาบาล และพระภิกษุ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มพ่อค้ารวมทั้งกลุ่มข้าราชการทั้งข้าราชการท้องถิ่นและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ ซึ่งรู้สึกว่าตนเองก็มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากระดับรัฐและจากระบบสังคมเศรษฐกิจได้เข้าไปมีผลกระทบต่อตนเองและพรรคพวก จึงได้มีปฏิริยาต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น และได้แสดงปฏิริยาออกมาในรูปแบบต่างๆ รูปแบบสำคัญรูปแบบหนึ่งซึ่งสามารถพิจารณาได้อย่างชัดเจนคือการถวายฎีกาต่อองค์พระมหากษัตริย์⁹⁷

⁹⁶ พระยาบริรักษ์เวชการและคนอื่นๆ, การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ: คำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาล พ.ศ.2477, อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, ไข้โรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 173-174.

⁹⁷ อ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถาบันการแสดงความคิดเห็นของราษฎรได้ใน นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, การปฏิวัติสยาม พ.ศ.2475, บทที่ 5 ความนึกคิดทางการเมืองและเศรษฐกิจของราษฎร.

ในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์นั้นการถวายฎีกาเป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวที่สำคัญของราษฎร ในทศวรรษ 2450 คือสมัยปลายรัชกาลที่ 5 ต่อกับสมัยต้นรัชกาลที่ 6 ได้มีการถวายฎีการ้องทุกข์กันเป็นจำนวนมากจากชาวนาที่มีปัญหาในการทำนา นอกจากนี้ก็มีฎีกาขอพระราชทานพระมหากรุณาและฎีกากล่าวโทษเจ้าหน้าที่ ต่อมาในปลายทศวรรษ 2460 ต่อต้นทศวรรษ 2470 มีการถวายฎีกาเข้ามาเป็นจำนวนมากถึงปีละ 600-1,000 ฉบับ และมีฎีการูปแบบใหม่เกิดขึ้นด้วยในสมัยรัชกาลที่ 7 คือฎีกาแสดงความคิดเห็น นครินทร์ เมฆไตรรัตน์อธิบายว่าเป็นครั้งแรกที่ราษฎรมีการแสดงความคิดเห็นให้รัฐบาลของพระมหากษัตริย์ดำเนินการหรือเปลี่ยนแปลงการดำเนินการในเรื่องบางอย่าง ทำให้เห็นว่าราษฎรไม่ได้เป็นผู้นั่งดูการเปลี่ยนแปลงอย่างนิ่งเฉย แต่ได้พยายามมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงอยู่ด้วยในช่องทางซึ่งเป็นสถาบันการเมืองแบบจารีต คือยอมรับว่าสังคมการเมืองประกอบด้วยบุคคลที่มีอำนาจและมีสถานภาพที่ไม่เสมอภาคกันและอำนาจสูงสุดนั้นอยู่ที่พระมหากษัตริย์ซึ่งสามารถพระราชทานความยุติธรรมให้เกิดแก่ราษฎรโดยส่วนรวม ดังนั้นเมื่อราษฎรประสบกับปัญหาความเดือดร้อนก็ไม่ใช่เป็นผู้ร้องขอพระมหากรุณาธิคุณถ่ายเดียว แต่สามารถกราบบังคมทูลเสนอแนะความคิดเห็นต่างๆ ได้ด้วย นับว่าเป็นความกล้าหาญในทางวัฒนธรรมของราษฎรในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ซึ่งต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 ราษฎรก็ยังคงเห็นถึงสังคมการเมืองที่ประกอบด้วยความไม่เท่าเทียมกันในอำนาจ แต่ในครั้งนี้อำนาจการบริหารมาอยู่ที่รัฐบาลคณะราษฎร ซึ่งก็กลายมาเป็น”เป้าหมายใหม่”ของราษฎรในการร้องทุกข์และแสดงความคิดเห็น⁹⁸

นครินทร์ เมฆไตรรัตน์ยังได้อธิบายอีกว่าผู้นำของราษฎรและปัญญาชนของชาวบ้านได้ถูกปลุกให้มีความรู้สึกนึกคิดในระดับที่สูงมากขึ้นกว่าเดิมหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 24 มิถุนายน พ.ศ.2475 เนื่องด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การที่รัฐบาลได้จัดส่งเจ้าหน้าที่ออกทำการประชาสัมพันธ์เรื่องรัฐธรรมนูญและระบอบใหม่ในที่ต่างๆ ทั่วประเทศ การที่จำนวนหนังสือพิมพ์เพิ่มขึ้นหลังเหตุการณ์ก็มีส่วนช่วยผลักดันกระแสความรู้สึกนึกคิดของราษฎร โดยรวมแล้วคงจะทำให้ราษฎรมีความรู้สึกที่ตื่นเต้นตามการเปลี่ยนแปลงไปด้วย พิจารณาได้จากจำนวนหนังสือฎีกาและแสดงความคิดเห็นซึ่งเพิ่มขึ้นเป็น 3,000 ฉบับในปีพ.ศ.2475 ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงจัดตั้งหน่วยงานพิเศษขึ้น คือ “แผนกรับคำร้องทุกข์” สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อรับคำร้องทุกข์ของราษฎรโดยเฉพาะ ราษฎรได้มีหนังสือร้องเรียน ร้องทุกข์ เสนอความคิดเห็นมายังรัฐบาลเป็นจำนวนมากในหลายๆ ประเด็น ตั้งแต่ปัญหาเศรษฐกิจ การเมือง ไปจนถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ต่างๆ ไป แสดงให้เห็นความตื่นตัวทางความคิดของราษฎรต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแง่มุม

⁹⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 111-119.

ต่างๆ มีการคาดหวังถึงยุคใหม่ทางการเมืองที่เกิดขึ้นโดยคณะราษฎรที่จะได้ทำนุบำรุงประเทศชาติ ให้มีความเจริญก้าวหน้า ราษฎรจึงได้แสดงออกถึงความคาดหวังด้วยการส่งหนังสือมาแสดงความ คิดเห็นให้รัฐบาลดำเนินการในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าตามความคิดเห็น ของแต่ละคน⁹⁹

ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพพลเมืองหรือการสาธารณสุขก็เป็นเรื่องหนึ่งที่มีการเสนอกันมาก และแสดงให้เห็นว่าแม้แต่ราษฎรที่อยู่ตามชนบทไกลๆ บ้างก็ไม่ได้เรียนหนังสือ บ้างก็เรียนจบ เพียงป.4 ก็สามารถที่จะมองเห็นปัญหาด้านสุขภาพของตนและสังคม รวมทั้งสามารถเสนอวิธี แก้ปัญหาได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า แนวคิดบางอย่างก็เป็นสิ่งที่ล้ำสมัยมาก และในบางเรื่องก็มี การดำเนินการโดยรัฐบาลในเวลาต่อมา ข้อเสนอแนะจากราษฎรเหล่านี้จึงอาจเป็นคำตอบหนึ่งในการอธิบายว่า ทำไมนโยบายการสาธารณสุขของรัฐบาลจึงได้พัฒนาการมากขึ้นเป็นลำดับ ในช่วง พ.ศ.2475-2481 และความสัมพันธ์ระหว่างข้อเสนอแนะของราษฎรกับนโยบายและกิจการที่ เกิดขึ้นของรัฐบาลก็แสดงถึงความสำคัญของราษฎรที่เข้ามามีอิทธิพลต่อการบริหารของรัฐบาล

ความเห็นเกี่ยวกับกิจการด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่ราษฎรมีการเสนอกันมาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2475-2476 และเริ่มลดน้อยลงตั้งแตปีพ.ศ.2477 เป็นต้นมา¹⁰⁰ ซึ่งบางครั้ง ก็เป็นการเสนอกิจการด้านสุขภาพพร้อมกับกิจการในด้านอื่นๆของบ้านเมือง เพื่อให้ช่วยต่อการ พิจารณาอาจแยกความคิดเห็นบางอย่างที่ราษฎรมีร่วมกันในเรื่องการจัดการสุขภาพออกเป็นด้าน ต่างๆ ดังนี้

ความคิดเห็นเรื่องการขยายบริการรักษาพยาบาล

- หนังสือจากนายสงวน ศิลป์เจริญ ลงวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2475 เสนอว่า แพทย์มีเพียง จังหวัดละ 1 คน ควรจะ “ขยายออกไปให้ถึงอำเภอ” ด้วย เพราะราษฎรทางอำเภอก็หวังจะ ได้รับ “ความสุขอันเกี่ยวข้องกับชีวิตของมนุษย์ในทางโรภภัยไข้เจ็บ” อย่างเดียวกับคนที่จังหวัด ไม่ควรจะมีแพทย์แต่เฉพาะที่ตัวจังหวัดและมณฑล¹⁰¹
- หนังสือจากนายสงวน ศิลป์เจริญ ลงวันที่ 3 กันยายน พ.ศ.2475 เสนอว่าควรตั้งโรงพยาบาล ตามมณฑลชายแดน และเห็นว่าแพทย์ที่มีประจำจังหวัดอยู่แล้วยัง “ไม่เพียงพอ” ควรให้มี ประจำอำเภอด้วย¹⁰²

⁹⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 123-125.

¹⁰⁰ พิจารณาจากเอกสารในบัญชี หจข. สร.0201.25 ร้องเรียนและเสนอความคิดเห็น.

¹⁰¹ หจข. สร.0201.25/239 นายสงวน ศิลป์เจริญ เสนอความเห็น (พ.ศ.2475).

¹⁰² “ความเห็นนายสงวน ศิลป์เจริญ ลงวันที่ 3/6/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

- หนังสือจากจ่านายสิบ หมื่นไวย่องวิชัยยุทธ ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2475 เสนอว่า “การระงับความทุกข์ของราษฎรในทางโรคพยาธิ” (คือความเจ็บไข้) ควรจะจัดให้มีแพทย์หลวง “ประจำตำบล” ทั่วตำบล¹⁰³
- หนังสือจากหลวงนนทแพทย์พิสนต์ ลงวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2475 เสนอว่าในมณฑลนครราชสีมามีพลเมืองอยู่กว่าล้านคน แต่มีแพทย์เพียง 3-4 คน “เกินความสามารถที่จะทำการรักษาพยาบาลได้ทั่วถึงกัน” และกว่าจะเพาะแพทย์ปริญญาขึ้นให้พอแก่ความต้องการก็ยิ่งอีกนาน จึงเห็นว่าควรอบรม “แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 2” ขึ้น สำหรับมณฑลนครราชสีมา เพื่อช่วยเหลือการรักษาพยาบาล¹⁰⁴
- หนังสือจากนายศรี โพธิ์ปั้น ครูใหญ่โรงเรียนประชาบาล จังหวัดสมุทรสาคร ลงวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2475 เสนอว่า ไม่ต้องตั้งใจให้สยามมี “แพทย์วิเศษ” และ “โรงพยาบาลนุรหระ” แต่ขอให้มีแพทย์และโรงพยาบาล “พอรักษาพลเมืองทั่วๆไปทุกหย่อมหญ้า”¹⁰⁵
- หนังสือจากนายถ้าย สุวรรณภูมิ ปลัดอำเภอภอกมลาไสย จังหวัดมหาสารคาม ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2475 (ปฏิทินเก่า) เสนอว่าอำเภอหนึ่งๆมีพลเมืองราว 2-3 หมื่นคน แต่ไม่มีโรงพยาบาล แพทย์ ยารักษาโรค นอกจากอำเภอที่มีศาลจังหวัดตั้งอยู่ เมื่อป่วยก็ปล่อยไป “ตามยถากรรม” ทำให้ “คนที่ไม่ควรจะตายก็ตาย” ควรให้มีแพทย์ประจำอยู่ทุกอำเภอ¹⁰⁶
- หนังสือจากพระยาราชเดชดำรง ลงวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ.2476 อ้างถึงความเป็นข้าราชการผู้ปกครองท้องที่อยู่ที่ใกล้ชิดราษฎร ได้เสนอว่าราษฎรต้องทนรับทุกข์จากโรคภัยต่างๆโดยไม่มี การรักษาพยาบาลจนถึงตายมามากต่อมากเป็นเวลาช้านาน ในขณะที่ชาวกรุงหรือชาวเมืองใหญ่ “แวดล้อมไปด้วยแพทย์” โรงพยาบาล ร้านขายยา “นับไม่ถ้วน” แต่ราษฎรชาวชนบทในท้องที่อำเภอต่างๆที่ห่างไกลก็ป่วยไป ไม่มีแพทย์รักษา ไม่มียากิน จะหายหรือตาย “สุดแต่บุญกรรม” ผู้เสนอเห็นว่าถ้าจะคิดถึงสิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแล้ว “ราษฎรตามชนบทต่างๆย่อมมีความเสียใจ” เพราะราษฎรเหล่านี้ได้เสียภาษีอากรบำรุงรัฐบาล “เหมือนกับราษฎรในกรุงหรือในนครต่างๆ” แต่ไม่ได้รับ “การตอบแทนที่เหมือนกัน” ผู้เสนอขอให้รัฐบาล “เปรียบเทียบเอาราษฎรเป็นสินค้าหรือเศรษฐกิจของประเทศ” และ “ลงทุนบำรุงราษฎร” เพราะชีวิตราษฎร

¹⁰³ หจข. สร.0201.25/27 จ่านายสิบ หมื่นไวย่องวิชัยยุทธ แสดงความเห็นเรื่องโครงการปกครอง (พ.ศ.2475).

¹⁰⁴ “ความเห็นหลวงนนทแพทย์พิสนต์ ลงวันที่ 5/7/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องการสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

¹⁰⁵ หจข. สร.0201.25/211 นายศรี โพธิ์ปั้น เสนอโครงการจัดประเทศใหม่ (พ.ศ.2475).

¹⁰⁶ “ความเห็นนายถ้าย สุวรรณภูมิ ลงวันที่ 27/10/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องการสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

คนหนึ่งยอมทำประโยชน์ให้แก่ประเทศได้ไม่น้อย นอกจากนี้ยังได้เสนอโครงการให้รัฐบาลจัดทำหลายอย่าง เช่น จัดให้มีแพทย์ประกาศนียบัตรประจำทุกอำเภอ จัดให้มีสุศาลาสำหรับจำหน่ายยา ให้รัฐบาลออกเงินบำรุงรายปีแก่โรงพยาบาลของเอกชนหรือมิชชันนารีในจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้รับรักษาราษฎรไทยโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ให้แพทย์ประจำอำเภออบรมวิชาแพทย์ประจำตำบลเป็นประจำและให้หมั่นทำการสุศึกษาตามท้องที่ให้มากที่สุด เป็นต้น¹⁰⁷

จะเห็นได้ว่าผู้ที่เสนอแนะความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพมายังรัฐบาลประกอบไปด้วยคนหลากหลายฐานะ เช่น ประชาชนธรรมดา ครู ข้าราชการชั้นผู้น้อยประจำท้องที่ แพทย์ที่อยู่ประจำท้องที่ จนไปถึงข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ปกครองท้องที่ ความเห็นที่มีคล้ายๆกันในเรื่องการขยายบริการรักษาพยาบาลก็คือ ประชาชนพลเมืองที่อยู่ในส่วนท้องถื่น โดยเฉพาะในท้องที่ต่างๆที่ห่างไกล ยังขาดบริการทางสุขภาพอยู่มาก ต่างจากในกรุงเทพหรือเมืองใหญ่ๆ สมควรที่รัฐจะขยายบริการทางสุขภาพออกไปในท้องถื่นให้ถึงในระดับอำเภอหรือตำบล และสิ่งที่ผู้เสนอความคิดเห็นหลายท่านคิดเหมือนกันก็คือ บริการทางสุขภาพที่จะกระจายไปตามท้องที่ต่างๆนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องให้มีคุณภาพเต็มที่ ไม่ต้องถึงขั้นเป็นแพทย์ปริญญาที่เรียนจบมา ขอแค่เป็นแพทย์ประกาศนียบัตร หรือผู้ช่วยแพทย์ ก็เพียงพอที่จะทำงานช่วยเหลือประชาชนได้แล้ว เพราะสิ่งที่สำคัญว่าคุณภาพของแพทย์ก็คือการมีให้ทั่วถึงโดยเร็ว นอกจากนี้ยังสามารถเห็นได้ถึงแนวคิดของข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ผู้ปกครองท้องที่บางท่าน ที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับเศรษฐกิจของประเทศ เปรียบราษฎรเป็นสินค้าที่รัฐบาลต้องลงทุนทำการบำรุง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นไปในทางเดียวกับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนกลางที่เสนอให้รัฐดำเนินการ “รัฐเวชกรรม”

สิ่งหนึ่งที่คาดว่าน่าจะอยู่ในใจของผู้ที่เสนอความคิดเห็นมา โดยพิจารณาจากสำนวนภาษา การแสดงเหตุผล การถ่ายทอดความรู้สึก ที่ปรากฏในหนังสือแสดงความคิดเห็นเหล่านี้ น่าจะเป็นเรื่องความตระหนักถึงสิทธิและความเสมอภาคของตน โดยเฉพาะคนที่อยู่ในส่วนท้องถื่นว่ามีสิทธิได้รับการของรัฐเท่าเทียมกับผู้ที่อยู่ในเมือง เนื่องจากตนก็เป็นประชาชนพลเมืองที่ต้องเสียภาษีเหมือนกัน เรียกได้ว่าเป็นสำนึกของพลเมืองที่รับรู้ถึงภาระหน้าที่ที่รัฐต้องมีต่อตนรวมไปถึงสิ่งที่ตนพึงได้รับจากรัฐ นอกจากนี้ยังมีความสำนึกในเรื่องของสิทธิและความเสมอภาคเท่าเทียมระหว่างคนเมืองกับคนชนบทในฐานะที่เป็นพลเมืองของประเทศเหมือนกัน ซึ่งเป็นหลักการของระบอบประชาธิปไตยและปรากฏอยู่ในหลัก 6 ประการที่คณะราษฎรได้ประกาศไว้ตั้งแต่วันที่

¹⁰⁷ พช. สร.0201.25/633 พระยาเดชาดำรง เรื่องความปลดokyของราษฎร (พ.ศ.2476).

เปลี่ยนแปลงการปกครอง รวมทั้งรัฐบาลก็ได้รับรองเป็นหลักทั่วไปของการบริหารประเทศด้วย และก็ได้มีการออกเผยแพร่หลักการเหล่านี้แก่ราษฎรมาโดยตลอดตั้งแต่ที่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ทำให้ราษฎรเห็นว่าเป็นสิ่งที่ตนสมควรได้รับและนำมาซึ่งการเรียกร้องเพื่อให้ได้มา

ในเรื่องการขยายบริการรักษาพยาบาลนี้ในเวลาต่อมารัฐบาลก็ได้จัดการให้เกิดขึ้นจริงๆ และมีหลายประเด็นที่ใกล้เคียงกับที่ราษฎรเสนอความคิดเห็นมา โดยอยู่ใน “โครงการอนามัยหัวเมือง” ในช่วงปีพ.ศ.2478 ดังจะได้กล่าวต่อไป

ความคิดเห็นเรื่องการอนามัยและการป้องกันโรค

- หนังสือจากพระยามรวิสัยสรเดช ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2475 เสนอ “ทางแก้เศรษฐกิจ” ของประเทศสยาม อย่างหนึ่งคือต้องให้ทุกคนได้รับการอบรมให้มีความรู้วิชา “อนามัยในประเภทเลี้ยงเด็ก” เพื่อป้องกันบุตรหลานไม่ให้เกิดโรคภัยที่ทำให้ “ตายก่อนวัยอันควร” และยังคงลงทุนเพาะแพทย์และพนักงานผดุงครรภ์ซึ่งมีความรู้ “พอใช้ได้” ให้ “ได้สัดส่วนกับจำนวนพลเมือง” โดยเร็ว ผู้เสนอเห็นว่าการคิดเพิ่มพลเมืองให้มากขึ้นโดยรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญ¹⁰⁸
- หนังสือจากขุนวิเศษภาษา ลงวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2475 เสนอว่าไม่ควรให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนลงใช้น้ำในแหล่งน้ำ เพราะอาจทำให้โรคติดต่อกระจายไปตามลำน้ำได้¹⁰⁹
- หนังสือจากนายดาบพรมมินทร์ ไชยวรศิลป์ กับพวก ลงวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2475 เสนอว่าสถานที่ควบคุมโรคเรื้อน “ไม่พอกับจำนวนผู้ป่วย” ขอให้รัฐบาลจัดตั้งนิคมให้ผู้ป่วยอยู่และทำมาหาเลี้ยงชีพโดยทำการเพาะปลูก และ “บังคับ” ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อนให้มาอยู่ในนิคมนี้ และให้ทำการรักษาโรคกันจริงๆ โดยหาเงินจากการเรียไบบอกบุญ¹¹⁰
- หนังสือจากนายเหรียญ ผิวพุ่ม ลงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2475 (ปฏิทินเก่า) เสนอว่าตามบ้านเมืองและครอบครัวของราษฎรในประเทศส่วนมาก “ขาดการอนามัยและความศิริไลซ์” จึงเป็นโรคติดต่อกันมาก ควรวางหลักอนามัยไว้เพื่อเป็นหลักการ เห็นว่าควรตั้งโรงพยาบาลรักษาโรคของคนไข้ทุกชนิดประจำทุกจังหวัด และเสนอให้มีกฎหมายบางอย่าง เช่น “พระราชบัญญัติอาหาร” ห้ามรับประทานอาหารสุกดิบผิดหลักอนามัย “พระราชบัญญัติรักษาโรค” ห้ามผู้เป็นโรคเรื้อนเข้าคลุกคลีอยู่ในชุมชนโดยไม่ได้จัดการรักษาตัวตามหลัก

¹⁰⁸ หจข. สร.0201.25/308 ความเห็นของพระยามรวิสัยสรเดช การป้องกันเศรษฐกิจของประเทศสยาม (พ.ศ. 2475).

¹⁰⁹ หจข. สร.0201.25/302 ความเห็นของขุนวิเศษภาษา (พ.ศ.2475).

¹¹⁰ “ความเห็นนายดาบพรมมินทร์ ไชยวรศิลป์ กับพวก ลงวันที่ 24/7/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่อง การสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

อนามัย “พระราชบัญญัติรักษาโรคระบาด” ให้ฝังและเผาผู้ป่วยหรือตายด้วยโรคระบาดให้ถูกตามหลักอนามัย “พระราชบัญญัติจดทะเบียนสมรส” ให้ตรวจโรคของคู่สมรสก่อนจะทำการสมรสเพื่อป้องกันโรคในทางสืบพันธุ์ เป็นต้น¹¹¹

- หนังสือจากนายถ่าย สุวรรณภูมิ ปลัดอำเภออมลลาไสย จังหวัดมหาสารคาม ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ.2476 เสนอว่า จังหวัดหนึ่งๆ มีแพทย์หลวงประจำท้องที่ 1 คน สาธารณสุขจังหวัด 1 คน รวมเป็น 2 คน ในจังหวัดมีพลเมืองแสนกว่าคน ทำให้ “รักษาป้องกันโรคภัยได้ไม่ทั่วถึง” มีโรคที่ทำให้คนตายมาก เช่น โรคบิด โรคชักแห้งเด็ก ตาลขโมย คลอดบุตรตาย ฯลฯ ผู้เสนอเห็นว่าคนที่คนตายเพราะโรคเหล่านี้มากเนื่องจากท้องที่อยู่ห่างไกลแพทย์ไม่มีแพทย์ไปดูแลรักษา นอกจากราษฎรรักษาตนเอง โดยกินยารากไม้ของหอมพื้นเมือง “รากไม้เดียวรักษาโรคได้ทุกโรค” นับว่ารัฐบาลปล่อยให้พลเมือง “เสี่ยงโชคไปตามยถากรรม” โรคซึ่งไม่สมควรตายก็ตายเปล่า โรคซึ่งสมควรหายเร็วก็หายช้า ผู้เสนอยังเห็นว่าโรคภัยไข้เจ็บเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้เศรษฐกิจทรุดโทรมหรือไม่ดำเนินไปตามที่ควรจะเป็น เนื่องจากทั้งคนป่วยและคนดูแลก็ต้องเสียเวลาในการทำงานอาชีพ เสียรายได้ ยิ่งอาการโรคเป็นอยู่นานก็ยิ่งต้องเสียเวลาพยาบาลมากขึ้น เสียรายได้มากขึ้น ผู้เสนอแนะนำให้รัฐบาลเรียกกรมการอำเภอที่ต้องทำงานใกล้ชิดราษฎรอยู่แล้วมาทำการอบรมให้รู้จักการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นบ่อยในท้องที่ รวมทั้งเรื่องอนามัยและการทำคลอดบุตร¹¹²

ความคิดเห็นในเรื่องการอนามัยและการป้องกันโรคที่มีการเสนอมาข้างต้นนี้ นับว่ามีความหลากหลายกว่าเรื่องการขยายบริการรักษาพยาบาลที่กลุ่มผู้เสนอเห็นพ้องต้องกันถึงความจำเป็นในการขยายบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่น แต่ในเรื่องอนามัยและการป้องกันโรคนี้มีทั้งการเสนอให้ดูแลอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดการตายแต่วัยเยาว์ มีทั้งการเสนอให้ป้องกันโรคต่างๆที่ราษฎรเป็นกันมาก และทำให้เกิดการตายมาก มีทั้งการเสนอให้ดูแลอนามัยด้านอาหารการกิน มีทั้งการเสนอให้มีการป้องกันการติดต่อของโรคที่สามารถระบาดติดต่อถึงกันได้ เช่น โรคเรื้อน เป็นต้น ความเหมือนกันที่น่าจะอยู่ภายในความคิดเห็นที่หลากหลายเหล่านี้ น่าจะเป็นการที่ผู้เสนอได้เห็นสภาพที่ไม่ดีในทางอนามัยของตนและสังคมของตน สภาพที่มีการเจ็บไข้ได้ป่วยและมีการตายจากโรคต่างๆเป็นอันมาก รวมไปถึง “ความกลัว” ว่าตนเองหรือครอบครัวอาจจะเกิดการติดโรคจากผู้ป่วยจนเป็นโรคขึ้นมาบ้าง ความคิดเช่นนี้น่าจะนำไปสู่ความต้องการให้รัฐบาลหาทางแก้ไขในสิ่งต่างๆเหล่านี้ ซึ่งผู้เสนอหลายท่านเห็นตรงกันว่าตามที่เป็นอยู่ในเวลานั้นนับได้ว่ารัฐบาลปล่อยราษฎรให้

¹¹¹ หจข. สร.0201.25/89 นายเหรียญ ผิวพุ่ม เสนอความเห็นเพื่อความเจริญของประเทศ (พ.ศ.2475).

¹¹² หจข. สร.0201.25/547 นายถ่าย สุวรรณภูมิ เสนอความเห็นเรื่องการอบรมกรมการอำเภอเกี่ยวกับวิชาสัตวแพทย์และวิชาพยาบาลขึ้นต้น (พ.ศ.2476).

เผชิญความทุกข์ยากจากโรคภัยไข้เจ็บตามยถากรรม ผู้เสนอบางท่านได้ให้แนวคิดเรื่องความสำคัญของชีวิตประชาชนพลเมืองว่ามีความสำคัญในทางเศรษฐกิจของประเทศ ถ้าปล่อยให้มีการตาย การเจ็บป่วยมาก เศรษฐกิจของประเทศก็จะเสียหายได้ รวมทั้งเกิดปัญหาในการเพิ่มพลเมือง ซึ่งมีความสำคัญต่อความเจริญของประเทศด้วย

ผู้เสนอบางท่านได้ก้าวล้ำไปถึงการเสนอให้รัฐบาลออกกฎหมายบังคับใช้ เป็นเรื่องที่น่าทึ่ง เพราะเป็นการที่พลเมืองขอให้รัฐบาลออกกฎหมายมาควบคุมบังคับพลเมืองเสียเอง ซึ่งก็เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและวิถีชีวิต อาจทำให้พลเมืองต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตของตนเองหากมีการประกาศใช้เป็นกฎหมาย ซึ่งในเวลาต่อมากฎหมายบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและวิถีชีวิตก็มีการประกาศออกมาบังคับใช้จริง การที่มีราษฎรเป็นผู้เสนอให้ออกกฎหมายโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพและวิถีชีวิต แสดงให้เห็นว่าแม้แต่เครื่องมือสำคัญของรัฐในการบริหารประเทศและควบคุมพลเมืองอย่างกฎหมายนั้น ประชาชนคนธรรมดาอาจมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตามแนวทางที่ตนต้องการเพื่อให้รัฐบาลพิจารณาได้ และราษฎรส่วนหนึ่งเห็นว่าความปลอดภัยในชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บมีความสำคัญกว่าการถูกควบคุมวิถีชีวิตโดยรัฐ

ความคิดเห็นเรื่องโครงการสาธารณสุขอื่นๆ และการสุขภาพทั่วไป

- หนังสือจากขุนบรรเทาคนทาหาร ลงวันที่ 6 กันยายน พ.ศ.2475 เสนอว่าควรแก้ไข “การสาธารณสุขในมณฑลภาคอีสาน” โดย 1.ออกกฎหมายควบคุมการปลูกบ้านเรือนและเลี้ยงสัตว์ให้ถูกสุขาภิบาล 2.เพาะแพทย์ประจำตำบลขึ้นให้มากที่สุดที่จะทำได้ 3.เพิ่มผู้ช่วยแพทย์ประจำสุขศาลาจังหวัดขึ้นอีก 4.แก้ไขเรือนจำตามจังหวัดที่ไม่ถูกอนามัย¹¹³
- หนังสือจากนายบุญเกิด ธนชาติ สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ลงวันที่ 12 กันยายน พ.ศ.2475 เสนอ “หลักการบำรุงประเทศสยาม” อย่างหนึ่งคือให้วางโครงการสาธารณสุขหลายเรื่อง เช่น พลเมืองต้องรู้จักบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและปราศจากเชื้อโรค อาคารที่อยู่อาศัยต้องอยู่ในหลักอนามัยและสุขาภิบาลทั้งจะต้องรู้จักการป้องกันบำบัดโรค เครื่องนุ่งห่มต้องถูกหลักอนามัย ผู้เสนอเห็นว่า “ควรแก้โครงสร้างการสาธารณสุขให้ถึงขนาด” จะต้องมีพระราชบัญญัติต่างๆควบคุมการแพทย์ โรคระบาด ให้แข็งแรงทั่วประเทศ ยกกรมสาธารณสุขเป็นกรมอิสระ บำรุงการแพทย์ทั้งของไทยและของฝรั่ง เพื่อเป็นการประหยัดและเหมาะสมแก่ภูมิ

¹¹³ “ความเห็นขุนบรรเทาคนทาหาร ลงวันที่ 6/6/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

ประเทศ มิฉะนั้นจะต้องจ่ายค่าเวชภัณฑ์บางอย่างที่ไม่จำเป็นแก่ต่างชาติมากขึ้น จัดระเบียบการอบรมนิสิตจรรยาบุคคคลแก่นักเรียนและพลเมืองให้เหมาะแก่อนามัย¹¹⁴

- หนังสือจากหลวงบริหารชนบท ลงวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ.2475 เสนอว่าการสุขาภิบาลเป็นสิ่งที่ต้องกระทำพร้อมกันทุกแห่ง แต่การจะจัดทำยิ่งหย่อนกว่ากันนั้นแล้วแต่ภูมิประเทศ ในขั้นต้นควรจัด “สุขาภิบาลครอบครัว” โดยวางข้อบังคับให้เจ้าของบ้านต้องรักษาความสะอาดในครอบครัว และต้องมีกฎหมายบังคับและปรับปรุงผู้กระทำผิด ส่วนในที่สาธารณะเช่น ถนน ตลาด ควรอยู่ในความบำรุงของรัฐบาล และควรให้มีแพทย์ประจำอำเภอ 1 นาย มียาประจำท้องที่พอควร ควรจัดการในพื้นที่ชายแดนก่อน¹¹⁵
- หนังสือจากนายเรือเอกศิริ ปาณะวีระ แพทย์ประจำกองเสนารักษาราชนาวิ ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2475 เสนอว่ากิจการแพทย์ของรัฐบาลซึ่งแยกกระทรวงอยู่ควรจะ “รวมกันเสียทั้งหมดให้เป็นหน่วยงานเดียว” เพราะเวลานี้มีแพทย์มากเกือบจะเหลือใช้เฉพาะในกรุงเทพเท่านั้น ในชนบทเป็นตรงข้าม จึงควรรวมกิจการแพทย์เป็นหนึ่งเดียว รวมการสุขาภิบาลด้วย ควรมีโรงพยาบาลตามต่างจังหวัดให้ทั่ว หากติดขัดด้วยเงินก็ควรมีสุขศาลาไปก่อน และรายได้สุขาภิบาลจังหวัดใดควรใช้บำรุงความสุขและอนามัยราษฎรจังหวัดนั้น¹¹⁶
- หนังสือจากนายจรัญ ศิริวิฒนะกุล ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2475 (ปฏิทินเก่า) เสนอว่าควรออกกฎข้อบังคับการค้าและจำหน่ายยาตลอดจนการปรุงยาแก้โรคต่างๆออกจำหน่าย เพราะมีผู้ปรุงยาซึ่งไม่มีสรรพคุณอันใดออกจำหน่ายโดยหวังแต่เงินเท่านั้น เป็นการหลอกลวงราษฎร¹¹⁷
- หนังสือจากขุนบรรเทาคณาพาธ แพทย์หลวงประจำท้องที่อำเภอหลุบ* จังหวัดมหาสารคาม ลงวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ.2476 เสนอว่าควรมีกฎหมายควบคุมการปลูกสร้างบ้านให้ได้ลักษณะสุขาภิบาลทั่วไป ควรทำน้ำประปาหรือน้ำที่สะอาดพอสมควรใช้ให้ทั่วถึง เนื่องจากราษฎรตามชนบทและหัวเมืองต่างๆเกิดโรคเพราะใช้น้ำไม่บริสุทธิ์ ป่วยและตายปีละมากๆ คน

¹¹⁴ หจข. สร.0201.25/122 ความเห็นของนายบุญเกิด ธนชาติ เรื่องหลักบำรุงประเทศ (พ.ศ.2475).

¹¹⁵ “ความเห็นหลวงบริหารชนบท ลงวันที่ 25/7/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องการสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

¹¹⁶ หจข. สร.0201.25/420 นายเรือเอกศิริ ปาณะวีระ ว่าควรตั้งกรรมการวางโครงการแพทย์ (พ.ศ.2475).

¹¹⁷ “ความเห็นนายจรัญ ศิริวิฒนะกุล ลงวันที่ 18/11/75” ใน หจข. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องการสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

* ในปีพ.ศ.2490 ได้มีการยกฐานะอำเภอหลุบเป็นจังหวัดกาฬสินธุ์.

เสียชีวิตที่ฝากขังไว้ในเรือนจำต่างๆควรจะรวมเป็นโรงพยาบาลโรคจิตเป็นแห่งๆเพื่อได้รับการรักษาพยาบาลให้ถูกต้องตามวิธีของแพทย์¹¹⁸

ในเรื่องโครงการสาธารณสุขและสุขภาพิบาลทั่วไปนี้ ผู้เสนอความคิดเห็นหลายท่านเป็นผู้ที่อยู่ในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ในศูนย์กลางแห่งการบริหารกิจการและนโยบาย หลายท่านเป็นเจ้าหน้าที่ทางแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ตามท้องถิ่น แต่เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติงานโดยตรง สัมพันธ์กับราษฎรโดยตรง จึงอาจเห็นปัญหาได้มากกว่าผู้ที่กำหนดนโยบายในส่วนกลาง โดยเฉพาะปัญหาของส่วนท้องถิ่น ผู้เสนอหลายท่านได้ให้ความสำคัญกับกิจการสุขภาพิบาลที่ได้ประโยชน์ในการควบคุมอนามัยด้านต่างๆ เช่น การปลูกที่อยู่อาศัย การเลี้ยงสัตว์ การประกอบอาชีพ การรับประทานอาหาร การป้องกันบำบัดโรค เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเสนอโครงการที่เป็นการกระจายบริการด้านสุขภาพิบาลทั้งการบำบัดโรคและการป้องกันโรคไปยังพลเมืองส่วนภูมิภาค เช่น การขยายโรงพยาบาล โอสถสภา สุขศาลา การออกพระราชบัญญัติควบคุมการแพทย์และโรคระบาดทั่วประเทศ การควบคุมยา เป็นต้น นับว่าในเรื่องนี้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนภูมิภาคมีความเห็นตรงกันกับราชการส่วนกลางในการที่จะขยายกลไกของรัฐในทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อควบคุมสุขภาพิบาลร่างกายของพลเมืองตามแนวคิดเรื่อง “รัฐเวชกรรม” และพลเมืองในส่วนภูมิภาคก็เป็นเป้าหมายหลักของความพยายามนี้ อีกเรื่องหนึ่งที่มีผู้เสนอหลายท่านเห็นตรงกันคือเรื่องการปรับโครงสร้างหน่วยงานด้านสุขภาพิบาล โดยเห็นว่าขณะนี้ยังแยกกันอยู่ตามทีต่างๆ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน สมควรจะนำมารวมไว้เป็นหน่วยงานเดียวให้ครอบคลุมกิจการทั้งหมด ซึ่งในเวลาต่อมารัฐบาลก็มีการดำเนินการตามนี้จริงๆ คือการรวมกิจการแพทย์และสาธารณสุขจากส่วนราชการต่างๆเข้าด้วยกันเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ในปีพ.ศ.2485

บทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในกิจการสุขภาพิบาลพลเมือง

นอกจากความคิดเห็นที่มาจากราษฎรส่งถึงรัฐบาลโดยตรงแล้ว ยังมีความคิดเห็นจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งก็ถือว่าเป็นตัวแทนของความคิดเห็นจากราษฎรเช่นกัน ดารารัตน์ เมตตาริกานนท์อธิบายว่า การรับรู้สภาพของท้องถิ่นต่างๆสู่อำนาจรัฐส่วนกลาง ส่วนใหญ่แล้วในอดีตได้กระทำผ่าน “ตัวแทนของรัฐ” ซึ่งก็คือข้าราชการ จากการไปตรวจราชการตามที่ต่างๆ การรับรู้ข่าวสารของรัฐจึงมักเป็นมุมมองในมิติของข้าราชการมากกว่าของราษฎรหรือท้องถิ่น ดารารัตน์

¹¹⁸ หจข. สร.0201.25/684 ขุนบรรเทาคณาพาท หรือความเห็นรวม 8 ข้อ ว่าสมควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (พ.ศ. 2475).

เมตตาริกานนท์เห็นว่าการตรวจราชการของรัฐเช่นนี้เป็นการตรวจราชการตามหน่วยงานหรือแผนกต่างๆตามโครงสร้างหน้าที่ ไม่ใช่การตรวจสภาพความเป็นอยู่ของราษฎรที่แท้จริง เป็นการทำเพื่อสำรวจถึงผลประโยชน์ที่รัฐพึงจะได้จากการจัดเก็บภาษีเป็นสำคัญ ไม่ได้มุ่งการตรวจราชการเพื่อที่จะบำบัดทุกข์บำรุงสุขของราษฎร¹¹⁹ แต่ต่อมาภายหลังจากที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตยแล้วทำให้ผู้กุมอำนาจรัฐที่ส่วนกลางมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารของท้องถิ่นต่างๆทั่วประเทศผ่านช่องทางอื่นๆมากขึ้น ได้แก่ จดหมายร้องเรียนและแสดงความคิดเห็นจากราษฎรดังที่ได้กล่าวในหัวข้อที่แล้ว รวมไปถึงบทบาทของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั้งในและนอกสภา ซึ่งแสดงออกในรูปของกระทู้ถาม คำอภิปรายในสภา และปาฐกถาในที่ต่างๆ เป็นต้น

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรุ่นแรก ภายหลังจากที่ได้รับการเลือกตั้งในปีพ.ศ.2476 ก็ได้มีการแสดงปาฐกถาเกี่ยวกับจังหวัดของตนโดยเสนอผ่านสถานีวิทยุกระจายเสียงของสำนักงานโฆษณาการ การแสดงปาฐกถานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติและสำนึกของผู้แทนราษฎรเหล่านั้นที่มีต่อท้องถิ่นของตนที่แตกต่างจากรายงานของรัฐ โดยเป็นการสะท้อนภาพปัญหาภายในท้องถิ่นจากทัศนะของคนในท้องถิ่นเอง ซึ่งผู้แทนราษฎรหลายท่านจากหลายจังหวัดก็ได้มีการกล่าวถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพพลเมืองไว้ด้วย เช่น ร.ต.ถัด รัตนพันธ์ ผู้แทนราษฎรจังหวัดพัทลุงบรรยายว่า การอนามัยของพัทลุงด้อยกว่าหัวเมืองที่ติดต่อกันอย่าง “หลดลู่ย” เนื่องจากไม่มีการสุขาภิบาล และไม่มีโรงพยาบาลช่วยเหลือความเจ็บป่วยของราษฎรแม้แต่แห่งเดียว¹²⁰ นายเลียง ไชยกาล ผู้แทนราษฎรจังหวัดอุบลราชธานีบรรยายว่า การสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับกลางๆ มีแพทย์ประกาศนียบัตรเพียง 2-3 คน นับได้ว่า “มีแพทย์ 1 คน ต่อพลเมืองมากกว่า 2 แสนคน”¹²¹ นายพันตรีหลวงศักดิ์ธรรณการ ผู้แทนราษฎรจังหวัดบุรีรัมย์บรรยายว่า การสาธารณสุขในจังหวัดบุรีรัมย์ยังไม่เรียบร้อย ถนนหนทางและบ้านเรือนขาดการบำรุง การอนามัยยัง “บกพร่องอยู่มาก”¹²² หลวงศรีเขตต์นคร ผู้แทนราษฎรจังหวัดนนทบุรีบรรยายว่า จังหวัดนนทบุรีมีแพทย์

¹¹⁹ ดารารัตน์ เมตตาริกานนท์, “การรวมกลุ่มทางการเมืองของ “ส.ส.อีสาน” พ.ศ.2476-2494,” (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543), หน้า 130-133.

¹²⁰ ร.ต.ถัด รัตนพันธ์, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดพัทลุง,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ (กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539), หน้า 3.

¹²¹ เลียง ไชยกาล, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดอุบลราชธานี,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 25.

¹²² พันตรีหลวงศักดิ์ธรรณการ, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดบุรีรัมย์,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 77.

หลวงประจำจังหวัด แต่ไม่เพียงพอแก่ประชาชน เนื่องจากตามอำเภอไม่มีแพทย์ประจำ¹²³ ขุนอินทรภักดี ผู้แทนราษฎรจังหวัดเพชรบูรณ์บรรยายว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ “เต็มไปด้วยไข้ป่า” มีแพทย์ประกาศนียบัตร 2 คน ไม่พอกับความต้องการของประชาชน ราษฎรใช้การรักษาพยาบาลแผนโบราณกันมาก คือใช้ “ยารากไม้ใบไม้และเชื้อไปในทางผีสิง” นับว่าพลเมืองของจังหวัดนี้ยังไม่ได้รับความคุ้มครองป้องกันและการสุศึกษาเท่าที่ควร¹²⁴ นายบุญมา เสริฐศรี ผู้แทนราษฎรจังหวัดเลยบรรยายว่า พลเมืองในจังหวัดเลยไม่ค่อยรู้จักแพทย์หลวงประจำจังหวัด เพราะมีเพียงคนเดียวและไม่สามารถจะไปทำการรักษาพยาบาลได้ทั่วทุกอำเภอและตำบล แพทย์หลวงมีประโยชน์เฉพาะกับ “ข้าราชการที่อยู่ภายในจังหวัดเท่านั้น” ราษฎรจึงไม่นับถือแพทย์หลวง แต่ไปนับถือ “ยารากไม้ต่างๆ และมนตร์เสกเป่า” รักษากันไปตามบุญตามกรรม¹²⁵ ฯลฯ คำบรรยายสภาพของชนบทจากผู้แทนราษฎรเหล่านี้ นับว่าสอดคล้องกับสภาพชนบทที่พบในจดหมายแสดงความคิดเห็นของราษฎรมายังรัฐบาล โดยเฉพาะในเรื่องการมีแพทย์เฉพาะในตัวเมือง ทำให้ราษฎรตามชนบทไม่ได้รับการป้องกันและรักษาโรคอย่างเพียงพอและต้องไปพึ่งแพทย์แผนโบราณหรือรักษากันเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเกือบทุกจังหวัด

สำหรับในส่วนของกระทู้ถาม ดารารัตน์ เมตตาริกานนท์ ได้ทำการศึกษาและพบว่า กระทู้ถามส่วนใหญ่ของส.ส.ที่มีขึ้น ส่วนมากเกี่ยวกับปัญหาความเดือดร้อนของคนในท้องถิ่น กล่าวได้ว่าเป็นลักษณะเด่นของกระทู้ถามในช่วงแรกๆ หลังเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นประชาธิปไตย กระทู้ถามจากส.ส.มีทั้งที่เป็นการตั้งกระทู้ถามเพื่อให้รัฐบาลตอบกลางที่ประชุมสภาฯ ซึ่งจะสามารถซักถามหรืออภิปรายเพิ่มเติมได้ในระดับหนึ่ง และอีกประเภทหนึ่งคือให้รัฐบาลตอบกระทู้ถามในราชกิจจานุเบกษาเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ นับได้ว่าเป็นครั้งแรกที่ผู้แทนราษฎรได้อาศัยรัฐสภาเป็นเวทีสะท้อนความคิดและความรู้สึกของราษฎรในท้องถิ่น และพยายามไม่มองผ่านกรอบแนวคิดของระบบราชการที่สนใจการทำงานของหน่วยราชการต่างๆ เป็นหลัก นับได้ว่าเป็นสถาบันใหม่ที่ท้าทายวัฒนธรรมราชการแบบเดิมที่ฝังแน่นในชนชั้นปกครองมาอย่างยาวนาน¹²⁶ สำหรับกระทู้ถามที่เกี่ยวข้องกับกิจการสุขภาพพลเมืองสามารถรวบรวมได้ดังตารางที่ 2

¹²³ หลวงศรีเขตต์นคร, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดนนทบุรี,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 113.

¹²⁴ ขุนอินทรภักดี, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดเพชรบูรณ์,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า131.

¹²⁵ บุญมา เสริฐศรี, “ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดเลย,” บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2477 ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า137.

¹²⁶ ดารารัตน์ เมตตาริกานนท์, “การรวมกลุ่มทางการเมืองของ “ส.ส.อีสาน” พ.ศ.2476-2494,” หน้า 136.

ตารางที่ 2 กระทั่งถามของผู้แทนราษฎรที่เกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมืองระหว่างพ.ศ.2476-2500¹²⁷

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
15 ม.ค. 2476	สภาฯ	นโยบายในเรื่องแพทย์จังหวัดหนองคาย	ขุนวรสิทธิ์สุตรคุณเวทย์ (หนองคาย)
25 ม.ค. 2476	สภาฯ	รัฐบาลดำริควบคุมโรคจิตอย่างไรหรือไม่	ทองอินทร์ ภูริพัฒน์ (อุบลราชธานี)
25 ม.ค. 2476	สภาฯ	เกี่ยวแก่โรคเรื้อน	ทองอินทร์ ภูริพัฒน์ (อุบลราชธานี)
25 ม.ค. 2476	สภาฯ	สุขศาลาโรงทำยาและเครื่องนุ่งห่ม	ทองอยู่ พุฒพัฒน์ (ธนบุรี)
1 มี.ค. 2476	สภาฯ	การป่วยไข้หวัดใหญ่ทางจังหวัดพัทลุง	ถัด รัตนพันธ์ (พัทลุง)
19 มี.ค. 2476	สภาฯ	ระงับโรคไข้หวัดใหญ่ทางจังหวัดแพร่	วงศ์ แสนสิริพันธ์ (แพร่)
3 ก.พ. 2477	ราชกิจฯ	อนามัยนักโทษ	เทียน กาญจนพันธ์ (สมุทรปราการ)
3 ก.พ. 2477	ราชกิจฯ	โรงพยาบาลตามชายแดน	พระศรการวิจิตร (นครพนม)
5 ก.พ. 2477	สภาฯ	โรคซึ่งถ่วงความเจริญของนักเรียน	หลวงนรินทร์ประสาตร์เวช (จันทบุรี)
16 ก.พ. 2477	สภาฯ	การขยายการแพทย์	ขุนวรสิทธิ์สุตรคุณเวทย์ (หนองคาย)
19 ก.พ. 2477	สภาฯ	การอบรมแพทย์ตำบล	ทองม้วน อัดถากกร (มหาสารคาม)
19 ก.พ. 2477	สภาฯ	การรักษาผู้ป่วยโรคจิต	เจือ ศรียาภัย (สงขลา)
25 มี.ค. 2477	ราชกิจฯ	เพิ่มแพทย์ที่จังหวัดเลย	บุญมา เสริฐศรี (เลย)
25 ส.ค. 2478	ราชกิจฯ	การจำหน่ายยาตำราหลวง	ทองอยู่ พุฒพัฒน์ (ธนบุรี)
27 ส.ค. 2478	สภาฯ	โรงพยาบาลจังหวัดปัตตานี	แทน วิเศษสมบัติ (ปัตตานี)
27 ส.ค. 2478	สภาฯ	การปราบโรคในจังหวัดเลย	บุญมา เสริฐศรี (เลย)
17 ต.ค. 2478	สภาฯ	ป้องกันโรคระบาด	พระยาวิเศษสิงหนาท (นครนายก)
24 ต.ค. 2478	สภาฯ	เด็กขอทานและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อน	หลวงวรนิติปรีชา (สกลนคร)
27 ต.ค. 2478	ราชกิจฯ	การควบคุมแพทย์แผนโบราณ	ทองอยู่ พุฒพัฒน์ (ธนบุรี)
4 ก.พ. 2478	สภาฯ	โรคอหิวาต์	สนิท เจริญรัตน์ (นครราชสีมา)
9 ก.พ. 2478	ราชกิจฯ	การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด	ขุนเสนาสัสดี (ร้อยเอ็ด)
3 มี.ค. 2478	ราชกิจฯ	การว่าจ้างชาวต่างประเทศมาปราบยุง	ทองอยู่ พุฒพัฒน์ (ธนบุรี)
5 มี.ค. 2478	สภาฯ	ควบคุมเชื้ออหิวาตกโรคที่เกิดจากน้ำแข็ง	พระยาประมวลิวิชาพูล (สมาชิกประเภทที่ 2)
7 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรงพยาบาลศิริราช	บุญมา เสริฐศรี (เลย)
10 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรคอหิวาต์แพร่หลายในจังหวัดอ่างทอง	เกริน แสนโกศิก (อ่างทอง)
12 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรคอหิวาต์ที่จังหวัดสมุทรปราการ	เทียน กาญจนพันธ์ (สมุทรปราการ)

¹²⁷ รวบรวมมาจากกระทู้ถามในรายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรและกระทู้ถามในราชกิจจานุเบกษาที่เกี่ยวข้องกับกิจการสุขภาพพลเมือง ระหว่าง พ.ศ.2475-2500 เรียงตามลำดับเวลา (ก่อนปีพ.ศ.2485 เป็นเวลาตามปฏิทินเก่า) มีการดัดแปลงชื่อหัวข้อบ้างเนื่องจากเนื้อที่มีจำกัด รายละเอียดการอ้างอิงอยู่ในรายการอ้างอิงท้ายเล่ม.

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
17 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรคอหิวาต์ระบาดจังหวัดพิจิตร พิษณุโลก	ขุนคูการพิจิตร (พิจิตร)
24 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรคอหิวาต์กำเริบที่อำเภอฟ้าหยาด	นาย สุจิตา (อุบลราชธานี)
24 มี.ค. 2478	สภาฯ	พระราชบัญญัติควบคุมผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อน	มงคล รัตนวิจิตร (นครศรีธรรมราช)
26 มี.ค. 2478	สภาฯ	โรคเหน็บชา	ขุนขจรเขานิเวศน์ (ระนอง)
21 มิ.ย. 2479	ราชกิจฯ	โครงการสาธารณสุข	มัญญ บริสุทธิ (สุพรรณบุรี)
2 ส.ค. 2479	ราชกิจฯ	สร้างโรงพยาบาลจังหวัดเลย	บุญมา เสริฐศรี (เลย)
2 ส.ค. 2479	ราชกิจฯ	อนามัยนักโทษ	ทองอยู่ พุฒพัฒน์ (ธนบุรี)
12 ก.ย. 2479	สภาฯ	ปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เทียบ นันทแพทย์ (อุทัยธานี)
12 ก.ย. 2479	สภาฯ	การศึกษาแพทยศาสตร์	ทองม้วน อัดถากร (มหาสารคาม)
29 ก.ย. 2479	สภาฯ	อนามัยของนักโทษ	บุญมา เสริฐศรี (เลย)
6 ต.ค. 2479	สภาฯ	แพทย์แผนโบราณ	พระยาวิเศษสิงหนาท (นครนายก)
1 ก.พ. 2479	สภาฯ	เพิ่มแพทย์	ถัด รัตนพันธ์ (พัทลุง)
7 ก.พ. 2479	ราชกิจฯ	การอบรมแพทย์ประจำตำบล	ถัด รัตนพันธ์ (พัทลุง)
20 ก.พ. 2479	สภาฯ	การสอบไล่แพทย์แผนโบราณ	พระยาวิเศษสิงหนาท (นครนายก)
13 มี.ค. 2479	สภาฯ	สับเปลี่ยนแพทย์ภูมิภาคให้เข้ามาอบรม	ทองคำ คล้ายโสภาส (ปราจีนบุรี)
26 มี.ค. 2479	สภาฯ	โรคอหิวาต์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช	มงคล รัตนวิจิตร (นครศรีธรรมราช)
21 มิ.ย. 2480	ราชกิจฯ	ส้วมและขนเทอุจจาระ	พระยาวิเศษสิงหนาท (นครนายก)
21 มิ.ย. 2480	ราชกิจฯ	สอบแพทย์ปริญญาและการสงเคราะห์ มารดาทารก	บุญมี ตุงคนาคะ (ลำพูน)
1 ก.ค. 2480	สภาฯ	คนป่วยโรคเรื้อน	พระยาวิเศษสิงหนาท (นครนายก)
1 มี.ค. 2480	สภาฯ	ไข้จับสั่น	ฉ่ำ จำรัสเนตร (นครศรีธรรมราช)
12 มี.ค. 2480	สภาฯ	การเรียนวิชาแพทย์	อ้วน นาคทรรพ (อุดรธานี)
12 มี.ค. 2480	สภาฯ	การแพทย์และการสาธารณสุข	อ้วน นาคทรรพ (อุดรธานี)
17 มี.ค. 2480	สภาฯ	โรคมาลาเรีย	สงวน พยุงพงศ์ (ปราจีนบุรี)
30 พ.ค. 2481	ราชกิจฯ	การแพทย์และโรงพยาบาล	ทิม ภูริพัฒน์ (อุบลราชธานี)
6 มิ.ย. 2481	ราชกิจฯ	การเพาะเภสัชกร	เยื่อน พาณิชยวิทย์ (พระนครศรีอยุธยา)
13 มิ.ย. 2481	ราชกิจฯ	คนเป็นโรคเรื้อน	ทิม ภูริพัฒน์ (อุบลราชธานี)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
23 ก.ค. 2481	สภาฯ	ให้มีหน่วยการแพทย์โยกย้ายไปตาม ท้องถิ่นที่กั้นดาร	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
30 ก.ค. 2481	สภาฯ	ใช้จับสัน	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
30 ก.ค. 2481	สภาฯ	จำนวนทารกตายคลอดและการทารก สงเคราะห์	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
2 ส.ค. 2481	สภาฯ	การบำบัดโรค	อ้วน นาคทรพรพ (อุดรธานี)
2 ส.ค. 2481	สภาฯ	การจ่ายเงินค่าทำศพและค่าพยาบาล	แสงยม เจริญฮวด (ชลบุรี)
13 ส.ค. 2481	สภาฯ	ใช้จับสันระบอบที่จังหวัดเชียงใหม่	พระศรีวราภานุรักษ์ (เชียงใหม่)
6 ก.ย. 2481	สภาฯ	การสร้างถนนและการสาธารณสุข	เฉลิม ศรีประเสริฐ (เลย)
2 ก.พ. 2481	สภาฯ	การป้องกันโรคระบาด	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
22 ก.พ. 2481	สภาฯ	ปรับปรุงคุณภาพของสารวัตรนักเรียนและ แพทย์ประจำตำบล	ขุนอนุสรกรณ์ (นครพนม)
25 ก.พ. 2481	สภาฯ	การป้องกันและปราบปรามกาฬโรค	แก้ว สิงหะคเชนทร์ (พิฉิตร)
4 มี.ค. 2481	สภาฯ	โรคทางฟันและทันตแพทย์	ทองดี ณ กาฬสินธุ์ (มหาสารคาม)
4 มี.ค. 2481	สภาฯ	อหิวาตกโรค	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
22 ก.ค. 2482	สภาฯ	เปิดสุขศาลาอำเภอ	ลำอาง ศรีสวัสดิ์ (ลพบุรี)
19 ส.ค. 2482	สภาฯ	จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาพยาบาล	พระยามรวริชัยสรเดช (ลำปาง)
26 ส.ค. 2482	สภาฯ	ทางสาธารณสุขและโรงพยาบาล	สงวน พยุงพงศ์ (ปราจีนบุรี)
9 ก.ย. 2482	สภาฯ	ใช้จับสันในเขตจังหวัดพิฉิตร	แก้ว สิงหะคเชนทร์ (พิฉิตร)
17 ก.ย. 2482	สภาฯ	การรักษาพยาบาลราษฎรที่เป็นโรคเรื้อนใน ภาคอีสาน	อู๊ด นิตยสุทธิ (นครราชสีมา)
23 ก.ย. 2482	สภาฯ	โรงพยาบาลโรคจิตภาคอีสาน	อู๊ด นิตยสุทธิ (นครราชสีมา)
23 ก.ย. 2482	สภาฯ	ใช้จับสันในจังหวัดลำพูน	เจ้าวรทัศน์ ณ ลำพูน (ลำพูน)
29 ก.ย. 2482	สภาฯ	แพทย์สาธารณสุข	เด็ก ภัคนันท์ (กาญจนบุรี)
1 ส.ค. 2483	สภาฯ	ตั้งโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น	ผล แสนสระดี (ขอนแก่น)
21 ส.ค. 2484	สภาฯ	ขยายการสุขาภิบาลตามชนบทและเพิ่ม หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่	อู๊ด นิตยสุทธิ (นครราชสีมา)
4 ก.ย. 2484	สภาฯ	อบรมนางผดุงครรภ์แผนโบราณ	พระยามรวริชัยสรเดช (ลำปาง)
4 พ.ย. 2484	ราชกิจฯ	เพิ่มผู้ช่วยแพทย์	ฟอง สิทธิธรรม (อุบลราชธานี)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
20 พ.ย. 2484	สภาฯ	เพิ่มหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้มากขึ้น	ปรีกษ์ แก้วปลั่ง (สุรินทร์)
20 พ.ย. 2484	สภาฯ	ราษฎรเป็นโรคเท้าช้าง	เปี่ยม บุญยะโชติ (นครศรีธรรมราช)
2 ธ.ค. 2484	สภาฯ	ไข้ทรพิษระบาด	อำไพ อิศรางกูร ณ อยุธยา (สิงห์บุรี)
9 มิ.ย. 2485	ราชกิจฯ	ให้รัฐบาลสร้างสถานพยาบาลสำหรับ บำบัดโรคแก่ประชากร	อู๊ด นิตยสุทธิ (นครราชสีมา)
30 ก.ค. 2485	สภาฯ	ไข้จับสั่นและโรคบิด	อนุสรกรรมี พรหมประกาย (นครพนม)
13 ส.ค. 2485	สภาฯ	ยาดำราหหลวงและแพทย์ประจำตำบล	อนุสรกรรมี พรหมประกาย (นครพนม)
17 ก.ย. 2485	สภาฯ	เพิ่มแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัด ปราจีนบุรี	สงวน พยุงพงศ์ (ปราจีนบุรี)
5 ธ.ค. 2485	สภาฯ	แพทย์แผนโบราณ	เปี่ยม บุญยะโชติ (นครศรีธรรมราช)
5 ธ.ค. 2485	สภาฯ	โรคเรื้อน	ฟอง สิทธิธรรม (อุบลราชธานี)
7 ม.ค. 2486	สภาฯ	การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง	พิน อมรวิสัยสรเดช (ลำปาง)
11 ก.ย. 2486	สภาฯ	การส่งเสริมให้เด็กเกิดมามีอนามัยดี	อู๊ด นิตยสุทธิ (นครราชสีมา)
2 ธ.ค. 2486	สภาฯ	แพทย์ประจำสุขศาลา	พันธ์ มุลศาสตร์ (สุรินทร์)
8 ก.พ. 2487	ราชกิจฯ	การส่งเสริมการค้นคว้าทางแพทย์	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
14 พ.ย. 2487	ราชกิจฯ	ยาแก้ไข้มาลาเรีย	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
21 ธ.ค. 2487	สภาฯ	ส่งแพทย์ไปช่วยบำบัดโรคของราษฎร จังหวัดเชียงใหม่	ภิญโญ อินทะวิวัฒน์ (เชียงใหม่)
21 ธ.ค. 2487	สภาฯ	การบำบัดโรคคุดทะราดและโรคเท้าช้าง	ฉ่ำ จำรัสเนตร (นครศรีธรรมราช)
30 ม.ค. 2488	ราชกิจฯ	อหิวาตกโรคระบาด	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
19 มิ.ย. 2488	ราชกิจฯ	ไข้ทรพิษระบาด	สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่)
18 มี.ค. 2489	สภาฯ	ไข้ทรพิษระบาดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี	ประเสริฐ ทรัพย์สุนทร (สุราษฎร์ธานี)
22 เม.ย. 2489	ราชกิจฯ	การปราบปรามโรคไข้ทรพิษ	เสวต ชุมแวงวาปี (ขอนแก่น)
25 เม.ย. 2489	สภาฯ	โรคระบาด	กิจจา วัฒนสินธุ์ (ฉะเชิงเทรา)
12 ก.ย. 2489	สภาฯ	โรคระบาดที่จังหวัดกาญจนบุรี	จำลอง ธนะโสภณ (กาญจนบุรี)
24 ก.ย. 2489	ราชกิจฯ	การสาธารณสุข	เชื้อ สนั่นเมือง (เพชรบูรณ์)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
11 พ.ย. 2489	สภาฯ	ไข้ทรพิษระบาดในจังหวัดยะลาและปัตตานี	ประสาธ ไซยะโท (ยะลา)
31 ธ.ค. 2489	ราชกิจฯ	โรงพยาบาลโรคเรื้อน	มงคล รัตนวิจิตร (นครศรีธรรมราช)
18 ก.พ. 2490	ราชกิจฯ	ให้ตั้งโรงพยาบาลเคลื่อนที่รักษาการป่วยไข้ของราษฎร	เอี่ยม สุภาพกุล (นครราชสีมา)
24 ก.ค. 2490	สภาฯ	อหิวาต์ระบาดในจังหวัดศรีสะเกษ	บุรณะ จำปาพันธุ์ (ศรีสะเกษ)
7 ส.ค. 2490	สภาฯ	โรคระบาดอย่างร้ายแรง	สิงห์ ปกาสีทธิ (ร้อยเอ็ด)
17 มี.ค. 2491	สภาฯ	วัคซีนป้องกันโรคระบาด	กว้าง ทองทวี (กาฬสินธุ์)
3 มิ.ย. 2491	สภาฯ	การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์	ช.สายเชื้อ (ร้อยเอ็ด)
1 ก.ค. 2491	สภาฯ	การป้องกันโรคคุดทะราด	สมบุรณ์ เดชสุภา (ปราจีนบุรี)
22 ก.ค. 2491	สภาฯ	การป้องกันและปราบปรามไข้ทรพิษ	สาคร กลิ่นผกา (พังงา)
22 ก.ค. 2491	สภาฯ	ยารักษาโรคตามสุขศาลาหัวเมือง	เฟ่ง ลิมปะพันธุ์ (สุโขทัย)
16 ธ.ค. 2491	สภาฯ	โรควัณโรค	สวัสดิ์ สาระศาลิน (กาญจนบุรี)
27 ม.ค. 2492	สภาฯ	องค์การสงเคราะห์ทหารบก	พโยม จุลานนท์ (เพชรบุรี)
12 ก.ค. 2492	ราชกิจฯ	กิจการสาธารณสุข	ฮวด ทองโรจน์ (มหาสารคาม)
13 ก.ย. 2492	ราชกิจฯ	การเพิ่มนางพยาบาลผดุงครรภ์ในส่วนภูมิภาค	นิล ประจันต์ (สุรินทร์)
25 ต.ค. 2492	ราชกิจฯ	โรคเรื้อน	นิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ (ร้อยเอ็ด)
29 พ.ย. 2492	ราชกิจฯ	การปราบยุงเพื่อสวัสดิภาพพลเมือง	ทองดี อิศราชีวิน (เชียงใหม่)
9 ก.พ. 2493	สภาฯ	กาฬโรคเกิดขึ้นที่จังหวัดนครราชสีมา	หลวงระงับประจันตคาม (นครราชสีมา)
17 ก.พ. 2493	สภาฯ	การสาธารณสุข	ฮวด ทองโรจน์ (มหาสารคาม)
24 ก.พ. 2493	สภาฯ	ใบอนุญาตผู้ประกอบโรคศิลปะ	หลวงระงับประจันตคาม (นครราชสีมา)
23 พ.ค. 2493	ราชกิจฯ	การสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลา	บุญช่วย ศรีสวัสดิ์ (เชียงใหม่)
15 มิ.ย. 2493	สภาฯ	นักเรียนป่วยเป็นโรคคุดทะราดและเท้าโต	ฉ่ำ จำรัสเนตร (นครศรีธรรมราช)
18 ก.ค. 2493	ราชกิจฯ	โรงพยาบาลโรคเรื้อนและนางผดุงครรภ์	ประวัติ จันทรพิมพ์ (ขอนแก่น)
7 ส.ค. 2493	สภาฯ	การป้องกันโรคจิตสี่ดวงตา	โสภณ สุภธีระ (ขอนแก่น)
5 ต.ค. 2493	สภาฯ	แพทย์เถื่อนระบาดในจังหวัดเชียงใหม่	ทองดี อิศราชีวิน (เชียงใหม่)
11 ม.ค. 2494	สภาฯ	การจัดตั้งสถานพยาบาลคนเป็นโรคเรื้อน	นิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ (ร้อยเอ็ด)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

วันที่	ประเภท	เรื่อง	ผู้ถาม
11 พ.ค. 2494	สภาฯ	สุขศาลาจังหวัดกาฬสินธุ์ขาดนายแพทย์	เอ็จ บุญไชย (กาฬสินธุ์)
25 พ.ค. 2494	สภาฯ	โรคระบาดในจังหวัดเชียงราย	บุญช่วย อัดถากร (มหาสารคาม)
31 ก.ค. 2495	สภาฯ	การใช้ยาซัลเฟโทรนรักษาโรคเรื้อน	นิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ (ร้อยเอ็ด)
7 ต.ค. 2495	ราชกิจฯ	การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด	นิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ (ร้อยเอ็ด)
30 ธ.ค. 2495	สภาฯ	การเพิ่มแพทย์ประจำตำบล	สอชิง มารังกุล (บุรีรัมย์)
17 ม.ค. 2496	สภาฯ	การมารดาและทารกสงเคราะห์	วิเชียร สาครศรีวานนท์ (ชัยภูมิ)
27 ส.ค. 2496	สภาฯ	การปฏิบัติงานของนายแพทย์	ญาติ ไหวดี (สุรินทร์)
10 ก.ย. 2496	สภาฯ	ไข้หวัดใหญ่	หลวงอรรถพรพิศาล (ตราด)
11 ก.ย. 2497	สภาฯ	การก่อสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค	ประสิทธิ์ ชูพินิจ (กำแพงเพชร)
18 ก.ย. 2497	สภาฯ	ยาตามโรงพยาบาล สุขศาลาตามหัวเมือง	ขุนวิวรรณ์สุขวิทยา (นครสวรรค์)
21 ก.ย. 2497	ราชกิจฯ	นางผดุงครรภ์กับแพทย์ประจำตำบลตาม ชนบทต่างจังหวัด	บุญช่วย ศรีสวัสดิ์ (เชียงราย)
16 พ.ย. 2497	ราชกิจฯ	โรคพยาธิลำไส้ทางภาคอีสาน	ดิเรก มณีรัตน์ (อุบลราชธานี)
30 ธ.ค. 2497	สภาฯ	หมู่บ้านโรคเรื้อน	ผัน บุญชิต (อุบลราชธานี)
22 มี.ค. 2498	ราชกิจฯ	การผลิตนักเรียนนางพยาบาล	น้อม อุปรมัย (นครศรีธรรมราช)
14 ก.ค. 2498	สภาฯ	การสั่งห้ามไม่ให้พระภิกษุรักษาโรคภัยไข้ เจ็บให้แก่ประชาชน	หลวงเจริญดำรงวการ (อุทัยธานี)
9 ส.ค. 2498	ราชกิจฯ	การจัดตั้งสุขาภิบาล	ถวิล วัฏฏานนท์ (สุพรรณบุรี)
30 ส.ค. 2498	ราชกิจฯ	โรคเท้าช้าง	น้อม อุปรมัย (นครศรีธรรมราช)
30 ส.ค. 2498	ราชกิจฯ	ไข้มาลาเรีย	น้อม อุปรมัย (นครศรีธรรมราช)
29 พ.ย. 2498	ราชกิจฯ	อนามัยชั้น 2 และการเพิ่มพูนสมรรถภาพ ของผู้ช่วยแพทย์	พัฒน์ นิลวัฒนานนท์ (สุราษฎร์ธานี)
8 ธ.ค. 2498	สภาฯ	เกิดไข้ทรพิษในท้องที่จังหวัดสุรินทร์	เหลื่อม พันธุ์ฤกษ์ (สุรินทร์)
4 ก.ย. 2499	ราชกิจฯ	การบำบัดโรคแก่ประชาชน	น้อม อุปรมัย (นครศรีธรรมราช)
18 ก.ย. 2499	ราชกิจฯ	การศึกษาของลูกคนเป็นโรคเรื้อน	น้อม อุปรมัย (นครศรีธรรมราช)
29 พ.ย. 2499	สภาฯ	การบังคับให้มีการตรวจโรคแก่ข้าราชการ เป็นประจำ	ญาติ ไหวดี (สุรินทร์)
6 ธ.ค. 2499	สภาฯ	การแพทย์ในต่างจังหวัดและท้องที่ชนบท	อรพิน ไชยกาล (อุบลราชธานี)

จากตารางจะพบว่ามี การตั้งกระทู้ถามรัฐบาลเกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมืองเป็นจำนวนมากและสม่ำเสมอระหว่างพ.ศ.2476-2500 เฉลี่ยแล้วประมาณปีละ 5-8 กระทู้ โดยภาคที่มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรตั้งกระทู้ถามในเรื่องนี้มากที่สุดคือภาคอีสานมีจำนวน 63 กระทู้ รองลงมาคือภาคกลางและภาคตะวันตกมีจำนวน 31 กระทู้ รองลงมาอีกคือภาคใต้และภาคเหนือมีจำนวน 24 และ 21 กระทู้ตามลำดับ แต่หากนับเป็นรายจังหวัด จังหวัดที่มีผู้แทนราษฎรตั้งกระทู้ถามในเรื่องนี้มากที่สุดคือจังหวัดนครศรีธรรมราชและเชียงใหม่ มีจำนวนจังหวัดละ 13 กระทู้ รองลงมาเป็นจังหวัดอุบลราชธานีและนครราชสีมา มีจำนวน 10 และ 9 กระทู้ตามลำดับ นับว่าขึ้นอยู่กับความกระตือรือร้นของผู้แทนราษฎรจากจังหวัดนั้นๆ ซึ่งผู้แทนราษฎรที่สนใจปัญหาเรื่องสุขภาพพลเมืองและตั้งกระทู้ถามรัฐบาลบ่อยครั้งก็มักจะเป็นคนเดิมๆ เช่น บุญมา เสริฐศิริ (เลย) สุวิทย์ พันธเศรษฐ (เชียงใหม่) ฐิต นิตยสุทธิ (นครราชสีมา) เป็นต้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากพื้นฐานอาชีพเดิมก่อนได้รับเลือกตั้ง ที่อาจจะต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตของพลเมือง เช่น กลุ่มอาชีพแพทย์เภสัชกร ที่ระหว่างปีพ.ศ.2476-2500 ได้รับเลือกตั้งเข้ามาครั้งละ 1-3 คน หรืออาชีพครูที่ได้รับเลือกปีละ 1-5 คน ทนายความปีละ 5-40 คน ข้าราชการประจำปีละ 5-40 คน เป็นต้น¹²⁸ ส่วนสมาชิกประเภทที่ 2 ซึ่งต่อมาก็เป็นวุฒิสภา มีการถามเรื่องสุขภาพพลเมืองกันน้อยมาก

นอกจากนี้หากพิจารณาในแง่ของประเด็นที่ถาม พบว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดการควบคุมป้องกันโรคมากที่สุด มีจำนวน 74 กระทู้ โดยมีทั้งโรคระบาดที่เกิดเป็นครั้งคราวในจังหวัดต่างๆ หรือโรคที่คนเป็นกันมากในท้องถิ่น หรือโรคที่ต้องการให้รัฐบาลจัดการควบคุม เช่น โรคจิต โรคเรื้อน รวมไปถึงการมารดาทารกสงเคราะห์ เป็นต้น รองลงมาคือเรื่องเกี่ยวกับการขยายบริการรักษาพยาบาลและสาธารณสุข มีจำนวน 53 กระทู้ ซึ่งมีทั้งการขอให้เพิ่มแพทย์ ยา และสถานพยาบาล ในจังหวัดของตน หรือการกล่าวโดยรวมให้รัฐบาลจัดการขยายกิจการทั่วทั้งประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ก็มีเรื่องอื่นๆ อีก เช่น อนามัย การควบคุมคุณภาพของแพทย์ แพทยศาสตร์ศึกษา เป็นต้น กระทู้เหล่านี้นับเป็นเครื่องมือชั้นดีของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรซึ่งถือเป็นตัวแทนของราษฎรจากท้องถิ่น สามารถควบคุมและกระตุ้นการทำงานของรัฐบาลในเรื่องกิจการสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง มีส่วนทำให้รัฐบาลจัดการดำเนินงานด้านกิจการสุขภาพพลเมืองดังที่เกิดขึ้นตามมา และบทบาทเช่นนี้ของส.ส.ก็ยังคงมีอยู่อย่างสม่ำเสมอแม้ในสมัยรัฐบาลต่อมา

ตัวอย่างการอภิปรายในกระทู้ถามที่เกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมือง เช่น ในกระทู้ถามเรื่องนโยบายของรัฐบาลเรื่องแพทย์จังหวัดหนองคาย ของขุนวรสิทธิ์สุตคุณเวทย์ ผู้แทนราษฎร

¹²⁸ ตารางจำนวนผู้ได้รับเลือกตั้งเป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจำแนกตามลักษณะอาชีพ ใน เศรษฐพร คูศิริพิทักษ์, "รัฐสภา-ภูมิหลังของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรไทย รุ่น พ.ศ.2476-2512," ใน สัตว์การเมือง, ชัยอนันต์ สมุทรวณิช และคณะ, บรรณาธิการ (พระนคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2514), หน้า 169.

จังหวัดหนองคาย เมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2476 (ปฏิทินเก่า) ขุนวรสิขสุตรคุณเวทย์ตั้งกระทู้ถามรัฐบาลว่าจังหวัดหนองคายมีพลเมือง “เกือบแสนคน” แต่มีแพทย์หลวงประจำท้องที่คนเดียว ซึ่งไม่พอแก่งาน “ไม่อาจช่วยเหลือคนไข้ได้ทั่วถึง” พระยาพหลพลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรีได้ตอบว่า รัฐบาลต้องการ “ขยายแพทย์ไปตามจังหวัดต่างๆ” เพื่อให้มีพอใช้งาน “ช่วยเหลือราษฎรได้เต็มที่” แต่มีปัญหา 2 อย่างคือ “การเงิน” และ “จำนวนแพทย์ประกาศนียบัตรไม่เพียงพอ” จึงคิดจะทำการแก้ปัญหาขั้นต้นโดยให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกรมสาธารณสุขกับหน่วยงานแพทย์ทหาร ทำการฝึกฝน “พลเสนารักษ์” อยู่ในชั้นผู้ช่วยแพทย์ ให้ไปประจำในที่ต่างๆซึ่งมีแพทย์ไม่เพียงพอ “ทำการช่วยเหลือราษฎรไปตามสมควร” ขุนวรสิขสุตรคุณเวทย์ยังซักถามต่อว่า เมื่อไรจะทำได้ถึงระดับอำเภอ เพราะ “ที่ตัวจังหวัดนั้นมีแพทย์อยู่แล้ว แต่ตามชนบทนั้นไม่มีเลย” ขุนวรสิขสุตรคุณเวทย์เห็นว่า การที่จัดแพทย์หลวงประจำจังหวัดเพียงจังหวัดละ 1 คน เป็นการ “ปล่อยพลเมืองไปตามยถากรรม” ขุนวรสิขสุตรคุณเวทย์ยังมีการเปรียบเทียบกับประเทศลาวส่วนที่ติดกับชายแดนไทยและอยู่ใต้การปกครองของฝรั่งเศสว่า “แม้จะเป็นเพียงชาติได้อาณานิคม แต่ฝรั่งเศสผู้ปกครองก็ไม่ได้ปล่อยให้ชีวิตพลเมืองเป็นไปตามยถากรรม” มีการตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลาตามเมืองและตำบลที่สำคัญ ซึ่งราษฎรไทยก็ข้ามฝั่งไปใช้บริการด้วยเนื่องจากหาไม่ได้ในท้องที่ของตน เรื่องนี้ได้รับการอภิปรายสนับสนุนจากหลวงนรินทรประสาทรเวช ผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี โดยระบุว่า “ประเทศสยามมีพลเมืองประมาณ 12 ล้านคน แต่มีแพทย์แผนปัจจุบันรวมทั้งสิ้นประมาณ 400 คนเท่านั้น คิดเป็นอัตราได้แพทย์ 1 คนต่อพลเมือง 30,000 คน” ซึ่งหลวงนรินทรฯ เห็นว่ายังขาดแพทย์อยู่อีกเป็นจำนวนมาก หลวงนรินทรฯระบุว่าควรจะมีแพทย์แผนปัจจุบัน “อย่างน้อย 6,000 คน คืออัตราแพทย์ 1 คนต่อพลเมือง 2,000 คน” และต้องกระจายให้ทั่วถึงตามท้องที่ด้วย หลวงนรินทรฯเสนอว่า การลงทุนทำการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศนั้นอาจเห็นผลไม่ชัดเหมือนลงทุนในกิจการอื่น แต่ก็จะทำให้ “กำไรที่ได้จากกิจการอื่นเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว” สุดท้ายนายกรัฐมนตรีตอบว่า “เรื่องเหล่านี้จะโทษรัฐบาลไม่ได้” จะต้องพิจารณาที่เหตุผลต่างๆว่าทำไมไม่ได้นั้นเพราะเหตุใด จะโทษรัฐบาลและเจ้าหน้าที่นักไม่ได้ นายกรัฐมนตรีเห็นว่า “เรื่องเหล่านี้จะเอาให้ได้ดังใจก็ต้องหลังจากจัดระเบียบบ้านเมืองแล้ว” ซึ่งรัฐบาลก็ได้พยายามดำเนินการอยู่แล้ว¹²⁹ จากการอภิปรายนี้จะเห็นได้ว่าผู้แทนราษฎรมีความรู้ถึงสภาพปัญหาต่างๆของท้องที่ รวมทั้งยังทราบถึงสถิติความเป็นไปทั้งในประเทศและต่างประเทศอีกด้วย ทำให้มีข้อมูลที่จะใช้ซักถามและผลักดันการทำงานของรัฐบาลได้เป็นอย่างดี นอกจากการอภิปรายในกระทู้ถามแล้วสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรยังมี

¹²⁹ “กระทู้ถามเรื่อง รัฐบาลมีนโยบายในเรื่องแพทย์ของจังหวัดหนองคาย วันที่ 15 มกราคม 2476,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476 (พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476), หน้า 206-220.

บทบาทในการอภิปรายและเป็นกรรมาธิการพิจารณากฎหมายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกิจการสุขภาพพลเมือง ทั้งที่รัฐบาลเป็นผู้เสนอมา และที่สมาชิกสภาเป็นผู้เสนอมาอีกด้วย

ตารางที่ 3 จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทย พ.ศ.2436-2481¹³⁰

พ.ศ.	จำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตร	
2436-2470	564
หลักสูตรปริญญาบัตร	
2471	18
2472	16
2473	20
2474	14
2475	16
2476	14
2477	16
2478	27
2479	28
2480	33
2481	18
รวม	220

จากตารางจะเห็นได้ว่าการผลิตแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 เป็นไปอย่างช้ามาก และเป็นจำนวนแพทย์ที่ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนพลเมืองอย่างชัดเจน

¹³⁰ ตัวเลขรวบรวมมาจากจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระหว่างพ.ศ.2436-2484 รายงานใน กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, “ประวัติและผลงานของกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ. 2485-2500, หน้า 154-156.

ในงานวิจัยของสรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ ได้ชี้ให้เห็นว่าสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรประเภทที่ 1 ที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาตั้งแต่สมัยแรกในปีพ.ศ.2476 มีแนวคิดโดยรวมคือสนับสนุนการปกครองระบอบใหม่ แต่คัดค้านแนวนโยบายของรัฐบาลที่เน้นในการพัฒนากองทัพและความมั่นคง โดยเฉพาะกลุ่มผู้แทนราษฎรที่มีแนวคิดแบบผู้นำท้องถิ่นซึ่งต้องการให้รัฐบาลมุ่งพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม กระจายความเจริญออกไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสมมากขึ้นกว่าในสมัยระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์¹³¹ สวรรค์รัตน์ เมตตาริกานนท์ได้อธิบายถึงกรณีบทบาทของ ส.ส.อีสานว่ามีพัฒนาการของการรวมกลุ่มทางการเมืองนับตั้งแต่การเลือกตั้งครั้งแรก โดยรวมกลุ่มกันอภิปรายเรื่องราษฎรระดับล่าง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการเห็นสภาพความเป็นอยู่ของราษฎรในท้องถิ่นและภูมิภาคของตนเป็นหลัก สวรรค์รัตน์ เมตตาริกานนท์สรุปว่าแนวคิดท้องถิ่นนิยมและภูมิภาคนิยมมีส่วนสำคัญที่ทำให้ ส.ส.อีสานรวมกลุ่มกันเพื่อเป็นพลังต่อรองกับรัฐบาลในการช่วยเหลือราษฎรในภูมิภาคของตน¹³²

แม้จะมีการคัดค้านจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรประเภทที่ 1 แต่รัฐบาลก็ยังคงให้ความสำคัญกับการพัฒนาการทหารและความมั่นคงมากกว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เห็นได้จากงบประมาณรัฐบาลในระหว่างพ.ศ.2477-2481 ที่เป็นงบประมาณด้านความมั่นคงราวร้อยละ 45-48 ในขณะที่เป็นงบประมาณด้านเศรษฐกิจและสังคมราวร้อยละ 26-33¹³³ ซึ่งกิจการด้านสุขภาพพลเมืองก็เป็นกิจการส่วนเล็กๆ ที่อยู่ในกิจการด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพเช่นนี้ยังคงอยู่ต่อไปอีกหลายทศวรรษแม้ในช่วงที่กิจการสุขภาพพลเมืองได้ยกระดับขึ้นมาอยู่ในฐานะกระทรวงคือกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีพ.ศ.2485 เป็นต้นไป อย่างไรก็ตามความแตกต่างในการมองปัญหาของประเทศชาติระหว่างรัฐบาลกับกลุ่มสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรประเภทที่ 1 ก็ทำให้เสถียรภาพของรัฐบาลถูกทำลายได้มากพอสมควรในระหว่างพ.ศ.2477-2481 ดังเช่นการที่รัฐบาลต้องลาออกหลังจากแพ้คะแนนในสภาฯ เรื่องพระราชบัญญัติจำกัดยาง พ.ศ.2477 ความแตกต่างระหว่างมุมมองของรัฐบาลและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเห็นได้อย่างชัดเจนในคำแถลงของพระยาพลพลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรีในการลาออกครั้งนี้ว่า

“ในการที่สมาชิกทั้งหลายได้มารับหน้าที่รับภาระในการทำงานให้ประเทศและเป็นที่ยอมรับร่วมกันมาจนบัดนี้ แต่หากทว่ามีเรื่องที่จะต้องเป็นทั้งสองฝ่ายที่จะรักษา ข้างฝ่ายท่านก็ต้องรักษาสิทธิของราษฎร ข้างส่วน

¹³¹ สรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ, ขบวนการเสรีไทยกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2481-2492 (กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532), หน้า 29.

¹³² สวรรค์รัตน์ เมตตาริกานนท์, “การรวมกลุ่มทางการเมืองของ “ส.ส.อีสาน” พ.ศ.2476-2494,” หน้า 197-198.

¹³³ อ้างมาจากตารางเปรียบเทียบระหว่างการรักษาความมั่นคงกับงบประมาณเศรษฐกิจ ใน สรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ, ขบวนการเสรีไทยกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2481-2492, หน้า 36.

ข้าพเจ้าเล่าเมื่อได้ทำอะไรลงไปแล้วก็ต้องรักษาความมั่นคง... เพราะฉะนั้นข้าพเจ้าจึงได้ลาออกจากหน้าที¹³⁴

โดยสรุปแล้วที่กล่าวมาทั้งหมดในสองหัวข้อนี้เป็นความพยายามที่จะชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในทางการเมือง หรือก็คือการเปลี่ยนแปลงระบอบการปกครองเป็นประชาธิปไตยเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2475 ได้ทำให้เกิดปรากฏการณ์ใหม่ๆ หลายอย่างขึ้นในสังคมไทย อย่างแรกก็คือการหลั่งไหลของความคิดเห็นต่างๆ ในกิจการบ้านเมืองเข้ามายังรัฐบาล โดยมาจากประชาชนพลเมืองหลายกลุ่ม เช่น ราษฎรธรรมดา ข้าราชการชั้นผู้น้อยที่ไม่อยู่ในศูนย์กลางการบริหาร ข้าราชการและราษฎรที่อยู่ตามส่วนภูมิภาคที่ห่างไกลความเจริญ ผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในทางการแพทย์และสาธารณสุข ฯลฯ ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจการบ้านเมืองในด้านต่างๆ มายังผู้บริหารประเทศโดยตรงได้ แม้ว่าความเห็นที่เสนอมานี้จะไม่ได้รับการดำเนินการแต่ก็ถือว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศในฐานะประชาชนผู้เป็นเจ้าของอำนาจอธิปไตย ในเรื่องนี้ความเห็นที่เกี่ยวกับกิจการสุขภาพของพลเมืองซึ่งต้องการให้รัฐจัดการดูแลสุขภาพของพลเมืองในรูปแบบต่างๆ ก็เป็นเรื่องที่มีผู้เสนอกันเข้ามามาก และน่าจะมีส่วนในการทำให้กิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐได้ปรากฏขึ้นตามรูปแบบที่เป็นในเวลาต่อมา

นอกจากความคิดเห็นที่ราษฎรส่งมายังรัฐบาลโดยตรงแล้วก็ยังมีส่วนของความคิดเห็นจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่มาจากการเลือกตั้ง ซึ่งก็ถือได้ว่าเป็นเสียงของราษฎรเช่นกัน นับได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองได้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านการจัดการสุขภาพพลเมืองของรัฐด้วย ในด้านหนึ่งรัฐต้องการสร้างกลไกทางการแพทย์และสาธารณสุขขึ้นเพื่อควบคุมสุขภาพร่างกายของพลเมือง โดยเฉพาะพลเมืองในส่วนภูมิภาค เพื่อแปรให้ร่างกายของพลเมืองได้กลายเป็นพลังการผลิตที่มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจในระบบทุนนิยม แต่อีกด้านหนึ่งนั้น พลเมืองโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคก็มีการเรียกร้องให้รัฐดำเนินการคุ้มครองวิถีชีวิตในด้านสุขภาพของตนให้เท่าเทียมกับคนในเมืองหลวง ตามหลักสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค นอกจากนี้จะเป็นการเรียกร้องแล้วส่วนหนึ่งก็เป็นการกำหนดรูปแบบบริการทางสุขภาพที่รัฐจะต้องจัดทำให้อีกด้วย ส่วนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรก็คอยทำหน้าที่ผลักดันและกระตุ้นให้รัฐบาลดำเนินการต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนโดยเฉพาะในส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดคำถามที่น่าสนใจว่ารัฐมีทางเลือกมากนักน้อยเพียงไรในการจัดบริการสุขภาพแก่พลเมือง สิ่งที่คิดกันว่าเป็นความ

¹³⁴ “รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 22/2477 วันที่ 13 กันยายน 2477,” อ้างถึงใน สรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ, *ขบวนการเสรีไทยกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ.2481-2492*, หน้า 35.

พยายามใช้อำนาจขยายกลไกไปควบคุมดูแลสุขภาพของราษฎรเพื่อประโยชน์ของรัฐนั้น รัฐทำได้โดยอิสระหรือไม่ หรือสามารถถูกจำกัดตรวจสอบได้ในระดับหนึ่ง

เป็นที่น่าสังเกตว่าหนังสือแสดงความคิดเห็นของราษฎรที่ส่งมายังรัฐบาลมีมากในช่วง พ.ศ.2475-2476 เท่านั้น ตั้งแต่พ.ศ.2477 เป็นต้นไปมีน้อยลงเรื่อยๆ ประเด็นนี้สามารถพิจารณาได้หลายอย่าง อย่างแรกคือการจัดรวบรวมเอกสารไม่ครบถ้วนมีการขาดหายไปในช่วงหลังหรืออาจจะแยกย้ายไปอยู่ที่อื่นๆ หรืออาจเป็นเพราะประชาชนเลิกนิยมการเสนอความเห็นในกิจการของประเทศมายังรัฐบาลหลังจากเป็นที่นิยมกันมากในช่วง 1-2 ปีหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองที่เต็มไปด้วยความคาดหวังใหม่ๆ หรืออีกอย่างหนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้ก็คือพลเมืองเริ่มได้รับผลจากการดำเนินกิจการด้านต่างๆของรัฐบาลซึ่งอาจจะตอบสนองของความคาดหวังได้บ้าง รวมทั้งการส่งต่อหน้าที่การควบคุมการดำเนินงานของรัฐบาลไปยังสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งก็ทำหน้าที่กันได้ดีคอยเรียกร้องให้รัฐบาลดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ราษฎร ทำให้การร้องเรียนเสนอความเห็นจากราษฎรมายังรัฐบาลโดยตรงมีน้อยลงไปก็เป็นไปได้*

กิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐได้ดำเนินการ

ปรีดี พนมยงค์ได้เคยอธิบายถึงหลักการของการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐแทรกอยู่ในคำอธิบายเรื่องกฎหมายปกครอง โดยแยกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ส่วนที่เกี่ยวกับการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม และส่วนที่เป็นการบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎร กล่าวคือการรักษาความสงบเรียบร้อยจะเกี่ยวกับการคุ้มครองความปลอดภัยอันจะเกิดขึ้นกับบุคคลหรือทรัพย์สิน อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งการกระทำเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยจะเกี่ยวกับการบังคับ กระทบต่ออิสรภาพของมนุษย์ กระทบต่อร่างกาย เช่น การบังคับให้บุคคลบางประเภทต้องให้แพทย์ตรวจ การบังคับให้ฉีดยาหรือปลูกฝี การบังคับให้อยู่หรือไม่ให้อยู่ในที่ใดระหว่างเกิดโรคระบาด เป็นการกระทำเพื่อป้องกันโรคภัยต่างๆไป หรือการควบคุมผู้ทำการแพทย์ เป็นต้น¹³⁵ นอกจากนี้กิจการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับการรักษาความสงบเรียบร้อยแล้ว ก็ยังต้องมีกิจการสุขภาพในส่วนที่เป็นการส่งเสริมบำรุงฐานะความเป็นอยู่และความสุขสมบูรณ์ของราษฎรด้วย

* ในประเด็นนี้ จากการตรวจสอบของนครินทร์ เมฆไตรรัตน์ พบว่า การลดลงของจดหมายแสดงความคิดเห็นที่พบในบัญชีเอกสารของหอจดหมายเหตุแห่งชาติ น่าจะเป็นเรื่องของปัญหาการจัดการเอกสารที่ไม่มีความสมบูรณ์ และมีหนังสือร้องเรียนและแสดงความคิดเห็นอีกเป็นจำนวนมากกระจายไปในที่ต่างๆ ออกจาก นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, *ความคิด ความรู้ และอำนาจการเมือง ในการปฏิวัติสยาม 2475*, หน้า 200-201.

¹³⁵ ปรีดี พนมยงค์, "คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513) ใน *ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์*, หน้า 165 และ 171.

เช่นกัน ซึ่งปรีดี พนมยงค์อธิบายว่างานด้านสุขภาพพลเมืองที่เป็นการทำเพื่อบำรุงความสุขของราษฎรอยู่ในประเภทงานทางสมาคมกิจ คือเกี่ยวกับมนุษย์และสังคม และก็เกี่ยวกับเศรษฐกิจด้วย¹³⁶

ในการพิจารณาถึงกิจการที่รัฐได้ดำเนินการในเรื่องสุขภาพพลเมืองนั้น อาจแบ่งได้เป็นกิจการ 4 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ การสาธารณสุขทั่วไป การขยายการบำบัดโรค การควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และการสงเคราะห์มารดาและเด็ก ซึ่งก็จะมีทั้งส่วนที่เป็นการควบคุมบังคับเพื่อความสงบเรียบร้อย และก็มีทั้งส่วนที่เป็นการบำรุงส่งเสริมราษฎร ดังที่ปรีดีได้อธิบายไว้

1. กิจการด้านการสาธารณสุขทั่วไป

กิจการในด้านการสาธารณสุขทั่วไปนี้ที่เห็นได้ชัดคืออยู่ในรูปของกฎหมายรวมไปถึงสื่อต่างๆ ซึ่งผลิตขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องมือของรัฐในการควบคุมวิถีชีวิตของพลเมืองเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตของพลเมืองในเรื่องสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อว่าเวลาที่รัฐบาลดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองในด้านอื่น เช่น การขยายการบำบัดโรค การควบคุมโรคที่เป็นปัญหา จะทำได้ทำได้ง่ายขึ้นและได้ผลมากขึ้น ดังนั้นกิจการด้านสาธารณสุขทั่วไปจึงเป็นกิจการที่รัฐเร่งดำเนินการจนสำเร็จก่อนที่จะได้เริ่มขยายกิจการทางสุขภาพในด้านอื่นๆ เครื่องมือที่สำคัญของรัฐบาลในการควบคุมดูแลวิถีชีวิตด้านสุขภาพของพลเมืองมีดังนี้

1.1 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477

สืบเนื่องจากภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 การจัดการสุขาภิบาลถูกนำกลับมาพิจารณาอีกครั้ง โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การกระจายอำนาจออกไปจากส่วนกลาง และการสนับสนุนระบอบการปกครองตัวเองของท้องถิ่น จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 อำนาจหน้าที่ที่ถูกจัดทำขึ้นใหม่ของเทศบาลนั้นมีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการคือ 1. มุ่งที่จะให้เทศบาลทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและความปลอดภัยของประชาชน 2. มุ่งที่จะให้เทศบาลเป็นองค์กรที่ช่วยเผยแพร่รูปแบบการปกครองระบอบรัฐธรรมนูญแก่ประชาชน¹³⁷ และในเวลาต่อมาก็ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477 มีใจความหลักๆคือการจัดการควบคุมสุขาภิบาลในท้องถิ่นทั้งในเขตที่ตั้ง

¹³⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 177 และ 180.

¹³⁷ ข้อสรุปของ สุวัจน์ โภชพันธุ์, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531), หน้า 62.

เป็นเทศบาลแล้วและที่ยังไม่ได้ตั้งเป็นเทศบาล โดยมุ่งเน้นในเรื่องความสะอาด อนามัย การป้องกันโรค และการจัดระเบียบสถานที่ เช่น ตลาด การขายอาหาร เป็นต้น

อันที่จริงแล้วความคิดในเรื่องการรักษาความสะอาดและการจัดระเบียบสถานที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่รัฐบาลคณะราษฎรต้องการที่จะจัดการมาก่อนหน้านี้แล้ว ดังที่ปรากฏในหนังสือจากพระยาพหลพลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรี ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2476 แจ้งว่า

“ตามถนนหนทางยังไม่สะอาดเรียบร้อยเท่าที่ควรและจอตรกะกะไม่เป็นระเบียบ ขอให้สั่งให้เจ้าหน้าที่ กวดขันในเรื่อง 1.การรักษาระเบียบและความสะอาดในถนนหลวงให้เป็นระเบียบเรียบร้อยและสะอาด เช่น ทำความสะอาดตามข้างถนนมิให้มีกลิ่นเหม็น ห้ามมิให้ตากผ้าและวางหาบขายของล่อล้าเขตที่ควร ห้ามทิ้งเศษอาหารและสิ่งของบนถนนหลวง 2.ระเบียบการเดินรถและจอตรกทุกชนิดให้เป็นไปตาม กฎหมายและความปลอดภัยของประชาชน 3.การเทศขะมูลฝอยให้เป็นไปในทางอนามัยและความ เรียบร้อย¹³⁸”

แม้จะมีคำสั่งมาจากนายกรัฐมนตรีเช่นนี้ แต่เข้าใจว่าน่าจะหมายถึงสภาพเฉพาะในเขต เมืองหลวงมากกว่าที่จะหมายถึงสภาพทั่วยุไปของทั้งประเทศ และในการดำเนินการก็คงจะทำ เฉพาะในเมืองหลวง ยังไม่ได้ก้าวล่วงเข้าไปถึงส่วนภูมิภาคมากนัก

ความพยายามในการควบคุมเรื่องการรักษาความสะอาดและจัดระเบียบสถานที่ทั่วยุ ประเทศนั้นเพิ่งจะปรากฏออกมาในพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ.2477 ที่ได้มีการเสนอร่าง เข้าที่ประชุมสภา เมื่อวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ.2477 (ปฏิทินเก่า) โดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงมหาดไทย มีหลักการคือ “ควบคุมการสาธารณสุขในท้องที่ที่เป็นเทศบาลแล้วและที่ยัง มิได้เป็นเทศบาล” ซึ่งในที่ประชุมสภา ก็มีสมาชิกให้การสนับสนุน เช่น หลวงนรินทรประสาทรเวช ผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรีเห็นว่า “เท่าที่ผ่านมายังไม่มีกฎหมายให้อำนาจหน้าที่ที่จะปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามหลักวิชาการสาธารณสุข เมื่อถึงคราวจำเป็นที่จะต้องใช้บังคับเพื่อความปลอดภัย ของคนหมู่มากก็บังคับไม่ได้ ทำให้การอนามัยของประชาชนทั่วไปเสื่อมเสีย” ขุนวรสิขสุตรุณเวทย์ ผู้แทนราษฎรจังหวัดหนองคายเห็นว่า “พระราชบัญญัตินี้ขยายการควบคุมไปถึงการขายอาหาร ซึ่ง ในชนบทมีความจำเป็นอย่างยิ่ง” เป็นต้น¹³⁹ พระราชบัญญัติการสาธารณสุขนี้ประกาศในราชกิจจา นุเบกษาเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2478 และได้ประกาศใช้เป็นรายท้องที่ในเวลาต่อมา โดยมี

¹³⁸ “หนังสือจากนายกรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย วันที่ 24 สิงหาคม 2476,” ใน หจข. (2)สร. 0201.27/3 การรักษาความสะอาดในถนนหลวงและการเทศขะมูลฝอย (1 ก.ย.2475 – 17 ก.พ.2485).

¹³⁹ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477 วันที่ 12 มีนาคม 2477,” ใน รายงานการประชุม สภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477 (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2477), หน้า 2748-2752.

เนื้อหาแบ่งออกเป็น 6 หมวด ได้แก่ 1. การสุขภาพิบาล 2. น้ำ 3. ตลาดและการขายอาหารและสิ่งของ 4. การป้องกันและระงับโรคติดต่อ 5. สุสานและฌาปนสถาน 6. เบ็ดเตล็ด โดยสรุปแล้วก็คือการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ซึ่งก็คือเทศบาลในท้องที่ซึ่งได้ยกฐานะเป็นเทศบาลแล้ว ส่วนในท้องที่ซึ่งยังไม่ได้เป็นเทศบาลก็คือคณะกรรมการจังหวัดหรืออำเภอ สามารถออกกฎข้อบังคับควบคุมพลเมืองที่อยู่ในท้องที่ในเรื่องต่างๆข้างต้นให้ถูกหลักอนามัยและความปลอดภัยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รัฐบาลมอบอำนาจให้ตรวจตราดูแลการสาธารณสุขในท้องที่นั้นๆ เช่น ออกข้อบังคับให้มีการเก็บขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล กำหนดสถานที่ห้ามประกอบกิจการค้าซึ่งเป็นอันตรายแก่อนามัย มีอำนาจสั่งการเจ้าของที่อยู่อาศัยให้แก้ไขสิ่งที่ไม่ถูกสุขลักษณะ มีอำนาจสั่งให้สร้างหรือห้ามการสร้างสิ่งใดในสถานที่ใดๆ ออกข้อบังคับควบคุมการใช้น้ำและแหล่งน้ำในท้องที่ จัดสร้างตลาดสาธารณะและกำหนดระเบียบในตลาด จัดระเบียบควบคุมการขายหาบเร่ กำหนดโรคที่ต้องแจ้งความและสามารถกักกันผู้ป่วยหรือผู้ต้องสงสัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่ออันตรายไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นเพื่อป้องกันการติดต่อรวมทั้งกำจัดสิ่งของหรือสถานที่ต้องสงสัยว่าเป็นเหตุติดต่อโรค ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับของเจ้าหน้าที่ได้ด้วย โดยมากเป็นการปรับตั้งแต่ 20 บาท ไปจนถึง 100 บาท¹⁴⁰

พระราชบัญญัตินี้หลังจากที่ได้มีการประกาศออกมาในปีพ.ศ. 2478 แล้ว ในช่วงปีพ.ศ. 2479-2482 ก็มีการประกาศพระราชกฤษฎีกาให้ใช้พระราชบัญญัตินี้ในพื้นที่ต่างๆต่อเนื่องกันทุกปี นับเป็นจำนวนพระราชกฤษฎีการวมราว 25 ฉบับ ครอบคลุมพื้นที่แทบทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทั้งที่เป็นเขตเทศบาลเมืองและเขตเทศบาลตำบลหรือที่ซึ่งไม่อยู่ในเขตเทศบาล พร้อมกันนั้นในช่วงเวลาเดียวกันก็ได้มีการประกาศเขตควบคุมกิจการค้าซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่อนามัยออกมาเป็นจำนวนมากพอๆกัน โดยในแต่ละพื้นที่ก็จะมีการควบคุมกิจการค้าที่แตกต่างกันออกไป

จะเห็นได้ว่าพระราชบัญญัติการสาธารณสุขนี้ไม่ใช่กฎหมายที่ควบคุมเรื่องสุขภาพของพลเมืองโดยตรงอย่างเช่นเรื่องการรักษาโรค การป้องกันโรค เรื่องยาหรือสถานพยาบาล แต่เป็นกฎหมายที่ควบคุมกิจการต่างๆที่ส่งผลต่อสุขภาพของพลเมือง โดยผ่านความรู้เรื่องความสะอาดและเชื้อโรค ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่¹⁴¹ ทำให้วิถีชีวิตของพลเมืองในเรื่องต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัย การกินอาหาร การขับถ่าย การค้าขาย การใช้น้ำ การใช้ที่สาธารณะ ฯลฯ ต้องมาถูกควบคุมโดยรัฐภายใต้คำว่า “อนามัย” และต้องตกเป็นส่วนหนึ่งในกิจการ

¹⁴⁰ “พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2477,” ราชกิจจานุเบกษา 52 (1 พฤษภาคม 2478): 281-318.

¹⁴¹ สามารถดูรายละเอียดเกี่ยวกับวิวัฒนาการแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่เรื่องความสะอาดและเชื้อโรคที่เข้ามาในสังคมไทยได้ใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐราชการ: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, บทที่ 1-2.

สาธารณสุขของรัฐโดยต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตนและเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตด้วย ซึ่งหากเปลี่ยนแปลงไม่ทันหรือไม่เป็นไปตามที่รัฐต้องการก็จะมีบทลงโทษเตรียมไว้ให้ นับได้ว่าเป็นกิจกรรมตามแนวคิด “รัฐเวชกรรม” ของทวิชศักดิ์ เผือกสม ที่เป็นกรขยายกลไกของรัฐเพื่อควบคุมร่างกายของพลเมืองให้อยู่ภายใต้ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่สิ่งที่ยังเห็นได้ไม่ชัดเจนก็คือประโยชน์ในด้านการผลิต เพราะหากพิจารณาตามกฎหมายนี้แล้ว ดูจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ในด้านการจัดระเบียบและความเจริญของบ้านเมืองในลักษณะสุขภาพิบาลและการป้องกันโรคมากกว่าที่จะเป็นการเพิ่มจำนวนประชากรหรือความแข็งแรงในทางสุขภาพเพื่อการประกอบอาชีพและประโยชน์การผลิต

พระราชบัญญัติสาธารณสุขนี้ยังได้มีการปรับปรุงในรายละเอียดอีกหลายครั้ง เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2482 และ พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2484 ซึ่งในคราวปรับปรุงพระราชบัญญัติในปีพ.ศ.2484 นั้น เนื่องมาจากที่ประชุมสภาฯ ได้อภิปรายกันถึงความเดือดร้อนต่างๆที่เกิดขึ้นกับราษฎรนับตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุขเป็นต้นมา เช่น นายสว่าง สนิทพันธุ์ ผู้แทนราษฎรจังหวัดสุพรรณบุรีเห็นว่าการห้ามอยู่กันอย่างหนาแน่นในอาคารตามเกณฑ์ที่กำหนดทำให้เดือดร้อนถึง “คนยากจนที่มีลูกมากหรือญาติมาก” ซึ่งเช่าห้องอยู่ได้เพียงห้องเดียว พระยาอมรวิสัยสรเดช ผู้แทนราษฎรจังหวัดลำปางเห็นว่าการกำหนดเวลาห้ามขายอาหารหาบเร่ทำให้เกิดความเดือดร้อนเพราะเป็นช่วงเวลาเศรษฐกิจไม่ดี จำเป็นต้องขายเกินเวลา เมื่อไปห้ามก็ทำให้มีรายได้ไม่พอเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น¹⁴² นับว่าพระราชบัญญัติสาธารณสุขได้มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของพลเมืองพอสมควร

1.2 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2477

เป็นการยกเลิกกฎหมายในทางควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่เคยมีมาแทบจะทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายที่บังคับเฉพาะโรค เช่น ประกาศจัดการป้องกันกาฬโรค ร.ศ.123 พระราชบัญญัติจัดการป้องกันไข้ทรพิษ พ.ศ.2456 และประกาศจัดการป้องกันอหิวาตกโรคกำหนดให้แจ้งความคนป่วย พ.ศ.2462 เป็นต้น รวมไปถึงกฎหมายที่ควบคุมโรคระบาดโดยรวม เช่น พระราชบัญญัติระงับโรคระบาด พ.ศ.2456 ยกเลิกทั้งหมดและให้เปลี่ยนมาใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2477 เรียกได้ว่าเป็นการยกเลิกเครื่องกฎหมายในทางควบคุมโรคติดต่อ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ.2477 ได้มีการเสนอร่างเข้ามาในสภาฯ เมื่อวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2477 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย มีหลักการสำคัญหลายอย่างเช่น การบังคับให้มี

¹⁴² “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.2484 วันที่ 23 กันยายน 2484,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, (พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512), หน้า 761-768.

การแจ้งความโรคติดต่อที่กำหนด การควบคุมป้องกันและระงับโรคในบ้านที่เกิดโรคติดต่อ การป้องกันโรคในเขตติดโรค การป้องกันโรคที่ชายแดนไม่ให้ลูกกลมเข้ามาในประเทศเพื่อสอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศ เป็นต้น ร่างพระราชบัญญัตินี้ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกสภาฯ เป็นส่วนใหญ่ เช่น หลวงนรินทรประสาทรเวช ผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรีเห็นว่าโรคติดต่อบางโรคเป็นโรคที่ร้ายแรงมาก “ทำลายชีวิตประชาชนได้รวดเร็ว” จึงควรให้เครื่องมือแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ทำการป้องกันโรคได้ทันที่ นายแทน วิเศษสมบัติ ผู้แทนราษฎรจังหวัดปัตตานีเห็นว่าอาการที่โรครุนแรงแล้วผู้ที่เป็นโรคได้นำสิ่งของบริเวณมาจำหน่ายในตลาด “เป็นที่น่ารังเกียจอย่างยิ่ง” แต่ก็มีสมาชิกบางส่วนที่มีข้อกังวลอยู่ เช่น นายกิมทะ นิรันตพานิช ผู้แทนราษฎรจังหวัดตราด ที่เห็นว่าโรคบางโรคแม้แต่แพทย์ก็ยังไม่ออก ราษฎรที่ไม่มีความรู้ในวิชาแพทย์ อาจไม่ทราบว่าเป็นโรคที่ต้องแจ้งความ อาจถูกบทลงโทษโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเรื่องนี้รัฐบาลก็ชี้แจงว่าจะให้กรมสาธารณสุขพิมพ์เอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคอันตรายที่ต้องแจ้งความแจกจ่ายราษฎรด้วย¹⁴³

พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.2477 ได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2478 ระบุชื่อโรคติดต่ออันตรายไว้ 5 โรคคือ กาฬโรค อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬนกนางแอ่น* และไข้เหลือง** โดยจะมีการประกาศอาการของโรคเหล่านี้ในราชกิจจานุเบกษาและให้ถือว่าโรคเหล่านี้เป็นโรคที่ต้องแจ้งความ เมื่อเกิดเหตุสงสัยว่ามีโรคติดต่ออันตรายขึ้นในสถานที่ใด ให้พนักงานสาธารณสุขมีอำนาจจัดการกักกันผู้ป่วยหรือผู้ต้องสงสัยว่าป่วย รวมทั้งกักกันสถานที่ต้องสงสัยนั้นตามความจำเป็นและสามารถทำลายสิ่งของซึ่งเชื่อว่าเป็นเหตุติดโรคได้ นอกจากนี้ยังมีมาตรการเรื่องการรักษาความสะอาดในบ้าน การป้องกันหนู การฉีดวัคซีน การปลูกฝี การตรวจ

¹⁴³ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2477 วันที่ 5 มีนาคม 2477,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 2163-2173.

* ไข้กาฬนกนางแอ่น (Meningococccemia) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ผู้ป่วยจะมีไข้สูง ตัวร้อน หนาวสั่น อาเจียน ปวดศีรษะ คอแข็ง ศีรษะหงาย ไม่มีความรู้สึก พบรายงานในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อพ.ศ.2461 โดยสาเหตุไม่แน่ชัดสันนิษฐานว่าติดต่อมาจากต่างประเทศ หลังจากนั้นพบสม่ำเสมอในประเทศไทยแต่มีปริมาณไม่มากนัก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและมักจะตายในที่สุด, อ้างมาจาก วรรณารถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์,” หน้า 80.

** ไข้เหลือง (Yellow Fever) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส มีเยุงเป็นพาหะนำโรค ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดหลัง มีไข้สูง คลื่นไส้ อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีเลือดออกตามเนื้อเยื่อต่างๆ อาเจียนเป็นเลือด เชื้อโรคจะไปทำลายตับทำให้มีอาการตัวและตาเหลือง จึงเรียกโรคนี้ว่าไข้เหลือง, อ้างมาจาก วรรณารถ แก้วศิริ, “โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์,” หน้า 80.

กักเรือ ฯลฯ ผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับเหล่านี้ก็จะมีบทลงโทษทั้งการปรับเป็นจำนวน 50-200 บาท หรือจำคุก 1-3 เดือน¹⁴⁴

กฎหมายฉบับนี้ต่างจากกฎหมายควบคุมโรคในสมัยก่อนที่บางฉบับก็จะประกาศเฉพาะเวลาที่มีโรคเกิดขึ้นหรือเฉพาะในท้องที่ที่เกิดโรค เมื่อโรคสงบก็จะมีประกาศยกเลิก หรือกฎหมายบางฉบับก็จะประกาศใช้ไปเมื่อเห็นว่าท้องที่นั้นมีความพร้อมจะบังคับใช้กฎหมายนี้แล้ว แต่ในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2477 นี้ เมื่อประกาศออกมาแล้วก็ให้มีผลบังคับใช้ทั่วประเทศพร้อมกันเลย และให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นสามารถประกาศเขตติดโรคเมื่อเกิดโรคติดต่ออันตรายขึ้น และสามารถกระทำการต่างๆตามพระราชบัญญัติเพื่อทำการควบคุมโรคได้ นับได้ว่าเป็นความพยายามของรัฐในการที่จะใช้กฎหมายเพียงฉบับเดียวเพื่อครอบคลุมโรคติดต่ออันตรายให้ได้ทุกโรคทุกท้องที่และทุกเวลา พระราชบัญญัติโรคติดต่อนี้มีการแก้ไขเพิ่มเติมในรายละเอียดอีกหลายครั้ง ได้แก่พระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2479 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2482

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁴⁴ “พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พุทธศักราช 2477,” *ราชกิจจานุเบกษา* 52 (5 พฤษภาคม 2478): 344-358.

ตารางที่ 4 จำนวนการป่วยและตายด้วยโรคติดต่ออันตรายทั่วประเทศระหว่างพ.ศ.2470-2498¹⁴⁵

พ.ศ.	กาฬโรค		ไขหวัดพิษ		อหิวาตกโรค		ไข้กาฬหลังแอ่น	
	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
2470	119	89	368	183	1,795	1,280	—	—
2471	121	104	98	14	2,230	1,566	—	—
2472	93	74	387	88	2,408	1,580	1	1
2473	108	90	19	8	154	84	1	1
2474	25	17	38	5	22	9	20	12
รวม 5 ปี เฉลี่ยต่อปี	466	374	910	298	6,609	4,519	22	14
	93	74	182	59	1,321	903	4	2
2475	68	29	8	3	16	13	23	12
2476	8	8	41	13	46	24	5	2
2477	14	8	174	29	21	7	2	2
2478	—	—	9	4	4,696	2,950	6	6
2479	—	—	3	1	5,908	3,779	3	1
2480	—	—	263	72	4,953	3,276	—	—
2481	59	27	97	33	10	2	1	—
2482	122	42	113	46	249	154	4	1
2483	4	2	228	98	1	6	1	1
2484	8	6	435	111	—	—	2	1
2485	36	17	133	26	—	—	3	—
2486	58	32	44	16	2,030	1,410	16	4
2487	57	29	925	376	1,591	1,076	33	8
2488	107	46	36,394	8,606	5,944	3,954	7	1
2489	72	33	26,443	7,015	6,390	4,560	1	1
2490	71	22	1,314	301	3,214	2,036	12	5
2491	122	36	514	53	33	15	29	4
2492	176	65	107	16	9	1	12	7
2493	57	10	348	41	—	—	5	2
2494	5	1	34	2	1	—	—	—
2495	9	4	43	9	—	—	1	—
2496	—	—	50	—	—	—	—	—
2497	—	—	21	—	—	—	—	—
2498	—	—	117	2	—	—	—	—
รวม 24 ปี เฉลี่ยต่อปี	1,054	417	67,858	16,836	35,112	23,259	165	58
	43	17	2,827	701	1,463	969	6	2

¹⁴⁵ ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข ครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 249.

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดในการใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ.2477 เพื่อควบคุมป้องกันโรคติดต่ออันตรายคือเหตุการณ์การระบาดของอหิวาตกโรคในช่วงปีพ.ศ.2478-2480 ที่ทำให้มีผู้ป่วยปีละประมาณ 5,000-6,000 คน จำนวนการตายสูงถึงปีละ 3,000-4,000 คน (ในช่วงเวลาปกติจะมีผู้ป่วยและตายจากอหิวาตกโรคปีละประมาณ 10-200 คน) การระบาดเริ่มจากจังหวัดกาญจนบุรีและได้แพร่กระจายไปตามแม่น้ำลำคลองจนระบาดไปทั่วภาคกลาง และระบาดต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี สิ่งที่รัฐบาลได้ดำเนินการก็คือการประกาศเขตติดโรครวมทั้งประกาศฉีดวัคซีนในจังหวัดต่างๆที่เกิดโรคตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ.2477 มีการระดมเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลรวมทั้งหน่วยเรือสาธารณสุขไปตามจังหวัดต่างๆในเส้นทางการระบาด จัดตั้งโรงพยาบาลเอกเทศเพื่อป้องกันโรคและฉีดวัคซีนแก่พลเมือง ซึ่งได้ดำเนินการฉีดวัคซีนแก่พลเมืองถึงปีละกว่า 2,000,000 คนในช่วงนี้¹⁴⁶ นอกจากนี้ยังได้มีจัดการสุขศึกษาให้พลเมืองรู้จักการป้องกันโรค แจกใบปลิวคำแนะนำป้องกันอหิวาตกโรคตามหมู่บ้านต่างๆ แนะนำการป้องกันทางวิทยุกระจายเสียง ย้ายผู้ป่วยหรือผู้ต้องสงสัยว่าเป็นอหิวาตกโรคไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลและกักตัวไว้จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อโรค ผู้ตายด้วยโรคก็ให้รีบเผา ถ้านับถือศาสนาที่ต้องใช้การฝังก็อนุญาตให้ฝังโดยความควบคุมของเจ้าหน้าที่ กวดขันการเก็บขยะมูลฝอยและการเททิ้งอุจจาระ การรณรงค์เรื่องการใช้น้ำสุก เป็นต้น¹⁴⁷

ตารางที่ 5 มาตรการควบคุมโรคติดต่อต่างๆ ระหว่างพ.ศ.2475-2481¹⁴⁸

พ.ศ.	ปลูกฝีป้องกัน ไข้ทรพิษ (คน)	ฉีดวัคซีนป้องกัน อหิวาตกโรค (คน)	ฉีดวัคซีนป้องกัน อหิวาต์-ไทฟอยด์ (คน)	ฉีดวัคซีนป้องกันโรค พิษสุนัขบ้า (คน)	กำจัด สุนัขเถื่อน (ตัว)
2475	1,877,176				
2476	1,432				
2477	1,241,645		5,368		
2478	1,620,078	2,515,233	43,900		5,638
2479	1,460,413	2,304,724	54,883	2,318	33,497
2480	1,444,588		31,122	1,526	214,058
2481	4,066,561		49,110	2,926	39,377

¹⁴⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 205-207.

¹⁴⁷ “แถลงการณ์เรื่องอหิวาตกโรค วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2478,” ใน หทช. (2)สร.0201.27.1/3 การป้องกันและปราบอหิวาตกโรค (26 มี.ค.2478-23 ก.ค.2480).

¹⁴⁸ ตัวเลขรวบรวมมาจากสถิติการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 203-207, ส่วนที่เว้นว่างไว้คือไม่มีการรายงานในปีนั้น.

หากพิจารณาจากการที่กฎหมายทั้งสองฉบับ คือพระราชบัญญัติการสาธารณสุขและพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ได้ประกาศใช้ในเวลาไล่เลี่ยกันก็อาจอนุมานได้ว่ารัฐต้องการที่จะใช้กฎหมายทั้งสองฉบับนี้ควบคู่กันในการควบคุมวิถีชีวิตของพลเมืองที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยอาศัยอำนาจรัฐและความรู้ทางการแพทย์การสาธารณสุขที่เหนือกว่า พระราชบัญญัติสาธารณสุขใช้ควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของพลเมืองในเวลาปกติ ให้มีความเป็นระเบียบ มีอนามัย ไม่เป็นทางก่อให้เกิดโรคได้ ส่วนพระราชบัญญัติโรคติดต่อใช้ควบคุมพลเมืองเมื่อเกิดโรคติดต่ออันตรายขึ้นในท้องที่ มีการกำหนดวิธีการปฏิบัติตัวของพลเมือง กำหนดมาตรการที่เจ้าหน้าที่สามารถบังคับใช้ต่อชีวิตและทรัพย์สินของพลเมือง เป้าหมายสำคัญคือการทำให้โรคติดต่อนั้นสงบและไม่สามารถลุกลามไปได้อีกในเวลาอันรวดเร็วที่สุด

กฎหมายทั้งสองฉบับนี้เกิดขึ้นภายหลังจากการแถลงนโยบายของรัฐบาลเมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ.2477 ที่มีระบุว่าจะจัดให้มีพระราชบัญญัติการสาธารณสุขและพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เป็นเวลา 7 เดือนเศษ คือในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2478 ก็เกิดมีพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับขึ้นมาจริงๆในเวลาใกล้เคียงกัน อาจเป็นไปได้ว่าพร้อมๆกับการกระจายอำนาจไปให้ท้องถิ่นปกครองตนเอง ผ่านระบบเทศบาล ซึ่งได้มีการตราพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 และได้ยกระดับสุขาภิบาลหลายแห่งเป็นเทศบาลนั้น รัฐบาลก็ได้กระจายอำนาจในทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ไปยังข้าราชการส่วนท้องถิ่นด้วยผ่านทางพระราชบัญญัติสาธารณสุขและพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เพื่อให้ข้าราชการส่วนท้องถิ่นนำไปใช้บังคับแก่พลเมือง ให้พลเมืองในท้องถิ่นมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ทั้งในเรื่องความสะอาด อนามัย การป้องกันตนไม่ให้เกิดโรค รวมไปถึงการปฏิบัติตนเมื่อเกิดโรคขึ้น การที่สามารถควบคุมให้พลเมืองดำเนินชีวิตในแนวทางการแพทย์สมัยใหม่นี้ก็เพื่อให้รัฐบาลสามารถขยายกิจการด้านสุขภาพตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ไปสู่ท้องถิ่นได้ง่ายขึ้น

ไม่ปรากฏข้อมูลมากนักถึงปฏิกิริยาของชาวบ้านที่มีต่อกฎหมายที่เข้ามาควบคุมวิถีชีวิตในทางสุขภาพเหล่านี้ โดยเฉพาะปฏิกิริยาต่อมาตรการของรัฐในยามเกิดโรคระบาด แต่จากคำบอกเล่าของแพทย์ผู้อาวุโสซึ่งเคยปฏิบัติหน้าที่ในเหตุการณ์การระบาดของอหิวาตกโรคเมื่อปีพ.ศ. 2478-2480 คือนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ที่ได้รับมอบหมายจากกรมสาธารณสุขให้ไปตั้งโรงพยาบาลเอกเทศที่อัมพวา* เพื่อป้องกันไม่ให้อหิวาตกโรคลุกลามมากขึ้น นายแพทย์เสม พริ้ง

* จากคำบอกเล่าของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว โรงพยาบาลเอกเทศเป็นชื่อราชการ หมายถึงโรงพยาบาลที่ทำทุกอย่างด้วยตนเองหมด หมอคนเดียว ไม่มีพยาบาล และที่อัมพวาเป็นถิ่นชุกชุมด้วยนักเลง ทุกคนต้องถือดาบ ใครไม่ถือดาบถือ

พวกแก้วเล่าว่าในปีนั้นทางราชการมีพระราชบัญญัติโรคติดต่อกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคตามที่เจ้าหน้าที่แจ้ง ผู้ใดไม่ยอมฉีดจะถูกจับและปรับเงิน 75 สตางค์ มีการให้เจ้าหน้าที่ของกรมสาธารณสุขในชั้นผู้ช่วยแพทย์ออกไปบังคับให้ชาวบ้านฉีดวัคซีน ใครไม่ฉีดก็จับไปโรงพัก ทำให้เกิดความไม่พอใจกันมากระหว่างชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วก็เกิดกรณีที่ชาวบ้านบุกไปใช้ดาบฟันเจ้าหน้าที่ฉีดวัคซีนถึงแก่ความตายที่หน่วยฉีดวัคซีน นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วให้ความเห็นในเรื่องนี้ว่า “ที่ชาวบ้านเขาโกรธเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่เพราะเสียค่าปรับ แต่โกรธเพราะถูกบังคับ เพราะผู้อื่นไปทำลายคุณค่าชีวิตของเขา...เอากฎหมายไปบังคับเขา ราษฎรไม่ชอบการฉีดวัคซีนเพราะการศึกษาไม่ทั่วถึง”¹⁴⁹ แสดงให้เห็นว่ามาตรการของรัฐในทางสุขภาพบางอย่างก็อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากพลเมืองได้มากพอสมควร

1.3 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479

นอกจากกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขและโรคติดต่อแล้ว ยังมีการออกกฎหมายที่เป็น การควบคุมการประกอบวิชาชีพในทางสุขภาพ คือ “พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479” ซึ่งทวีศักดิ์ เผือกสมอธิบายว่าเป็นความต่อเนื่องมาจากการกำหนดมาตรฐานระหว่าง การแพทย์ “แผนปัจจุบัน” กับการแพทย์ “แผนโบราณ” ด้วยเกณฑ์ของความเป็นวิทยาศาสตร์ ที่ เริ่มมาตั้งแต่พระราชบัญญัติการแพทย์พ.ศ.2466 ซึ่งก็ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมในปีพ.ศ.2472 และ พ.ศ.2476 ทวีศักดิ์ เผือกสมมองว่าเป็นการสถาปนาอำนาจและความชอบธรรมให้แก่การแพทย์ สมัยใหม่ของตะวันตกในทางนิติบัญญัติ พร้อมกับลดระบบการแพทย์แบบจารีตของไทยให้ กลายเป็นความรู้แบบ “ชั้นสอง” ภายใต้โครงสร้างของอำนาจของความรู้แบบใหม่ไปโดยปริยาย และยังเป็นความพยายามสถาปนา “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” เพื่อให้คณะกรรมการแพทย์ของรัฐบาล สามารถควบคุมผู้ประกอบการโรคศิลป์และการประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสังคมได้ ผ่าน การสอบขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาต¹⁵⁰

อย่างไรก็ตามเมื่อตรวจสอบลึกเข้าไปในหลักฐานทางประวัติศาสตร์แล้วจะพบว่า มี เบื้องหลังที่ซับซ้อนมากกว่านั้นโดยเฉพาะหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ที่ประเด็นเรื่อง การควบคุมวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่มีการถกเถียงกันอย่างมากในสภา โดยเป็นการหา ความลงตัวระหว่างการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพ กับการกระจายบริการด้านสุขภาพ

ว่าเป็นนักเลงใหญ่มาก ทุกคนอยากมาลองดี, อ้างมาจาก สันติสุข โสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, หน้า 44.

¹⁴⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 44-45.

¹⁵⁰ คูวิวัฒนาการของรัฐในการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวช กรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 144-171.

ให้เพียงพอในท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมากในการทำให้เกิดความพอดีกันทั้งสองด้าน ดังปรากฏว่าต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติเกี่ยวกับเรื่องนี้กันหลายครั้งในช่วงเวลาไม่นาน ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2480 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2483 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2490 พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2490 เป็นต้น ยังไม่นับรวมถึงความพยายามในการที่จะแก้ไขอีกหลายครั้งซึ่งไม่ประสบความสำเร็จ

เริ่มจากการที่มีสมาชิกสภา คือ นายสุวรรณ มหัทธกัญจนะ ผู้แทนราษฎรจังหวัดสมุทรสงครามเสนอให้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ที่มีอยู่เดิมในการประชุมสภา วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2478 (ปฏิทินเก่า) เนื่องจากนายสุวรรณเห็นว่าพระราชบัญญัติเดิมยังไม่มีการคุ้มครองราษฎรอย่างเพียงพอ “ผู้ที่ขออนุญาตประกอบโรคศิลป์ในชั้น 2 มักจะมาทำการประกอบโรคศิลป์ในชั้น 1” ซึ่งเป็นภัยแก่ราษฎรมาก รวมทั้งต้องการให้มีการควบคุมคุณภาพและการปฏิบัติงานของแพทย์ชั้น 2 และผู้ช่วยแพทย์ด้วย ข้อเสนอนี้ได้รับการสนับสนุนจากส.ส.ส่วนหนึ่ง เช่น หลวงนรินทรประสาทรเวช ผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรี ที่เห็นว่าการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัตินี้จะช่วยคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนยิ่งขึ้น และไม่เห็นด้วยกับนโยบายของรัฐบาลที่จะอบรมผู้ช่วยแพทย์ขึ้นมากมาย เนื่องจากอาจไม่มีคุณภาพ ในทางกลับกันผู้ที่คัดค้านร่างพระราชบัญญัตินี้กลับเป็นฝ่ายรัฐบาล โดยหลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย กล่าวว่ร่างพระราชบัญญัติที่ฝ่ายผู้แทนราษฎรเสนอมาเป็นการ “ให้อำนาจฝ่ายบริหารมากเกินไปในการจะบังคับการเคลื่อนไหวของผู้ประกอบโรคศิลป์” เป็นการผิดหลักของสภา ที่จะทำเช่นนั้น นอกจากนี้ยังอธิบายว่าการอบรมผู้ช่วยแพทย์จำนวนมากก็เพื่อแก้ปัญหาแพทย์ปริญญามีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับพลเมือง ซึ่งผู้แทนราษฎรทุกจังหวัดก็มีการเรียกร้องให้ส่งแพทย์และผู้ช่วยแพทย์ไปประจำ ฝ่ายรัฐบาลเห็นว่าร่างพระราชบัญญัตินี้ควรพิจารณาให้รอบคอบ ที่ประชุมในครั้งนั้นจึงตกลงส่งเรื่องให้รัฐบาลเป็นผู้พิจารณา¹⁵¹

ต่อมาในการประชุมสภา วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2479 (ปฏิทินเก่า) รัฐบาลได้นำเสนอร่างพระราชบัญญัติการแพทย์พ.ศ.2479 ต่อสภา โดยมีหลักการคือให้มีการสอบวัดความรู้ผู้ที่ขออนุญาตประกอบโรคศิลป์ ซึ่งก็มีผู้อภิปรายคัดค้านหลายท่าน เช่น นายทองอยู่ พุฒพัฒน์ ผู้แทนจังหวัดธนบุรี เห็นว่าพระราชบัญญัตินี้แม้จะมีเจตนาดีในการควบคุมคุณภาพของแพทย์เพื่อ

¹⁵¹ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการแพทย์แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2478 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2478,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478 (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2481), หน้า 524-539.

คุ้มครองประชาชนที่รับบริการ แต่ก็เหมือน “ดาบที่จะเขียดเขื่อนแพทย์แผนโบราณให้ตายเดินไปหมดสิ้น” เนื่องจากแพทย์แผนโบราณในเวลานั้นมีจำนวนหลายหมื่นคน ถ้าออกกฎหมายมาบังคับให้ทำการสอบก็จะก่อให้เกิดความเดือดร้อน นอกจากนี้ยังเห็นว่า “ความนิยมของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ที่แพทย์แผนโบราณ” โดยเฉพาะเมื่อแพทย์แผนปัจจุบันมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ จึงไม่สมควรจะไปจำกัดจำนวนแพทย์แผนโบราณให้น้อยลงไปอีก สอดคล้องกับความเห็นของนาย กิมทะ นิรันตพานิช ผู้แทนราษฎรจังหวัดตราดที่เห็นว่าพระราชบัญญัตินี้จะทำให้เกิดผลร้ายในทางตรงกันข้าม คือ “ปรับมาตรฐานให้ต่ำลงมา” เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายที่จะ “กำจัดแพทย์แผนโบราณที่ยังอยู่ในความต้องการของประชาชน และยังทำให้เกิดความท้อถอยในการประกอบโรคศิลปะสาขาอื่นๆแม้ในสาขาแพทย์แผนปัจจุบันเอง” เป็นการมุ่งส่งเสริมแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 เท่านั้น นายกิมทะเห็นว่าพระราชบัญญัติการแพทย์ที่มีอยู่เดิมเป็นการมุ่งส่งเสริมให้แพทย์แผนโบราณมีคุณภาพดียิ่งขึ้น และเปิดช่องทางให้ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวได้ พระราชบัญญัติใหม่จึงควรเปิดช่องไว้บ้าง เนื่องจาก “เมื่อเรายังขาดผู้ประกอบโรคศิลปะต่างๆอยู่ก็เป็นความจำเป็นที่จะต้องอาศัยแพทย์แผนโบราณให้ช่วยกันรักษา ดีกว่าจะไม่มีแพทย์เสียเลย”¹⁵² หลังจากนั้นก็ได้มีการลงคะแนนและตั้งกรรมาธิการพิจารณาจนกระทั่งเกิดเป็น “พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479” ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.2480

เนื้อหาโดยรวมของพระราชบัญญัตินี้คือการตั้งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะเพื่อเป็นผู้พิจารณาการขึ้นทะเบียนของผู้ประกอบโรคศิลปะประเภทต่างๆ ซึ่งมีการแบ่งเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ในประเภทแผนปัจจุบันยังมีการแบ่งย่อยได้อีกเป็น สาขาเวชกรรม ทันตกรรม เภสัชกรรม ผดุงครรภ์ เป็นต้น ซึ่งในบางสาขาก็มีแบ่งอีกเป็นชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 นับได้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้มีการทำงานได้ในทุกประเภท ทุกระดับชั้น แต่ต้องอยู่ภายใต้การจำแนกและควบคุมคุณภาพของรัฐบาล นอกจากนี้ยังมีบทเฉพาะกาลซึ่งคาดว่าจะเป็นการเปิดช่องทางสำหรับแพทย์แผนโบราณโดยเฉพาะ กล่าวคืออนุญาตให้ผู้ที่เคยได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตแล้วตามพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 และใบอนุญาตยังใช้การได้อยู่ก็ให้ถือว่าได้ทำการขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเรียบร้อยแล้วตามพระราชบัญญัติใหม่ด้วย สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพโดยยังไม่มีใบอนุญาตก็สามารถมาขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตได้ภายใน 3 เดือนนับตั้งแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ประกาศใช้¹⁵³

¹⁵² “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2479 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2479,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2479, (พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479), หน้า 101-107.

¹⁵³ “พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479,” ราชกิจจานุเบกษา 55 (26 เมษายน 2480): 160-176.

อย่างไรก็ตามหลังจากที่ได้ประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ราว 10 เดือน ในที่ประชุมสภาฯ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2480 ก็มีผู้แทนราษฎรที่เห็นว่าราษฎรได้รับความเดือดร้อนเป็นอันมาก สมควรที่จะแก้ไขพระราชบัญญัตินี้อีก ได้แก่นายทอง กันทาธรรม ผู้แทนราษฎรจังหวัดแพร่เสนอว่า การกำหนดให้แพทย์แผนโบราณที่ประกอบอาชีพอาศัยอยู่แล้วมาขึ้นทะเบียนภายใน 3 เดือน แต่ราษฎรตามชนบทไม่ทราบการประกาศใช้กฎหมาย ทำให้มีแพทย์แผนโบราณจำนวนมากที่ขึ้นทะเบียนไม่ทัน หหมดโอกาสที่จะประกอบอาชีพ “เดือดร้อนไปถึงราษฎรตามชนบทที่ยังต้องอาศัยแพทย์แผนโบราณอยู่มาก” มีผู้เจ็บป่วยตายไปโดยไม่ได้รับการรักษาไม่ว่าทางใดๆเป็นจำนวนมาก ผู้เสนอจึงต้องการให้ขยายการจดทะเบียนออกไปอีก ซึ่งรัฐบาลไม่เห็นด้วย โดยหลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยชี้แจงว่ารัฐบาลตระหนักดีถึงความมีแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่เพียงพอ จึงยังเปิดโอกาสให้แพทย์แผนโบราณที่มีความรู้ความสามารถประกอบอาชีพต่อไปได้ “ไม่ได้เป็นการบีบบังคับหรือตัดทอนแพทย์แผนโบราณซึ่งควรจะมิได้ออกไป” ทั้งยังมีการผ่อนผันไว้มากแล้วในหลายมาตรา คือแม้จะไม่มีความรู้ความสามารถตามที่กำหนดไว้ แต่ถ้ามีคุณสมบัติหมายความว่า “ไม่ใช่คนที่เหลวไหล” ก็มีสิทธิจะขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตได้ ส่วนในเรื่องที่แพทย์จำนวนมากมาขึ้นทะเบียนไม่ทันนั้นรัฐบาลชี้แจงว่าได้พิจารณาจากจำนวนผู้มาขึ้นทะเบียนคราวพระราชบัญญัติการแพทย์พ.ศ.2466 และมีการคำนวณไว้แล้วว่าควรจะมิได้มีผู้มาขึ้นทะเบียนในครั้งนี้อะไร ซึ่ง “จำนวนผู้มาขึ้นทะเบียนจริงก็ไม่ได้แตกต่างจากที่คำนวณมากนัก” คือมีผู้ประกอบโรคศิลปะราว 15 คนต่อจำนวนพลเมืองหมื่นคน สำหรับผู้ที่ขึ้นทะเบียนไม่ทันก็ยังมีโอกาสจะมาขึ้นทะเบียนโดยการสอบความรู้ได้ ดังนั้นรัฐบาลจึงเห็นว่าไม่สมควรที่จะขยายเวลาขึ้นทะเบียนอีก เนื่องจากจะเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี “พอกฎหมายออกไปแล้วมีผู้ร้องขอก็แก้กฎหมาย” กฎหมายก็จะหมดความศักดิ์สิทธิ์¹⁵⁴

การถกเถียงยังคงมีขึ้นอีกในการประชุมสภาฯ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2480 (ปฏิทินเก่า) ฝ่ายที่สนับสนุนให้มีการขยายเวลาขึ้นทะเบียน เช่น นายผล แสนสระดี ผู้แทนราษฎรจังหวัดขอนแก่น เห็นว่าการขยายเวลาไม่เป็นการเสียหายอันใดและถึงแม้จะไม่ได้ขยายเวลาออกไปแพทย์แผนโบราณที่ไม่มีใบอนุญาตก็อาจจะฝ่าฝืนทำการอยู่โดยเฉพาะในท้องที่ห่างไกลที่การควบคุมของรัฐเข้าไม่ถึง การขยายเวลาให้มาขึ้นทะเบียนจึงถือเป็นการเปิดโอกาสให้รัฐบาลในการที่จะควบคุมแพทย์แผนโบราณด้วย “รัฐได้ประโยชน์ ประชาชนก็ได้ประโยชน์” นายผล แสนสระดีเห็นว่า “หากปล่อยไปไม่ให้ขึ้นทะเบียนจึงถือเป็นการภัยแก่ประชาชน” สอดคล้องกับความเห็นของนายฉ่ำ จำรัส

¹⁵⁴ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2480 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2480,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2491), หน้า 1317-1334.

เนตร ผู้แทนราษฎรจังหวัดนครศรีธรรมราชที่เห็นว่าแพทย์แผนโบราณที่มีความรู้ปฏิบัติงานในขณะนั้นโดยมากก็อยู่ในวัยชราและต่อไปก็จะต้องตายไป ผู้ที่จะมาสอดขึ้นทะเบียนใหม่ก็จะมีเป็นจำนวนน้อยและนับวันก็จะยิ่งลดน้อยลง ดังนั้นหากไม่ขยายเวลาขึ้นทะเบียนตั้งแต่ยังทำได้ ในภายหน้าแพทย์แผนโบราณก็จะหมดไป “เป็นการเดือดร้อนแก่ประชาชนที่ยังนิยมแพทย์แผนโบราณมากกว่าปัจจุบัน และแพทย์แผนปัจจุบันก็มีไม่เพียงพอจะดูแลประชาชนได้” ทั้งยังมีคำรักษาที่แพงเกินไปสำหรับราษฎรที่ยากจนด้วย ส่วนฝ่ายที่คัดค้านนอกจากรัฐบาลที่เห็นว่าไม่มีความจำเป็นเนื่องจากมีแพทย์แผนโบราณมาขึ้นทะเบียนในจำนวนที่มากพอแล้ว ก็ยังมีส.ส.อีกหลายท่าน เช่น พระยาโอวาทวรภิกขุ ผู้แทนราษฎรจังหวัดพระนครที่เห็นว่าสิ่งที่อภิปรายกันว่าไม่มีแพทย์แผนโบราณจำนวนมากที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและถูกบีบคั้นให้หมดสิ้นไป “เป็นเพียงคำพูดของส.ส.” ข้อเท็จจริงในแต่ละจังหวัดยังไม่ทราบแน่ชัด และได้อ้างถึงจังหวัดพระนครว่า “ไม่มีผู้ที่มีได้จดทะเบียน” และ “ไม่มีผู้ใดร้องเรียนว่าพระราชบัญญัติให้จดทะเบียนนั้นทำให้แพทย์แผนโบราณเสื่อมลง” สุดท้ายแล้วก็ได้มีการลงคะแนน ผลปรากฏว่าที่ประชุมลงมติรับหลักการให้ขยายเวลาขึ้นทะเบียน โดยชนะไปด้วยคะแนนเพียง 64 ต่อ 54¹⁵⁵ เป็นผลให้เกิดพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2480 ขยายเวลาการขึ้นทะเบียนไปอีก 3 เดือน

การถกเถียงเช่นนี้ยังคงปรากฏให้เห็นในการพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมโรคศิลปะอีกหลายครั้ง บ้างก็เป็นชัยชนะของฝ่ายที่เน้นการควบคุมคุณภาพผู้ประกอบการอาชีพ บ้างก็เป็นชัยชนะของฝ่ายที่เน้นการขยายจำนวนผู้ประกอบการอาชีพ แม้ว่าในครั้งหลังๆ ส่วนมากจะเป็นชัยชนะของฝ่ายที่เน้นการควบคุมคุณภาพ เนื่องจากมีการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์สมัยใหม่รวมทั้งสถานพยาบาลแบบสมัยใหม่ขึ้นมาได้มากขึ้น จนความจำเป็นที่จะต้องไม่มีแพทย์แผนโบราณลดน้อยลงไป สิ่งที่น่าสังเกตจากการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องนี้คือ “ความลึกลับย้อนแย้ง” ทั้งที่พบในบทบาทของส.ส.และรัฐบาล หรือที่พบในหลักการของการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เช่น ในบางครั้งผู้ที่เสนอให้มีการควบคุมการประกอบโรคศิลปะคือฝ่ายส.ส. ในขณะที่รัฐบาลกลับเป็นฝ่ายบายเบี่ยงไม่ต้องการรับอำนาจนี้ หรือความเหลื่อมล้ำของหลักการขึ้นทะเบียนว่าเป็นการควบคุมบีบบังคับผู้ประกอบการอาชีพ หรือเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการอาชีพได้โดยถูกกฎหมาย กล่าวได้ว่าแม้รัฐจะมีความพยายามสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ให้เป็นระบบการแพทย์หลัก แต่ด้วยความจำเป็นก็ทำให้ต้องรักษาระบบการแพทย์แบบอื่นไว้ด้วย ซึ่งส.ส.ก็มีบทบาทสำคัญในการต่อสู้เพื่อหาความลงตัวระหว่างอำนาจรัฐกับประโยชน์ของราษฎร

¹⁵⁵ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ วันที่ 1 มีนาคม 2480,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1356-1391.

1.4 สื่อสาธารณสุข

นอกจากความพยายามควบคุมวิธีชีวิตพลเมืองในทางสุขภาพผ่านทางกฎหมายแล้ว ยังมี ความพยายามในการเผยแพร่ความรู้ในทางสุขภาพและสาธารณสุขสู่พลเมือง ซึ่งก็ได้มีการ ดำเนินการมาตั้งแต่สมัยก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 แล้ว โดยสื่อหลักที่ใช้ในการ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและการสาธารณสุขสู่พลเมืองก็คือ “แถลงการณ์สาธารณสุข” ซึ่งจัดทำ ขึ้นโดยกรมสาธารณสุขตั้งแต่ปีพ.ศ.2467 โดยสมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทรเป็นผู้ริเริ่มใน ระหว่างที่ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุข โดยเป็นการรายงานผลของงานทางด้าน สาธารณสุข การป้องกันโรคติดต่อ บทความเสนอแนะวิธีการป้องกันและรักษาโรค สถิติต่างๆ เกี่ยวกับงานสาธารณสุข เช่น การฉีดวัคซีน จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อในเขตต่างๆ เป็นต้น จุดมุ่งหมายในการดำเนินการก็เพื่อแนะนำให้สังคมไทยสมัยนั้นรู้จักและเข้าใจความหมายของ กิจการสาธารณสุขโดยใช้วิธีการเผยแพร่ความรู้ในหลักการและการดำเนินงานของกรม สาธารณสุข¹⁵⁶

ต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 วิธีการใช้ “สื่อ” ในการเผยแพร่ ความรู้และกล่อมเกลากล่าวเมือง ก็ได้รับการดำเนินการต่อโดยรัฐบาลพลเรือนเนื่องจากสอดคล้อง กับอุดมการณ์ของรัฐสมัยใหม่ การรายงานสถิติต่างๆที่ปรากฏในแถลงการณ์สาธารณสุขมีความ เป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะในระหว่างปีพ.ศ.2478-2481 ที่มีการระบาดครั้งใหญ่ของอหิวาตกโรค จะมีรายงานเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บประจำเดือน โรคติดต่ออันตราย การระบาดของโรคในประเทศ ใกล้เคียง และการประกาศกักกันโรคตามเมืองท่าต่างๆ นอกจากนี้รัฐบาลยังให้ความสำคัญกับการ อนามัยแผนใหม่ นับตั้งแต่ปีพ.ศ.2479 เป็นต้นไป ที่มีบทความหลายด้านในเรื่องนี้ปรากฏใน แถลงการณ์สาธารณสุข เช่น เรื่องความก้าวหน้าและอนามัยแผนใหม่ ยุทธชนของชาติ ความเจริญ ของร่างกายชาวไทยเกี่ยวแก่การบริโภคอาหาร ระบบอบใหม่แห่งอนามัยชาติ การกินอาหาร ฯลฯ แถลงการณ์สาธารณสุขในสมัยดังกล่าวเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น นับได้ว่าเป็นช่วงที่มีการเผยแพร่ ความรู้ทางสาธารณสุขเฟื่องฟูมากยุคหนึ่ง ในการจัดวันฉลองรัฐธรรมนูญของจังหวัดต่างๆก็จะมี การจัดร้านสุขศึกษาหรือสาธารณสุขเป็นประจำ รวมทั้งในงานเทศกาลประจำปีอื่นๆด้วย¹⁵⁷

นอกจากสื่อที่เป็นการพิมพ์เผยแพร่แล้วในสมัยนี้ยังมีการใช้สื่อที่เป็นเทคโนโลยีใหม่ๆด้วย ที่สำคัญคือวิทยุกระจายเสียงที่เป็นที่นิยมกันมากในสมัยนั้น ซึ่งนับตั้งแต่ปีพ.ศ.2475 รัฐบาล

¹⁵⁶ สุรรัตน์ สวัสดิ์, “บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการ สาธารณสุข (พ.ศ.2456-2468),” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), หน้า 122.

¹⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 123.

คณะราษฎรก็มีความพยายามจะนำความรู้ด้านสาธารณสุขมาเผยแพร่ผ่านสื่อนี้มากยิ่งขึ้น ดังปรากฏบทความด้านสาธารณสุขที่ออกกระจายเสียงในระหว่างปีพ.ศ.2476-2482 มากมาย โดยแยกเป็นหลายด้าน เช่น การสอนจรรยา การเลี้ยงดูบุตร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ความก้าวหน้าด้านการแพทย์ จิตวิทยา การสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น สุวีริรัตน์ สวัสดิ์ ได้ทำการศึกษาถึงบทความที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เผยแพร่ในสมัยดังกล่าวแล้วสรุปว่า เรื่องที่ได้รับการให้ความสำคัญมากกว่าเรื่องอื่นคือเรื่องการป้องกันโรค รองลงมาได้แก่เรื่องการเลี้ยงดูบุตร การแพทย์ และจิตวิทยา โดยเฉพาะในช่วงปลายสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนาถึงช่วงต้นสมัยรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามจะเน้นเรื่องการดูแลบุตร และจิตวิทยาการใช้ชีวิต เช่น การแต่งงาน ความรัก มิตรภาพระหว่างเพศเป็นพิเศษ¹⁵⁸ แสดงให้เห็นถึงการเริ่มเข้าสู่ช่วงสมัยแห่งชาตินิยมและการเพิ่มพลเมือง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁵⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 123-124.

ตารางที่ 6 สถิติผลงานของกองทุนศึกษา พ.ศ.2475-2498¹⁵⁹

พ.ศ.	จำนวน หน่วย ศึกษา	จำนวนผู้ได้ รับบริการ ศึกษา	จ่ายเอกสาร ภาพโฆษณา ฉบับ	ช่วยจัดทัศน เพื่อป้องกัน อหิวาตกโรค	ช่วยปลูกฝ กันไข้ทรพิษ คน	หมายเหตุ
2474	2	149,815	24,000	—	2,322	การหมักการช่วยจัดทัศน
2475	2	41,345	34,000	4,705	—	ป้องกันอหิวาตกและไข้
2476	2	52,000	31,250	—	—	รากสาดกับการปลูกฝ
2477	2	129,808	70,320	10,810	760	ป้องกันไข้ทรพิษ เช่น
2478	2	19,830	30,673	—	—	การช่วยงานของกองควม
2479	2	203,966	62,307	2,797	1,094	คุมโรคติดต่อในคราวที่
2480	3	359,956	22,415	13,071	29,303	เกิดโรคระบาด
2481	3	122,800	32,748	—	14,222	
2482	3	75,300	35,800	—	—	
2483	3	8,500	24,400	—	—	
2484	3	30,000	30,400	—	1,436	
2485	34	368,460	50,876	—	—	เพื่อป้องกันโรคอันเกิด
2486	3	98,600	24,000	—	—	จากน้ำท่วม จึงต้องเพิ่ม
2487	3	46,700	3,056	—	—	หน่วยศึกษาทางบก
2488	3	87,183	5,604	2,078	—	และทางเรือเป็นการช่ว
2489	3	180,000	3,756	41,959	11,604	คราว ๓๑ หน่วย
2490	3	442,200	20,000	17,020	57,099	
2491	3	104,267	12,000	4,679	2,150	
2492	3	191,512	34,500	—	—	
2493	3	642,230	25,500	—	—	
2494	3	505,555	35,200	1,044	4,239	
2495	3	309,060	87,000	—	—	
2496	4	135,128	62,700	—	—	
2497	9	423,678	274,000	4,901	10,700	
2498	9	452,732	334,649	21,664	26,981	

¹⁵⁹ ทีมา กรมอนามัย, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.

2. กิจการด้านการขยายการบำบัดโรค

ในช่วงเวลาเดียวกับที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2477 ก็มีข้อเสนอมาจากกระทรวงมหาดไทยว่าเป็นการสมควรและจำเป็นที่จะต้องสร้างโรงพยาบาลขึ้นตามหัวเมือง เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้รับความสะดวกในการบำบัดโรคยิ่งขึ้น โดยเป็นโครงการของกรมสาธารณสุข มีความมุ่งหมายจะสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดต่างๆ เพื่อให้มีทั่วถึงกันทุกจังหวัดภายใน 4 ปีนับแต่พ.ศ.2477 เป็นต้นไป การสร้างจะได้เฉลี่ยออกเป็นภาคๆ และเริ่มจากชายแดนเข้ามาก่อนเพื่อ “Prestige” ของชาติ¹⁶⁰ คณะรัฐมนตรีลงมติรับหลักการแล้ว แต่เมื่อเกิดเหตุต้องเปลี่ยนรัฐบาลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2477 รัฐบาลใหม่ก็ไม่ได้รื้อฟื้นขึ้นมาพิจารณาอีก เรื่องนี้จึงเงียบหายไป นโยบายที่จะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดของรัฐบาลจึงหายไปตั้งแต่นั้น และจะปรากฏขึ้นใหม่ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จวบลง สิ่งที่เกิดขึ้นมาแทนการขยายโรงพยาบาลก็คือการขยายสถานพยาบาลหัวเมืองในรูปแบบอื่น โดยหลักการสำคัญได้ปรากฏอยู่ใน “โครงการอนามัยหัวเมือง” ที่จัดทำโดยคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ในปีพ.ศ.2478

เนื้อหาของโครงการนี้ได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีในวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ.2478 โครงการอนามัยหัวเมืองนี้อธิบายความหมายไว้ว่า “คือการแพทย์และการสาธารณสุขซึ่งจัดทำในจังหวัดต่างๆ นอกจากอำเภอชั้นในของจังหวัดพระนครและธนบุรี” โดยให้มี คณะกรรมการอนามัยในทุกจังหวัดเพื่อส่งเสริมการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัดนั้นๆ ให้มีสาธารณสุขจังหวัดและนายช่างสุขาภิบาลจังหวัดละ 1 คน สาธารณสุขจังหวัดมีหน้าที่ดำเนินการด้านควบคุมโรคติดต่อและโรคจิต สงเคราะห์มารดาและทารก การอนามัยนักเรียน การสุขาภิบาล อาหารและยา การสุศึกษา การสถิติ การปฐมพยาบาล การโรงพยาบาลและสุขศาลา มรรยาทผู้ประกอบโรคศิลป์ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดหน่วยอนามัยเป็นลำดับขั้นคือ

- โรงพยาบาลชั้นที่ 1 มีเตียงประมาณ 200 เตียง มีแพทย์ 8 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 40 คน และบุคลากรอื่นๆ “บริบูรณ์ด้วยเครื่องอุปกรณ์ทุกอย่าง” ทำการรักษาโรคทั่วไป เป็น “โรงพยาบาลประจำภาค” ต้องการให้มี 4 แห่งคือ ที่ลำปางประจำภาคเหนือ ที่นครสวรรค์ประจำภาคกลาง ที่นครราชสีมาประจำภาคอีสาน และที่สงขลาประจำภาคใต้ สามาถใช้เป็นโรงเรียนอบรมผู้ช่วยแพทย์ อนามัย พยาบาล และสารวัตรสุขาภิบาลด้วย

¹⁶⁰ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 19 กรกฎาคม 2477,” ใน หจข. (2)สธ. 0201.27.2/8 โครงการสร้างโรงพยาบาลหัวเมืองของกระทรวงมหาดไทย (9 ก.พ.2477 – 31 ส.ค.2489).

- โรงพยาบาลชั้นที่ 2 มีเตียงประมาณ 100 เตียง มีแพทย์ 4 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 20 คน และบุคลากรอื่นๆ “มีเครื่องอุปกรณ์พร้อมด้วยเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี” ตั้งขึ้นใน “จังหวัดที่ห่างไกลหรือที่ติดต่อคมนาคมกับโรงพยาบาลชั้นที่ 1 ไม่สะดวก”
- โรงพยาบาลชั้นที่ 3 มีเตียงประมาณ 50 เตียง มีแพทย์ 3 คน พยาบาล 10 คน และบุคลากรอื่นๆ ตั้งขึ้นใน “เมืองหรือชุมชนซึ่งไม่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 1 หรือชั้นที่ 2”
- สุขศาลาชั้นที่ 1 มีแพทย์ 1 คน และบุคลากรอื่น ตั้งอยู่ใน “ท้องที่ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาล”
- สุขศาลาชั้นที่ 2 มีผู้ช่วยแพทย์ 1 คน และบุคลากรอื่น ตั้งอยู่ใน “ท้องที่ซึ่งไม่มีสุขศาลาชั้นที่ 1”
- หน่วยอนามัยเคลื่อนที่ออกทำการ “ป้องกันและบำบัดโรค และทำการสุเคราะห์ศึกษาตามท้องที่”
- สำหรับหมู่บ้านที่ไม่มีหน่วยอนามัยตั้งอยู่นั้น ควรจัดให้มีหีบเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในการปฐมพยาบาล โดย “มอบไว้กับครูโรงเรียนหรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน”

นอกจากนี้ยังแนะนำให้มีการอบรมหมอเคลยศักดิ์และหมอตำแยซึ่งเป็นที่นิยมและมีเป็นจำนวนมากในท้องที่ เพื่อให้ได้ประโยชน์ในทางการแพทย์ปัจจุบันมากขึ้น ผู้เสนอเห็นว่า “การสร้างหน่วยอนามัยตามลำดับนี้เป็นการยากที่จะเริ่มต้นเพราะเป็นของใหม่ และจะต้องจัดให้สอดคล้องกับระเบียบเทศบาลซึ่งเป็นของใหม่เช่นเดียวกัน ในขั้นแรกจึงควรเริ่มจัดการขึ้นในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งหรือภาคละจังหวัดเสียโดยเร็วก่อน เพื่อให้ท้องที่อื่นๆ ได้เห็นตัวอย่าง”¹⁶¹

กล่าวได้ว่าโครงการอนามัยหัวเมืองนี้กำลังคิดถึงการขยายความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ และระบบการดูแลสุขภาพแบบสมัยใหม่ออกไปครอบคลุมพื้นที่หัวเมืองทั้งหมด โดยใช้หน่วยอนามัยเป็นตัวหมายสำคัญในการขยายตัวในแนวทางของรัฐเวชกรรม ตามที่เคยได้มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้คำอธิบายไว้ในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาลเมื่อพ.ศ.2477 ว่า การจัดตั้งสถานพยาบาลตามท้องที่ต่างๆ เป็นส่วนหนึ่งของ “วิถีแห่งการเผยแพร่คุณค่าของการแพทย์แผนปัจจุบัน” รวมทั้งเป็น “สถานที่ซึ่งปวงชนทุกชั้นไปเพื่อทำการบำบัดโรค ป้องกันโรค การสุเคราะห์ศึกษาและประชาคม” เนื่องจากแม้ว่า “การป้องกันดีกว่าการแก้” แต่เพื่อให้ประชาชนพลเมืองนิยมการป้องกันก็ควรใช้สถานพยาบาลและการแพทย์เชิงบำบัดโรค “เป็นเครื่องมือเพื่อให้พลเมืองทราบถึงผลดีของการแพทย์แผนปัจจุบัน” เมื่อพลเมืองนิยมการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วการดำเนินการป้องกันโรคหรือการสาธารณสุขก็จะเป็นไปได้โดยง่ายและปราศจากอุปสรรคต่างๆ ซึ่ง

¹⁶¹ “โครงการอนามัยในหัวเมือง ลงวันที่ 27 มีนาคม 2477,” ใน หจช. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).

การแพทย์บำบัดโรคนั้น “เห็นผลได้ทันใจ” จึงสามารถใช้เป็น “เครื่องล่ออันดียิ่งสำหรับทำให้ราษฎร มีความนิยมชมชื่นในการแพทย์แผนปัจจุบัน”¹⁶²

สอดคล้องกับความเห็นของแพทย์ผู้อาวุโสอีกท่านหนึ่งที่มีประสบการณ์ตรงในการทำงาน ในชนบทสมัยนั้นและยังมีชีวิตมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ.2553) คือ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ที่ให้ความเห็นไว้ว่าตามหลักการสากลนั้นการป้องกันโรคสำคัญกว่าการรักษาและถึงลงทุนถูกกว่าด้วย แต่จริงๆแล้วในด้านมนุษยสัมพันธ์ การรักษาสำคัญกว่า “ถ้าเรารักษาพ่อแม่เขาได้นี้ ความผูกพันระหว่างหมอกับประชาชนก็มีสูง ผิดกับที่เราไปสร้างล้ม สร้างน้ำประปาให้เขา เขาก็ขอบคุณแต่ไม่เห็นชัดเท่ากับหมอรักษาลูกของเขาหาย เขารู้สึกผูกพันเป็นหนี้บุญคุณ ทำให้การรักษาามีบทบาทที่สำคัญมาก” นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วเห็นว่าเมื่อก่อนที่กรมสาธารณสุขขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย งานด้านการป้องกัน งานอนามัยต่างๆเป็นเรื่องสำคัญ ทางมหาดไทยทำได้เข้มแข็งมาก “แต่เมื่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 งานทางสายรักษากลับเป็นฝ่ายชนะ”¹⁶³ แต่จากการวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจากโครงการอนามัยหัวเมืองก็จะเห็นได้ว่างานด้านรักษาพยาบาลน่าจะชนะมาก่อนหน้านั้นแล้ว คือตั้งแต่ในช่วงพ.ศ.2478 เป็นต้นไป ที่แม้กรมสาธารณสุขยังอยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทย แต่ก็ได้มีความพยายามขยายสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งสุขศาลาและโรงพยาบาลไปยังส่วนภูมิภาค และก็ทำได้สำเร็จในระดับหนึ่ง

สำหรับการกำหนดประเภทและขนาดของหน่วยอนามัยเอาไว้ก็เพื่อให้สอดคล้องกับความ เป็นไปได้ และที่นอกเหนือไปกว่านั้นก็อาจเป็นเรื่องของความคุ้มค่าด้วย เพื่อให้เกิดเป็นหน่วยพยาบาลที่มีขนาดเหมาะสมกับความจำเป็นของท้องที่ จากเดิมที่เคยมีนโยบายที่ต้องการจะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด มาถึงโครงการนี้ที่ต้องการใช้การสร้างโรงพยาบาลขนาดต่างๆควบคู่กับสุขศาลาขนาดต่างๆ โดยไม่ได้ใช้จำนวนจังหวัดเป็นเกณฑ์การสร้าง แต่ใช้ความเป็นชุมชน และความใกล้-ไกลจากสถานพยาบาลเป็นเกณฑ์

เราสามารถดูผลของกิจการในด้านขยายสถานพยาบาลที่รัฐได้กระทำไปในช่วงนี้ได้จากรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกระทรวงมหาดไทยในส่วนของกรมสาธารณสุขตลอดทั้งปีพ.ศ.2478 และช่วง 6 เดือนแรกของปีพ.ศ.2479 ซึ่งกิจการที่เกิดขึ้นมีดังเช่น

¹⁶² พระยาบริรักษ์เวชการและคนอื่นๆ, การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ : คำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาล พ.ศ.2477 อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 235-236.

¹⁶³ สันติสุข ไสภณสิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว, หน้า 102-103.

- การสร้างหรือแต่งเติมโรงพยาบาลในบางจังหวัด เช่น หนองคาย นครราชสีมา ระนอง อุบลราชธานี นครพนม และระบุว่าในปีต่อไปจะสร้างโรงพยาบาลจังหวัดปัตตานี
- การสร้างหรือแต่งเติมสุขศาลาในหลายท้องที่ เช่น จังหวัดสิงห์บุรี ชัยนาท อุตรดิตถ์ ตราง ประจวบคีรีขันธ์ ลพบุรี หนองคาย อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานี สมุทรสงคราม ยะลา และระบุว่าปีต่อไปจะสร้างสุขศาลาที่จังหวัดเพชรบุรี นครปฐม ลพบุรี เพชรบูรณ์ พัทลุง ชัยภูมิ สตูล สุขศาลาเหล่านี้ส่วนมากสร้างได้ด้วยเงินท้องที่ แต่บางแห่งก็ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล
- การอบรมผู้ช่วยแพทย์ขึ้นที่จังหวัดนครราชสีมาและเชียงใหม่รวม 58 นาย และได้ส่งไปประจำตามจังหวัดต่างๆทางภาคอีสานและภาคเหนือ และระบุว่าในปีต่อไปจะอบรมผู้ช่วยแพทย์เพิ่มขึ้นอีก 104 นายซึ่งสามารถแบ่งไปทำการในภาคใต้ได้ด้วย¹⁶⁴

จะเห็นได้ว่าการขยายสถานพยาบาลนั้นจะเน้นการสร้างสุขศาลามากกว่าโรงพยาบาลโดยเสียเงินจากท้องถิ่นซึ่งรัฐจะช่วยเหลือจ่ายค่าก่อสร้างให้ครึ่งหนึ่ง รวมทั้งจัดหาและบุคลากรให้โดยเป็นชั้นผู้ช่วยแพทย์¹⁶⁵ ในการสร้างจึงไม่ตรงกับหลักการที่ปรากฏในโครงการอนามัยหัวเมืองซึ่งให้พิจารณาความเป็นภาค จังหวัด ชุมชน การคมนาคม และความใกล้-ไกลเป็นเกณฑ์ในการสร้างตามลำดับขั้นของสถานพยาบาล แต่ในทางปฏิบัติการสร้างจะเกิดขึ้นในจังหวัดที่เสียเงินลงทุนพร้อมหรือรัฐบาลต้องการสนับสนุนก่อน ซึ่งในช่วงแรกๆก็แทบจะถือเป็นสถานพยาบาลประจำจังหวัดไป จังหวัดใดไม่สร้างโรงพยาบาลก็จะสร้างสุขศาลา จังหวัดใดที่มีสุขศาลาแล้วก็เว้นไว้ไปสร้างขึ้นในจังหวัดที่ยังไม่มีก่อน คาดว่ารัฐบาลมีเป้าหมายที่จะทำให้ได้จำนวนมากจังหวัดที่สุดก่อน ส่วนในระดับอำเภอหรือตำบลของจังหวัดก็จะค่อยๆสร้างตามมา ซึ่งก็สามารถสร้างขึ้นได้เป็นจำนวนไม่น้อยภายในเวลาไม่นาน โดยจากเดิมเมื่อก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 มีสุขศาลาที่ยังอยู่ในรูปโสตศาลาตามจังหวัดและอำเภอต่างๆรวม 75 แห่ง ต่อมาได้มีการยกระดับโสตศาลาเป็นสุขศาลาชั้น 1 ประจำอำเภอ และได้มีการสร้างสุขศาลาชั้น 2 ประจำตำบลเพิ่มเติมจนเมื่อถึงปีพ.ศ.2479 มีสุขศาลาชั้น 1 และชั้น 2 รวม 168 แห่ง ต่อมาเมื่อถึงปีพ.ศ.2481 ได้เพิ่มขึ้นเป็น 377 แห่ง คือโดยเฉลี่ยแล้วมีสุขศาลาจังหวัดละประมาณ 4-6 แห่ง¹⁶⁶

¹⁶⁴ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรีเสนอรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกรมสาธารณสุขช่วงปี 2478 และ 6 เดือนแรกของปี 2479,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/1 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2476-2482).

¹⁶⁵ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” หน้า 182-183.

¹⁶⁶ ตัวเลขคำนวณมาจากจำนวนสุขศาลาที่รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน *อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500*, หน้า 250.

ตารางที่ 7 ผลการปฏิบัติงานของแผนกสุขาภิบาล (สถานีอนามัย) จำนวนสุขาภิบาลและจำนวนผู้ป่วย
ที่ได้รับการบำบัดจากเจ้าหน้าที่ประจำสุขาภิบาล¹⁶⁷

ปี	จำนวนสถานีอนามัย			จำนวนผู้ป่วยที่มาบำบัดที่สถานีอนามัย				
	พ.ศ.	ชั้น 1	ชั้น 2	รวม	ภายใน	ภายนอก	ที่บ้าน	รวม
2475	—	—	—	—	—	—	—	—
2476	—	—	—	—	—	—	—	—
2477	—	—	—	—	—	—	—	—
2478	—	—	—	—	—	—	—	—
2479	80	88	168	1,962	77,389	7,411	86,762	
2480	82	155	237	2,149	91,095	9,092	102,336	
2481	84	293	377	11,310	192,280	10,726	214,316	
2482	85	298	383	8,298	135,376	8,408	152,082	
2483	89	321	410	6,765	94,113	4,372	105,250	
2484	90	344	434	3,993	53,392	4,740	61,125	
2485	92	424	516	5,658	99,705	2,092	107,455	
2486	98	434	523	7,883	89,075	3,624	100,582	
2487	90	449	539	6,733	80,944	2,719	90,396	
2488	90	453	543	3,165	79,198	12,576	94,939	
2489	85	452	537	4,124	93,332	14,315	71,780	
2490	91	455	546	4,133	62,644	12,943	79,320	
2491	95	480	575	4,132	71,686	27,977	103,795	
2492	92	514	606	11,263	123,206	28,102	167,571	
2493	89	538	627	1,514	119,792	27,311	148,617	
2494	91	561	652	2,198	77,680	12,060	91,838	
2495	91	604	695	45,807	164,203	12,493	222,503	
2496	91	623	714	7,012	73,436	13,510	93,958	
2497	91	637	728	34,157	86,509	22,109	142,775	
2498	91	644	735	42,842	124,856	14,056	181,754	

¹⁶⁷ ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข
ครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 250.

สุขศาลาที่จัดสร้างในส่วนภูมิภาคเหล่านี้ สามารถให้บริการสุขภาพในขั้นต้น เช่น แจกจ่ายยา ให้น้ำเกลือ และหากมีความจำเป็นก็สามารถให้ผู้ป่วยบางรายพักรักษาตัวได้ นอกจากนี้ยังมีงานเชิงรุกบางอย่างด้วย เช่น ออกทำการสุขศึกษาในหมู่บ้านหรือตำบล เยี่ยมรักษาผู้ป่วยตามบ้าน ส่งเสริมงานด้านอนามัยและการป้องกันโรค เป็นต้น จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าสุขศาลาสามารถให้บริการสุขภาพแก่พลเมืองทั่วประเทศได้ราวปีละ 100,000-200,000 คน ในช่วงทศวรรษ 2480 และทศวรรษ 2490 ซึ่งแม้จะเป็นจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับจำนวนพลเมืองทั้งหมดคือราว 14-23 ล้านคนในช่วง 2 ทศวรรษ (โปรดดูตารางที่ 1) คือเป็นอัตราส่วนพลเมืองที่ได้รับบริการเพียงประมาณร้อยละ 0.3-1 ของจำนวนพลเมืองทั้งหมดเท่านั้น แต่หากเทียบกับจำนวนคนตายจากสาเหตุต่างๆ ในแต่ละปีซึ่งอยู่ที่ราว 200,000 คน ก็นับได้ว่าเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจอนุมานได้ว่าสุขศาลาที่ขยายไปให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนน่าจะช่วยเหลือในการลดจำนวนการป่วยและตายได้ไม่น้อย

ควบคู่ไปกับการขยายการสร้างสุขศาลาก็ได้มีการเร่งผลิตบุคลากรทางสุขภาพขั้น 2 คือ ผู้ช่วยแพทย์โดยกรมสาธารณสุขเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2478 เป็นต้นไป โดยรับสมัครจากผู้ที่มีประกาศนียบัตรพยาบาลจากกรมแพทย์ทหารบกและกองแพทย์ทหารเรือ มาทำการอบรมเป็นเวลา 6 เดือน (ตั้งแต่ปีพ.ศ.2485 เป็นต้นไป ได้ขยายเวลาหลักสูตรเป็น 1 ปีและรับผู้ที่มีความรู้ตั้งแต่ชั้นมัธยม 3 ขึ้นไป และมีอีกชื่อหนึ่งเรียกว่านักเรียนสุขาภิบาล) อบรมที่จังหวัดพระนคร เชียงใหม่ และนครราชสีมา ได้ปีละประมาณ 80-130 คน จนถึงปีพ.ศ.2481 มีผู้ช่วยแพทย์ที่ผ่านการอบรมรวมแล้วจำนวน 391 คน¹⁶⁸ นับว่าเพียงพอต่อการส่งไปประจำตามสุขศาลาทั่วประเทศ และในปีต่อไปก็มีการผลิตผู้ช่วยแพทย์เพิ่มขึ้นไปอีกพร้อมๆกับการสร้างสุขศาลาที่เพิ่มขึ้น ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ชั้น 1 และโรงพยาบาลได้ดีในระดับหนึ่ง กรมสาธารณสุขได้ทำการผลิตผู้ช่วยแพทย์หรือนักเรียนสุขาภิบาลด้วยหลักสูตร 1 ปี มาจนถึงปีพ.ศ. 2490 เป็นปีสุดท้าย หลังจากนั้นก็ได้โอนกิจการไปให้แก่คณะสาธารณสุขศาสตร์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งได้ขยายหลักสูตรอบรมเป็นระยะเวลา 2 ปี และ 3 ปีในเวลาต่อมา¹⁶⁹

¹⁶⁸ ตัวเลขคำนวณจากจำนวนผู้ช่วยแพทย์ที่ผ่านการอบรม รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 204-207: จำนวนจากจำนวนผู้ช่วยแพทย์ที่ผลิตได้ในระหว่างปีพ.ศ.2478-2481.

¹⁶⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 218-219.

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ช่วยแพทย์ที่กรมสาธารณสุขผลิตได้ระหว่างพ.ศ.2478-2490¹⁷⁰

พ.ศ.	ผู้ช่วยแพทย์ที่ผ่านการอบรม (คน)
2478	58
2479	109
2480	129
2481	95
2482	50
2483	53
2484	76
2485	200
2486	200
2487	125
2488	150
2489	150
2490	150
รวม	1,545

โดยสรุปแล้วในการดำเนินการขยายกิจการด้านการบำบัดโรคนั้น ในช่วงแรกรัฐบาลโดยการผลักดันของกระทรวงมหาดไทยและกรมสาธารณสุขต้องการจัดทำอย่างกว้างขวางใหญ่โตมาก กล่าวคือต้องการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นให้ครบทุกจังหวัด แต่ต่อมาก็ได้ระงับโครงการไปเมื่อเปลี่ยนรัฐบาล สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเรื่องของงบประมาณที่มีไม่พอเพราะการจัดสร้างเป็นโรงพยาบาลต้องใช้เงินมาก และที่นอกเหนือจากนั้น แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลทุกจังหวัดแต่ก็คงจะครอบคลุมได้เพียงแค่ประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลเท่านั้น หากอยู่นอกเขตโรงพยาบาลแล้วก็คงจะไม่ได้ประโยชน์อย่างใดเลย ต่อมารัฐบาลจึงได้มีโครงการที่จะสร้างสถานพยาบาลตามลำดับขั้นของความจำเป็นในพื้นที่จากสถานพยาบาลขนาดใหญ่ไปจนถึงขนาด

¹⁷⁰ ตัวเลขรวบรวมมาจากจำนวนผู้ช่วยแพทย์ที่กรมสาธารณสุขผลิตได้ รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 204-217.

เล็ก แต่คาดว่าคงมีอุปสรรคในเรื่องงบประมาณและการพิจารณาหลักเกณฑ์ของสิ่งที่จะสร้าง รวมทั้งการขาดบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ จึงเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่สร้างได้มากแห่ง สามารถครอบคลุมพลเมือง ได้มากกว่าทั้งในเมืองและในชนบทระดับอำเภอและตำบล และยังสามารถเรียกรอเงินจากท้องถิ่นมาร่วมสมทบในการสร้างได้ด้วย นับว่าคุ้มค่ากว่าการสร้างสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้นแม้ว่าจะไม่มีนโยบายที่ผูกมัดว่าจะสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดแล้ว รัฐบาลก็ยังเห็นความสำคัญของการขยายสถานพยาบาลแต่ก็ได้ลดระดับลงมา กล่าวคือสร้างโรงพยาบาลในบางจังหวัดที่ใหญ่และเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคหรือเป็นจังหวัดชายแดน จังหวัดที่ไม่ได้สร้างโรงพยาบาลก็จะสร้างสุขภาพซึ่งเล็กกว่าและมีความสามารถในการให้บริการสุขภาพน้อยกว่าโรงพยาบาลมาก แต่สามารถขยายไปได้ถึงระดับอำเภอและตำบล

นิธิ เอียวศรีวงศ์ได้อภิปรายถึงสถาบันสถานพยาบาลต่างๆที่เกิดขึ้นใหม่ในช่วงสมัยนี้ว่า เมื่อพลเมืองเจ็บไข้ได้ป่วยก็แปลว่าอ่อนแอแล้ว จะต้อง “แยกออกมาดูแลรักษาต่างหาก” โดยภายใต้การดูแลนั้นก็มีการให้เรียนรู้ด้วยว่าอำนาจที่แท้จริงอยู่ที่ไหน “อำนาจอยู่ที่แพทย์ที่สามารถสั่งว่าผู้ป่วยทานอาหารได้หรือไม่ได้ ต้องทำอะไรและต้องไม่ทำอะไร” ซึ่งสิทธิอำนาจความชอบธรรมของแพทย์ก็มาจากการที่ “เขาเป็นผู้รู้แล้วเราเป็นผู้ไม่รู้” เป็นการสอนให้พลเมือง “ยอมรับโครงสร้างอำนาจที่เป็นอยู่ในสังคมข้างนอกไปในตัว” ดังนั้นโรงพยาบาลจึงถือเป็นสถาบันที่จะ “กล่อมเกล่าให้พลเมืองยอมรับในอำนาจของผู้รู้” นอกจากนั้นโรงพยาบาลก็ยังบอกให้รู้ด้วยว่าแพทย์มีอำนาจมากกว่าพยาบาล และพยาบาลก็มีอำนาจมากกว่าเจ้าหน้าที่ธุรการ และเจ้าหน้าที่ธุรการก็มีอำนาจมากกว่าภารโรง เป็นลำดับชั้นเพราะความรู้ที่ไม่เท่ากัน คนที่รู้มากก็จะมีอำนาจมาก เป็นบทเรียนของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพลเมืองกับรัฐและตัวแทนของรัฐที่เป็นผู้กุมความรู้ในเรื่องต่างๆ¹⁷¹ อย่างไรก็ตามในยุคสมัยแรกของการขยายสถานพยาบาลนี้ สถาบันที่น่าจะมีความสำคัญและครอบคลุมพลเมืองได้มากกว่าโรงพยาบาลก็คือสุขภาพ และผู้ที่จะได้ทำงานใกล้ชิดกับพลเมืองมากกว่าแพทย์ก็คือผู้ช่วยแพทย์ ซึ่งแม้จะเป็นผู้ที่มีความรู้เหนือกว่าพลเมืองในเรื่องการแพทย์สมัยใหม่ แต่ก็ไม่ได้ถือว่าห่างชั้นกันมากนัก เพราะยังไม่ใช่แพทย์จริงๆ ความรู้ที่จะทำให้มีอำนาจสั่งการต่างๆแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการเจ็บป่วยยังไม่เทียบเท่าแพทย์ ทำได้เพียงในขั้นพื้นฐานเท่านั้น รวมทั้งพื้นเพเดิมที่อาจเป็นคนที่มิถุนานาจากท้องถิ่น การศึกษาไม่ได้สูงมากถึงระดับปริญญาแต่ได้เข้ารับการอบรมจนสำเร็จเป็นผู้ช่วยแพทย์แล้วกลับมาปฏิบัติหน้าที่

¹⁷¹ นิธิ เอียวศรีวงศ์, “องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต,” ใน *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย*, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชชาติชาย มุกสง, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548), หน้า 29-30.

ในท้องถิ่น อาจถือได้ว่าเป็นคนของรัฐครึ่งหนึ่งและเป็นของท้องถิ่นครึ่งหนึ่ง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจจึงอาจยังมีไม่มากถึงขนาดที่นิธิ เอียวศรีวงศ์อธิบาย หากจะมีก็น่าจะเป็นเป็นอำนาจของความรู้ในวิชาชีพที่อยู่ในฐานะผู้ช่วยเหลือชีวิตมากกว่าที่จะเป็นอำนาจระหว่างพลเมืองกับรัฐ แต่เมื่อสถาบันโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ชั้น 1 ขยายตัวอย่างมากในทศวรรษ 2490 พลเมืองจะได้อยู่ภายใต้ความรู้และอำนาจของแพทย์และรัฐโดยตรงมากขึ้น

3. กิจการด้านการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญตามที่ปรากฏอยู่ในคำแถลงนโยบายของรัฐบาลเมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ.2477 มีอยู่ 4 โรคได้แก่ ไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิต ต่อมาในคำแถลงนโยบายของรัฐบาลเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ.2480 มีเพิ่มขึ้นมาอีกคือโรคคุดทะราด เราสามารถแยกพิจารณากิจการที่เกิดขึ้นในแต่ละโรคที่ปรากฏในหลักฐานได้ดังนี้

3.1 โรคไข้จับสั่น

โรคไข้จับสั่นถือว่าเป็นโรคประจำภูมิภาคที่ทำให้หลายๆประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต้องประสบกับปัญหาผู้ป่วยและตายจากโรคนี้เป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยในระหว่างพ.ศ.2475-2500 จำนวนผู้ตายด้วยโรคไข้จับสั่นสูงถึงปีละประมาณ 30,000-50,000 คน นับเป็นสัดส่วนถึง 10-20% ของจำนวนผู้ตายทั้งหมดทั่วประเทศปีละประมาณ 200,000-300,000 คน สูงยิ่งกว่าโรคติดต่ออันตรายทุกโรคแม้ในเวลาที่ยุโรประบาดหนัก สถิติการตายจากโรคไข้จับสั่นเป็นดังตาราง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 จำนวนและอัตราตายด้วยเหตุต่างๆทั้งหมด และตายด้วยไข้จับสั่น พ.ศ.2475-2497¹⁷²

พ.ศ.	ตายทั้งหมด		ตายด้วยไข้มาลาเรีย	
	จำนวน	อัตรา (ต่อประชากร 1,000 คน)	จำนวน	อัตรา (ต่อประชากร 100,000 คน)
2475	193,977	15.8	31,575	258.0
2476	214,298	17.2	31,335	251.3
2477	216,641	17.1	34,140	268.8
2478	236,650	18.3	34,338	265.6
2479	211,613	16.1	28,448	216.2
2480	251,463	17.2	34,695	237.6
2481	225,475	15.1	34,438	230.0
2482	259,787	16.9	37,813	246.3
2483	206,817	17.0	32,743	277.9
2484	264,288	16.6	42,055	262.7
2485	257,084	15.1	47,202	237.9
2486	297,053	17.1	57,171	328.9
2487	289,540	16.4	54,597	307.1
2488	276,582	15.3	51,156	284.6
2489	259,066	14.5	48,618	271.7
2490	234,315	13.4	52,034	297.8
2491	189,968	10.7	44,215	248.8
2492	190,401	10.5	38,046	210.5
2493	184,455	10.0	35,816	195.0
2494	193,897	10.4	34,225	183.4
2495	189,211	10.0	29,115	153.5
2496	183,066	9.5	21,451	111.4
2497	192,537	9.8	16,469	84.2
2498	187,655	9.4	14,520	73.1

¹⁷² ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข ครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 259.

โรคไข้จับสั่นเป็นเรื่องที่ยังคงการระหว่างประเทศในช่วงนั้นให้ความสำคัญ ก็คือองค์การสันนิบาตชาติ โดยศูนย์การควบคุมโรคระบาดภาคตะวันออกเฉียงเหนือแห่งสันนิบาตชาติที่สิงคโปร์ได้จัดให้มีการอบรมเรื่องไข้จับสั่นประจำภูมิภาคขึ้นที่สิงคโปร์เป็นประจำทุกปีในช่วงพ.ศ.2476 – 2481 และก็ได้ส่งคำเชิญให้รัฐบาลไทยส่งแพทย์ไปเข้ารับการอบรมด้วยโดยจะออกค่าใช้จ่ายให้ส่วนหนึ่ง ซึ่งรัฐบาลไทยก็ส่งแพทย์ไปเป็นประจำทุกปีในช่วงพ.ศ.2476-2482¹⁷³ แต่หลังจากนั้นก็ไม่มีการจัดอบรมอีก คาดว่าเป็นผลมาจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ความสำคัญของการส่งแพทย์ไปอบรมนี้ปรากฏอยู่ในความเห็นที่มาจากพระยาบริรักษ์เวชการ อธิบดีกรมสาธารณสุขในปีพ.ศ.2479 ซึ่งระบุว่า “ตามสถิติปรากฏว่าจำนวนคนตายด้วยไข้จับสั่นนี้มีหลายสิบจังหวัด ซึ่งมีอัตราตายสูงมากคือจังหวัดทางภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางบางจังหวัด” พระยาบริรักษ์เวชการจึงเห็นว่าควรส่งแพทย์หรือสาธารณสุขจังหวัดไปรับการอบรมในเรื่องไข้จับสั่นซึ่งสันนิบาตชาติจัดขึ้น แล้วกลับมาประจำจังหวัดเหล่านั้นเพื่อดำเนินการป้องกันต่อไป นอกจากนี้พระยาบริรักษ์เวชการยังเห็นว่าผู้ที่ไปอบรมนั้นนอกจากจะได้รับความรู้เรื่องไข้จับสั่นโดยเฉพาะแล้ว ยังจะได้เห็นการสาธารณสุขในต่างประเทศ นำความรู้กลับมาใช้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นด้วย¹⁷⁴ ปรากฏว่ามีแพทย์ของกรมสาธารณสุขได้เข้ารับการอบรมเรื่องไข้จับสั่นที่สิงคโปร์ในช่วงเวลานั้นรวม 13 คน¹⁷⁵

ในรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกระทรวงมหาดไทยในส่วนของกรมสาธารณสุข ตลอดทั้งปีพ.ศ.2478 และช่วง 6 เดือนแรกของปีพ.ศ.2479 ระบุถึงกิจการที่ได้กระทำในเรื่องการควบคุมไข้จับสั่นว่า ได้จัดให้มีหน่วยไข้จับสั่นที่เชียงใหม่และนนทบุรี จัดการร่วมมือกับกระทรวงกลาโหม กระทรวงเศรษฐการ และกระทรวงเกษตราธิการ เพื่อดำเนินการสำรวจและวางวิธีการควบคุมไข้จับสั่นตามสถานที่ราชการในบริเวณที่ปรากฏว่ามีไข้จับสั่นชุกชุม เช่น โรงเรียนกสิกรรมที่ห้วยแม่ใจ จังหวัดเชียงใหม่ ตามสถานีรถไฟบางแห่ง โรงเรียนกองบินน้อยที่ 3 จังหวัดนครราชสีมา นิคมไร่ฝ้ายกิ่งตาคลีจังหวัดนครสวรรค์ นอกจากนี้ก็ได้ทำการควบคุมตามสถานที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย เช่น ทณฑนิคมอำเภอบ้านนั้งสตาจังหวัดยะลา ทณฑนิคมคลองไผ่

¹⁷³ หจข. สร.0201.17/11 สันนิบาตชาติจัดให้มีการอบรมเรื่องไข้จับสั่นที่สิงคโปร์ พ.ศ.2476-2481.

¹⁷⁴ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 30 กันยายน 2479 เรื่องขออนุมัติส่งแพทย์ไปอบรมไข้จับสั่นที่สิงคโปร์,” ใน หจข. สร.0201.17/11 สันนิบาตชาติจัดให้มีการอบรมเรื่องไข้จับสั่นที่สิงคโปร์ พ.ศ. 2476-2481.

¹⁷⁵ อุทัย สนธิ์นันทน์, “การควบคุมไข้มาลาเรีย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 414.

จังหวัดนครราชสีมา เรือนจำชั่วคราวจังหวัดนครราชสีมา บัดตานี นครศรีธรรมราช ยะลา¹⁷⁶ จะเห็นได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับการควบคุมหรือคุ้มครองสถานที่ที่ให้ประโยชน์แก่รัฐก่อน เช่น สถานที่ทางกลีกรรม และสถานที่ราชการ เพื่อป้องกันไม่ให้โรคไข้จับสั่นทำความเสียหายต่อสถานที่เหล่านี้ จนกระทบถึงผลประโยชน์ของรัฐ แต่ในการดำเนินการก็ยังไม่ได้มีโครงการหรือหน่วยงานหรือหลักวิชาการที่แน่นอนนัก

ต่อมาช่วงปลายปีพ.ศ.2479 ก็มีการเสนอโครงการควบคุมไข้จับสั่นโดยคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน โครงการนี้ได้ถูกนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีในรูปของรายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ในวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2479 (ปฏิทินเก่า) โดยระบุว่าไข้จับสั่นเป็นโรคที่เกิดซุกซุมแพร่หลายมาก มีคนตายด้วยโรคนี้ปีละ 30,000 – 40,000 คน มีผู้ป่วยประมาณปีละ 1,500,000 – 2,500,000 คน “เป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยและตายสูงที่สุด” ผู้ที่ป่วยด้วยไข้จับสั่น “มีกำลังกายอ่อนแอซุกซิดประกอบกิจการใดๆไม่ได้อย่างคนปกติ...เป็นอุปสรรคแก่การกลีกรรมอุตสาหกรรม และการเจริญก้าวหน้าของประเทศ” โรคนี้ยังส่งผลทำให้ผู้ป่วย “มีสติปัญญาและสุขภาพเสื่อมลง...ขัดขวางการมีครรภ์และมักทำให้แท้งบุตร” คณะกรรมการฯจึงเสนอให้จัดการควบคุมขึ้นเพื่อให้โรคนี้บรรเทาลง โดยการตั้งองค์การสำหรับควบคุมไข้จับสั่นคือกองควบคุมไข้จับสั่นในส่วนกลาง และหน่วยควบคุมไข้จับสั่นประจำท้องถิ่น ให้มีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องการระบาด ยุ่งที่เป็นพาหะ วิธีป้องกันและกำจัดไข้จับสั่น วิธีรักษาไข้จับสั่น รวมทั้งต้องทำการสำรวจท้องถิ่นในเรื่องลักษณะภูมิประเทศ ความเป็นอยู่ของพลเมือง ความซุกซุมของไข้จับสั่น แหล่งเพาะพันธุ์ยุง ชนิดยุงและชนิดของไข้จับสั่น โดยเน้นที่ “ท้องถิ่นซึ่งมีพลเมืองหนาแน่น หรือมีกิจการต่างๆของรัฐบาลหรือเอกชน” เช่นกองทหาร ตำรวจ ที่ทำการกลีกรรม การชลประทาน เหมืองแร่ โรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น เมื่อทำการสำรวจท้องถิ่นใดจนพร้อมแล้วก็จัดส่งหน่วยไปทำการควบคุมไข้จับสั่น คณะกรรมการฯยังต้องการให้มีการเตรียมการ เพื่อบรรเทาความสูญเสียในเวลาระบาดให้ทันท่วงทีเพื่อลดจำนวนคนป่วยและตาย และต้องให้มีสุขศึกษาเรื่องไข้จับสั่นแก่ชุมชนด้วย รวมไปถึงการตรากฎหมายเพื่อควบคุมไข้จับสั่นโดยเฉพาะในท้องถิ่นที่มีการระบาดซุกซุม¹⁷⁷

¹⁷⁶ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรีเสนอรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกรมสาธารณสุขช่วงปี 2478 และ 6 เดือนแรกของปี 2479,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/1 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2476-2482).

¹⁷⁷ “โครงการควบคุมไข้จับสั่น,” ใน หจช. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).

โครงการนี้คาดว่าจะนำไปสู่การดำเนินการพอสมควรเห็นได้จากกรณีที่เกิดระดมมหาดไทย ได้ส่ง “รายงานการป้องกันและบำบัดใช้จับสันจังหวัดเชียงใหม่และกาญจนบุรี ของหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่” ต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ.2482 โดยรายงานกิจการที่ได้ทำไปเช่น ตรวจและบำบัดใช้จับสันให้แก่ราษฎร จ่ายยาบำบัดใช้จับสันแก่ราษฎร ประชุมราษฎร เพื่อแนะนำใช้จับสัน ตรวจหาม้ามโตแก่ราษฎร ตรวจเลือดหาเชื้อใช้จับสัน สัมภาษณ์และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในพื้นที่ เป็นต้น¹⁷⁸ ซึ่งสิ่งที่ได้ทำก็เป็นไปตามหน้าที่ของหน่วยสำรวจใช้จับสันในโครงการควบคุมใช้จับสัน

โครงการควบคุมใช้จับสันนี้ค่อนข้างเห็นได้ชัดว่าหวังผลในทางการผลิตและเศรษฐกิจ จากหลักการที่บอกว่าใช้จับสันทำให้เกิดอุปสรรคต่อการกสิกรรม อุตสาหกรรม และการเจริญก้าวหน้าของประเทศ ยิ่งถ้าพิจารณาวิธีการดำเนินการจะพบว่าให้ความสำคัญแก่พลเมืองหรือท้องที่แต่ละแห่งไม่เท่ากัน โดยท้องที่ที่พลเมืองมากก็จะมีค่าสำคัญมาก ยิ่งถ้าเป็นบริเวณที่มีใช้จับสันชุกชุมก็ยิ่งต้องเร่งดำเนินการ นอกจากนี้ท้องที่ที่มีกิจการที่มีประโยชน์ให้รัฐมากก็จะได้รับการดำเนินการก่อน เช่น แหล่งการเกษตรกรรม อุตสาหกรรม ที่ตั้งกองทหาร ฯลฯ เพื่อไม่ให้ท้องที่เหล่านี้ได้รับความเสียหายจากโรคใช้จับสันจนกระทบถึงความสามารถในการผลิตเพื่อประโยชน์ของรัฐ

3.2 โรคจิต

โครงการควบคุมโรคจิตเป็นโครงการที่เสนอมาจากคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ โดยได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีพร้อมกับโครงการอนามัยหัวเมืองเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ.2478 โดยระบุว่าปัญหาเรื่องโรคจิตนั้นเกี่ยวเนื่องกับเรื่อง “*ประทุษกรรม (Crime)*” ผู้เป็นโรคจิตบางชนิด “อาจเป็นอันตรายแก่ชุมชนอย่างมาก” คณะกรรมการเห็นว่า การจัดการควบคุมโรคจิตอย่างเป็นกิจจะลักษณะถือเป็นส่วนของการป้องกันประทุษกรรม และสอดคล้องกับหลักมนุษยธรรมซึ่งถือว่าการคุ้มครองผู้เป็นโรคจิตเป็น “หน้าที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐ” วิธีดำเนินการที่คณะกรรมการเสนอคือแบ่งแยกดำเนินการเป็นภาคๆ เพื่อประโยชน์ในทางควบคุม แต่ละภาคควรตั้งโรงพยาบาลโรคจิตและ “จิตนิคม” โรงพยาบาลโรคจิตมีเพื่อสังเกตอาการและวินิจฉัยโรครวมทั้งทำการบำบัดรักษา ส่วนจิตนิคมเป็นการนำพาผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพปกติด้วยการทำงาน เช่น การเกษตร หัตถกรรม โดยรับผู้ป่วยต่อเนื่องมาจากโรงพยาบาล¹⁷⁹

¹⁷⁸ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 9 พฤศจิกายน 2482,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/6 มหาดไทยรายงานการป้องกันและบำบัดใช้จับสันจังหวัดต่างๆ (9 พ.ย.2482 – 25 พ.ค.2486).

¹⁷⁹ “ข้อตกลงของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์เรื่องการควบคุมโรคจิตต์ ลงวันที่ 11 กันยายน 2478,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).

โครงการนี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะควบคุมโรคและผู้ป่วยที่เป็นอันตรายต่อสังคม โดยไม่ใช่อันตรายในแง่ของตัวโรคที่สามารถติดต่อหรือแพร่ระบาดได้ แต่เป็นอันตรายในแง่ของลักษณะอาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่คนอื่นในสังคม โดยแสดงความสัมพันธ์กับเรื่องการประทุษกรรม ซึ่งน่าจะหมายถึงการทำร้ายร่างกายบุคคลอื่น วิธีการที่จะทำให้รัฐสามารถดำเนินการควบคุมได้คือการอาศัยหลักมนุษยธรรม ให้การคุ้มครอง ให้การบำบัดรักษา โดยการแยกผู้ป่วยไปอยู่ในโรงพยาบาลหรือในนิคม มีชีวิตและประกอบอาชีพไปอย่างคนปกติ แต่อยู่ห่างจากสังคม จะกลับเข้าสู่สังคมได้เมื่อมีอาการดีขึ้นจนไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น แต่ในอีกด้านหนึ่งก็คือการใช้อำนาจรัฐในการควบคุมตัวผู้ป่วยที่ถือว่าเป็นอันตรายต่อสังคมเอาไว้และจำกัดบริเวณให้อยู่ห่างจากสังคมรวมทั้งคนใกล้ชิด

แม้จะมีโครงการที่เสนอมาดังนี้ แต่ในแง่ของการนำไปปฏิบัตินั้นก็ค่อยจะตรงกับที่วางไว้ในโครงการเท่าใดนัก โดยพิจารณาจากรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกระทรวงมหาดไทยในส่วนของกรมสาธารณสุข ตลอดทั้งปีพ.ศ.2478 และช่วง 6 เดือนแรกของปีพ.ศ.2479 ระบุถึงกิจการที่ได้กระทำในเรื่องการควบคุมโรคจิตไว้ว่า มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคใต้ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และอยู่ระหว่างการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคเหนือที่ลำปาง ส่วนภาคกลางจะขยายโรงพยาบาลโรคจิตที่คลองสานจังหวัดธนบุรี และจะตั้งโรงพยาบาลโรคจิตขึ้นที่จังหวัดนนทบุรี¹⁸⁰ จะเห็นได้ว่ามีแต่การจัดตั้งโรงพยาบาลโรคจิตประจำภาค ไม่ได้มีการจัดตั้งจิตนิคมหรือจิตคลินิกตามโครงการ โดยเฉพาะจิตนิคมที่ในโครงการต้องการให้สร้างไว้เป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคจิตหลังจากที่ได้รับการบำบัดจากโรงพยาบาลแล้ว โดยพยายามฝึกให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตอย่างปกติ ฝึกทำการอาชีพ เพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย แต่ในกิจการที่เกิดขึ้นมีเพียงโรงพยาบาลโรคจิตเท่านั้น ถือได้ว่าเป็นเพียงความพยายามกักกันและบำบัดรักษาเฉพาะโรค แต่ไม่ได้บำบัดรักษาสภาพทางจิตใจหรือสังคมของผู้ป่วย ทำให้ภาพของการควบคุมบังคับเด่นกว่าภาพของความเป็นมนุษยธรรม เนื่องจากเป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมเพื่อมาควบคุมรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้นและไม่เปิดโอกาสให้ดำเนินชีวิตเช่นคนปกติตามหลักการที่วางไว้

3.3 โรคเรื้อน

เรื่องการจัดการควบคุมผู้เป็นโรคเรื้อนนี้ ส่วนใหญ่แล้วมีการเริ่มต้นขึ้นโดยองค์การเอกชน โดยเฉพาะคณะมิชชันนารีตั้งแต่ช่วงก่อนจะมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475

¹⁸⁰ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรีเสนอรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกรมสาธารณสุขช่วงปี 2478 และ 6 เดือนแรกของปี 2479,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/1 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2476-2482).

สถานพยาบาลที่สำคัญได้แก่ โรงพยาบาลโรคเรื้อนที่จังหวัดเชียงใหม่ก่อตั้งโดยนายแพทย์แม็คเคน แห่งคณะมิชชันนารีอเมริกันเมื่อพ.ศ.2452 สถานพยาบาลโรคเรื้อนที่พระประแดงจัดตั้งโดย สภากาชาดไทยเมื่อพ.ศ.2466 และ โรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดนครศรีธรรมราชจัดตั้งโดยคณะ มิชชันนารีเมื่อพ.ศ.2468

โรงพยาบาลโรคเรื้อนของมิชชันนารีนั้นรัฐบาลได้ช่วยอุดหนุนโดยส่งเงินบำรุงให้ เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดเชียงใหม่ได้เงินบำรุงจากรัฐบาลและสภากาชาดปีละ 10,000 บาท ตั้งแต่ปีพ.ศ.2470 เนื่องจากสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพมีส่วนช่วยเหลือในการตั้ง โรงพยาบาล¹⁸¹ ส่วนโรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดนครศรีธรรมราชเพิ่งจะมาได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเมื่อปีพ.ศ.2476 หลังจากที่นายแพทย์อี.บี.แม็คเคเนี่ยล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ขอการ สนับสนุนจากรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนาโดยระบุว่า มีผู้เป็นโรคเรื้อนในประเทศไทย “มากกว่า 20,000 คน” ซึ่งมีผู้ที่ได้รับการควบคุมรักษา “น้อยกว่า 4%” หรือประมาณ 800 คน นายแพทย์แม็คเคเนี่ยลชี้แจงว่ากิจการโรงพยาบาลโรคเรื้อนนั้นไม่ใช่เพียงเป็นการรักษาแต่ยังได้ผล ทางป้องกันด้วย “คนไทยทุกคนสามารถติดโรคนี้ได้จากการติดต่อกับคนที่เป็นโรคซึ่งยังเดินอยู่ตาม ท้องถนน” จึงจำเป็นต้องนำตัวคนที่เป็นโรคนี้มาทำให้พักพิง อาหาร และการรักษาที่ถูกต้อง ซึ่ง “จะเป็นเช่นนั้นไม่ได้หากปราศจากการสนับสนุนจากรัฐบาล”¹⁸² ซึ่งในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2476 (ปฏิทินเก่า)คณะรัฐมนตรีก็ได้ลงมติตกลงให้เงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัด นครศรีธรรมราชปีละ 4,000 บาท และรัฐบาลก็ได้นำเรื่องนี้ไปจัดทำเป็นแถลงการณ์โฆษณากิจการ ของรัฐบาลด้วย โดยระบุว่า

“รัฐบาลได้ใส่ใจและพยายามอยู่เสมอในอันที่จะกำจัดโรคเรื้อนอันเป็นโรคที่ร้ายแรงเป็นภัยแก่ประชาชน อย่างมหันต์ให้สูญสิ้นไป...ให้เกิดความปลอดภัยแก่อาณาประชาราษฎร์ผู้สัจสุจริตไปมา มิให้ต้องหวาดเกรง ว่าจะติดโรคนี้จากผู้ที่ เป็นโรค...แต่โดยที่บ้านเมืองกำลังตกอยู่ในฐานะคับขันด้วยโรคภัย ทำให้รัฐบาล ไม่สามารถจะแสวงหาเงินเป็นจำนวนมากเพื่อมาสร้างโรงพยาบาลโรคนี้โดยเฉพาะได้ จึงได้แต่พยายาม ช่วยเหลืออุดหนุนให้ทุนแก่โรงพยาบาลสำหรับโรคนี้ซึ่งมีอยู่แล้วในเวลานี้ ได้แก่โรงพยาบาลโรคเรื้อนของ สภากาชาดสยามที่พระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนของมิชชันนารีที่จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาล โรคเรื้อนของมิชชันนารีที่จังหวัดนครศรีธรรมราช”¹⁸³

¹⁸¹ ชัยศิริ เขตตานุรักษ์, “ประวัติการควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 441.

¹⁸² “หนังสือจากนายแพทย์อี.บี.แม็คเคเนี่ยลถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 22 สิงหาคม 2476,” ใน หจข. (2)สร. 0201.27.2/3 โรงพยาบาลโรคเรื้อน (19 ก.พ.2476-27 ส.ค.2496).

¹⁸³ “คำแถลงกิจการของรัฐบาลโดยกรมโฆษณาการ วันที่ 20 มีนาคม 2476,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.2/3 โรงพยาบาลโรคเรื้อน (19 ก.พ.2476-27 ส.ค.2496).

จะเห็นได้ว่าแม้ว่าจะไม่ได้เป็นกิจการที่รัฐดำเนินการเอง แต่รัฐบาลก็สามารถโฆษณาให้พลเมืองเห็นคุณความดีของรัฐได้ ต่อมากรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทยได้พิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมีอยู่ทุกจังหวัด และเนื่องจาก “โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่ประชาชนและสังคมรังเกียจ จึงจำเป็นจะต้องควบคุมโรคเรื้อนให้รัดกุมและกว้างขวางยิ่งขึ้น” กระทรวงมหาดไทยจึงได้ติดต่อขอโอนกิจการโรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดงจากสภาอากาศชาติไทยมาดำเนินการเอง เพื่อความสะดวกในการปรับปรุงขยายกิจการ โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดงจึงได้ย้ายมาสังกัดกรมสาธารณสุขขึ้นกับกองแพทย์สังคมตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2477 และได้ขยายให้รับผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 200 คน หลังจากนั้นในพ.ศ.2478 กรมสาธารณสุขได้ทำการสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกจังหวัดเพื่อพิจารณาจัดตั้งโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก ปรากฏว่าในภาคอีสานมีผู้ป่วยโรคเรื้อนมากกว่าภาคอื่น และเห็นว่าจังหวัดขอนแก่นเป็นศูนย์กลางของภาคอีสานรวมทั้งมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจังหวัดอื่น เหมาะแก่การที่จะตั้งโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภูมิลำเนาใกล้เคียงได้มีโอกาสมารับการบำบัดได้สะดวก จึงได้เริ่มก่อสร้างโรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดขอนแก่นในปีพ.ศ.2479 และเปิดทำการในปีพ.ศ.2483¹⁸⁴ ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงสามารถจัดการควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิมที่ต้องหวังพึ่งเอกชน

ในเรื่องการควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนนี้นี้จะเห็นแง่มุมบางอย่างในการแสดงอำนาจของรัฐรวมทั้งความซิงซังรังเกียจของประชาชนพลเมืองที่มีต่อผู้เป็นโรคเรื้อน แม้ว่าจะได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็นระบอบประชาธิปไตยที่เน้นเรื่องสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคกรณีนี้คล้ายคลึงกับการควบคุมผู้ป่วยโรคจิตในแง่ของการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมและกักกันไว้ แต่ต่างกับผู้ป่วยโรคจิตตรงที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีจิตใจที่ปกติ มีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและครอบครัว เมื่อถูกนำไปกักกันก็ต้องการที่จะหลบหนีออกมาสู่สังคมและครอบครัว แต่ก็ไม่ใช่เป็นที่ต้อนรับ เช่น ในบทความเรื่อง “ประชาชน” ซึ่งลงพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ประชาชาติ ฉบับวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2478 ความว่า

“การนั่งรถนี้ข้าพเจ้าเคยคิดว่านอกจากแอกซิเจนต์และกระเป๋าล้วนแล้วน่าจะไม่มีภัยอย่างอื่นเป็นแน่ แต่เมื่อได้เห็นผู้โดยสารรถลากคันหนึ่งเมื่อ 2-3 วันมานี้ ข้าพเจ้าล้มความคิดเดิมหมด ผู้โดยสารรถลากคนนั้นเป็นโรคเรื้อน...ณ ที่หนึ่งที่ใดในพระนครนี้คงจะไม่มีแต่คนโรคเรื้อนคนนั้น หรือเคยนั่งแต่รถคันนั้น เราทราบไม่ได้ว่ารถคันไหนบ้างที่ได้ถูกนั่งโดยบุคคลที่เป็นโรคชนิดนี้ เบาะรถคันไหนบ้างได้เปื้อนน้ำมูกน้ำเหลือง

¹⁸⁴ ชัยศิริ เขตตานุกฤษ, “ประวัติการควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 444 - 445.

และเชื้อโรคของคนเหล่านี้ และผู้โดยสารคนใดบ้างจะมีบาดแผลไปรับเชื้อต่อไปบ้าง แต่เมื่อเห็นภัยดำดา อยู่เช่นนี้ เราได้มีการป้องกันแล้วหรือ?”¹⁸⁵

หนังสือนี้ได้ถูกส่งต่อไปยังกระทรวงมหาดไทยเพื่อหาทางแก้ไข ซึ่งนายปรีดี พนมยงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยก็ได้ชี้แจงว่า

“เรื่องคนป่วยเป็นโรคติดต่อโดยสารรถยนต์ต่าง ๆ นี้...ตามปกติตำรวจได้ดูแลอยู่ตามหน้าที่ ถ้าพบปะก็จัดการจับกุมตามทาง แต่บุคคลจำนวนนี้มีเป็นจำนวนมากด้วยกัน เช่นคนที่เป็โรคเรื้อนที่เยวระบาดปะปนกับประชาชนอยู่ตามที่ต่างๆ ทำให้เกิดความรำคาญก็มีไม่ใช่จำนวนเล็กน้อย..เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะกำจัดพวกนี้อย่าให้มีปะปนแทรกแซงอยู่ในหมู่ประชุมชนได้...ตำรวจได้เคยตรวจจับกุมและจัดการพวกนี้เป็น 2 ลักษณะคือ 1.ถ้าเป็นบุคคลต่างดาวเข้าลักษณะเป็นคนจรจัดก็จับตัวมาจัดการเนรเทศออกไป 2.ถ้าเป็นคนไทยก็ไล่ไปให้พ้น หรือจัดส่งโรงพยาบาลโรคเรื้อนที่พระประแดง การกระทำดังกล่าวจะทำให้คนจำพวกนี้เกรงขามและมีจำนวนน้อยลง ซึ่งสมควรกระทำต่อไป”¹⁸⁶

จะเห็นได้ว่าแม้แต่นายปรีดี พนมยงค์ ซึ่งได้รับยกย่องเป็นรัฐบุรุษ เป็นหนึ่งในผู้ริเริ่มคิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองและคาดว่าเป็นผู้ร่างหลัก 6 ประการของคณะราษฎร ซึ่งมีหลักในเรื่องสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาค ก็ยังเสนอให้ใช้อำนาจรัฐจัดการกับผู้เป็นโรคเรื้อนโดยการ “กำจัด” “ไล่ไปให้พ้น” “เนรเทศ” เพื่อต้องการให้เกิด “ความเกรงขาม” จะได้ “มีจำนวนน้อยลง” แสดงให้เห็นถึงเจตนาที่แท้จริงของรัฐบาลที่เพียงต้องการควบคุมและลดจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ออกจากสังคมเท่านั้น ไม่ได้ใส่ใจที่จะดูแลรักษาอย่างจริงจัง แม้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนก็ถือเป็นพลเมืองที่อาศัยอยู่ในประเทศเหมือนกัน และก็น่าจะมีสิทธิและเสรีภาพเหมือนพลเมืองอื่นในระบบประชาธิปไตย แต่ด้วยความเป็นโรคที่มีสภาพอันน่ารังเกียจและสามารถติดต่อกับผู้อื่นในสังคมได้ง่าย จึงทำให้ได้รับการปฏิบัติเหมือนเป็นพลเมืองชั้น 2 ที่จะต้องถูกควบคุมและทำสิ่งใดได้ไม่เท่ากับคนอื่น และด้วยความที่ไม่สามารถประกอบอาชีพก็อาจทำให้รัฐมองว่าเป็นพลเมืองที่ไม่ค่อยมีประโยชน์นักหรือไม่เป็นพลเมืองเลยก็เป็นได้ ถ้ามองในแง่นี้ก็อาจหมายความว่ารัฐให้การดูแล ให้สิทธิเสรีภาพในระบบประชาธิปไตยแก่ประชาชนพลเมืองที่เป็นประโยชน์แก่รัฐเท่านั้น ซึ่งประชาชนส่วนหนึ่งก็พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรังเกียจและกีดกันคนกลุ่มนี้ออกจากสังคมและสนับสนุนให้รัฐจัดการควบคุมผู้ป่วยเหล่านี้ แต่ก็มีอีกส่วนหนึ่งที่แม้ว่าสนับสนุนให้รัฐแยกคนกลุ่มนี้ออกจากสังคมแต่ก็ต้องให้การดูแลตามหลักมนุษยธรรมด้วยการให้ที่พักพิง ให้อาหาร ให้

¹⁸⁵ “หนังสือจากสำนักงานการข่าวถึงคณะรัฐมนตรีวันที่ 2 กรกฎาคม 2478 ส่งข้อความตัดจากหนังสือพิมพ์มาให้พิจารณา,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/7 ควบคุมคนป่วยเป็นโรคติดต่อ (30 เม.ย. – 27 ก.ค.2478).

¹⁸⁶ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงคณะรัฐมนตรี วันที่ 14 กรกฎาคม 2478,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/7 ควบคุมคนป่วยเป็นโรคติดต่อ (30 เม.ย. – 27 ก.ค.2478).

การรักษา ให้ประกอบอาชีพ ตัวแทนของคนส่วนนี้ก็คือคณะมิชชันนารีที่ก่อตั้งโรงพยาบาลโรคเรื้อน รวมทั้งประชาชนส่วนที่คิดในเชิงบุญกุศล นอกจากการจัดการควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนโดยการแยกออกจากสังคมแล้ว รัฐบาลยังได้แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวด้วย โดยเฉพาะการแยกบุตรออกมาจากบิดามารดาที่เป็นโรคเรื้อน¹⁸⁷ ซึ่งในทางการแพทย์ก็อาจเป็นเรื่องที่ถูกต้องในการป้องกันการติดต่อโรค แต่ในทางมนุษยธรรมก็อาจมองได้ว่าเป็นเรื่องที่โหดร้ายในการที่แยกบิดามารดาและบุตรออกจากกัน ทำให้ภาพของการควบคุมผู้ป่วยเพื่อความมั่นคงของรัฐเด่นกว่าภาพของความเป็นมนุษยธรรม เช่นเดียวกับการควบคุมผู้ป่วยโรคจิต

ในเรื่องนี้หากมองจากมุมมองของรัฐแล้วก็คงจะเป็นดังที่ปรีดี พนมยงค์ได้อธิบายไว้ในคำอธิบายกฎหมายปกครอง โดยถือว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้องทำด้วยความจำเป็น เพื่อการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ซึ่งก็จะต้องมีการบังคับต่อประชาชนบ้าง โดยเฉพาะการบังคับต่ออิสรภาพของมนุษย์ ซึ่งปรีดี พนมยงค์ยอมรับว่า การบังคับจำกัดสิทธิเช่นนี้เป็นการผิดไปจากหลักสิทธิมนุษยชน จะต้องทำอย่างมีขอบเขต เช่น ต้องมีกฎหมายรองรับ ต้องทำเพียงที่จำเป็นแก่การรักษาความสงบเรียบร้อย ต้องใช้อำนาจให้พอดีกับภัยอันตรายที่เกิดขึ้น หรือหากแม้จะมีภัยอันตรายต่อสังคมแต่สังคมสามารถทนได้ก็ไม่ควรใช้อำนาจ เป็นต้น¹⁸⁸ แต่ในกรณีนี้เป็นที่ปรากฏว่าสังคมส่วนหนึ่งทนรับไม่ได้ จึงมีความชอบธรรมในการใช้อำนาจรัฐ

3.4 วัณโรค

ในเรื่องการควบคุมวัณโรคนั้น จากสถิติพบว่าในระยะก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 การระบาดของวัณโรคคงมีอยู่ทั่วไป อัตราตายด้วยวัณโรคมีประมาณ 100 คน ต่อประชาชน 100,000 คน¹⁸⁹ แม้จะได้มีการระบุไว้ในนโยบายว่าเป็นโรคสำคัญที่ต้องควบคุม แต่ในทางปฏิบัติก็ยังไม่มีการดำเนินการใดๆนักในช่วงเวลานี้ เนื่องจากการควบคุมวัณโรคจะต้องจัดสร้างสถานพยาบาลเฉพาะซึ่งต้องใช้งบประมาณและระยะเวลาพอสมควร ประกอบกับรัฐบาลมีภาระที่จะต้องรักษาพยาบาลตลอดจนการควบคุมโรคอื่นๆอีกเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการปรับปรุงการสาธารณสุขในบ้านเมือง จึงยังไม่ได้ให้ความสนใจมาทำการควบคุมป้องกันวัณโรคนัก

แม้ว่ารัฐจะยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมวัณโรคนัก แต่ก็มีผู้ที่มีความสำคัญกับเรื่องนี้อยู่ในภาคเอกชน คือแพทย์สมาคมแห่งกรุงสยามได้สำรวจพบว่าผู้ป่วยวัณโรคเป็น

¹⁸⁷ “คำตอบกระทู้ถามของนายทิม ภูริพัฒน์ เรื่องการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อน,” ราชกิจจานุเบกษา 55 (13 มิถุนายน 2481): 698-700.

¹⁸⁸ ปรีดี พนมยงค์, “คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513),” หน้า 165-166.

¹⁸⁹ ประจวบ วิศาลเวทย์, “การควบคุมวัณโรค,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 424-425.

จำนวนมากที่สมควรจะได้รับความช่วยเหลือในการตรวจและรักษาเป็นพิเศษและตระหนักถึงความร้ายแรงของวัณโรค จึงได้ประชุมและลงมติเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.2477 ให้ตั้งกองการปราบวัณโรคของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยขึ้นโดยตั้งแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องนี้เป็นคณะกรรมการดำเนินกิจการเพื่อทำการปราบวัณโรคในประเทศไทยโดยร่วมมือกับองค์การอื่นๆและประชาชนทั่วไป กองการปราบวัณโรคนี้ได้จดทะเบียนเป็นสมาคมที่สมบูรณ์เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ.2478 และได้ร่วมมือกับสภากาชาดสยามให้บริการตรวจวัณโรคมาจนถึงปีพ.ศ.2482 หลังจากปีพ.ศ.2482 เป็นต้นไปก็เป็นช่วงที่รัฐเริ่มเข้ามาจัดการกับปัญหาวัณโรคด้วยตนเองมากขึ้น แต่การดำเนินการก็ยังคงเป็นแนวทางเดิมคือการดำเนินการให้ความรู้และป้องกันรักษาแก่ผู้ที่เป็นโรคไปตามสถานการณ์ จนถึงภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงจะเกิดแนวทางใหม่ๆที่เป็นการเฉพาะ คือการใช้วัคซีนบี.ซี.จี. โดยความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ¹⁹⁰

3.5 โรคคุดทะราด

แม้ว่าจะจะเป็นโรคที่เพิ่งเพิ่มเข้ามาในการประกาศนโยบายของรัฐบาลเมื่อปีพ.ศ.2480 แต่การดำเนินการก็ได้มีการเริ่มต้นไปบ้างแล้ว แต่มีหลักฐานปรากฏน้อยมากเกี่ยวกับกิจการด้านโรคคุดทะราดในช่วงนี้ หลักฐานเดียวที่มีคือในรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกระทรวงมหาดไทยในส่วนของกรมสาธารณสุขช่วง 6 เดือนแรกของปีพ.ศ.2479 ที่มีระบุว่า “ได้ดำริที่จะกำจัดโรคคุดทะราดให้เป็นกิจจะลักษณะยิ่งขึ้น...จึงได้ส่งหน่วยสุขาภิบาลชนบทออกไปทำการสำรวจและทำการบำบัดควบคุมไปด้วยที่จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งปรากฏว่าเป็นแหล่งที่มีโรคนี้ชุกชุม”¹⁹¹ อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินการของรัฐเรื่องโรคคุดทะราดในช่วงนี้ ถ้าจะมีก็คงเป็นเพียงการออกไปสำรวจและบำบัดตามจังหวัดหรือท้องที่มีคนเป็นโรคมกเท่านั้น ยังไม่มีโครงการที่เป็นรูปเป็นร่าง จะได้มีการดำเนินการอย่างจริงจังหลังจากปีพ.ศ.2493 เป็นต้นไปด้วยความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ¹⁹²

¹⁹⁰ ประกอบ วิชาลเวทย์, “การควบคุมวัณโรค,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 424-429.

¹⁹¹ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายรัฐมนตรีเสนอรายงานกิจการที่ได้ปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลของกรมสาธารณสุขช่วงปี 2478 และ 6 เดือนแรกของปี 2479,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/1 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2476-2482).

¹⁹² กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 265.

4. กิจการด้านสงเคราะห์มารดาและเด็ก

แม้ว่าจะเป็นกิจการที่เพิ่งเพิ่มเข้ามาในการประกาศนโยบายของรัฐบาลเมื่อปีพ.ศ.2480 เช่นเดียวกับโรคคุดทะราด แต่ก็มีข้อเสนอโครงการมาก่อนหน้านั้นแล้ว คือโครงการสงเคราะห์แม่และเด็กและอนามัยนักเรียนของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ ที่ได้เสนอต่อนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2479 เนื้อหาแบ่งเป็น 3 กิจการ

- *การสงเคราะห์มารดา* ให้กรมสาธารณสุขมีหน้าที่ควบคุมโดยทั่วไปในการดูแลความสุขความปลอดภัยแก่หญิงมีครรภ์และหญิงคลอดบุตรตลอดจนเด็กที่เกิดมา ตั้งกรรมการผดุงครรภ์กลางขึ้นมีหน้าที่วางหลักสูตรอบรมนางผดุงครรภ์รวมทั้งสอบความรู้ผู้ที่จะขึ้นทะเบียนประกอบอาชีพผดุงครรภ์ จัดให้มีสภาวัดรผดุงครรภ์ออกตรวจตามท้องถิ่น ดูแลสอดส่องมรรยาทนางผดุงครรภ์ ส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์และแม่ลูกอ่อนบริโภคโปรตีนให้มากคือ ไข่ เนื้อสัตว์ ถั่วเหลือง นม
- *การสงเคราะห์เด็ก* ให้อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่กรมสาธารณสุข ให้มีหน่วยสงเคราะห์เด็กขึ้นตามโรงพยาบาล สุขศาลา และที่อื่นๆซึ่งมีสถิติทารกเสียชีวิตสูง ให้มีระเบียบการให้แจ้งความคนเกิดต่อเจ้าหน้าที่สงเคราะห์เด็กเพื่อเยี่ยมตามกำหนดทำการสอบสวนสภาพทารก แนะนำมารดาให้รู้จักการเลี้ยงดู ให้มีการตรวจและแนะนำในทางแพทย์และควบคุมความสมบูรณ์ของเด็ก ให้มีการจดทะเบียนและควบคุมสถานที่รับเลี้ยงทารกและโรงเรียนเด็กกำพร้า ปลูกฝีและฉีดยาป้องกันโรค ให้การศึกษาและโฆษณาการอนามัย การเลี้ยงเด็ก การให้อาหาร และการป้องกันโรคติดต่อ
- *การอนามัยนักเรียน* คือการทำให้เด็กที่อยู่ในวัยเรียนมีร่างกายสมบูรณ์ รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อ การช่วยเหลือเด็กที่มีสติอ่อน เด็กตาบอด เด็กใบ้ และเด็กที่มีโรคต่างๆ โดยจะต้องมีการตรวจค้นหานักเรียนที่เป็นโรครวมทั้งความพิการและให้การรักษาโดยแพทย์ การจัดสภาพโรงเรียนให้ถูกหลักอนามัย จัดการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและอุบัติเหตุ ให้มีการสอนการกายบริหาร การบริโภคอาหาร สุขศึกษา¹⁹³

โครงการนี้น่าจะมีเป้าหมายอยู่ที่การเพิ่มพลเมืองทั้งในเรื่องของจำนวนและคุณภาพ การที่รัฐต้องให้ความสำคัญกับการดูแลแม่และเด็กไม่ให้เกิดการป่วยและตาย แสดงว่าในเวลานั้นแม่และเด็กมีการป่วยและตายเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้จำนวนพลเมืองเพิ่มขึ้นช้า และการที่รัฐต้องการจะดูแลสุขภาพของเด็กตั้งแต่คลอดไปจนกระทั่งถึงวัยเรียน แสดงว่ามีปัญหาเรื่องเด็กมีสุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์แข็งแรง เมื่อเติบโตขึ้นก็ไม่มีกำลังจะประกอบอาชีพได้ รัฐจึงต้องเข้ามาควบคุมดูแลให้

¹⁹³ “โครงการสงเคราะห์มารดาและเด็กกับนักเรียน,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).

พลเมืองมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่พิการ ตั้งแต่ยังเด็ก เพื่อให้เติบโตขึ้นเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติได้ โครงการนี้ค่อนข้างเห็นได้ชัดว่าหวังผลในทางการผลิต หรือก็คือเรื่องของเศรษฐกิจและความก้าวหน้าของประเทศ แต่แม้ว่าจะมีการเสนอโครงการมาอย่างพร้อมทุกด้านแต่กลับยังไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังนักในสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนา การอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 เพื่อไปปฏิบัติงานตามสุชศาลาตามท้องที่ในงานด้านอนามัยและเด็กจะมีการเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังหลังปีพ.ศ.2482 เป็นต้นไปในรัฐบาลของจอมพลป.พิบูลสงคราม

ในการพิจารณากิจการที่รัฐเข้ามาควบคุมดูแลสุขภาพของเด็ก สิ่งหนึ่งที่ต้องพิจารณาคบคู่ไปด้วยก็คือนโยบายในด้านการศึกษารัฐ ซึ่งจะทำให้เห็นกิจการในด้านสุขภาพพลเมืองที่แฝงอยู่ในกิจการด้านการศึกษา ดังปรากฏในแผนการศึกษาชาติของเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ.2475 เนื้อหาให้จัดการศึกษา 3 ส่วนคือ 1.จริยศึกษา อบรมให้มีศีลธรรมดีงาม 2.พหุศึกษา ให้มีปัญญาความรู้ 3.พลศึกษา ฝึกหัดให้เป็นผู้มีร่างกายบริบูรณ์ นอกจากนี้ยังมีหัวข้อหนึ่งคือเรื่องการสำรวจอนามัย คือให้มีการตรวจทางสุขาภิบาลโรงเรียนเพื่อตรวจวัดความเติบโตแห่งร่างกายเด็ก และคอยสกัดกั้นความพิการของอวัยวะทั้งหลายที่อาจนำมาซึ่งโรคภัยบั่นทอนกำลังและปัญญาเด็ก¹⁹⁴

ต่อมาวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477 (ปฏิทินเก่า) กระทรวงธรรมการก็ได้เสนอร่างหลักสูตรสำหรับชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ที่ได้รับการแก้ไขขึ้นใหม่ ซึ่งก็มีการกำหนดวิชาที่เกี่ยวกับสุขภาพลงในหลักสูตรด้วยได้แก่

- หลักสูตรชั้นประถมปีที่ 1-4 มีวิชาการรักษาตัว มีจุดประสงค์ให้เมื่อเด็กสำเร็จการศึกษาชั้นประถมบริบูรณ์แล้ว “มีสุขนิสัยและความรู้ในเรื่องการรักษาตัวของตนเองได้เป็นปกติสุข และช่วยเหลือครอบครัวและผู้อื่นได้บ้างพอสมควร” สุขนิสัยที่ต้องการให้เด็กมีดังเช่น นิสัยความสะอาด นิสัยการทำงาน การเล่น การพักผ่อน นิสัยการนอน นิสัยการกินอาหาร ฯลฯ ส่วนความรู้เรื่องการรักษาตัวที่ต้องการให้เด็กมีดังเช่น ความเจริญเติบโตของร่างกายกับสุขภาพ ความสะอาด การออกกำลังกาย เสื้อผ้า คุณและโทษของบุหรี่ยาสูบ และอื่นๆ การทำงานของอวัยวะต่างๆ คุณค่าของนายแพทย์ นางพยาบาล และโรงพยาบาล โรคติดต่อและการป้องกัน หลักของการสาธารณสุข การแจ้งความคนเกิดคนตาย การเลี้ยงเด็ก ฯลฯ การสอนเรื่องเหล่านี้มีความมุ่งหมายที่จะให้เด็กได้รับการอบรมและฝึกฝนจนติดเป็นนิสัยและปฏิบัติได้จริง เมื่อสอนไปแล้วต้องคอยกวาดขันในการปฏิบัติอยู่เสมอ

¹⁹⁴ “หนังสือจากเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี ประธานกรรมการการศึกษา ถึงเสนาบดีกระทรวงธรรมการ วันที่ 20 สิงหาคม 2475,” ใน หจข. (2)สร.0201.24/1 หลักสูตรสำหรับชั้นประถมและมัธยมศึกษาหรือเรื่องประมวลศึกษา (แผนการหรือโครงการศึกษาของชาติ ตอน 1) (22 ส.ค.2475 – 3 เม.ย.2480).

- หลักสูตรชั้นมัธยมปีที่ 4 เรียนวิชาสรีรศาสตร์และสุขวิทยา ให้รู้เรื่องการทำงานของร่างกาย สิ่งแวดล้อม อาหาร ที่พักอาศัย วิธีรักษาความสะอาดในบ้านเรือน การทำลายสิ่งโสโครก เชื้อโรคและสิ่งที่น่าเชื้อโรค อำนาจต้านทานโรคในตัวบุคคล การปัจจุบันพยาบาล ฯลฯ¹⁹⁵

นอกจากวิชาที่ช่วยเสริมสร้างความรู้และสุขนิสัยเหล่านี้แล้ว ยังมีวิชาที่ต้องการเสริมสร้างร่างกายของเด็กโดยเฉพาะ คือวิชาพลศึกษา ดังที่ความสำคัญปรากฏในคำชี้แจงของกระทรวงธรรมการเมื่อปีพ.ศ.2479 ระบุว่า

“องค์สามแห่งการศึกษาคือ พุทธิศึกษา จริยศึกษา และพลศึกษา ในส่วนพุทธิศึกษากระทรวงธรรมการได้จัดการขยายรุดหน้าออกไปทั้งในส่วนรัฐบาลและประชาบาลเป็นอันมากแล้ว ด้านจริยศึกษาก็ได้กวดขันในศีลธรรมมรรยาททั้งครูบาอาจารย์และนักเรียนเป็นลำดับมา แต่สำหรับพลศึกษาอันเป็นกำลังสำคัญแก่การศึกษาและอาชีพของชาตินั้น กระทรวงธรรมการรู้สึกว่ายังขาดอยู่ กระทรวงธรรมการเชื่อว่ารัฐบาลคงจะไม่ชอบที่จะได้พลเมืองที่มีความรู้ศีลธรรมดี แต่เป็นคนขี้โรค ไม่มีร่างกายแข็งแรงอดทน กระทรวงธรรมการจึงคิดจะขยายการพลศึกษาให้แพร่หลายลงไปโรงเรียนต่างๆทั่วราชอาณาจักร”¹⁹⁶

จะเห็นได้ว่าในการที่รัฐบาลเร่งจัดกิจการด้านการศึกษาของประเทศหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 นั้น สิ่งหนึ่งที่รัฐบาลต้องการได้จากการจัดการศึกษาก็คือคุณภาพของพลเมือง ซึ่งสุขภาพของพลเมืองก็เป็นหนึ่งในคุณภาพที่รัฐบาลต้องการ รัฐบาลต้องการให้การศึกษาร่วมกันทำให้เด็กมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์มีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อโตขึ้นจะได้มีกำลังประกอบอาชีพเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติได้ เป็นความต้องการในด้านการผลิตและเศรษฐกิจ นอกจากนี้รัฐยังได้พยายามที่จะใส่ความรู้เรื่องการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปในพลเมืองตั้งแต่วัยเด็กโดยมุ่งหวังว่าเมื่อเติบโตขึ้นจะได้มีวิถีชีวิตที่เข้ากันได้กับกิจการทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ ซึ่งรัฐบาลจะได้จัดการแก่พลเมืองมากขึ้นเรื่อยๆ และจะได้เป็นกำลังสำคัญของรัฐในการรับไปใช้และเผยแพร่การแพทย์สมัยใหม่ในหมู่พลเมืองด้วยกัน ซึ่งอาจจะยังมีผู้ที่นิยมในการแพทย์แบบดั้งเดิมอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาในแบบของรัฐ นี่เป็นหนึ่งในวิธีการกล่อมเกล่าพลเมืองของรัฐทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อควบคุมร่างกายของพลเมืองให้อยู่ภายใต้อำนาจความรู้ทางการแพทย์

¹⁹⁵ “หนังสือจากกรมวิชาการถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2477 ส่งร่างหลักสูตรที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข,” ใน หจข. (2)สร.0201.24/1 หลักสูตรสำหรับชั้นประถมและมัธยมศึกษาหรือเรื่องประมวลศึกษา(แผนการหรือโครงการศึกษาของชาติตอน 1) (22 ส.ค.2475 – 3 เม.ย.2480).

¹⁹⁶ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 26 พฤษภาคม 2479,” ใน หจข. สข.0201.14/16 เรื่องขยายการพลศึกษาในโรงเรียนทั่วไป (พ.ศ.2479).

ในภาพรวมแล้วกิจการและโครงการต่างๆด้านสุขภาพพลเมืองที่รัฐบาลได้ดำเนินการในระหว่างปีพ.ศ.2477-2481 นับว่าส่วนใหญ่แล้วก็เป็นสิ่งที่เคยมีผู้เสนอหรือเรียกร้องให้ดำเนินการมาก่อนแล้วทั้งสิ้น เช่น คำแนะนำของดร. ซิมเมอร์แมนตั้งแต่ช่วงก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่เสนอให้รัฐบาลจัดการอบรมแพทย์ชั้นรองหรือผู้ช่วยแพทย์เพื่อช่วยในการขยายการแพทย์สมัยใหม่ไปยังชนบท รวมทั้งการจัดการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้การเรียกร้องของราษฎรและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ต้องการให้ขยายบริการรักษาพยาบาลไปสู่ชนบทมากขึ้นก็ได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลในระดับหนึ่ง รวมไปถึงการออกกฎหมายเพื่อปรับปรุงการสาธารณสุขและการป้องกันโรคในท้องถิ่น นับได้ว่ารัฐบาลได้รับอิทธิพลจากเสียงเรียกร้องเหล่านี้มากพอสมควร มีส่วนในการถ่วงดุลและกำหนดทิศทางของรัฐบาลในการดำเนินการด้านสุขภาพพลเมือง ไม่ใช่เป็นการที่รัฐบาลสามารถใช้อำนาจดำเนินการได้ตามต้องการ ทำให้ในการพิจารณาบทบาทของรัฐในกิจการสุขภาพพลเมืองจะต้องลดมุมมองเรื่องอำนาจรัฐที่เพื่อประโยชน์ของรัฐลงบ้าง และหันมาพิจารณาปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลประกอบกันมากขึ้น

แนวคิดอื่นๆในทางสุขภาพพลเมือง

ในช่วงปลายของสมัยที่พันเอกพระยาพหลพลพยุหเสนาเป็นนายกรัฐมนตรี ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2480 รัฐบาลได้ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการอนามัยในชนบทในบูรพทิศไกล จัดขึ้นโดยสันนิบาตชาติ ที่เมืองบันดุง เกาะชวา การประชุมครั้งนี้สันนิบาตชาติได้มีการส่งคณะกรรมการหลายนายมาติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศอินเดีย ซีลอน มลายู ไทย อินโดจีน เนเดอร์แลนด์อินดีส์ และฟิลิปปินส์ เพื่อดูกิจการอนามัยชนบทในท้องที่ต่างๆของประเทศเหล่านี้ในช่วงปีพ.ศ.2479 เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการประชุมในปีพ.ศ.2480 ในส่วนของประเทศไทยก็ได้ต้อนรับคณะกรรมการของสันนิบาตชาติที่มาดูงานในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2479 โดยได้ไปดูกิจการที่จังหวัดนครปฐม สมุทรปราการ พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี เชียงใหม่¹⁹⁷

เมื่อสันนิบาตชาติมีหนังสือเชิญให้ประเทศไทยส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2480* กระทรวงมหาดไทยได้เสนอต่อรัฐบาลว่าการประชุมเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญสำหรับ

¹⁹⁷ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 17 เมษายน 2479 และร่างกำหนดการดูงานโดยกรมสาธารณสุข” ใน หจข. สร.0201.24.3/8 การประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบท (Rural Hygiene) (พ.ศ.2478-2481).

* ช่วงปีพ.ศ.2475-2479 ประเทศไทยได้รับคำเชิญให้ส่งผู้แทนเข้าร่วมการประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับกิจการด้านสุขภาพในหลายด้านเป็นจำนวนหลายครั้ง แต่ส่วนมากรัฐบาลไทยก็ปฏิเสธที่จะส่งผู้แทนเข้าร่วมโดยให้เหตุผลเป็นต้นว่า

ความก้าวหน้าในการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอันมาก สมควรที่รัฐบาลจะส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม โดยควรจะเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการอนามัยในชนบทและเป็นผู้ที่รอบรู้ในการสาธารณสุข การปกครอง การเกษตร การสหกรณ์ การปรับปรุงแก้ไขสภาพแห่งชนบท และปัญหาเรื่องประชาชน โดยที่ระเบียบวาระการประชุมตามที่สันนิบาตชาติได้กำหนดไว้นั้นมีหัวข้อสำคัญ 5 ข้อ คือ 1. การสาธารณสุขและการแพทย์ทั่วไป 2. การแก้ไขปรับปรุงสภาพแห่งชนบทและการร่วมมือของพลเมือง 3. การสุขภาพและวิศวกรรมสุขภาพ 4. เรื่องอาหาร 5. วิธีการระงับโรคติดต่อบางอย่างในชนบท¹⁹⁸ ในที่สุดคณะรัฐมนตรีก็ได้อนุมัติให้ส่งพระยาประคิตกมลศาสตร์นายช่างใหญ่กรมโยธาเทศบาล และพระชาลววิจิตรเวชช์ หัวหน้ากองสาธารณสุขท้องถิ่นกรมสาธารณสุขเป็นตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุม

หลังจากที่ได้ไปประชุมกลับมาแล้วพระยาประคิตกมลศาสตร์และพระชาลววิจิตรเวชช์ก็ได้ทำรายงานการประชุมเสนออธิบดีกรมสาธารณสุขในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2480 และได้ให้ข้อเสนอแนะเป็นรายเรื่องดังนี้

- เรื่องการสาธารณสุขและการแพทย์ทั่วไป ผู้เสนอเห็นว่า การป้องกันโรคจะทำให้อนามัยของพลเมืองดีขึ้นเร็วและประหยัดกว่าวิธีการอื่นๆ รัฐบาลควรจะต้องถือคตินี้เป็นนโยบายและ “อย่าให้การสาธารณสุขอยู่ล้าหลังการแพทย์ได้ไม่ว่าขณะใด” ควรให้มีผู้ช่วยแพทย์ประจำตำบลเพื่อเก็บสถิติจำนวนคนป่วยและตายตามชนบท การมีโรงพยาบาลประจำเมืองและมีสุขศาลาประจำท้องถิ่นห่างออกไปนับว่าเป็นรากฐานที่ดี แต่การติดต่อกับราษฎรทั่วไปยังเป็นปัญหาที่ยากอยู่จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยแพทย์ประจำตำบลให้มีหน้าที่ทั้งการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุข โดยควรจะอบรมขึ้นมาจากคนในท้องถิ่นเองและรักษาสภาพความเป็นคนชนบทให้มากที่สุด

กิจการด้านการแพทย์สาธารณสุขไทยยังไม่พร้อมที่จะนำเข้าสู่กิจการระหว่างประเทศ หรือไม่กี่เรื่องประชุมกันไม่ได้อยู่ในปัญหาของประเทศไทย หรือไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่จะทำให้อำนาจประโยชน์จากการประชุม เช่น การประชุมของสมาคมอายุรเวชกรรมและโสตถกรรมของทหาร การประชุมสมาคมศัลยแพทย์ การประชุมว่าด้วยโรงพยาบาลเป็นต้น แต่การเข้าร่วมประชุมเรื่องการอนามัยชนบทในปีพ.ศ.2480 เข้าใจว่าน่าจะเป็นเพราะรัฐบาลเห็นว่าหัวข้อการประชุมมีความสำคัญและก็ต้องการที่จะดูกิจการระหว่างประเทศมาใช้ในการจัดการสุขภาพพลเมืองของไทย (ดูเอกสารการประชุมระหว่างประเทศเรื่องสาธารณสุข พ.ศ.2475-2497 ได้ใน หจข. สร.0201.24.3 การประชุมระหว่างประเทศ-การสาธารณสุข).

¹⁹⁸ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 26 พฤศจิกายน 2479” ใน หจข. สร. 0201.24.3/8 การประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบท (Rural Hygiene) (พ.ศ.2478-2481).

* พระชาลววิจิตรเวช (นายแพทย์แสง สุทธิพงษ์) เป็น อธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่างพ.ศ.2485-2489 และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 6 เดือนในปีพ.ศ.2490.

- เรื่องการแก้ไขปรับปรุงสภาพแห่งชนบทและการร่วมมือของพลเมือง ผู้เสนอเห็นว่าควรให้ความสำคัญเรื่องสวัสดิภาพชนบทเป็นปัญหาใหม่ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่โตกว่างานสาธารณสุข โดยเฉพาะ ต้องประสานกันทั้งด้านกระทรวงมหาดไทย เศรษฐกิจการ เกษตรการ และธรรมการ โดยมีหลักการคือตราบไคที่ราษฎรยังไม่มีสวัสดิภาพในทางเศรษฐกิจ จะหวังความสำเร็จในทางสาธารณสุขมากนักไม่ได้ ความเจริญของชาติจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อราษฎรตามชนบทได้เลื่อนฐานะเจริญขึ้นเป็นลำดับ ความหมดเปลืองในชีวิตจะต้องลดน้อยลงและการทำงานหนักจะต้องทิวผลขึ้น รัฐบาลจะต้องจัดกิจการที่เป็นประโยชน์ต่อราษฎรในทางอาชีพ
- เรื่องการสุขาภิบาลและวิศวกรรมสุขาภิบาล ผู้เสนอเห็นว่าควรให้ความสำคัญในเรื่องการกำหนดผังเมืองหมู่บ้านและท้องถิ่น เรื่องน้ำบริโภคมตามชนบทก็ควรมีการค้นคว้าและบำรุงเป็นพิเศษ การจัดการส้วมควรให้มีทุกบ้าน รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอย
- เรื่องอาหาร ผู้เสนอเห็นว่าอาหารเป็นเรื่องสำคัญยิ่งของการสาธารณสุข ควรมีแผนกพิเศษเรื่องอาหารคอยค้นคว้าความรู้และโฆษณาแก่ประชาชน
- เรื่องการระงับโรคติดต่อบางอย่างในชนบท ผู้เสนอเห็นว่าโรคที่สำคัญและเป็นปัญหาในทางสุขภาพพลเมืองอยู่หลายโรค ได้แก่ โรคไข้จับสั่น เป็นโรคที่มีความสำคัญในการกำจัดให้หมดไป ควรยกฐานะเป็นกองการใหญ่อันหนึ่งในกรมสาธารณสุข วัณโรค วิธีที่จะให้ประโยชน์มากที่สุดคือการสุขศึกษาและควรขยายหน่วยอนามัยให้มีมากขึ้น กาฬโรค แม้ว่าจะปรากฏเป็นปัญหาน้อยในประเทศเวลานี้ แต่ก็ไม่ควรจะลดกิจการลงเพราะเมื่อเกิดชุกชุมในประเทศอื่นก็อาจระบาดมาในประเทศไทยได้สะดวก โรคคุดทะราด ควรจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่โดยเฉพาะ ทำการรักษาไปพร้อมกับการสุขศึกษา นอกจากนี้ยังมี โรคเรื้อน โรคจิต เป็นต้น¹⁹⁹

กล่าวได้ว่าสิ่งที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้คือการให้ความสำคัญกับอนามัยในชนบทมากขึ้นโดยใช้การสาธารณสุขและการป้องกันโรครวมทั้งการสุขาภิบาล ต้องการที่จะเข้าไปให้ถึงประชาชนในชนบทให้มากกว่าเดิมโดยใช้บุคลากรที่มาจากท้องถิ่นเองและมีความเป็นข้าราชการน้อยลง นอกจากนี้ยังมีแนวคิดอีกอย่างที่สำคัญคือการบำรุงสวัสดิภาพด้านต่างๆของประชาชนในชนบทควบคู่ไปกับด้านสุขภาพ โดยบำรุงพลเมืองในทางเศรษฐกิจเพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้นตามมา เป็นความคิดในทางกลับกันกับแนวคิดรัฐเวชกรรมที่ต้องการให้พลเมืองมีสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าต่อประเทศ

¹⁹⁹ “รายงานการประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบทในรูปทิศไกลส่งถึงอธิบดีกรมสาธารณสุข วันที่ 30 กันยายน 2480” ใน หจข. สร.0201.24.3/8 การประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบท (Rural Hygiene) (พ.ศ.2478-2481).

โดยสรุปแล้วกิจการด้านสุขภาพพลเมืองส่วนมากที่รัฐได้ดำเนินการในระหว่างพ.ศ.2475-2481 ถูกกำหนดโดยหลักการและแนวคิดหลายอย่างรวมกันอยู่ในการจัดการกับพลเมือง มีทั้งความต้องการจัดระเบียบวิถีชีวิตพลเมือง ความต้องการขยายกลไกการควบคุมและคุ้มครองพลเมือง ความต้องการเพิ่มพลเมืองในทางปริมาณและคุณภาพเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ยังไม่เด่นชัดนักว่าความต้องการหลักของรัฐในช่วงนี้จะอยู่ในด้านใด ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอุดมการณ์ทางการเมืองของรัฐที่มีหลายอย่างซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นมา เช่น แนวคิดเรื่องชาติ แนวคิดประชาธิปไตย ความต้องการเผยแพร่ระบอบการปกครองใหม่รวมทั้งรัฐบาลให้เป็นที่ยอมรับ เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการจัดการกิจการสุขภาพพลเมืองที่เกิดขึ้นจริงก็ไม่ค่อยเป็นไปตามหลักการนัก เนื่องจากการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ซึ่งส่วนหนึ่งก็แสดงให้เห็นว่ารัฐยังคงให้ความสำคัญกับกิจการด้านสุขภาพพลเมืองน้อยมากเมื่อเทียบกับกิจการด้านอื่นของประเทศ กิจการด้านสุขภาพพลเมืองเกือบทั้งหมดอยู่ภายใต้การดำเนินงานของกรมสาธารณสุขซึ่งเป็นเพียงกรมหนึ่งในกระทรวงมหาดไทยเท่านั้น แสดงให้เห็นว่าในสายตาของรัฐ กิจการด้านสุขภาพพลเมืองยังไม่ใช่งานหลักที่สำคัญของประเทศ ไม่อาจเทียบได้กับกิจการอื่นเช่น การต่างประเทศ การทหาร การศึกษา การเศรษฐกิจ การเกษตร ฯลฯ ซึ่งมีความสำคัญในระดับกระทรวง อย่างไรก็ตาม กิจการด้านสุขภาพในช่วงนี้ก็มีความเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าไปจากสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์อยู่บ้าง กล่าวคือมีความก้าวหน้าจากที่เป็นเพียงการขยายบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานสู่หัวเมืองในช่วงปลายสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์²⁰⁰ มาเป็นการขยายกิจการสุขภาพที่ลงลึกในการแก้ไขปัญหาแต่ละด้านมากขึ้นรวมไปถึงการควบคุมและควบคุมพลเมืองได้มากขึ้นด้วย

ผลของกิจการสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง

ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โดยคณะราษฎร รวมทั้งการเผยแพร่หลักการของประชาธิปไตยไปสู่ราษฎรในเวลาต่อมา ทำให้ราษฎรมีความคาดหวังที่จะได้เห็นความเปลี่ยนแปลงของประเทศที่จะเป็นประโยชน์แก่ตน นำมาซึ่งการเรียกร้องการดำเนินการต่างๆจากรัฐบาลผ่านหลายช่องทาง ทั้งทางตรงคือการส่งจดหมายแสดงความคิดเห็นมายังรัฐบาล และทางอ้อมคือความคิดเห็นผ่านสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ความเป็นไปดังนี้ได้ส่งผลถึงการดำเนินการของรัฐบาลไม่น้อย ดังที่เห็นแล้วในการดำเนินกิจการด้านสุขภาพ ได้แก่การ

²⁰⁰ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” หน้า 239.

ขยายสถานพยาบาลคือสุขศาลาสู่ท้องถิ่น การปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข และการป้องกันโรคระบาด รวมไปถึงการจัดการควบคุมโรคต่างๆที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม การดำเนินการเหล่านี้เป็นการดำเนินการที่เกินกว่าบริการขั้นพื้นฐานในทางสุขภาพที่มีมาแต่เดิม ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ซึ่งเมื่อมีการขยายบริการที่เป็นกรเฉพาะและหลากหลายมากขึ้นก็ย่อมส่งผลถึงวิถีชีวิตของพลเมืองได้มากขึ้น

ประเด็นแรกคือการปรับปรุงกฎหมายการสาธารณสุขและโรคระบาดที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตของพลเมืองโดยตรง เนื่องจากพลเมืองต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปตามที่กฎหมายกำหนด ไม่เช่นนั้นจะเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายและนำมาซึ่งการลงโทษ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตดังกล่าวก็คือการปรับตัวให้เข้ากับหลักการของการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งรัฐบาลเห็นว่าเป็นสิ่งที่ดีและสมควรนำมาเป็นการแพทย์หลักของประเทศและพลเมือง นำไปสู่การนำหลักการแพทย์สมัยใหม่สอดแทรกเข้าไปในกฎหมาย เพื่อให้พลเมืองปฏิบัติตาม ซึ่งกฎหมายดังกล่าวก็ส่งผลต่อวิถีชีวิตของพลเมืองไม่น้อยเนื่องจากครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ เช่น เรื่องการค้าขายตามตลาด การขายของหาบเร่ การรักษาความสะอาดบ้านเรือนและถนนหนทาง การสร้างส้วมและการขับถ่าย เป็นต้น นับว่าทำให้พลเมืองต้องคอยระแวดระวังตนในการดำเนินชีวิตมากขึ้นเพื่อไม่เป็นการเสี่ยงต่อการผิดกฎหมาย และการที่ต้องคอยระวังตนในการปฏิบัติตัวก็ทำให้ต้องซึมซับถึงหลักการแพทย์สมัยใหม่ที่สอดแทรกอยู่ในกฎหมายไปโดยปริยายบ้างไม่มากก็น้อย ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากความรู้หรือความไม่รู้ในแบบจารีตที่สั่งสมมานานในสังคมท้องถิ่น

ประเด็นต่อมาคือการขยายบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์สมัยใหม่ในรูปสถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะสุขศาลาที่เข้าไปอยู่ในท้องถิ่น สถานพยาบาลเหล่านี้มีบทบาทในการรักษาโรค ป้องกันโรค และให้การสุขศึกษาแก่พลเมืองในท้องที่ตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งจากตัวเลขจำนวนผู้เข้ารับบริการก็นับว่าเป็นที่นิยมในระดับหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าพลเมืองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาการแพทย์พื้นบ้านในท้องถิ่น มาพึ่งพาการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐกันมากขึ้น โดยถือได้ว่าเป็นความสมัครใจเลือกใช้บริการจากรัฐ ซึ่งต่างจากกฎหมายการสาธารณสุขที่เป็นการบังคับควบคุม การที่สมัครใจเข้ารับบริการทางสุขภาพตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ดังนี้จะเปิดโอกาสให้เกิดผลที่ตามมาคือพลเมืองได้เห็นถึงปฏิบัติการและผลของการแพทย์สมัยใหม่โดยตรงและใกล้ชิดยิ่งขึ้น หากได้รับผลการรักษาที่ดีก็ย่อมเป็นที่นับถือเลื่อมใสและนิยมในหมู่พลเมือง หากไม่ดีก็จะเป็นที่นิยม ซึ่งผลก็เป็นไปดังตัวเลขจำนวนผู้เข้ารับบริการ ก็คือเป็นที่นิยม นอกจากนี้ความพยายามในการขึ้นทะเบียนแพทย์แผนโบราณน่าจะส่งผลกระทบต่อคนในท้องถิ่นไม่น้อย เนื่องจากการขึ้นทะเบียนย่อมทำให้มีแพทย์แผนโบราณที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามกฎหมายลดน้อยลง เป็นการลำบากแก่พลเมืองในท้องถิ่นชนบทซึ่งห่างไกล

ความเจริญและบริการสุขภาพจากรัฐ อย่างไรก็ตามหลักของการขึ้นทะเบียนแพทย์แผนโบราณในมุมมองของรัฐก็คือการคุ้มครองพลเมืองจากบริการทางการแพทย์ที่ไม่ดีหรือไม่น่าเชื่อถือ แต่สำหรับพลเมืองในท้องถิ่นแล้ว ความได้ผลหรือไม่ได้ผล ความน่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ไม่น่าจะสำคัญเท่ากับความอุ่นใจที่มีผู้คอยดูแลยามเจ็บป่วย เป็นเหตุให้เกิดการถกเถียงในสภาผู้แทนราษฎรเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่บ่อยครั้ง

การที่พลเมืองเริ่มเปลี่ยนจากการพึ่งพาแพทย์พื้นบ้านในชุมชนมาเป็นพึ่งแพทย์และสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้รับการรักษาด้วย กล่าวคือรูปแบบเดิมจะเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างใกล้ชิดเนื่องจากแพทย์พื้นบ้านก็เป็นคนในชุมชนด้วยกัน ในเรื่องค่ารักษาก็ไม่ตายตัว อาจให้เป็นเงินทองหรือสิ่งของตามสมควรเมื่อรักษาให้หายจากโรคได้ แต่ในรูปแบบใหม่เป็นการที่ชาวบ้านไปเข้ารับการรักษาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งก็เป็นตัวแทนในการใช้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ด้วย แม้บางครั้งผู้ที่ทำการรักษาจะไม่ใช่แพทย์โดยตรงแต่ก็ทำหน้าที่ในฐานะของแพทย์หรือหมอ คือทำการรักษาโรค เมื่อเป็นดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์จึงเป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่เป็นหลักคือหมอกับคนไข้ ซึ่งคนไข้ก็ต้องยอมตนอยู่ในคำสั่งของหมอ และจ่ายเงินเป็นค่ายา ค่าหมอ และค่าบำรุงรัฐตามเกณฑ์

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องการควบคุมโรคต่างๆที่เป็นปัญหาสำคัญ เช่น โรคไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคจิต รวมไปถึงการสงเคราะห์มารดาและเด็ก ซึ่งแม้ว่าจากสถิติจะยังไม่เห็นผลการดำเนินงานที่เด่นชัดนัก โรคที่มีมากและเป็นปัญหาก็ยังคงมีมากและเป็นปัญหาอยู่ตลอดช่วงสมัยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากวิทยาการทางการแพทย์ของสมัยนั้นที่ยังไม่พบวิธีที่ดีในการจัดการกับโรคต่างๆเหล่านี้ อย่างไรก็ตามผลของกิจการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญก็ได้ทำให้กลุ่มคนหรือท้องที่ที่มีโรคเหล่านี้ตกเป็นเป้าหมายที่ได้รับการเพ่งเล็งจากรัฐ และตกอยู่ภายใต้การจัดการซึ่งเพิ่มขึ้นจากพลเมืองหรือท้องที่อื่นๆ

โดยรวมแล้วเนื้อหาในบทนี้ต้องการจะชี้ให้เห็นว่ากิจการสุขภาพพลเมืองโดยรัฐในช่วงหลังจากปีพ.ศ.2475 ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายๆอย่างที่ไม่น่าตายตัวและมีการขับเคลื่อนไปเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นการเสนอความคิดเห็นจากกลุ่มราษฎรเรียกร้องให้รัฐบาลจัดการดูแลปัญหาสุขภาพของราษฎร ที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 การต่อสู้เรียกร้องจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรที่ต้องการให้รัฐบาลใช้ทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท หรือแนวคิดเรื่องของรัฐต้องบำรุงความสุขรวมทั้งเศรษฐกิจความเป็นอยู่ของราษฎรซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง แนวคิดเรื่องความเสมอภาคเท่าเทียมกันที่เกิดขึ้นจากสำนึกความเป็นประชาธิปไตยและความเป็นมนุษย์ ความพยายามสร้างความชอบธรรมของรัฐบาลระบอบใหม่ที่ต้องการแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลใหม่บำรุงความสุขของราษฎรและบริหารอย่าง

มีหลักวิชามากกว่ารัฐบาลเก่า แนวคิดเรื่องชาติที่อธิบายถึงทุกสิ่งทุกอย่างในสังคมอย่างสัมพันธ์กัน ทำให้กิจการด้านสุขภาพพลเมืองกลายเป็นกิจการที่สำคัญอย่างหนึ่งของชาติส่งผลต่อเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าของชาติ เหล่านี้ทำให้รัฐเข้าดำเนินการจัดการกับสุขภาพของพลเมืองในด้านต่างๆ มีการมองในสิ่งที่เป็นปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ซึ่งโดยมากแล้วมักจะเป็นการจัดการในภาครวมให้ครอบคลุมพลเมืองมากๆ เช่น การขยายโรงพยาบาล สุขศาลา การควบคุมป้องกันโรคต่างๆ การใช้กฎหมายสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งการที่รัฐอยู่ภายใต้อิทธิพลและการตรวจสอบจากหลายฝ่ายรวมทั้งจากวงนอกของอำนาจรัฐในการดำเนินการด้านสุขภาพพลเมือง ทำให้คำอธิบายว่าเป็นการขยายอำนาจรัฐไปควบคุมร่างกายพลเมืองเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ ไม่เพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ การขยายอำนาจของรัฐแม้ว่าส่วนใหญ่จะคำนึงถึงประโยชน์ของรัฐเป็นสำคัญ แต่ก็ยังต้องคำนึงถึงประโยชน์ของพลเมืองด้วย แต่ไม่ว่าจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ของรัฐหรือประโยชน์ของพลเมือง การดำเนินการด้านสุขภาพของรัฐก็ได้ส่งผลต่อวิถีชีวิตของพลเมืองอย่างกว้างขวาง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

การเพิ่มพลเมืองและการสร้างเสริมร่างกายพลเมือง ในสมัยรัฐบาลชาตินิยม พ.ศ.2481-2487

หลังจากที่รัฐบาลของพระยาพหลพลพยุหเสนาแพ้นิติในสภาฯในเรื่องวิธีการเสนอร่างพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีพ.ศ.2481 รัฐบาลจึงได้ประกาศยุบสภาฯในวันที่ 11 กันยายน พ.ศ.2481 และให้มีการเลือกตั้งใหม่ในวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2481 ในครั้งนี้พระยาพหลพลพยุหเสนาประกาศที่จะไม่รับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี คณะราษฎรจึงได้พิจารณาเลือกนายกรัฐมนตรีคนใหม่โดยเสนอชื่อจอมพลป.พิบูลสงคราม (ยศขณะนั้นคือพันเอกหลวงพิบูลสงคราม) เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ.2481

สุชาติ ยิ้มประเสริฐได้กล่าวถึงรัฐบาลใหม่ของจอมพลป.พิบูลสงครามว่า มีแนวโน้มในทางที่ใช้อำนาจเด็ดขาดแบบลัทธิทหารนิยมมากขึ้น ลักษณะนี้มีที่มาจากสถานการณ์ระหว่างประเทศในขณะนั้น กล่าวคือกระแสความคิดแบบอำนาจเด็ดขาดพัฒนาขึ้นทั้งในอิตาลี ญี่ปุ่น เยอรมนี ประเทศเหล่านี้สร้างชาติด้วยระบอบฟาสซิสต์ ซึ่งเป็นระบอบที่วางรากฐานอยู่ที่ลัทธิชาตินิยมและทหารนิยมและประสบความสำเร็จ ในขณะที่ประเทศประชาธิปไตยเต็มรูปแบบเช่น ฝรั่งเศสมีแต่เหตุการณ์กบฏนายพลเปลี่ยนรัฐบาลเสมอ ทำให้รัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามมีแนวโน้มจะรับความคิดแบบอำนาจเด็ดขาดที่จะสร้างชาติภายใต้ผู้นำที่เข้มแข็ง แต่กระนั้นรัฐบาลของจอมพลป.พิบูลสงครามก็มีลักษณะพิเศษคือยังคงรักษาระบอบรัฐธรรมนูญอันเป็นเป้าหมายที่คณะราษฎรต้องการสถาปนาอยู่ต่อไป และอย่างมีเสถียรภาพอีกด้วย ดังที่จอมพลป.พิบูลสงครามแสดงเจตนารมณ์ให้เห็นเสมอว่าตนต้องการรักษาหลักการเดิมของคณะราษฎร สุชาติ ยิ้มประเสริฐสรุปว่าระบอบพิบูลสงครามมี “ทวิลักษณะ” ทั้งที่เป็นประชาธิปไตยแบบก้าวหน้าอันเป็นอิทธิพลที่ตกทอดมาจากการปฏิวัติพ.ศ.2475 แต่อีกด้านหนึ่งก็เป็นการปกครองที่มีแนวโน้มเบ็ดเสร็จแบบเผด็จการทหาร¹

สุชาติ ยิ้มประเสริฐยังได้อธิบายต่อว่า ภายใต้ระบอบพิบูลสงคราม การปฏิรูปทางเศรษฐกิจและสังคมก็ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป เช่น การประกาศเลิกภาษีรัชชูปการและใช้ประมวลรัชฎากรแทนในเดือนมีนาคม พ.ศ.2481 ซึ่งเป็นการปรับปรุงระบบภาษีให้เป็นธรรมมากขึ้นและยกเลิกภาษีรายหัวแบบศักดินา นอกจากนี้ก็คือการที่รัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามได้มีการรณรงค์ลัทธิชาตินิยมมากขึ้นโดยมีการออก “นโยบายสร้างชาติ” เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนไทยมี

¹ สุชาติ ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: พี.เพรส, 2551), หน้า 42-43.

ความรักชาติและเสียสละเพื่อชาติ ในสมัยนี้ความเป็นประชาชนจะมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นในฐานะที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญภายในชาติและเป็นพลังร่วมสร้างชาติ การสร้างชาตินั้น ส่วนหนึ่งรัฐบาลก็ได้มีเป้าหมายที่จะเร่งรัดให้ราษฎรมีความรู้ถึงขั้นอ่านออกเขียนได้มากยิ่งขึ้น จึงได้ตั้งโครงการศึกษาผู้ใหญ่เพื่อให้ผู้ใหญ่ที่พ้นวัยเรียนได้กลับเข้ามาเรียนหนังสือให้อ่านออกเขียนได้โดยเร็ว นอกจากนี้ก็คือการเร่งการศึกษาภาคบังคับให้ทั่วถึงทั้งประเทศมากขึ้น ส่วนในทางวัฒนธรรมก็ได้มีการกำหนดแบบแผนปฏิบัติอันดีงามที่เรียกว่า “รัฐนิยม” เพื่อให้ประชาชนได้ยึดถือและปฏิบัติตามและในที่สุดก็ได้ออกมาเป็นกฎหมายบังคับใช้ได้แก่ พระราชบัญญัติบำรุงวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ.2483 และพระราชกฤษฎีกากำหนดวัฒนธรรมที่ประชาชนไทยต้องปฏิบัติตาม ซึ่งกำหนดแบบแผนการปฏิบัติตั้งแต่เรื่องการแต่งกาย กิริยามารยาท และกิจวัตรประจำวันของประชาชน² ซึ่งส่วนหนึ่งก็เกี่ยวข้องกับการจัดการกับร่างกายและสุขภาพของประชาชนด้วย

นโยบายสร้างชาติกับกิจการสุขภาพพลเมือง

ภายหลังจากที่เข้ามาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปลายปีพ.ศ.2481 จอมพลป.พิบูลสงครามก็เริ่มดำเนินนโยบายชาตินิยมภายใต้คำขวัญของ “การสร้างชาติ” ดังที่จอมพลป.พิบูลสงครามอธิบายว่า “การสร้างชาติก็คือการสร้างตัวของคนทุกคนในบรรดาประชากรของชาติให้ดี ถ้าเราทุกคนมีร่างกายแข็งแรง มีวัฒนธรรมดี มีศีลธรรมดีงามและมีอารยธรรมดี คืออย่างไทยซึ่งไม่มีใครจะดีกว่าอยู่แล้ว ประกอบอาชีพให้รุ่มรวยดังนี้ชาติไทยก็จะดีตามไปด้วยโดยมิต้องสงสัยเลย”³ ลักษณะสำคัญของการเมืองไทยตลอดยุคแรกๆของจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487) คือการปลุกเร้าความรู้สึกชาตินิยม เพื่อสร้างชาติให้มีความก้าวหน้าและเข้มแข็งทัดเทียมอารยประเทศ ภายใต้งานชี้นำของผู้นำ⁴

ชาญวิทย์ เกษตรศิริให้ความเห็นว่า การที่นโยบายสร้างชาติของจอมพลป.พิบูลสงครามก่อตัวขึ้นได้ก็เพราะจอมพลป.พิบูลสงครามสามารถผนึกอำนาจทางการเมืองได้ การมีอำนาจทางการเมืองอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้นำทางทหารสามารถก้าวเข้ามาปรับเปลี่ยนกลไกของรัฐด้านพลเรือนให้ตอบสนองต่อนโยบายสร้างชาติ มีการประกาศใช้รัฐนิยม

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 43-44.

³ “สุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรีกล่าวทางวิทยุกระจายเสียงแก่ประชาชนชาวไทยทั้งหมดในโอกาสพิธีสมโภชงานเฉลิมฉลองวันชาติ 24 มิถุนายน 2483,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/50 นายกรัฐมนตรีกล่าวคำปราศรัยแก่ประชาชนและสุนทรพจน์ โอวาท สาส์นวิงวอน (14 พ.ย.2482 – 17 ม.ค.2485).

⁴ ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐราชการกรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), หน้า 176-177.

12 ฉบับ ในระหว่างพ.ศ.2482-2485* สอดคล้องกับคำอธิบายของชัยอนันต์ สมุทวณิชที่ระบุว่าเมื่อจอมพลป.พิบูลสงครามขึ้นเป็นผู้นำประเทศ แนวโน้มของการส่งเสริมอำนาจเด็ดขาดของบุคคลเหนือระบอบการเมืองและระบบราชการก็เริ่มมีความเข้มข้นมากขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากการที่รัฐเริ่มขยายบทบาทเข้าไปแทรกแซงวิถีชีวิตของประชาชนมากขึ้นทุกที นับตั้งแต่การกำหนดเอกลักษณ์ของชาติและประชาชนเสียใหม่ไปจนถึงการกำหนดว่าอะไรควรกระทำในแต่ละวัน⁵ หรืออาจกล่าวได้ว่า “การสร้างชาติ” และ “วัฒนธรรมการเมืองแบบใหม่” ของจอมพลป.พิบูลสงครามได้ไปไกลกว่าเรื่องของหลักใหญ่ๆ ลงสู่รายละเอียดที่ “หยาบหยาบ” หรือ “เข้าไปยุ่งกับหัวหูของผู้คน” มากขึ้น แคมสุข นุ่มนนท์ให้ความเห็นว่า ในทางจิตวิทยา รัฐนิยมทั้ง 12 ฉบับทำให้ราษฎรรู้สึกว่าการประเทศกำลังเข้าสู่ยุคใหม่จริงๆ โดยที่รัฐบาลมีการออกกฎระเบียบต่างๆ และนำราษฎรถึงวิธีการปฏิบัติตนในสังคมรูปแบบใหม่ ตั้งแต่เรื่องการป้องกันประเทศ ไปจนถึงการแบ่งเวลาในชีวิตประจำวัน⁶

นอกจากนี้ ในการดำเนินนโยบายของจอมพลป.พิบูลสงคราม คำว่า “ประชาชน” เป็นคำที่ถูกใช้บ่อยขึ้นและได้เข้ามาแทนที่คำว่า “ราษฎร” ชาญวิทย์ เกษตรศิริอธิบายว่า คำว่าประชาชนถูกใช้ในแง่ความหมายของมวลชน และเป็นมวลชนที่รัฐบาลพยายามจูงใจให้คล้อยตามและเป็นฐานสนับสนุน⁷ สอดคล้องกับนครินทร์ เมฆไตรรัตน์ที่อธิบายว่าลักษณะเด่นหนึ่งของการดำเนิน

* รัฐนิยมฉบับที่ 1 เรื่องการใช้ชื่อประเทศ ประชาชน และสัญชาติ (24 มิถุนายน 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 2 เรื่องการป้องกันภัยที่จะบังเกิดแก่ชาติ (3 กรกฎาคม 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 3 เรื่องการเรียกชื่อชาวไทย (2 สิงหาคม 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 4 เรื่องการเคารพธงชาติ เพลงชาติ และเพลงสรรเสริญพระบารมี (8 กันยายน 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 5 เรื่องให้ชาวไทยพยายามใช้เครื่องอุปโภคบริโภคที่มีกำเนิดหรือทำขึ้นในประเทศไทย (1 พฤศจิกายน 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 6 เรื่องทำนองและเนื้อร้องเพลงชาติ (10 ธันวาคม 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 7 เรื่องชักชวนให้ชาวไทยร่วมกันสร้างชาติ (21 มีนาคม 2482)

รัฐนิยมฉบับที่ 8 เรื่องเพลงสรรเสริญพระบารมี (1 เมษายน 2483)

รัฐนิยมฉบับที่ 9 เรื่องภาษาและหนังสือไทยกับหน้าที่พลเมืองดี (24 มิถุนายน 2483)

รัฐนิยมฉบับที่ 10 เรื่องการแต่งกายของประชาชนชาวไทย (15 มกราคม 2484)

รัฐนิยมฉบับที่ 11 เรื่องกิจประจำวันของคนไทย (8 กันยายน 2485)

รัฐนิยมฉบับที่ 12 เรื่องการช่วยเหลือคุ้มครองเด็ก คนชรา หรือคนทุพพลภาพ (28 มกราคม 2485)

อ้างมาจาก ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติศาสตร์การเมืองไทย 2475-2500 (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2549), หน้า 199-200.

⁵ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 100 ปีแห่งการปฏิรูประบอบราชการ: วิวัฒนาการของอำนาจรัฐและอำนาจการเมือง, (กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2541), หน้า 108-109.

⁶ แคมสุข นุ่มนนท์, เมืองไทยสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง, (กรุงเทพฯ: สายธาร, 2544) หน้า 62-63.

⁷ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติศาสตร์การเมืองไทย 2475-2500, หน้า 200-203.

นโยบายของจอมพลป.พิบูลสงครามคือการปลุกใจให้ราษฎรมีความรู้สึกว่าเป็นประเทศและระบอบการเมืองได้ก้าวเข้าสู่ยุคใหม่อย่างแท้จริง รัฐบาลกับราษฎรเป็นหนึ่งเดียวกัน และทุกสิ่งทั้งรัฐบาลดำเนินการเป็นไปตาม “มติมหาชน”⁸

สำหรับกิจการสุขภาพพลเมืองนั้นกล่าวได้ว่าในช่วงแรกของรัฐบาล ระหว่างปีพ.ศ.2481-2484 เป็นสิ่งที่ดำเนินการสืบเนื่องจากสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนา เป็นการขยายกิจการเดิมให้มากขึ้นและกว้างขวางขึ้น ยังไม่มีการเพิ่มเติมหลักการใหม่ๆมากนัก ในการแถลงนโยบายด้านการสาธารณสุขของรัฐบาลเมื่อปีพ.ศ.2481 ก็เป็นเพียงการกล่าวสรุปความสั้นๆ ไม่มีการแจกแจงสิ่งที่จะทำ กล่าวแต่เพียงว่ารัฐบาลจะจัดให้มี “สถานพยาบาลพร้อมด้วยเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นในส่วนภูมิภาค” เพื่อให้ “ราษฎรในชนบทได้รับความสะดวกในการบำบัดโรค” “ขยายการส่งเสริมสุขภาพตามชนบทและเพิ่มหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้มากขึ้น” และ “ส่งเสริมการสาธารณสุขในเขตเทศบาลให้เป็นไปด้วยดี”⁹ ต่อมาในเวลาไม่ถึง 1 ปี ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2482 รัฐบาลก็ได้มีการโฆษณากิจการที่ได้ดำเนินการต่อประชาชนทางวิทยุกระจายเสียง กิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอยู่ในส่วนของกระทรวงมหาดไทย โดยประกาศว่าได้มีการ จัดการอบรมผู้ช่วยแพทย์ไปประจำส่วนภูมิภาคตามชนบทต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาแพทย์ไม่พอ ส่งเสริมการผดุงครรภ์และบริบาลทารกโดยจัดอบรมหมอด่าแยไปประจำท้องที่ จัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่เพื่อทำการส่งเสริมการสุขภาพในชนบท การศึกษา การบำบัดโรค และสำรวจอนามัยแก่ประชาชน จัดการป้องกันไข้จับสั่นบริเวณที่มีชุกชุม จัดการให้มีบ่อน้ำสะอาดเพื่อป้องกันโรคทางลำไส้ เป็นต้น¹⁰ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้มีการเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่สมัยพระยาพหลพลพยุหเสนาแล้วเกือบทั้งสิ้น (ดูในบทที่ 2) สิ่งที้อาจจะเป็นการเพิ่มขึ้นมากก็คือการจัดสรรให้มีเงินทุนเริ่มแรกสำหรับบำรุงท้องที่ เพื่อบำรุง “การสาธารณสุข การทาง การเหมืองฝายและพนัง” ตามท้องที่ตำบลจังหวัดต่างๆซึ่งขาดความเจริญเนื่องจาก “อยู่ห่างไกลและบกพร่องทางเศรษฐกิจ” นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการบำรุงชนบท ซึ่งเป็นอิทธิพลมาจากการประชุมสันนิบาตชาติว่าด้วยการอนามัยชนบทในปีพ.ศ. 2480 มีหลายท้องที่กันดารที่ได้รับเงินช่วยเหลือในส่วนนี้เช่นท้องที่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นต้น

⁸ นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, *ความคิด ความรู้ และอำนาจการเมืองในการปฏิวัติสยาม 2475*, (กรุงเทพฯ: ฟ้าเดียวกัน, 2546) หน้า 393.

⁹ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาลวันที่ 26 ธันวาคม 2481,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475-12 ธ.ค.2490).

¹⁰ “คำปราศรัยทางวิทยุกระจายเสียงเรื่องการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวงมหาดไทย วันที่ 5 มิถุนายน 2482,” ใน หจช. (2)สร.0201.93/8 รัฐมนตรีกล่าวสุนทรพจน์ทางวิทยุกระจายเสียง (24 ก.พ.2476 – 27 มี.ค.2494).

ในด้านสาธารณสุขก็ได้มีการนำเงินส่วนนี้ไปจัดทำผู้ยาตำราหลวง ขุดบ่อน้ำสะอาด ทำส้วม สร้าง
 สุขศาลา เก็บขยะมูลฝอย ฯลฯ¹¹ เนื่องจาก

“การสาธารณสุขของราษฎรในท้องถิ่นจะเป็นผลที่จะเกิดแก่ความเข้มแข็งของชาติ แต่ปรากฏว่าในส่วน
 ภูมิภาคราษฎรรอดพ้นจากการถูกเบียดเบียนด้วยโรคภัยได้น้อย เพราะสถานที่ที่จะบำบัดโรคภัยมีอยู่น้อย
 มาก ไม่พอกับความต้องการของปวงชน ส่วนมากมักจะตั้งอยู่ในเมืองหรือจังหวัด กว่าที่คนไข้จะเดินทาง
 มารักษาก็พอดีอาการหนักแทบจะรักษาไม่ได้อยู่แล้ว...ควรที่จะจ่ายเงินส่วนหนึ่งในเงินช่วยบำรุงท้องที่ไว้
 สมทบทุนในการจัดตั้งสุขศาลาประจำอำเภอทุกอำเภอ”¹²

แม้ว่ากิจการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขภาพรวมในช่วงแรกนี้จะไม่มีความ
 แตกต่างไปจากสมัยก่อนหน้านี้นักนัก ก็ไม่ได้หมายความว่ากิจการสุขภาพพลเมืองจะไม่ได้มี
 ความสำคัญ รัฐบาลและโดยเฉพาะนายกรัฐมนตรียังคงให้ความสำคัญกับกิจการสุขภาพพลเมือง
 แต่หันไปเน้นในเรื่องของสุขภาพบุคคลแทนและเชื่อมโยงเข้ากับนโยบายการสร้างชาติให้เป็น
 มหาอำนาจโดยการให้พลเมือง “สร้างตนเอง” ดังจะเห็นได้จากคำปราศรัยหลายครั้งของ
 นายกรัฐมนตรีต่อประชาชนในช่วงปีพ.ศ.2482-2483 เช่น คำปราศรัยทางวิทยุกระจายเสียงในวัน
 สิ้นปี 31 มีนาคม พ.ศ.2482 (ปฏิทินเก่า) กล่าวว่

“งานสร้างชาตินั้นเป็นงานใหญ่ ใหญ่ยิ่งสิ่งใดๆทั้งสิ้น...หลักสำคัญมีอยู่อย่างเดียว คือ ให้พี่น้องชาวไทย
 ทุกคนสร้างตัวของตนเอง ซึ่งเป็นการร่วมกันสร้างชาติไปพร้อมกันด้วย...รัฐบาลปรารถนาที่จะให้พี่น้อง
 ชาวไทยทุกคนมีพลานามัยดี แข็งแรง ไม่ชี้โรคอ่อนแอ การที่ท่านจะสร้างตัวของท่านให้สมบูรณ์ใน
 พลาณามัยได้ตั้งวันนี้ ย่อมขึ้นอยู่กับสภาพการกินอยู่หลับนอนของท่าน ซึ่งจะต้องให้เป็นไปตามคำแนะนำ
 ของนายแพทย์แห่งกรมสาธารณสุข...ถ้าท่านไม่ปฏิบัติก็คือว่าท่านไม่ต้องการช่วยรัฐบาลสร้างตัวของท่าน
 โดยตรง และชาติไทยเราก็จะได้รับผลคือมีแต่คนพิการพิการ ไม่สมประกอบ อ่อนแอ ออดแอต ชี้โรค สาม
 วันสี่วันไข้ และชาติจะได้กำลังจากไหน”¹³

และ คำปราศรัยทางวิทยุกระจายเสียงในวันชาติ 24 มิถุนายน พ.ศ.2483 กล่าวว่

“ประชาชนอันเป็นพลเมืองของชาตินั้น จำจะต้องปฏิบัติความเป็นอยู่ให้ชอบด้วยหน้าที่ของแต่ละคน เช่น
 ใครมีร่างกายอ่อนแอ ต้องบำรุงกำลังให้แข็งแรงขึ้น ใครเสื่อมโทรมในอนามัยถึงเจ็บไข้ ต้องรักษา ใคร

¹¹ “รายงานคณะกรรมการควบคุมโครงการบำรุงท้องที่ ครั้งที่ 1 วันที่ 29 มิถุนายน 2482,” ใน หจข. (2)สร.
 0201.5.1/3 กรรมการรายงานโครงการและวิธีปฏิบัติการบำรุงท้องที่ (28 ส.ค.-22 ธ.ค. 2482).

¹² “หนังสือจากร.ท.ชุตินิตยสุทธิ ผู้แทนราษฎรจังหวัดนครราชสีมาถึงนายกรัฐมนตรี วันที่ 25 สิงหาคม 2482,” ใน
 หจข. สร.0201.25/808 เสนอความเห็นเกี่ยวกับนโยบายทั่วไปของรัฐบาล (พ.ศ.2482).

¹³ “คำปราศรัยของนายกรัฐมนตรี กล่าวแก่ประชากรของชาติโดยทางวิทยุกระจายเสียง ในโอกาสที่สมเด็จพระวัน
 ท้ายศก 31 มีนาคม 2482,” ใน หจข.(2)สร.0201.10/50 นายกรัฐมนตรีกล่าวคำปราศรัยแก่ประชาชนและสุนทรพจน์ โอวาท
 สาส์นวิงวอน (14 พ.ย.2482 – 17 ม.ค.2485).

สมบูรณในพลานามัยแล้ว ต้องบำรุงตัวไว้อย่าให้โรคพยาธิมาเบียดเบียน...ทุกคนต้องคิดถึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว”¹⁴

จะเห็นได้ว่ารัฐบาลใช้วิถีกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกร่วมของประชาชนในทางชาตินิยม เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล ในที่นี้คือการให้ประชาชนสร้างและรักษาร่างกายตนเองให้แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ โดยการเชื่อฟังเจ้าหน้าที่ในทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นตัวแทนของรัฐบาลในการดูแลสุขภาพของประชาชน การดูแลสุขภาพบุคคลไม่ได้เป็นเพียงเรื่องส่วนตัวอีกต่อไป แต่ถือเป็นเรื่องส่วนรวม เป็นหน้าที่ที่รัฐบาลต้องการให้ประชาชนทำเพื่อประโยชน์ของชาติบ้านเมือง

การสร้างความเข้มแข็งในร่างกายของพลเมืองยังมีความเข้มข้นขึ้นเมื่อมีการกำหนดรัฐนิยมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกินอยู่ของประชาชน ในรัฐนิยมฉบับที่ 11 ลงวันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2484 เรื่องกิจวัตรประจำวัน มีเนื้อหาส่วนหนึ่งคือต้องการให้ชาวไทยมีกิจวัตรประจำวันตามปกติได้แก่ การบริโภคอาหารให้ตรงตามเวลาไม่เกิน 4 มื้อ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง เวลายุ่งควรออกกำลังกายโดยเล่นกีฬาวันละอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เป็นต้น โดยระบุว่าจะมีผลให้ประชาชนพลเมืองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง¹⁵ การกำหนดกิจวัตรประจำวันดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่เป็นบ่อเกิดของอำนาจในการชี้นำกำกับพฤติกรรมของผู้คนโดยการตัดสินว่าพฤติกรรมใดถูกหรือผิด และผูกขาดในการกำหนดว่าควรกินอาหารอย่างไร ควรพักผ่อนอย่างไร ควรทำให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคโดยวิธีใด ควรต้องออกกำลังกายอย่างไร เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่สร้างจากความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ทั้งสิ้น ดังนั้นอำนาจที่เข้าไปเป็นตัวการขับเคลื่อนที่แท้จริงในกรณีนี้ก็คือการที่รัฐอาศัย “วาทกรรมทางการแพทย์” เข้าไปควบคุมกำกับจัดการกับร่างกายของประชาชน โดยลงลึกไปถึงกิจวัตรประจำวันของผู้คน ซึ่งต่างไปจากเดิมที่แม้ว่าจะมีส่วนที่เป็นการควบคุมจัดการกับวิถีชีวิตของประชาชนก็เป็นเพียงในส่วนของ การดำเนินชีวิตโดยทั่วไป ให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย ถูกหลักอนามัย ทั้งในยามปกติและในยามที่เกิดโรคระบาดเท่านั้น (ดูในบทที่ 2) แต่ในสมัยรัฐบาลชาตินิยมนี้การควบคุมวิถีชีวิตของประชาชนได้เข้าไปถึงการ “กินอยู่หลับนอน” ชาติชาย มุกสงเห็นว่าการที่รัฐอาศัยวาทกรรมทางการแพทย์เป็นเครื่องมือทางการเมือง นอกจากจะเป็นการปูพื้นฐานด้านความคิดเกี่ยวกับอนามัย

¹⁴ “สุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรีกล่าวทางวิทยุกระจายเสียงแก่ประชาชนชาวไทยทั้งหมดในอภิลาختสมัยแห่งงานเฉลิมฉลองวันชาติ 24 มิถุนายน 2483,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/50 นายกรัฐมนตรีกล่าวคำปราศรัยแก่ประชาชนและสุนทรพจน์ โอวาท สาส์นวิงวอน (14 พ.ย.2482 – 17 ม.ค.2485).

¹⁵ “ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรัฐนิยมฉบับที่ 11 เรื่องกิจประจำวันของคนไทย,” ราชกิจจานุเบกษา 58 (9 กันยายน 2484):1132-1133.

ให้ประชาชนหันมายอมรับการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้นแล้ว ยังเป็นการสถาปนาอำนาจรัฐให้มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของประชาชนมากขึ้นผ่านทางเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อีกด้วย¹⁶

สอดคล้องกับความเห็นของนิธิ เอียวศรีวงศ์ที่ว่า การที่รัฐบาลเน้นให้พลเมืองเชื่อฟังและปฏิบัติตามเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนแสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ กล่าวคือ ในสังคมก่อนสมัยใหม่ ความรู้ วิชาการ และความชำนาญต่างๆจะเป็นสมบัติของทุกคน เช่น เมื่อคนโบราณจะสร้างบ้านก็ไม่ต้องไปหาวิศวกรเพราะวิศวกรก็อยู่ในหมู่บ้านหรืออยู่ที่ตัวเอง อยู่ที่สูง ฟันธง จึงสามารถสร้างบ้านได้โดยไม่ต้องอาศัยคนภายนอกมากนัก ส่วนในทางการแพทย์แม้จะไม่ถึงขนาดนั้นเสียทีเดียว แต่ก็ยังคล้ายคลึงกัน คือวิธีการดูแลสุขภาพของคนในสังคมก่อนสมัยใหม่มีการกระจายความรู้ออกไปกว้างขวางพอสมควร และก็มีหลากหลายแตกต่างกันไป ไม่ได้กระจุกตัวอยู่กับคนบางกลุ่ม หรือเฉพาะในมือแพทย์อย่างที่เห็นในสมัยหลัง แต่เมื่อเข้าสู่สังคมสมัยใหม่แล้วก็ได้มีวิชาเฉพาะต่างๆเกิดขึ้นมา เพื่อตอบสนองระบบการผลิตในเชิงอุตสาหกรรม มีการแยกเอาวิชาเหล่านี้ไปไว้ที่ตัวระบบ ตัวบุคคลตามหลักแบ่งงานกันทำ ทำให้เกิดภาวะที่สังคมต้องพึ่งพาระบบและบุคคลที่กุมความรู้ความชำนาญเหล่านี้มากขึ้น¹⁷ ซึ่งเมื่อนานวันเข้าก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความรู้ความชำนาญในส่วนของสังคมและท้องถิ่นลดลงจนไม่อาจพึ่งตัวเองได้ และต้องพึ่งพารัฐและบุคลากรเฉพาะทางแม้ในเรื่องเล็กน้อยๆ

ดังนั้นในช่วงเวลานี้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยจึงถูกผลิตขึ้นโดยสถาบันทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เช่น โรงพยาบาล สุขศาลาที่กำลังขยายตัว และที่สำคัญก็คือการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ผ่านการให้ความรู้ด้านสุขศึกษากับประชาชน ซึ่งสื่อมวลชนต่างๆที่กำลังเกิดขึ้นและขยายตัวอย่างมากในสังคมไทยกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในกระบวนการสร้างและสืบทอดวาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็นวาทกรรมชุดหลักของสังคม รัฐบาลได้ใช้วิธีการประชาสัมพันธ์อุดมการณ์ของรัฐผ่านช่องทางสื่อสารสมัยใหม่ที่กำลังขยายตัวและได้รับความสนใจจากมวลชนอย่างมหาศาลในขณะนั้นอย่างเช่นวิทยุกระจายเสียง รวมถึงสื่อสิ่งพิมพ์ที่ผลิตให้เข้าใจได้ง่ายอย่างเช่นภาพโปสเตอร์และใบปลิวต่างๆ

¹⁶ ชาติชาย มุกสง, “วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487),” *สังคมศาสตร์* 17, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2548): 58.

¹⁷ นิธิ เอียวศรีวงศ์, “องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต,” ใน *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย*, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548), หน้า 25-26.

รวมไปถึงภาพยนตร์สุขภาพ ซึ่งต่างก็ได้มีการผลิตขึ้นเป็นจำนวนมากในขณะนั้น¹⁸ นายแพทย์ สอน อันตะริกานนท์ผู้ซึ่งทำหน้าที่หัวหน้ากองสุขภาพเป็นเวลา 30 ปีระหว่าง พ.ศ.2467-2497 ได้ให้ความเห็นไว้ว่า “การสุขภาพศึกษาโดยภาพยนตร์อันมีอุปกรณ์พร้อมมูลและทันสมัย ได้ผลดียิ่งกว่าวิธีอื่นใด สำหรับการสุขภาพศึกษาแก่ประชาชน”¹⁹ จะเห็นได้ว่าในช่วงสมัยรัฐบาลจอมพลป.พิบูล สงครามนี้มีสื่อที่เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการแพทย์สมัยใหม่จำนวนมากและหลากหลายช่องทาง

ชาติชาย มุกสงได้สรุปว่า การดำเนินนโยบายสาธารณสุขในช่วงแรกของรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามเป็นการสร้างจิตสำนึกของประชาชนให้หันมายอมรับการแพทย์สมัยใหม่ผ่านทางสถาบันทางสังคมต่างๆอันเป็นการผลิตซ้ำทางอุดมการณ์ เพื่อครอบงำความคิดของประชาชน ซึ่งการแพทย์สมัยใหม่ได้ถูกรัฐสถาปนาให้เป็นความจริงและช่วยสร้างความทันสมัยให้แก่รัฐไปพร้อมกันด้วย เพราะชนชั้นปกครองคิดว่าการสร้างชาติให้มีอารยะก็คือการทำให้ประชาชนหันมายอมรับวิธีคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์แทนการยึดถือความเชื่อดั้งเดิมที่ประชาชนมีความเชื่อถืออยู่ก่อน เช่น ไสยศาสตร์และโหราศาสตร์²⁰ ดังนั้นบทบาทของการแพทย์สมัยใหม่จึงมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวแทนของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวพันกับการทำให้ชีวิตทางกายภาพของผู้คนดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด และทำให้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่สัมพันธ์อยู่กับอำนาจรัฐอย่างแน่นแฟ้น และรัฐถือเป็นการกิจที่ต้องทำต่อมาในรัฐบาลทุกสมัย

ต่อมาตั้งแต่ช่วงกลางปีพ.ศ.2484 เป็นต้นไปเริ่มมีการปรากฏเด่นชัดขึ้นมาของแนวคิดใหม่ที่ส่งผลทั้งต่อกระบวนการสร้างชาติและต่อกิจการสุขภาพพลเมือง แนวคิดนี้คือเรื่อง “การเพิ่มพลเมือง” ซึ่งเป็นขั้นตอนของการใช้วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่เพื่อสร้างความเข้มแข็งในร่างกายของพลเมือง และคาดว่าส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากสถานการณ์ทางการเมืองระหว่างประเทศในขณะนั้นด้วย ซึ่งอยู่ในบรรยากาศของสงครามโลกครั้งที่ 2 และในช่วงต้นปีพ.ศ.2484 ไทยก็ได้ทำสงครามกับอินโดจีนฝรั่งเศส อันนำมาซึ่งการที่ไทยได้ดินแดนบางส่วนของอินโดจีนมาอยู่ในครอบครอง นับว่าเป็นการประสบความสำเร็จของรัฐบาลในกิจการด้านการเมืองระหว่างประเทศ

¹⁸ ชาติชาย มุกสง, “วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487),” หน้า 59-62.

¹⁹ สอน อันตะริกานนท์, “การสุขภาพศึกษาในโรงงานสาธารณสุขยุคแรก,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, (พระนคร: กระทรวง, 2505), หน้า 472.

²⁰ ชาติชาย มุกสง, “วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487),” หน้า 65-66.

และยังทำให้ความคิดทางชาตินิยมสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจมีความเข้มข้นยิ่งขึ้นไปอีก และเป็นที่มาหนึ่งของแนวคิดการเพิ่มพลเมืองเพื่อให้ชาติได้เป็นมหาอำนาจ

หลักการเรื่องเพิ่มพลเมืองนี้เป็นการเสนอมาจากกรมสาธารณสุขเสนอต่อกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงมหาดไทยก็เสนอต่อรัฐบาลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2484 มีหลักการว่าการเร่งเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศไทยเป็น “ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งของการสร้างชาติ” จำเป็นที่รัฐบาลจะต้องรีบดำเนินการโดยเร็ว เพื่อประโยชน์แก่การขยายตัวก้าวหน้าของประเทศไทย²¹ หลังจากนั้นการเพิ่มพลเมืองก็กลายเป็นกิจการที่มีความสำคัญต่อชาติดังปรากฏในคำกล่าวของนายกรัฐมนตรีหลายครั้งในปีพ.ศ.2486 ที่ว่า “กำลังคนเป็นรากแก้วที่สำคัญยิ่ง...ที่จะบันดาลให้กิจการน้อยใหญ่เกิดเป็นผลให้มีอยู่ดีกินดีขึ้นได้...ชาติไทยจะปลอดภัยอยู่ที่เรามีกำลังคนมาก และชาติไทยจะเป็นมหาอำนาจ...ก็อยู่ที่มีกำลังคนมาก”²² ดังนั้นรัฐบาลจึงมีความจำเป็นต้อง “เร่งรัดชาติของเราให้มีพลเมืองเพิ่มขึ้นกว่านี้ อย่างน้อยจะต้องมี 40 ล้านคน และยิ่งมากกว่านั้นก็ยิ่งดี”²³

แนวคิดเรื่องการเพิ่มพลเมืองนี้ถูกนำไปเชื่อมโยงกับสุขภาพของพลเมืองและเป็นสาเหตุให้เกิดการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปีพ.ศ.2485 ดังปรากฏในคำสั่งของนายกรัฐมนตรีให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงการแพทย์เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485 ที่ว่า

“ด้วยปรากฏมานานแล้วว่าประชากรของชาติมีอนามัยไม่ดี ก็ได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่ทั่วถึงและสมบูรณ์เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ถึงแก่กรรมลงในวัยเยาว์มาก ทำให้มีการเพิ่มพลเมืองไม่เป็นไปตามสัดส่วนอันพึงประสงค์ จึงเห็นเป็นการสมควรที่จะปรับปรุงกิจการของชาติในส่วนนี้ให้รัดกุมยิ่งขึ้นและเหมาะสมแก่กาลสมัย โดยมีความประสงค์จะรวมกิจการแพทย์ทั้งสิ้นขึ้นเป็นหน่วยเดียว”²⁴

²¹ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

²² “คำกล่าวของจอมพล.พิบูลสงครามในหนังสือคู่มือสมรส ซึ่งแจกในงานวันของแม่ 10 มีนาคม พ.ศ.2486,” นิกข (12 มีนาคม 2486): 2, อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 179.

²³ “สาส์นอวยพรของจอมพล.พิบูลสงครามแก่คู่สมรสของชาติ 21 คู่ ที่จังหวัดลำปาง เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2486,” นิกข (24 พฤษภาคม 2486):1, อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 179.

²⁴ “คำสั่งนายกรัฐมนตรีเรื่องตั้งกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงการแพทย์ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2485,” ใน หจช. สร.0201.6/23 ขุบเลิกสภาาชาตไทย (พ.ศ.2485).

1. จะจัดการป้องกันและกำจัดโรคสำคัญซึ่งเป็นเหตุให้ประชากรตายมาก และหาวิธีทางส่งเสริมให้เด็กเกิดมามีอนามัยดี ไม่ตายเสียแต่อายุยังเยาว์
2. จะปรับปรุงการสุขภาพิบาลชนบทและในเขตเทศบาลให้มีสภาพดีขึ้น กับจะเร่งเผยแพร่การสุศึกษาแก่ประชาชนยิ่งขึ้น
3. จะจัดให้มีสถานพยาบาลสำหรับบำบัดโรคแก่ประชากรให้มากแห่งขึ้น เช่น การเพิ่มสุศาลา โรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปและบำบัดโรคเฉพาะ เช่น โรคไข้จับสั่น กามโรค วัณโรค และโรคเรื้อน เป็นต้น
4. จะจัดขยายการรับนักศึกษาในทางแพทยศาสตร์ เภสัชกรรมศาสตร์ และสัตวแพทยศาสตร์ให้มีจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาตามมาตรฐานสากลให้มากขึ้น จะจัดการอบรมบรรดานายแพทย์และเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาไปแล้วให้มีความรู้เพิ่มพูนยิ่งขึ้นด้วย
5. จะจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ในทางวิชาการและปฏิบัติการ เพื่อช่วยเหลือนายแพทย์ในทางธุรการทั่วไป
6. จะจัดให้มีการตรวจค้นหาความรู้ในเรื่องสรรพคุณยาสมุนไพรและยาอื่นๆภายในประเทศ เพื่อนำมาดัดแปลงเป็นยาแผนปัจจุบันและจะขยายกิจการทำยาให้มากขึ้นและมีปริมาณมากขึ้น นอกจากนี้จะจัดทำวัคซีนและเซรุ่มสำหรับป้องกันและบำบัดโรคต่างๆให้มากขึ้น และมีปริมาณพอกับความต้องการภายในประเทศ
7. จะส่งเสริมให้ประชาชนมีวัฒนธรรมและมีการครองชีพเหมาะสมกับความเป็นอยู่ตามท้องถิ่นภูมิลำนานั้นๆ กับจะจัดการสงเคราะห์ผู้ไร้อาชีพให้ม้งานทำ ตลอดจนอุปการะคนทุพพลภาพ คนชรา และเด็กไร้ที่พึ่งด้วย²⁶

กล่าวได้ว่าแม้ความต้องการเพิ่มพลเมืองจะไม่ใช่เป็นแนวคิดใหม่ที่เพิ่งเกิด กล่าวคือมีข้อเสนอให้ทำการเพิ่มพลเมืองมาตั้งแต่ก่อนมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองแล้ว เช่น ข้อเสนอจาก ดร.ซิมเมอร์แมน และการเพิ่มพลเมืองก็เป็นเป้าหมายที่แอบแฝงอยู่ในกิจการด้านสุขภาพเสมอมา หลักการที่ปรากฏในโครงการสุขภาพหลายอย่างในสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนาก็นำให้เห็นถึงความจำเป็นของการลดอัตราการป่วยและตายจากโรคต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการผลิตและเศรษฐกิจ ซึ่งต่างจากความต้องการเพิ่มพลเมืองอย่างเข้มข้นในสมัยรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงคราม ซึ่งก่อสกล กวินรวีกุลเห็นว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดของรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงคราม ที่มีต่อพลเมืองของรัฐในรูปแบบของชีวการเมือง (biopolitics) ที่ถือเป็นเครื่องมือของ

²⁶ “คำแถลงนโยบายของคณะรัฐบาล จอมพลป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี วันที่ 14 มีนาคม 2485,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล 20 ธ.ค.2475 – 12 ธ.ค.2490.

รัฐซึ่งรัฐต้องทำการเพิ่มจำนวนพลเมืองเพื่อสร้างชาติไปสู่การเป็นชาติมหาอำนาจในกระแสของการเมืองชาตินิยม การเพิ่มจำนวนประชากรยังต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพของประชากรและศักยภาพร่างกายของพลเมือง ซึ่งรัฐจะเข้าไปควบคุมประชากรครอบคลุมตั้งแต่การเพิ่มอัตราการเกิด ลดอัตราการตาย และส่งเสริมการสมรส ฯลฯ²⁷

กล่าวได้ว่าจอมพลป.พิบูลสงครามต้องการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นเครื่องมือของรัฐในการเร่งเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศให้มากขึ้น โดยมีเป้าหมายที่ต้องการนำพาประเทศไปสู่การเป็นมหาอำนาจ จึงต้องการกำลังคนที่มีคุณภาพตามที่รัฐต้องการ จำนวนมหาศาลซึ่งสัมพันธ์กับระบบทุนนิยม เนื่องจากกำลังคนนำไปสู่การประกอบอาชีพการงาน ทั้งการเกษตรและอุตสาหกรรม พัฒนาระบบเศรษฐกิจของประเทศ นำรายได้เข้ารัฐ รัฐบาลต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขรับหน้าที่นี้ ดังคำปราศรัยในวันเปิดกระทรวงสาธารณสุขของ นายกรัฐมนตรีที่กล่าวไว้ว่า

“การสาธารณสุขนี้ได้เป็นการสร้างชาติโดยแท้...หากการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทศก็จะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ เปรียบพลเมืองที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและไม่ตาย ตั้งแต่ยังเยาว์ด้วย เมื่อจำนวนพลเมืองของเรามากขึ้น ทั้งประกอบไปด้วยผู้มีกำลังวังชาแข็งแรงแล้ว ประเทศชาติของเราก็ย่อมจะมีกำลังอำนาจสามารถจะช่วยกันฟันฝ่าอุปสรรคใดๆได้ทั้งสิ้น”²⁸

ดังนั้นในเวลาต่อมา นโยบายสำคัญที่ได้รับการเน้นให้ปฏิบัติเป็นรูปธรรมอย่างกว้างขวาง ในหมู่ประชาชน ก็คือความต้องการที่จะเร่งเพิ่มจำนวนประชากรในทุกวิถีทาง ซึ่งมาตรการหลักก็คือการสนับสนุนให้เพิ่มอัตราการเกิดและลดอัตราการตาย รวมทั้งการเสริมสร้างร่างกายของพลเมือง โดยอาศัยความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นเครื่องมือ

หลักการของการเพิ่มพลเมือง

กระทรวงมหาดไทยได้นำเสนอบันทึกหลักการเพิ่มจำนวนพลเมืองต่อรัฐบาลเป็นครั้งแรก เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2484²⁹ และในช่วงเดือนกันยายนของปีเดียวกันก็มีการหยิบยกบันทึกนี้ขึ้นมาพูดอีกครั้งในการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ.2484 โดยมีพระไวยงวิธิการเป็น

²⁷ ก้องสกุล กวินวิฑูล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 57.

²⁸ “สุนทรพจน์ในวันพิธีเปิดกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 62-63.

²⁹ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

ผู้บรรยายโดยอยู่ในหัวข้อเรื่อง “สาธารณสุขเกี่ยวกับนโยบายสร้างชาติ”³⁰ เนื้อหาของบันทึกหลักการเพิ่มพลเมืองคือการกล่าวถึงสถานะทางด้านประชากรของประเทศไทยในขณะนั้น โดยระบุว่าประเทศไทยมีประชากรประมาณ “16 ล้านคนในปีพ.ศ.2484” และจะเพิ่มขึ้นอีกราว “370,000 คนต่อปี” ในบันทึกระบุว่าการเพิ่มจำนวนประชากรตามธรรมชาตินั้นจะเร่งให้เพิ่มเร็วขึ้นได้โดยการ “ส่งเสริมการเกิดและการลดอัตราการตายของประชากร” โดยได้มีการอธิบายว่าประเทศไทยในเวลานั้นอยู่ใน “ระยะเริ่มต้นของวิถีทางเจริญ” ถ้าสถานการณ์ทั่วไปรวมทั้งการผลิตเครื่องอุปโภคบริโภคยังคงอยู่ในระดับเดิมแล้ว ก็อาจมีประชากรได้อย่างมากราว “48 ล้านคน” และถ้ามีการปรับปรุงเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมให้เจริญยิ่งขึ้นแล้วก็อาจมีประชากรได้มากขึ้นไปอีก ในบันทึกได้อธิบายถึงหลักวิชาประชากรว่า “ประเทศใดมีคนเกิดรวมกับคนเข้าประเทศมากกว่าคนตายกับคนออกประเทศ ประเทศนั้นก็จะมีประชากรเพิ่มขึ้น” จำนวนเพิ่มนี้เรียกว่า “จำนวนเพิ่มจริง (Actual increase)” แต่ในแง่ของการบำรุงประเทศนั้นในบันทึกต้องการให้พุ่งถึงถึงการเพิ่มซึ่งได้จาก “คนเกิดมากกว่าคนตาย” เป็นสำคัญ ซึ่งเรียกว่า “จำนวนเพิ่มตามธรรมชาติ (Natural increase)”³¹

ในบันทึกยังระบุว่าประเทศไทยมีประชากรเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูง คิดเป็นอัตราเพิ่มจริงได้พันละ 29.0 ต่อปี สูงกว่าเมื่อประมาณ 10 ปีก่อนหน้า ซึ่งอยู่ที่ประมาณพันละ 22.4 ต่อปี และถ้าพิจารณาการเพิ่มตามธรรมชาติก็จะพบว่าประเทศไทย “มีคนเกิดมากกว่าคนตายกว่าเท่าตัวเสมอมา” ในปีพ.ศ.2482 อัตราการเกิดอยู่ที่พันละ 36.5 อัตราตายพันละ 16.9 คิดเป็นอัตราเพิ่มตามธรรมชาติพันละ 19.6 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก ในบันทึกยังได้มีการเปรียบเทียบกับอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติของประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะประเทศใกล้เคียง เช่น เซดรกเซตเทิลเมนต์ (20.9) สหรัฐมลายู (20.6) ลังกา (14.9) ญี่ปุ่น (13.6) พม่า (8.9) เยอรมนี (6.5) อังกฤษ (2.5) และฝรั่งเศส (-0.3 : เกิดน้อยกว่าตาย) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ในบันทึกอธิบายว่าการที่อัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยสูงมากเช่นนี้เป็นเพราะมีอัตราการเกิดสูงมาก แต่ก็ “ไม่ได้สูงกว่าที่จะเป็นไปได้” ดังนั้นถ้ามีความต้องการก็สามารถ “ส่งเสริมให้อัตราการเกิดสูงขึ้นได้อีกบ้าง” ส่วนอัตราการตายนั้นบันทึกระบุว่าค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศใกล้เคียง แต่เนื่องจาก “การแจ้งความคนตายในบางจังหวัดยังบกพร่องอยู่ โดยเฉพาะในหมวดอายุต่ำกว่า 1 ปี” จึงสันนิษฐานได้ว่าตามที่เป็นจริงนั้น

³⁰ พระไวยวิถีการ, “สาธารณสุขเกี่ยวกับนโยบายสร้างชาติ,” ใน รายงานการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ. 2484 เล่ม 1, (พระนคร: โรงพิมพ์กรมรถไฟ, 2486), หน้า 147-170.

³¹ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

“อัตราการตายของประเทศไทยคงสูงกว่าที่คำนวณได้” ดังนั้นถ้าต้องการให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติสูงขึ้นอีกก็ควรเร่งในการ “ลดอัตราการตายให้ต่ำลงอีก เท่าที่การสาธารณสุข การศึกษา และเศรษฐกิจของประเทศจะทำให้เป็นไปได้”³²

นอกจากนี้ในบันทึกยังมีการกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดกับฐานะของประชากร โดยระบุว่า “คนที่ยากจนและทำงานหนักมักให้กำเนิดในอัตราสูงกว่าคนที่มั่งคั่งและไม่ต้องทำงานหนัก” ซึ่งเป็นข้อควรระวังเพราะถ้าจะประกาศให้พลเมืองมีบุตรมากขึ้นแล้ว คนจนก็จะมีบุตรได้มากกว่าและเร็วกว่าคนที่มั่งคั่งดีในทางการเงินและมีการศึกษาดี ประชากรอาจเปลี่ยนไปในทาง “เสื่อม” และรัฐบาลก็ต้องมีภาระมากขึ้นในการสงเคราะห์คนยากจน อีกเรื่องหนึ่งก็คือเรื่องคุณภาพของประชากรที่จะเร่งให้เพิ่มขึ้น โดยมีการอ้างถึงหลัก “ยูเจนิคส์” (Eugenics) * ว่า “เด็กที่สมบูรณ์แข็งแรงย่อมเกิดมาจากบิดามารดาที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ” แต่ในหมู่พลเมืองนั้น “มีผู้ที่เป็นโรคหรือพิการซึ่งอาจสืบต่อกันได้ทางพันธุกรรมเช่นโรคจิต ปะปนอยู่ด้วยเป็นจำนวนมาก” ถ้าไม่ระวังป้องกันแล้วโรคและความพิการเหล่านี้ก็จะเพิ่มขึ้นแพร่หลายในหมู่ชนรุ่นหลัง และรัฐบาลก็ต้องมีภาระมากขึ้นอีกในการสงเคราะห์ควบคุมดูแลบุคคลเหล่านี้ ในตอนท้ายของบันทึกมีการเสนอวิธีการเพิ่มพลเมืองด้วย โดยแยกเป็นวิธีการส่งเสริมให้มีคนเกิดมากขึ้นเช่น การประกาศให้ครอบครัวควรมีบุตรมากๆ ถ้ามีบุตรมากรัฐบาลก็จะช่วยอุปการะ การส่งเสริมการสมรส การควบคุมการใช้เครื่องคุมกำเนิด การควบคุมกามโรค การเพิ่มโทษในการทำแท้งบุตร การเก็บภาษีชายโสด วิธีการลดจำนวนคนตายเช่น บำรุงกิจการสาธารณสุขโดยเฉพาะ การป้องกันโรค การสงเคราะห์มารดาและเด็ก วิธีการส่งเสริมให้ประชากรมีคุณภาพดีขึ้นเช่น การตรวจโรคพันธุกรรมของคู่สมรส เป็นต้น³³

จะเห็นได้ว่าประชากรได้กลายมาเป็นเป้าหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งมีใช้เพียงแค่การปกครองประชากร แต่คือการจัดสวัสดิการ ยกกระดับสภาพความเป็นอยู่ เพิ่มความมั่งคั่ง ยืดอายุขัยและพัฒนาสุขภาพประชากร วิธีการที่รัฐใช้บรรลุเป้าหมายก็มีอยู่ภายในประชากรเองโดยรัฐจะเข้า

³² เรื่องเดียวกัน.

* ยูเจนิคส์ (Eugenics) เป็นชื่อเรียกของวิทยาศาสตร์ประยุกต์ที่ถูกนำมาใช้ในเรื่องการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยมุ่งปฏิบัติการเพื่อพัฒนาคุณลักษณะทางพันธุกรรมของประชากร เช่นการเพิ่มจำนวนประชากรที่มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ดี และการลดจำนวนประชากรที่มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ไม่ดี หรือไม่เป็นที่ต้องการ ยูเจนิคส์เป็นที่นิยมมากในและมีการนำมาใช้โดยรัฐบาลหลายแห่งในโลกในช่วงทศวรรษ 2440 ถึงราวทศวรรษ 2480 แต่หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 แนวคิดนี้ก็เริ่มเสื่อมความนิยมเนื่องจากเชื่อมโยงกับการดำเนินการอย่างโหดร้ายของกลุ่มนาซีเยอรมันในระหว่างสงคราม, อ้างมาจาก <http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics>.

³³ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

แทรกแซง เช่น กระตุ้นให้เพิ่มอัตราการเกิด หรือกำหนดทิศทางกิจกรรมส่วนต่างๆของประชากร มาตรการการเพิ่มจำนวนประชากรในสมัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยทางสถิติ คืออัตราการเกิดและการตายนั้นสามารถเพิ่มขึ้นและลดลงได้ และเนื่องจากจำนวนประชากรน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับเนื้อที่ของประเทศและศักยภาพในการเป็นมหาอำนาจ ในสายตาของรัฐจำนวนประชากรในขณะนั้นจึงอยู่ในภาวะที่ไม่ปกติ รัฐบาลจึงพยายามสร้างมาตรฐานและบรรทัดฐานในการดำรงชีวิตให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับการสร้างชาติและสร้างประชากร แนวคิดที่ว่าจำนวนประชากรจะนำชาติสู่มหาอำนาจได้ก่อให้เกิดปฏิบัติการต่างๆมากมาย เช่น การส่งเสริมให้สตรีมีบุตรมาก การประกวดแม่และเด็ก การตรวจโรคก่อนการสมรส ฯลฯ ซึ่งมีผลชักนำประชาชนให้ปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานที่สร้างขึ้นใหม่³⁴

การดำเนินการเพิ่มพลเมืองของรัฐบาล

การเพิ่มพลเมืองในสมัยสร้างชาตินี้มิได้คำนึงถึงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่มีการให้ความสำคัญกับคุณภาพของพลเมืองด้วย คุณภาพของพลเมืองสามารถแบ่งได้เป็น 2 อย่าง อย่างแรกคือคุณภาพทางร่างกาย ซึ่งแสดงออกด้วยความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีกำลังวังชาที่จะประกอบการทำงานอาชีพได้อย่างเต็มที่ อย่างที่สองคือคุณภาพทางจิตใจ ซึ่งแสดงออกโดยความมีอารยะ ความมีวัฒนธรรม ทนสมัย การปฏิบัติตนที่เป็นระเบียบเรียบร้อย มีความรักชาติ มีคุณธรรม เป็นต้น คุณภาพทางร่างกายจะมีความสัมพันธ์กับกิจการด้านสุขภาพค่อนข้างมาก เนื่องจากสุขภาพก็คือความสมบูรณ์แข็งแรงในชีวิต ซึ่งก็จะมีผลไปถึงการเกิดและการตายทำให้ได้ผลในทางปริมาณด้วย ในขณะที่คุณภาพทางจิตใจจะสัมพันธ์กับกิจการด้านวัฒนธรรม เช่น มารยาท การแต่งกาย การใช้ภาษา การปฏิบัติตัว เป็นต้น ในที่นี้จะมุ่งศึกษาการเพิ่มพลเมืองที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพหรือคุณภาพทางร่างกายเป็นหลัก ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กระบวนการหลักๆ ได้แก่ การเพิ่มการเกิด การลดการตาย และการเสริมสร้างร่างกาย สองกระบวนการแรกจะมุ่งผลในทางปริมาณเป็นหลัก ในขณะที่กระบวนการสุดท้ายมุ่งที่คุณภาพ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาลงในรายละเอียดแล้วก็จะพบว่าในกระบวนการทั้งทางปริมาณและคุณภาพก็มีความคาบเกี่ยวกันอยู่ไม่ได้แบ่งแยกกันโดยเด็ดขาด แต่จะมีลักษณะของการเสริมซึ่งกันและกัน

³⁴ ก้องสกุล กวินรวีกุล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487," หน้า 30-

1. การเพิ่มการเกิด³⁵

แม้ว่าจากบันทึกเรื่องการเพิ่มพลเมืองได้ระบุไว้แล้วว่าประเทศไทยมีอัตราการเกิดที่สูงตามธรรมชาติอยู่แล้ว แต่รัฐบาลก็ยังต้องการใช้วิธีการเพิ่มการเกิดให้มากขึ้นไปอีกในการเพิ่มพลเมืองของประเทศ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากในการที่จะจินตนาการถึงความพยายามเพิ่มจำนวนการเกิดของมนุษย์ เนื่องจากการเกิดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ค่อนข้างมีลำดับขั้นที่แน่นอน เริ่มตั้งแต่การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การหาคู่ การสมรส ช่วงเวลาก่อนจะตั้งครรภ์ ช่วงการตั้งครรภ์ 9 เดือน จนกระทั่งคลอดออกมาเป็นทารก เป็นลำดับขั้นปกติธรรมดาของมนุษย์ในแทบจะทุกที่ของโลก ต่างจากการตายที่แม้จะเป็นธรรมชาติเช่นกัน แต่ก็สามารถหาสาเหตุการตายซึ่งมีทั้งที่ปกติและที่อาจจะไม่ปกติหรือที่เป็นปัญหา สามารถหาทางแก้ปัญหาก็ป้องกันไปได้บ้าง เช่น การที่เด็กเกิดมาแล้วตายมากก็สามารถหาทางให้เด็กเกิดมาแล้วไม่ต้องตายหรือตายน้อยลง การที่คนตายเพราะโรคต่างๆ มากก็สามารถหาทางป้องกันโรคนั้นๆ การที่คนอายุสั้นจากปัจจัยต่างๆ ก็อาจหาทางเพื่อยืดอายุให้ยาวนานขึ้นได้ เป็นต้น แต่ในทางการเกิดทุกอย่างค่อนข้างเป็นไปตามธรรมชาติตามลำดับขั้นอยู่แล้ว อาจมีสิ่งที่ไม่ปกติอยู่ตามระหว่างขั้นตอนบ้าง เช่น การคุมกำเนิด การมีกามโรค การที่คู่สมรสไม่แข็งแรง ฯลฯ ซึ่งก็สามารถหาทางแก้กันได้ อาจกล่าวได้ว่าเรื่องของการเพิ่มการเกิดไม่ใช่เรื่องการแก้ปัญหที่เกิดขึ้นเป็นหลัก แต่เป็นการเร่งเร้าหรือเพิ่มหรือเสริมกระบวนการตามธรรมชาติที่มีอยู่แล้วให้เกิดได้เร็วขึ้น มากขึ้น ดีขึ้น ซึ่งสุดท้ายแล้วก็ต้องขึ้นอยู่กับพลเมืองผู้ปฏิบัติเองว่าจะถูกเร่งเร้าได้มากน้อยเพียงไร รัฐบาลได้เพียงแค่หาทางในการเร่งเร้าเท่านั้น

1.1 การเร่งเร้าการแต่งงานและกำเนิดบุตร

ในบันทึกเรื่องการเพิ่มพลเมืองเมื่อปีพ.ศ.2484 ได้เสนอแนวทางในการเร่งเร้าการเพิ่มการเกิดของประชากร เช่น การกำหนดเกณฑ์จำนวนบุตรขั้นต่ำ 4 คน หมายความว่าถ้ามีบุตรมากกว่า 4 คน รัฐบาลก็จะช่วยอุปการะ การช่วยเหลือแก่ผู้ที่ทำการสมรสแต่อดคัดด้านการเงิน การยอมให้คู่สมรสที่เป็นหมั้นหย่ากันได้ การควบคุมการใช้เครื่องคุมกำเนิด การควบคุมกามโรค การเพิ่มโทษในการทำแท้ง การเก็บภาษีชายโสด การตั้งองค์กรขึ้นเพื่อชักจูงให้เกิดการสมรสกัน เป็นต้น แม้จะทำการเสนอมานี้แต่ในบันทึกก็ได้ระบุไว้ว่า อัตราการเกิดของประเทศไทยนั้น “สูงอยู่แล้ว” การจะดำเนินการใช้วิธีต่างๆ เหล่านี้ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพราะวิธีส่งเสริมการเกิดบางวิธีก็ “สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก” ควรดำเนินการก็ต่อเมื่อแน่ใจว่า “รายได้ของประเทศจะเพิ่มพูนขึ้นตาม

³⁵ สามารถอ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนประชากร โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเกิดได้ใน ก้อง สกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” บทที่ 2 การเพิ่มจำนวนประชากร: การพัฒนาร่างกายสังคม (social body) สู่อำนาจความเป็นมหาอำนาจ.

ส่วนของประชากรที่เพิ่มขึ้น” มิฉะนั้นแล้ว “มาตรฐานการดำรงชีพของราษฎรจะต่ำลง” นอกจากนั้น ยังจะต้อง “จัดการสาธารณสุขให้เจริญขึ้นทันกัน” เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมากขึ้นนั้นตายเป็นจำนวนมากอีก³⁶

แนวทางที่มีการเสนอมาในการเพิ่มอัตราการเกิดของพลเมืองนี้ได้นำไปสู่การปฏิบัติการที่ชัดเจนอย่างหนึ่งในปีต่อมาคือพ.ศ.2485 เมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นก็ได้มีการตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีจุดประสงค์ดังเช่น เพื่อจัดวางมาตรฐานการสมรสของคนไทยให้เหมาะสม และชี้แจงชักจูงให้พลเมืองตระหนักถึงคุณค่าของการสมรส รวมทั้งการกำหนดพิธีการสมรสมากคู่ในคราวเดียวกันเพื่อความประหยัดและสะดวก เป็นต้น องค์การส่งเสริมการสมรสมีคติพจน์ที่สำคัญคือ ทุกคนมีหน้าที่สร้างชาติ การสมรสเป็นการสร้างชาติ สมรสเมื่อวัยหนุ่มสาวทำให้ชาติเจริญ การสมรสที่มีหลักฐานให้ความมั่นคงแก่ชาติ และคู่สมรสที่มีสุขภาพดีทำให้ชาติแข็งแรง³⁷

หนังสือ “คู่มือสมรส” ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปีพ.ศ.2486 ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการสมรสว่า ถ้ามีการสืบพันธุ์ให้มีลูกหลานได้มากเท่าไรก็ย่อมจะหมายถึงความเจริญรุ่งเรืองของวงศ์สกุลนั้นในอนาคต และเป็นการเพิ่มพลเมืองของชาติให้มีจำนวนมากขึ้นส่งผลให้ชาติมีความเข้มแข็งต่อไป หากชาติใดมีคนอยู่จำนวนน้อยและมีได้มีการสืบพันธุ์ให้กำเนิดลูกหลานเพื่อเพิ่มคนในชาติให้ทวีจำนวนขึ้น โดยการปรับปรุงการสืบพันธุ์ตามธรรมชาติ ประเทศนั้นก็จะก้าวหน้าอย่างเชื่องช้า หรืออาจเสื่อมโทรมสูญสิ้นชาติก็เป็นได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่คนในชาติจะต้องกระตือรือร้นในการสร้างชาติโดยเพิ่มพลเมืองให้มาก และมีสมรรถภาพพอแก่การช่วยปกครองประเทศให้มั่นคงถาวรและเจริญสมบูรณ์พูนสุขยิ่งขึ้นไปเมื่อเทียบกับประเทศมหาอำนาจทั้งหลาย³⁸

องค์การส่งเสริมการสมรสได้มีความพยายามดำเนินการหลายประการในการสนับสนุนให้พลเมืองทำการสมรส เช่น การจัดงานประกอบพิธีสมรสหมู่ของชาติครั้งแรก ณ ทำเนียบสามัคคีชัย เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2486 มีบ่าวสาวเข้าร่วมพิธีสมรส 72 คู่ และจอมพลป.พิบูลสงครามได้มอบเงินทุนของขัณฑ์ให้คู่สมรสคู่ละ 80 บาท ครั้งที่ 2 ได้จัดให้มีพิธีสมรสหมู่ขึ้นทุกจังหวัดพร้อมๆ

³⁶ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

³⁷ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 69-73.

³⁸ กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือสมรส, (พระนคร : กระทรวง, 2486,) หน้า 1-3, อ้างถึงใน ก้องสกุล กวินวิฑูล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 39.

กันในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2487 นอกจากนี้ยังมีการสร้างแรงจูงใจในการสมรสให้แก่พลเมือง เช่น จะยกเงินค่าเล่าเรียนตั้งแต่ชั้นประถมจนถึงชั้นม.6 ให้แก่ลูกคนแรกของคู่สมรสทุกคู่ที่องค์การส่งเสริมการสมรสได้ประกอบพิธีให้ การพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือนโดยดูจากสถานภาพการสมรส และยังมีวิธีการที่เป็นการบังคับให้แต่งงานทางอ้อมด้วย คือการจัดเก็บภาษีชายโสดตามพระราชบัญญัติภาษีชายโสดพ.ศ.2487 กล่าวคือสำหรับชายโสดที่อายุ 25 ปีขึ้นไปนอกเหนือจากจะเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาแล้ว ถ้ามีเงินได้พึงประเมินตั้งแต่ปีละ 960 บาทขึ้นไปต้องเสียภาษีชายโสดเพิ่มอีก 5 บาท หรือในอัตราร้อยละ 10 ของภาษีเงินได้ที่ต้องเสียแล้วแต่อย่างใดจะมากกว่ากัน³⁹

ควบคู่ไปกับการสร้างแรงจูงใจในการสมรส ทางกรยังได้แสดงให้เห็นประโยชน์ของการสมรสและโทษของการเป็นโสด ดังที่นพ.พูน ไวยทยาการ ประธานกรรมการองค์การส่งเสริมการสมรส ได้กล่าวไว้ในเรื่อง “ส่งเสริมการสมรส” ว่า ชีวิตสมรสนั้นคือ “ความสดชื่น ระเบียบเรียบร้อย และสะดวกสบายด้วยประการทั้งปวง” ดังนั้นจึงปรากฏว่าบรรดาผู้ที่สมรสแล้ว “มักมีสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนทำการสมรส” โดยมีหลักฐานคือ “อัตราตายของชายที่แต่งงานแล้วมักต่ำกว่าอัตราตายของชายโสดเป็นอันมาก” สำหรับผู้หญิงก็เช่นเดียวกัน “อัตราตายของผู้มีเรือนแล้วมักต่ำกว่าของหญิงโสด” เรื่องนี้ได้รับการอธิบายว่าเป็นเพราะ ผู้ที่สมรสแล้วมักจะ “ดำรงชีวิตอยู่ในความคุ้มครองอันดี และด้วยความยับยั้งชั่งใจมากกว่าคนโสด” “มีคู่ทุกข์คู่สุข ที่ปรึกษาที่ซื่อสัตย์ ผู้ดูแลยามเจ็บไข้และมีลูกไว้ชมเชยสืบตระกูล” และ “เป็นผู้มีหลักมีฐานดีขึ้นกว่าเมื่อเป็นโสด ทุนรายจ่ายส่วนตัว ทำงานได้มากขึ้นเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว และเมื่อรับราชการก็จะมีทางก้าวหน้าดีกว่าชายโสด”⁴⁰ แม้ในบางประเด็นจะไม่สมเหตุสมผลนัก แต่การชักจูงหรือโฆษณาชวนเชื่อในลักษณะนี้ก็มิขึ้นอย่างแพร่หลาย

นอกจากการส่งเสริมการสมรสแล้ว ทางกรยังได้มีการส่งเสริมการมีบุตรมาก ซึ่งส่งผลถึงการเพิ่มจำนวนประชากรโดยตรง โดยมีนโยบายว่าหากผู้ใดมีบุตร 6 คนขึ้นไป บุตรทั้งหมดจะได้รับทุนการศึกษาทุกคน ทางกระทรวงมหาดไทยจึงได้จัดการสำรวจคนที่มีลูกตั้งแต่ 6 คนขึ้นไปโดยเลือกเฉพาะพ่อเดียวแม่เดียวใน 44 จังหวัด นอกจากนั้นทางราชการยังให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การลดค่าเล่าเรียน และการจัดสถานเลี้ยงดูเด็กให้กับครอบครัวที่มีได้อยู่ในขอบข่ายของ ผู้จะได้รับการสงเคราะห์ด้วย⁴¹

³⁹ ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 40-43.

⁴⁰ หจช. (2)สร.0201.30/9 องค์การส่งเสริมการสมรส (19 ส.ค.2485-15 พ.ย.2487).

⁴¹ ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 49.

1.2 การกำหนดมาตรฐานการแต่งงานและกำเนิดบุตร

ในการเพิ่มจำนวนพลเมืองโดยการเพิ่มอัตราการเกิดนั้น ไม่ได้คำนึงเพียงปริมาณเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพของประชากรที่จะเกิดขึ้นอีกด้วย ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัดคือ แนวคิดยูเจนิคส์ที่ปรากฏในสมัยสร้างชาติ⁴² ก้องสกุล กวินรวีกุลอธิบายว่า ยูเจนิคส์มิได้ให้ความสำคัญกับ “ขนาด” ของชาติ แต่ให้ความสำคัญกับ “คุณภาพ” ของชาติ พยายามกำหนดคุณภาพของชาติผ่านทาง “ธรรมชาติ” โดยใช้วิธีการเลือกสืบพันธุ์ เช่น เชื่อว่าเด็กที่สมบูรณ์ ย่อมได้กำเนิดมาจากบิดามารดาที่มีความสมบูรณ์ทั้งในทางร่างกายและจิตใจ วาทกรรมยูเจนิคส์มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพทางร่างกายและจิตใจของประชากรรุ่นนี้ เพื่อสืบทอดลักษณะที่ดีให้ประชากรรุ่นหลังต่อไป⁴³

กล่าวได้ว่าแนวคิดยูเจนิคส์ คือการพัฒนาคุณภาพประชากรที่สัมพันธ์กับเรื่องเพศ ซึ่งครอบคลุมถึงการสมรส การสืบพันธุ์ การให้กำเนิดบุตร ฯลฯ ดังคำบรรยายเรื่อง “พันธุ์ดี” ทางวิทยุกระจายเสียงของแพทย์หญิง ออบ คุณวิศาล แห่งกรมประชาสงเคราะห์ เมื่อปีพ.ศ.2484 ซึ่งอธิบายว่าหลักของการเพิ่มพลเมือง “มิใช่คำนึงถึงแต่ปริมาณเท่านั้นแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพด้วย” การมีพลเมืองจำนวนมากแต่ด้อยคุณภาพ “มิใช่สิ่งที่ดีพึงประสงค์ของชาติ” เพราะพลเมืองเช่นนั้น “ไม่สามารถเป็นกำลังของชาติได้” พลเมืองที่จะเป็นกำลังเข้มแข็งของชาติได้ก็คือ “พลเมืองที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ” มีร่างกายแข็งแรง ไม่อ่อนแอไข้โรค มีสมรรถภาพตาม “หลักการบำรุงพันธุ์มนุษย์ (Eugenics)” และ “การที่ถูกที่ดีก็มาจากพ่อแม่ที่ดี” พลเมืองจะมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ก็เพราะพ่อแม่ดีเป็นสำคัญ ดังนั้นต้องให้ความสำคัญกับ “การเลือกคู่แต่งงานด้วย...ไม่ควรจะแต่งงานกับบุคคลที่มีโรคด้วยความสงสารหรือชอบพอในคุณสมบัติอะไรก็ตาม...ซึ่งเป็นการเสี่ยงภัยพิบัติและเป็นผลร้าย น่าจะคำนึงถึงประเทศชาติด้วย เพื่อความร่วมมือในการสร้างชาติต่อไป”⁴⁴ สอดคล้องกับบทความเรื่อง “แนวปฏิบัติในการเพิ่มพลเมือง” โดยนายแพทย์ประวัติ ตันทสุรัตน์ หัวหน้าแผนกสงเคราะห์มารดาและเด็กแห่งกรมสาธารณสุข เมื่อปีพ.ศ.2485 ที่เรียกร้องให้พลเมือง “พยายามเลือกคู่ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและสมอง” เพื่อให้ได้ “พันธุ์ที่ดี” เพื่อจะได้เพิ่มพลเมืองให้มากขึ้นทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ โดยควรที่จะเลือกคู่สมรสที่ “สมบูรณ์แข็งแรง มี

⁴² สามารถอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับวาทกรรมยูเจนิคส์ในสมัยนี้ได้ ใน ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” บทที่ 2 หัวข้อยูเจนิคส์และการเพิ่มจำนวนประชากร: วาทกรรมบนเรือนร่างของประชากร, หน้า 31-52.

⁴³ ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 31-32.

⁴⁴ ออบ คุณวิศาล, “พันธุ์ดี,” *ประชาชาติ*(13 ตุลาคม 2484): 1, อ้างถึงใน ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 33.

ขนาดร่างกายสูงใหญ่พอสมควร มีไข้ ผู้เจ็บป่วยยอดแอดหรือมีร่างกายเตี้ยเล็กผอมบาง” รวมทั้ง ศักยภาพทางสมองก็มีความสำคัญเช่นกัน “ควรเลือกคู่ที่มีไข้คนที่มีจิตใจทรามหรือปัญญาที่บ หรือโง่เง่าจนเกินไป”⁴⁵

แนวคิดยูเจนิคส์ได้นำไปสู่ปฏิบัติการทางสังคม โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลรักษาร่างกายก่อนการสมรสเพื่อลูกที่เกิดมาจะได้มีร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรง รัฐบาลได้ ตระหนักว่าการเร่งเพิ่มประชากรของประเทศ จะต้องคำนึงถึงการส่งเสริมให้พลเมืองรุ่นหลังมี คุณภาพดั้งเดิมหรือดีขึ้นเป็นนโยบายควบคู่กันไปด้วย โดยการควบคุมการสมรสของพลเมืองให้มีการ ตรวจทางการแพทย์และได้รับใบอนุญาตจากเจ้าหน้าที่เสียก่อนจึงทำการสมรสได้ ในการตรวจ ร่างกายของผู้ที่จะทำการสมรสนั้น แพทย์จะพิจารณาโรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อที่อาจเป็น อันตรายต่ออีกฝ่ายหนึ่ง โรคประสาทบางโรค และความพิการแต่กำเนิดบางชนิด เป็นต้น⁴⁶ การ ตรวจโรคก่อนทำการสมรสได้รับการรณรงค์ผ่านหน่วยราชการ ชักชวนให้ชายหญิงที่จะทำการ สมรสได้ไปพบแพทย์ประจำจังหวัดให้ทำการตรวจร่างกายเสียก่อน โดยแพทย์จะทำการตรวจให้ โดยไม่คิดมูลค่า เมื่อพบว่าคู่สมรมีร่างกายไม่สมบูรณ์หรือมีอาการป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ ก็ จะแนะนำวิธีป้องกันรักษาให้อย่างดีที่สุด และจะรักษาความลับในการตรวจโรคไว้ไม่เปิดเผย ถ้าหาก ตรวจแล้วคู่สมรมีร่างกายสมบูรณ์ ก็จะออกหนังสือสำคัญเป็นหลักฐานให้⁴⁷

นอกจากการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรคในการสมรสแล้ว ยังมีการให้ความสำคัญกับ อายุของการสมรสที่จะมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของทารกที่จะเกิดมาด้วย ดังที่ นพ. พูน ไวยทยาการ ประธานองค์การส่งเสริมการสมรส ได้กล่าวไว้ในเรื่อง “ส่งเสริมการสมรส” ถึงอายุที่ เหมาะสมแก่การสมรสทั้งในทางการแพทย์และสังคมวิทยาว่าชายควรมีอายุตั้งแต่ 20-30 ปี และหญิงควรมีอายุตั้งแต่ 18-25 ปี เนื่องจาก “ร่างกายของผู้ที่มีอายุต่ำกว่าเกณฑ์อาจไม่เจริญ เต็มที่” บุตรที่เกิดมาจึงอาจเป็น “คนอ่อนแอทั้งร่างกายและจิตใจ” อีกทั้งเห็นว่าผู้ที่สมรสในวัยรุ่น “ยังไม่อยู่ในสถานะที่จะทำหน้าที่บิดามารดาได้ดีโดยสมบูรณ์” ส่วนผู้หญิงที่ทำการสมรสเมื่ออายุ สูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าว “ก็อาจประสบอุปสรรคบางประการในการคลอดบุตร เนื่องจากอวัยวะ บางส่วนไม่อาจขยายตัวออกได้เหมือนสตรีที่อายุน้อยกว่า”⁴⁸

⁴⁵ ประวัติ ตันทสุรัตน์, “แนวปฏิบัติในการเพิ่มพลเมือง,” ประชาชาติ(27 กุมภาพันธ์ 2485): 5, อ้างถึงใน ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 34.

⁴⁶ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

⁴⁷ ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 36.

⁴⁸ หจช. (2)สร.0201.30/9 องค์การส่งเสริมการสมรส (19 ส.ค.2485-15 พ.ย.2487).

จะเห็นได้ว่าความพยายามเพิ่มประชากรโดยการเพิ่มอัตราการเกิดดำเนินควบคู่ไปกับการควบคุมคุณภาพของประชากรที่จะเกิดขึ้นมาในรุ่นถัดไป แนวคิดยูเจนิคส์ซึ่งก็คือส่วนหนึ่งของการควบคุมและพัฒนาคุณภาพของประชากรจึงได้มีบทบาทสำคัญในการก่อรูปปฏิบัติการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มประชากรในสมัยการสร้างชาติ ดังนั้นแนวคิดยูเจนิคส์และแนวคิดที่ว่าจำนวนประชากรจะนำชาติสู่มหาอำนาจจึงมีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพของประชากรซึ่งสัมพันธ์กับการสมรส เป็นความพยายามในการใช้อำนาจของรัฐผ่านทางเรื่องเพศเพื่อที่จะเพิ่มจำนวนและคุณภาพของประชากร ซึ่งเชื่อว่าจะนำพาชาติสู่ความเป็นมหาอำนาจในอนาคต⁴⁹

ก้องสกล กวินรวีกุลได้อธิบายว่า ในอดีตการเร่งรัดการเพิ่มประชากรโดยการเพิ่มอัตราการเกิดไม่สามารถถูกนำมาใช้ได้เนื่องจากเงื่อนไขไม่อำนวย แต่แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ได้โดยจอมพลป.พิบูลสงครามเนื่องจากแนวความคิดทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่สามารถพัฒนาเป็นสถาบันของรัฐที่มั่นคงได้ในรูปแบบของการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 และมีการตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นมารับการเมืองชีวภาพของการเร่งรัดกระบวนการสืบพันธุ์ตามธรรมชาติ เริ่มตั้งแต่การให้หญิงสาวดูแลสุขภาพเพื่อจะได้เป็น “แม่พันธุ์” ที่ดีก่อนการสมรส การชี้ให้เห็นความสำคัญของการแต่งงานโดยการ “สมรสเมื่อหนุ่มทำให้ชาติเจริญ” จนไปถึงการส่งเสริมการเลือกคู่ครองที่ดีและการมีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรงจำนวนมาก ซึ่งเป็นเป้าหมายของการสร้างประชากรรุ่นต่อไป ในนโยบายสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ⁵⁰

การเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อนำชาติไปสู่มหาอำนาจได้กลายเป็นนโยบายหลักในเรื่องประชากรในบริบททางสังคมขณะนั้น โดยเฉพาะจากภาครัฐ ซึ่งนำไปสู่การรณรงค์และกิจกรรมที่หลากหลายดังที่ได้กล่าวไปแล้ว สำหรับในภาคส่วนอื่นๆ ก็มีทั้งที่สนับสนุนและคัดค้านการดำเนินการของรัฐ หรือแม้บางครั้งจะสนับสนุนแต่ก็อาจมีการให้เหตุผลและรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่น ในส่วนความคิดเห็นของประชาชน นายเอื้อง แก้วภักดี พลเมืองจังหวัดนครปฐมเห็นว่าการตั้งสมาคมสงเคราะห์ผู้มีบุตรมากของทางราชการ “อยู่ในความนิยมและปลาบปลื้มของประชาชน”⁵¹ ส่วนนายบุรี ลิกสนพพรหม พลเมืองจังหวัดพระนครเสนอความเห็นที่ “ควรยอมให้ชายที่มีรายได้ดีสามารถสมรสกับหญิงได้หลายคน” เนื่องจากผู้หญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชายแต่กฎหมายระบุให้ผู้ชายจดทะเบียนรับผู้หญิงเป็นภรรยาได้เพียงคนเดียว จึงมีผู้หญิงที่มีได้สมรสเป็น

⁴⁹ ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 38.

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 39.

⁵¹ หจช. สธ.0201.25/919 ความเห็นนายเอื้อง แก้วภักดี เรื่องการเพิ่มพลเมือง (พ.ศ.2485).

จำนวนมากทำให้ “ไม่มีโอกาสช่วยชาติบ้านเมืองในด้านเพิ่มพูนประชากร” รวมทั้ง “บางรายยังเสียคนและเป็นภัยแก่สังคมเพราะขาดผู้อุปการะดูแล”⁵² เป็นต้น

อย่างไรก็ตามยังมีส่วนของความคิดเห็นที่คัดค้านการดำเนินนโยบายเพิ่มการเกิดบางอย่างของรัฐอยู่บ้าง เช่น ทวี แรงขำ นักวิชาการด้านประชากรเห็นว่า อัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยสูงอยู่แล้ว ไทยมีอัตราการเกิดที่สูง โดย “เป็นไปเองตามธรรมชาติมากกว่าที่ช่วยให้เกิดขึ้น” จึงไม่จำเป็นต้องช่วยส่งเสริม ดังมาตรการเช่น ออกกฎหมายบังคับแต่งงาน หรือเก็บภาษีชายโสด หรือการดำเนินการใดๆ ซึ่งอาจเป็นการ “เดือดร้อนและฝืนใจผู้ไม่สมัครใจโดยไม่จำเป็น” ทวี แรงขำยังได้เปรียบเทียบกับบางประเทศที่มีนโยบายส่งเสริมการสมรสโดยให้ทุนหรือเก็บภาษีชายโสดก็เนื่องจาก “อัตราการเกิดของประเทศนั้นต่ำมาก” จนเป็นที่วิตกว่าจำนวนพลเมืองจะลดลง แต่สำหรับประเทศไทยที่อัตราการเกิดสูง เพียงแค่ “รักษาอัตราการเกิดให้อยู่ในระดับนี้เรื่อยไป” ก็นับว่าดีแล้ว ทวี แรงขำเห็นว่าถ้าต้องการก็จะให้อัตราการเพิ่มประชากรสูงขึ้นอีกก็ควรไปดำเนินการในด้าน “ลดอัตราการตาย” ให้ต่ำลง ซึ่ง “ในขณะนี้แม้อัตราการตายจะไม่สูงมาก แต่ก็สามารถลดให้ต่ำลงอีกได้มาก เพราะในปีหนึ่งๆพลเมืองต้องเสียชีวิตด้วยโรคที่อาจป้องกันได้เป็นจำนวนมาก”⁵³

หรือแม้แต่ในรัฐบาลเองก็มีผู้ไม่เห็นด้วยกับนโยบายของรัฐ เช่น หลวงสินธุสงครามชัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการเห็นว่า การให้ความอุปการะแก่ผู้มีบุตรมาก เช่น การให้ทุนการศึกษาหรือลดเก็บค่าเล่าเรียนในครอบครัวที่มีบุตร 4 คน หรือ 6 คนขึ้นไป “ไม่เป็นการยุติธรรมนัก” เพราะ “ไม่ใช่การอุดหนุนที่ประชาชนได้รับทั่วถึงกัน” ผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากทุนเล่าเรียนมักเป็น “บุคคลในเมือง มีฐานะพอกินพอใช้ สามารถให้บุตรเข้าเรียนในโรงเรียนได้ และมีถิ่นที่อยู่ใกล้กับโรงเรียนรัฐบาล” แต่สำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกลออกไปจากตัวเมืองและโรงเรียน “ไม่ได้รับประโยชน์จากเกณฑ์การให้ทุนเล่าเรียนนี้เลย” หลวงสินธุสงครามชัยเห็นว่า “ควรจะทำการอุดหนุนผู้มีบุตรมากด้วยตัวเงิน เพื่อให้ทำนุบำรุงบุตรให้ทั่วถึงกันทั่วประเทศ” สำหรับการเพิ่มเงินเดือนแก่ข้าราชการที่มีบุตรมากก็เป็นวิธีการที่ไม่เสมอภาค เนื่องจาก “ผู้ที่ป็นข้าราชการอยู่ก็จะได้เปรียบผู้ที่ไม่เป็นข้าราชการ” สำหรับการให้กู้เงินเพื่อเป็นทุนการสมรสกับคู่สมรสที่อึดคักก็เป็นเรื่องยุ่งยาก เนื่องจาก “จะมีคนจำนวนมากต้องการเงินทุนทำนองนี้ แม้ทั้งที่บางคนอาจอาศัยทุนของตนเองได้ การพิสูจน์ความอึดคักของบุคคลทำได้ยากและจะก่อภาระแก่เจ้าหน้าที่มากมาย เป็นช่องทางให้เกิดความไม่เสมอภาคได้ง่าย” นอกจากนั้นหลวงสินธุสงครามชัยยังเห็นว่า “ชาชนบทมีบุตรกันคน

⁵² หจช. สร.0201.25/1034 นายบุรี ลักสนพรม เรื่องการเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศ (พ.ศ.2486).

⁵³ ทวี แรงขำ, สถิติพยากรณ์ชีพบางเรื่อง (พระนคร: กองทะเบียน กรมมหาดไทย, 2484), หน้า 7-9 อ้างถึงใน ก้องสกุล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 41.

ละจำนวนมากๆ และคงมีตลอดไปจนกว่าจะพ้นวัยที่สามารถให้กำเนิดแก่เด็กได้ เร่งหรือไม่เร่งการเกิดก็มีผลเท่ากัน ควรจะหันไปเน้นเรื่องการลดจำนวนการตายมากกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กทารกที่มีอัตราการตายสูง”⁵⁴

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจคือนโยบายหลักที่มีอิทธิพลในสมัยนั้น แม้แนวทางการปฏิบัติในบางกรณีก็มิได้มีความชัดเจนนักเนื่องจากความเห็นที่หลากหลาย แต่ก็ได้นำไปสู่ปฏิบัติการซึ่งสัมพันธ์กับประชากรทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพมากมาย มีการควบคุมโดยสถาบันของรัฐที่สร้างขึ้นใหม่ โดยในส่วนของภาระเร่งเพิ่มอัตราการเกิดจะใช้วิธีการกระตุ้น ส่งเสริม เร่งเร้า ให้ชายหญิงในวัยหนุ่มสาวทำการสมรสและให้กำเนิดบุตร พร้อมทั้งมีการกำหนดบรรทัดฐานของการเลือกคู่สมรสด้วยเพื่อควบคุมคุณภาพของประชากรที่จะเกิดขึ้นมาในรุ่นถัดไป การดำเนินการเหล่านี้โดยรัฐคาดว่าจะได้รับความสนใจในหมู่พลเมืองมากพอสมควร พิจารณาจากจำนวนความคิดเห็นที่ปรากฏตามสื่อสาธารณะ เช่น หนังสือพิมพ์ จดหมายแสดงความคิดเห็น รวมทั้งจำนวนคู่สมรสที่เข้าร่วมพิธีสมรสของทางราชการ อย่างไรก็ตามการเพิ่มจำนวนประชากรโดยวิธีการเพิ่มการเกิดก็ไม่ใช่ว่าจะได้รับการยอมรับโดยปราศจากการโต้แย้ง ยังมีชนชั้นนำและนักวิชาการบางส่วนที่เห็นว่าการใช้วิธีเร่งเร้าการเกิดนั้นไม่ค่อยได้ผล หรือยุ่งยากสิ้นเปลือง รวมทั้งอาจก่อความเดือดร้อนแก่ประชาชน จึงต้องการให้หันไปสนใจวิธีการอื่นที่เห็นได้ชัดหรือมีเหตุมีผลมากกว่า คือการลดอัตราการตายซึ่งยังมีมากอยู่และสามารถจะลดลงได้อีกด้วยการแพทย์และการสาธารณสุข

2. การลดการตาย

ในบันทึกเรื่องหลักการเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทยโดยกรมสาธารณสุขกระทรวงมหาดไทยเมื่อปีพ.ศ.2484 ระบุว่าโรคส่วนมากของประชาชนชาวไทยเป็นโรคที่อาจป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ และถ้าจะจัดการรักษาพยาบาลให้ดีทั่วถึงกันแล้วก็สามารถจะป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการป้องกันการตายในวัยเด็กและทารก ฉะนั้นถ้าได้บำรุงการสาธารณสุข “ให้เจริญยิ่งขึ้นจนถึงขีดอันสมควรแล้ว” ก็จะลดอัตราการตายของประชากรลงได้อีก ก็จะเป็นการเพิ่มอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรในประเทศไทยให้สูงขึ้น

⁵⁴ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 29 ตุลาคม 2484” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

ได้ในตัว ถือเป็น “วิธีการที่สมเหตุสมผลที่สุดสำหรับสถานะของประเทศ” ตามความเห็นจากกรมสาธารณสุข⁵⁵

กล่าวได้ว่าการลดอัตราการตายเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการแพทย์สาธารณสุขโดยตรง ประเด็นที่ทำให้เรื่องนี้สำคัญคือการตายที่เกิดขึ้นจำนวนมากเป็นการตายที่อาจสามารถป้องกันได้ หากทำการพัฒนากิจการแพทย์และสาธารณสุขให้ดีขึ้นและทั่วถึง การพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขนอกจากจะได้ผลในการลดอัตราการตาย ซึ่งเป็นผลในทางกรเพิ่มพลเมืองในเชิงปริมาณแล้ว ยังช่วยลดความเจ็บป่วยในหมู่พลเมือง ทำให้มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถประกอบกิจการงานอาชีพได้อย่างเต็มกำลัง เป็นการเสริมสร้างประชากรในทางคุณภาพอีกด้วย อาจสามารถเรียกกิจการทั้งสองอย่างนี้รวมกันว่า “การลดการตายและการเจ็บป่วย” จึงจะเป็นความหมายที่สมบูรณ์มากขึ้น สามารถแยกย่อยออกได้เป็นหลายกิจการที่ได้รับการดำเนินการในสมัยนี้

2.1 การสงเคราะห์มารดาและเด็ก

ในบันทึกเรื่องหลักการเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทยโดยกรมสาธารณสุขเมื่อพ.ศ. 2484 นั้น มีการเน้นถึงความสำคัญของกิจการสงเคราะห์มารดาและเด็กในฐานะที่จะช่วยลดจำนวนการตายลงได้มาก เพราะเด็กอ่อนมีอัตราตายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ (ยกเว้นวัยชรา) ในบันทึกระบุว่า อัตราทารกตายของประเทศไทยจากการคำนวณในปีพ.ศ.2482 อยู่ที่ 101 ต่อ 1,000 ของจำนวนคนเกิด แต่เนื่องจากการแจ้งความคนตายในบางจังหวัดยังบกพร่องอยู่โดยเฉพาะในหมวดอายุต่ำกว่า 1 ปี จึงทำให้อัตราทารกตายนี้นต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งกรมสาธารณสุขคาดว่าอยู่ในราว 145 ต่อ 1,000 ซึ่งนับว่าไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่ใกล้เคียง เช่น พม่า 222.6 , สเตรตส์เซตเติลเมนต์ส 151.5 , สหรัฐมลายู 147 , ลังกา 161 และญี่ปุ่น 106 อย่างไรก็ตามในบันทึกเห็นว่าอัตรา 145 นี้ควรจะลดลงได้อีกมากถ้าได้จัดการสงเคราะห์มารดาและเด็กให้ดีขึ้นทั่วถึงกัน เมื่อจำนวนตายของเด็กลดน้อยลง จำนวนคนตายที่วราชอาณาจักก็ลดน้อยลงด้วย ประเทศก็จะได้กำไรจากคนเกิดมากกว่าคนตายในปีหนึ่งๆเป็นจำนวนมากขึ้น อัตราเพิ่มตามธรรมชาติของประเทศก็จะสูงขึ้น ในบันทึกจึงเสนอว่าควรให้ความสำคัญกับกิจการสงเคราะห์มารดาและเด็ก นอกจากนี้บันทึกยังระบุถึงวิธีการที่สามารถทำได้ในกิจการสงเคราะห์มารดาและเด็กได้แก่การขยายจำนวนนางผดุงครรภ์และนางอนามัยพยาบาลไปประจำการตามอำเภอและตำบลเพื่อช่วยเหลือในการคลอดบุตรโดยปลอดภัยและให้ความรู้ในเรื่องการดูแลทารกเมื่อคลอดออกมาแล้วให้มีร่างกายแข็งแรง ซึ่ง

⁵⁵ “การเร่งเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย,” ใน หจช. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

กรมสาธารณสุขก็ได้จัดให้มีการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้นสองทุกปี เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2482 และจะขยายให้มากขึ้นอีกจนเป็นการเพียงพอ รวมทั้งการจัดแผนกสงเคราะห์มารดาและเด็กตามโรงพยาบาลในจังหวัดต่างๆด้วย⁵⁶

บันทึกเรื่องการเพิ่มประชากรประเทศไทยนี้ได้ถูกส่งต่อไปให้หลายหน่วยงานพิจารณา ซึ่งก็ได้รับคำตอบเป็นทำนองว่าทุกๆกิจการที่กระทรวงมหาดไทยเสนอมาในบันทึกเป็นเรื่องที่ควรจัดทำให้เป็นผล โดยเรื่องที่ควรจัดทำก่อนคือกิจการสงเคราะห์มารดาและเด็ก เพราะเป็นเรื่องที่ได้ผลแน่นอนที่สุดในการเพิ่มจำนวนประชากร นอกจากผลในทางปริมาณคือทำให้การตายแต่เด็กลดน้อยลงแล้ว ยังจะได้ผลในทางคุณภาพคือได้พลเมืองที่แข็งแรงมีอนามัยดีด้วย นอกจากนั้นยังเป็นงานกุศลสาธารณสุขประโยชน์อยู่ในตัว “ประชาชนย่อมอนุโมทนา เป็นงานที่มีแต่ทางดี ไม่มีทางเสีย”⁵⁷

ในการฝึกอบรมนางผดุงครรภ์ประกาศนียบัตรหรือผดุงครรภ์ชั้น 2 เพื่อส่งออกไปปฏิบัติงานตามชนบทจะใช้วิธีการคัดเลือกผู้หญิงที่มีภูมิลำเนาตามอำเภอแห่งจังหวัดต่างๆมารับการอบรมให้เป็นนางผดุงครรภ์ชั้น 2 เมื่อเสร็จการอบรมแล้วก็จะส่งออกไปประจำเพื่อทำการสงเคราะห์มารดาและเด็กตามสุขศาลาของอำเภอนั้น⁵⁸ นอกจากประโยชน์ในทางสงเคราะห์มารดาและเด็กแล้ว รัฐบาลยังคาดหวังให้นางผดุงครรภ์ชั้น 2 มีหน้าที่ในการอบรมจิตใจพลเมืองเริ่มตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ ชี้แจงแนะนำให้รู้จักปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของตนและบุตรในครรภ์ เมื่อคลอดบุตรแล้วก็ต้องแนะนำให้บิดามารดารู้จักวิธีเลี้ยงดูบุตรให้มีความสุขสมบูรณ์ เพื่อให้ “มีจิตใจดีและเป็นพลเมืองที่เข้มแข็งของชาติ”⁵⁹ กล่าวได้ว่าเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่รัฐบาลทำเพื่อควบคุมคุณภาพของพลเมืองในรุ่นต่อไป ไม่ใช่หวังเพียงการเพิ่มจำนวนเพียงอย่างเดียว

การผลิตนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ในลักษณะนี้ จะทำการอบรมผู้เข้าร่วมโดยใช้ทุนของกรมสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า “ในบ่ารุง” แต่ก็มีบางส่วนที่สมัครเข้ารับการอบรมโดยใช้ทุนของตนเอง เรียกว่า “นอกบ่ารุง” การอบรมใช้เวลา 1 ปี สามารถผลิตได้ปีละประมาณ 70-80 คน เริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2482 จนเมื่อถึงปีพ.ศ.2487 มีนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ที่สำเร็จการอบรมและถูกส่งไปปฏิบัติหน้าที่

⁵⁶ เรื่องเดียวกัน.

⁵⁷ “หนังสือจากหลวงวิจิตรวาทการถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 21 ตุลาคม 2484,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).

⁵⁸ “ระเบียบการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 พ.ศ.2484,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485 – 17 พ.ย.2496).

⁵⁹ “โครงการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 เพื่อให้ได้จำนวนมากขึ้นโดยเร็ว,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485 – 17 พ.ย.2496).

ตามสุขศาลาอำเภอต่างๆจำนวนประมาณ 400 คน⁶⁰ เทียบกับจำนวนอำเภอทั่วประเทศ 424 อำเภอ นับเป็นจำนวนที่ไม่ห่างกันมาก ใช้เวลาอีกไม่นานก็สามารถขยายนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ได้ครอบคลุมทุกอำเภอ และยังมีแผนการจะขยายต่อไปอีกให้ถึงในระดับตำบล⁶¹ นอกจากนี้ยังมีการจัดหน่วยสงเคราะห์มารดาและเด็กเคลื่อนที่ออกไปดำเนินงานแนะนำสั่งสอนพลเมืองตามบ้านเรือนและที่ชุมนุมชนด้วย

ตารางที่ 10 สถิติการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 ณ วิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพฯ⁶²

พ.ศ.	จำนวนรุ่น	จำนวนนักเรียน							
		รับใหม่-เข้าอบรม		ตกจากรุ่นก่อน	รุ่นก่อนสำเร็จ	ลาออก	ตกแล้วลาออก	ตกแล้วซ้ำซ้ำ	ให้ออก
		ในบารุง	นอกบารุง						
2482	1	80	—	—	—	—	—	—	—
2483	1	80	—	—	80	—	—	—	—
2484	1	80	—	—	76	—	4	—	—
2485	1	80	—	1	78	1	—	1	—
2486	1	75	—	—	78	1	—	1	1
2487	1	74	—	7	64	—	—	7	5
2488	1	57	—	1	76	1	—	1	3
2489	1	64	19	—	52	3	3	—	—
2490	1	98	18	3	76	4	—	3	—
2491	1	91	21	—	117	2	—	—	—
2492	1	96	21	2	108	2	—	2	—
2493	1	98	15	—	117	2	—	—	—
2494	1	49	10	—	111	2	—	—	—
2495	1	50	10	1	56	2	—	1	—
2496	2	97	13	—	58	3	—	—	—
2497	2	99	15	—	107	3	—	—	—
2498	2	100	8	—	110	4	—	—	—
2499	2	99	14	—	108	—	—	—	—

⁶⁰ ตัวเลขคำนวณมาจากจำนวนนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ที่สำเร็จการอบรม รายงานใน กรมอนามัย, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 207-213.

⁶¹ “โครงการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 เพื่อให้ได้จำนวนมากขึ้นโดยเร็ว,” ใน หจข. (2)สธ.0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485 – 17 พ.ย.2496).

⁶² ที่มา กรมอนามัย, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ. 2485-2500, หน้า 251.

นอกจากการฝึกอบรมนางผดุงครรภ์แล้ว รัฐบาลยังใช้การเผยแพร่ความรู้ทางสาธารณสุข ที่ชวนให้พลเมืองรู้ถึงความสำคัญของการดูแลแม่และเด็ก เช่น การจัดให้มีวันของแม่ขึ้นเพื่อให้ประชาชนชาวไทยได้รู้สึกถึงความสำคัญของแม่ และเพื่อให้ผู้หญิงที่เป็นแม่ทั้งหลายได้ร่วมประชุมพบปะกันเพื่อความสามัคคีและรับความรู้ในเรื่องการสงเคราะห์แม่และเด็ก เพื่อช่วยกันลดอัตราการป่วยและตายของแม่และเด็กให้น้อยลง โดยกำหนดให้วันที่ 10 มีนาคม ซึ่งเป็นวันก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขเป็นวันแม่ของชาติ เริ่มเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ.2486⁶³ ในรายการวิทยุกระจายเสียง บทสนทนานายมัน-นายคองที่เป็นเหมือนกระบอกเสียงของรัฐบาลก็ชี้ชวนว่า “เวลานี้มีเด็กเกิดมาตายปีละมากๆ ทำให้การเพิ่มพลเมืองไม่สมประสงค์” เพราะฉะนั้น “พ่อแม่ต้องดูแลเด็กที่เกิดมาให้ดี ต้องเรียนรู้จนสามารถอนุบาลทารกได้ เพื่อให้เด็กที่เกิดมาตายน้อยลงไป”⁶⁴ ซึ่งก็เป็นไปในทางเดียวกับความคิดเห็นจากราชฎารบางส่วนเช่นความเห็นของนายเอื้อง แก้วภักดีที่ระบุว่าผู้หญิงไทยเป็นจำนวนมาก “เลี้ยงและรักษาทารกไม่เป็น” เด็กที่เกิดมาจึงเสียชีวิตปีละมากๆ “เป็นการเสียหายต่อการเพิ่มพลเมือง” จึงเสนอให้เร่งอบรมผู้หญิงไทยในการดูแลรักษาทารกอย่างจริงจังทั่วประเทศ⁶⁵

2.2 การขยายการป้องกันและบำบัดโรค

กิจการด้านขยายการป้องกันและบำบัดโรคเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการสาธารณสุขโดยตรง แม้ว่าในยุคสมัยแห่งการสร้างชาตินี้จะมีจุดประสงค์หลักที่จำเพาะเจาะจงคือการเพิ่มพลเมือง แต่ในการดำเนินการของเรื่องนี้ก็ไม่ต่างจากสมัยก่อนหน้ามากนัก ส่วนมากเป็นการขยายงานเดิมที่มีอยู่ กิจกรรมหลักๆก็คือการขยายการสร้างสถานพยาบาลตามต่างจังหวัด ทั้งในรูปแบบโรงพยาบาลและสุขศาลา การควบคุมป้องกันโรคจำเพาะที่เป็นปัญหาบางโรคเช่น โรคไข้จับสั่น โรคเรื้อน การป้องกันโรคติดต่ออันตราย เป็นต้น คำอธิบายเรื่องนโยบายการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการขยายการป้องกันและบำบัดโรคปรากฏอยู่ในคำบรรยายเรื่อง “นโยบายและองค์การสาธารณสุขของชาติ”⁶⁶ โดยพระไวยงวิธิการ ในการประชุมข้าหลวงประชุม

⁶³ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2486,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/20-งานวันของแม่ (17-26 ก.พ.2486).

⁶⁴ “บทสนทนาระหว่างนายมัน ชูชาติ กับนายคอง รักไทย แสดงทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2486,” ใน หจข. (2)สร.0201.18.1/4 บทสนทนาระหว่างนายมัน ชูชาติ กับนายคอง รักไทย พุศศิกายน 2485 ถึง กุมภาพันธ์ 2485 (1 พ.ย.2485 – 7 เม.ย.2486).

⁶⁵ หจข. สร.0201.25/919 ความเห็นนายเอื้อง แก้วภักดี เรื่องการเพิ่มพลเมือง (พ.ศ.2485).

⁶⁶ พระไวยงวิธิการ, “นโยบายและองค์การสาธารณสุขของชาติ,” ใน รายงานการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ.2484 เล่ม 1 , (พระนคร: โรงพิมพ์กรมรถไฟ, 2486), หน้า 12-146.

ข้าหลวงประจำจังหวัดเมื่อปีพ.ศ.2484 โดยเป็นการอบรมให้ข้าหลวงประจำจังหวัดเห็นถึงความสำคัญของกิจการด้านการแพทย์สาธารณสุข รวมทั้งวิธีการนำไปปฏิบัติในพื้นที่

2.2.1 การขยายการป้องกันโรค ในส่วนของการป้องกันโรคได้มีการพูดถึงโรคติดต่อที่ทำลายชีวิตประชากร ซึ่งโรคบางโรคสามารถหาวิธีป้องกันได้ เช่น ไข้ทรพิษ ซึ่งป้องกันได้โดยการปลูกฝี ผู้ปกครองพื้นที่จะต้องหมั่นสำรวจตรวจตราจำนวนพลเมืองผู้รับการปลูกฝีในพื้นที่ในแต่ละปีหรือแต่ละฤดูการระบาด หากมีจำนวนผู้ปลูกฝีต่ำกว่าเกณฑ์ก็ต้องเร่งทำการปลูกฝีแก่พลเมือง สำหรับกาฬโรค สามารถป้องกันได้โดยการกำจัดหนูและแนะนำให้พลเมืองทำความสะอาดบริเวณบ้าน นอกจากนี้ยังมีโรคไข้จับสั่น ซึ่งทำให้คนตายเป็นจำนวนมากและเกิดอยู่ทั่วไป แต่การป้องกันทำได้ลำบาก เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศกสิกรรม มีพื้นที่น้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงอยู่ทั่วไป และยังมีแหล่งน้ำในป่าอีก ซึ่งเป็นการยากที่จะทำการกำจัดยุงที่เป็นพาหะโรคให้หมดสิ้นไปได้ ก็ต้องเปลี่ยนมาใช้วิธีป้องกันกึ่งรักษา คือกำจัดตัวเชื้อโรคที่อยู่ในเลือดคนแทน เมื่อยุงมากัดก็ไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อโรคไปแพร่ได้อีก ทำได้โดยการเร่งใช้ยาควินินตามพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในแหล่งที่มีไข้จับสั่นชุม⁶⁷

กิจการควบคุมและป้องกันโรคตามที่เป็นไปในสมัยนี้ยังคงอาศัยเครื่องมือหลักคือพระราชบัญญัติโรคติดต่อที่ประกาศครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ.2477 และได้มีการแก้ไขปรับปรุงในรายละเอียดอีกหลายครั้ง ซึ่งก็ครอบคลุมโรคติดต่อหลายโรค เช่น กาฬโรค อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬน้างแค้น รวมทั้งให้ความสำคัญโรคที่คนเป็นกันมาก เช่น โรคบิด คุดทะราด ไข้หวัดใหญ่ ไข้ปอดอักเสบ เป็นต้น⁶⁸ แต่ในการจัดการกับโรคติดต่ออันตรายบางโรค รัฐบาลก็เลือกที่จะใช้วิธีที่ค่อนข้างรุนแรงและเด็ดขาด อันเป็นลักษณะของรัฐบาลอำนาจนิยมโดยเฉพาะในช่วงเวลาสงคราม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือในช่วงปีพ.ศ.2486-2487 เกิดมีอหิวาตกโรคระบาดขึ้นและทำให้มีผู้ป่วยจำนวนประมาณปีละ 1,500-2,000 คน จำนวนการตายถึง 1,000-1,500 คน (และจะระบาดต่อไปจนถึงปีพ.ศ.2490 โดยทวีความรุนแรงมากขึ้นทำให้มีผู้ป่วยถึงปีละประมาณ 5,000-6,000 คน ผู้ตายปีละประมาณ 3,000-4,000 คน)⁶⁹ นายกรัฐมนตรีจึงสั่งการข้าหลวงทุกจังหวัดว่า “บ้านหรือโรงเรือนหรืออาคารใด ที่เกิดกาฬโรคหรืออหิวาตกโรค ให้จัดการเผาเสียทันที เนื่องจากเป็นโรคที่

⁶⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 128-131.

⁶⁸ “รายงานกิจการงานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิบัติอยู่และที่จะปฏิบัติต่อไป พ.ศ.2486,” ใน หจข. (3)สธ. 0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ศ.2486-18 ก.ย.2490).

⁶⁹ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 249.

ร้ายแรง”⁷⁰ จนทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องชี้แจงกลับไปในทางวิชาการและการปฏิบัติว่า ในการปราบกาฬโรคนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ซึ่งจะมีการสั่งเผาบ้านหรืออาคารโรงเรียนที่เกิดกาฬโรค “ตามที่เห็นว่าจำเป็นเท่านั้น” เช่น บ้านหรือโรงเรียนที่รกรุงรัง บ้านที่สร้างด้วยกระบอกไม้ไผ่จำนวนมากอันเป็นที่ให้หนูสามารถหลบซ่อนได้ เป็นต้น ส่วนการปราบอหิวาตกโรคนี้ “ไม่จำเป็นต้องเผาทำลายอาคารบ้านเรือนของผู้ป่วย เพราะเชื้ออหิวาตกโรคไม่ได้อาศัยสถานที่และวัตถุเป็นทางแพร่หลาย การติดต่อเป็นไประหว่างคนต่อคนจากการบริโภคอาหารและแหล่งน้ำ”⁷¹ นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรียังสั่งให้ระวางการรับประทานของประชาชนเพื่อไม่ให้โรคนี้อุบัติมากขึ้น โดยกวดขันการขายของกินตามตลาด ให้รักษาความสะอาดให้ดี กวดขันการขายอาหารสุกตามร้านต่างๆ ให้ป้องกันแมลงวันและสิ่งสกปรก ที่สำคัญคือให้หาทางห้ามการขายของรับประทานหยาบๆ เพราะทำให้ประชาชนรับประทานไม่เป็นเวลาและ “เป็นบ่อเกิดของโรคมากกว่าสิ่งอื่น” และ “ต้องหาทางให้ประชาชนดื่มน้ำต้มอยู่เสมอ”⁷² นับได้ว่าลักษณะอำนาจนิยมของรัฐบาลที่เพิ่มขึ้นมาจากรัฐบาลสมัยก่อนหน้าได้ทำให้มาตรการในการควบคุมป้องกันโรคต่างๆ ทวีความเข้มข้นขึ้นด้วย

สำหรับโรคบางโรคที่รัฐบาลเห็นว่าเป็นโรคที่ส่งผลเสียร้ายแรงเป็นพิเศษ ก็จะมีมาตรการที่เพิ่มขึ้นมา เช่น โรคไข้จับสั่น และโรคเรื้อน ในส่วนของโรคไข้จับสั่น มีการตรากฎหมายเป็นการเฉพาะคือพระราชบัญญัติไข้จับสั่น พ.ศ.2485 ที่มีการเสนอร่างเข้าสู่สภาเมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2485 โดยพ.ต.ชวง เศวตศักดิ์สงคราม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ชี้แจงถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีกฎหมายควบคุมโรคไข้จับสั่นว่า ตามสถิติในปีพ.ศ.2482 มีคนตายด้วยโรคไข้จับสั่น 37,813 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับสถิติสากลที่ว่าคนป่วยเป็นไข้จับสั่น 60 คน จะมีคนตาย 1 คน ทำให้เมื่อคำนวณจากจำนวนผู้ตายแล้ว “ประเทศไทยอาจมีผู้เจ็บป่วยประมาณ 2,268,780 คน” ซึ่ง “ราษฎรของเรามีประมาณ 2 ล้านคน” นับว่า “ราษฎรเป็นไข้กันทุกคนในแต่ละปี เป็นที่น่าวิตกในเรื่องการทวีจำนวนพลเมือง” (จากการสำรวจสำมะโนประชากรทั่วราชอาณาจักรในปีพ.ศ. 2480 พบว่าประเทศไทยมีประชากรราว 14 ล้านคน ซึ่งตัวเลขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวง

⁷⁰ “หนังสือจากเลขาธิการคณะรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย วันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2486,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/7 ให้ข้าหลวงส่งเผาบ้านเรือนหรืออาคารที่ก่อเกิดกาฬโรคหรืออหิวาตกโรค (21 ม.ค.2486-28 ก.ย. 2487).

⁷¹ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2486,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/7 ให้ข้าหลวงส่งเผาบ้านเรือนหรืออาคารที่ก่อเกิดกาฬโรคหรืออหิวาตกโรค (21 ม.ค.2486-28 ก.ย. 2487).

⁷² “หนังสือจากนายกรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขวันที่ 17 มิถุนายน 2486,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/3 การป้องกันและปราบอหิวาตกโรค (26 มี.ค.2478-23 ก.ค.2480).

สาธารณสุขกล่าวว่ามีจำนวนราษฎรราว 2 ล้านคนนั้น ไม่ทราบว่าเป็นตัวเลขที่มาจากที่ใด หรือเกิดจากความผิดพลาดในด้านใด หรือว่าเป็นความจงใจที่จะพุดให้ปัญหาใช้จับสั่นคูมีความรุนแรงในระดับสูงสุดเพื่อโน้มน้าวให้เกิดการจัดการ – ผู้เขียน) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังได้ระบุว่าผู้ที่เป็นใช้จับสั่นในระยะตั้งครมจะก่อให้เกิดโรคที่ตามมาอ่อนแอ เป็นการ “บั่นทอนสมรรถภาพพลเมืองลงไปอีก” นับได้ว่าความต้องการควบคุมใช้จับสั่นเป็นผลส่วนหนึ่งจากความต้องการเพิ่มพลเมืองทั้งในทางคุณภาพและปริมาณ นอกจากนี้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขยังกล่าวอีกว่ายิ่งการคมนาคมและชลประทานขยายไปกว้างขวางขึ้นก็ยิ่งทำให้โรคใช้จับสั่นระบาดไปได้กว้างไกลมากขึ้นแม้แต่ในท้องที่ที่ไม่เคยเกิดการระบาด ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า การจะควบคุมใช้จับสั่นให้ได้ผลดีนั้นนอกจากจะต้องมี “เจ้าหน้าที่และเงินเพียงพอ” แล้ว ยังจะต้องได้รับ “ความร่วมมือจากประชาชน” จึงต้องมีกฎหมายให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการดำเนินการอย่างเข้มแข็งและให้ประชาชนให้ความร่วมมือ ซึ่งก็เป็นที่ทำกันใน “ต่างประเทศที่มีใช้จับสั่นชุกชุม” วิธีการหนึ่งที่รัฐบาลต้องการกระทำก็คือการดำเนินการกับบุคคลที่ได้รับเชื้อโรคมาแล้วซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ ก็อาจใช้อำนาจกฎหมายควบคุมไว้ให้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่จนหายขาดเพื่อไม่ให้ไปแพร่เชื้อต่อไป มิเช่นนั้น “เมื่อเวลาเป็นไข้ก็จะมาขอยาที่แล้วก็หายไปทำให้ไม่หายขาด” นอกจากนี้ก็ต้องการควบคุมบังคับให้ราษฎรป้องกันยุง เช่น การให้นอนในมุ้ง การให้ดูแลแหล่งน้ำ เป็นต้น⁷³

พระราชบัญญัติใช้จับสั่น พ.ศ.2485 ได้มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ.2485 โดยมีเนื้อความสำคัญเช่น การให้อำนาจข้าหลวงประจำจังหวัดประกาศเขตควบคุมใช้จับสั่นในพื้นที่เมื่อเห็นว่ามีใช้จับสั่นเกิดขึ้นชุกชุม ในเขตควบคุมใช้จับสั่นพลเมืองมีหน้าที่ต้องแจ้งความเมื่อพบผู้ป่วยหรือผู้ต้องสงสัยว่าเป็นใช้จับสั่นรวมไปถึงการต้องนอนในมุ้งที่กันยุง และเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งการให้พลเมืองในพื้นที่นั้นเข้ารับการตรวจหรือบำบัดโรค ควบคุมให้คนในพื้นที่ทำการกำจัดยุงและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในบริเวณของตน และให้เจ้าพนักงานเข้าไปเพื่อจัดการควบคุมใดๆในพื้นที่นั้นตามความจำเป็น มีการกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนหรือแม้แต่ละเลยไว้ด้วยเป็นโทษปรับ 50-1,000 บาท⁷⁴ แสดงให้เห็นถึงความร้ายแรงของโรคใช้จับสั่นในบางพื้นที่ถึงขั้นที่ต้องตรากฎหมายมารองรับการควบคุมใช้จับสั่นโดยเฉพาะในบริเวณที่มีการระบาดชุกชุม

บริเวณหนึ่งที่ถือว่ามีใช้จับสั่นระบาดชุกชุมอย่างมากคือภาคเหนือ เนื่องจากพื้นที่มีป่าเขาและแหล่งน้ำธรรมชาติมาก เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และโดยเฉพาะในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2

⁷³ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติใช้จับสั่น พ.ศ.2485 วันที่ 16 เมษายน 2485,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2484-2485, (พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2486) หน้า 491-504.

⁷⁴ “พระราชบัญญัติใช้จับสั่น พุทธศักราช 2485,” ราชกิจจานุเบกษา 59 (4 สิงหาคม 2485): 1408-1414.

ซึ่งพื้นที่ภาคเหนือเป็นฐานทัพสำคัญในการทำสงครามขยายดินแดนเข้าไปในรัฐฉานทางตอนเหนือของพม่า เช่น เชียงตุง เชียงของ ฯลฯ⁷⁵ ในปีพ.ศ.2485 มีรายงานว่าการที่ภาคเหนือในควบคุมครองของกองทัพพายัพมีไข้จับสั่นชุกชุมและเป็นปัญหามากในสถานะสงคราม “จำนวนผู้ตายด้วยโรคไข้จับสั่นยังมากกว่าจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอาวุธซ้ำศึก” นำไปสู่การตั้ง “คณะกรรมการปราบปรามไข้จับสั่น” และ “โครงการปราบปรามไข้จับสั่นในท้องที่ซึ่งอยู่ในความครอบครองของกองทัพพายัพ” โดยความร่วมมือระหว่างกองทัพพายัพและกรมสาธารณสุข มีการดำเนินการเช่น การจัดสถานพยาบาลและสถานพักฟื้น การจัดหน่วยเคลื่อนที่ การตรวจหาไข้จับสั่น การแจกจ่ายยา เป็นต้น⁷⁶ แม้ในโครงการจะหนักไปในทางดูแลกองทหาร แต่พลเมืองในบริเวณใกล้เคียงโดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง และเชียงราย ที่อาจมีพาหะนำโรคมาติดต่อกับทหารก็ได้รับอานิสงส์ในการจัดการไปด้วย จะเห็นได้ว่าการจัดการควบคุมไข้จับสั่นให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับบริเวณที่มีผลประโยชน์ของรัฐ

นอกจากโรคไข้จับสั่นแล้ว อีกโรคหนึ่งที่มีความพยายามควบคุมเป็นพิเศษคือโรคเรื้อน โดยได้มีเสนอโครงการควบคุมคนโรคเรื้อนจากรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมายังคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2486 โดยมีหลักการว่า “โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อกันด้วยการสัมผัส...เป็นได้ทั้งชายและหญิงทุกอายุ โดยเฉพาะเด็กอ่อนจะติดโรคนี้ได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่...เมื่อเป็นขึ้นแล้วรักษายากและเป็นที่ยกย่องในสังคม” มีการอ้างถึงจำนวนผู้ป่วยจากการสำรวจว่ามีมากกว่า 20,000 คนรวมไปถึงอายุขัยเฉลี่ยของคนที่เป็นโรคเรื้อนซึ่งอยู่ที่ประมาณ 41 ปีหรือน้อยกว่านั้นหากมีโรคอื่นแทรกแซง ในบันทึกโครงการระบุว่าหากคิดจากอายุขัยนี้ จำนวนคนโรคเรื้อนที่มีอยู่มากกว่า 20,000 คนนั้น “อาจจะหมดไปได้ภายใน 50 ปี หากไม่มีคนเป็นโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นใหม่อีก” จึงจำเป็นต้องควบคุมและกักกันคนโรคเรื้อนที่มีอยู่เพื่อไม่ให้ติดต่อกับคนอื่นเพิ่มขึ้น ผู้เสนอเห็นว่าการควบคุมที่มีอยู่คือการแยกผู้ป่วยไปอยู่ในโรงพยาบาลหรือนิคมโรคเรื้อน ซึ่งรวมทุกแห่งแล้วรับผู้ป่วยได้ 1,650 คน ยังไม่เพียงพอทำให้คนเป็นโรคเรื้อนออกมาปะปนในสังคมเป็นจำนวนมาก จำเป็นจะต้องมีการขยายโรงพยาบาลและนิคมโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นอีก รวมทั้งจัดตั้งเป็นหมู่บ้านตามจังหวัดต่างๆด้วย ให้มีเพียงพอกับการรับคนโรคเรื้อนทั้งหมดไว้ควบคุมและกักกัน รวมทั้งจะต้องมี

⁷⁵ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, หน้า 289.

⁷⁶ “โครงการปราบปรามไข้จับสั่นในท้องที่ซึ่งอยู่ในความครอบครองของกองทัพพายัพ,” ใน หจข. (2)สธ. 0201.27.1/6 มหาดไทยรายงานการป้องกันและบำบัดไข้จับสั่นจังหวัดต่างๆ (9 พ.ย.2482-25 พ.ค.2486).

กฎหมายบังคับเป็นการเฉพาะสำหรับผู้เป็นโรคนี้ และควรที่จะตั้งองค์การควบคุมโรคเรื้อนขึ้น เพื่อควบคุมดำเนินการด้วย⁷⁷

ควบคุมไปกับการเสนอโครงการควบคุมโรคเรื้อน ก็มีการตราพระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ. 2486 ขึ้นอีกด้วยโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ.2486 มีเนื้อความสำคัญคือการทำอำนาจเจ้าหน้าที่ในท้องที่ที่มีโรคเรื้อนชุกชุมกำหนดให้โรคเรื้อนเป็นโรคที่ต้องแจ้งความในท้องที่นั้น มีการกำหนดข้อบังคับสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อน เช่น ห้ามสมรสยกเว้นกับผู้เป็นโรคเรื้อนด้วยกันและต้องมีการคุมกำเนิดด้วย ห้ามเข้าเรียนในโรงเรียนยกเว้นโรงเรียนเฉพาะสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อน ห้ามเข้าในที่ประชาชนชุมนุมกัน ห้ามเข้าพักอาศัยในโรงแรม วัด ศาลเจ้า ฯลฯ ห้ามประกอบอาชีพที่กำหนด ห้ามร่อนน้ำประปาสาธารณะ ห้ามอาบน้ำ ชักฟอกเสื้อผ้าในแม่น้ำลำคลองสาธารณะ ห้ามโดยสรวดยานสาธารณะยกเว้นในความควบคุมของเจ้าพนักงานสาธารณสุข นอกจากนี้ยังให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอำนาจเรียกบุคคลใดๆ ที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อนมาให้แพทย์ตรวจร่างกาย มีอำนาจแยกบุคคลโดดใหม่ของผู้เป็นโรคเรื้อนไปไว้ที่สถานอนุบาลจนกว่าอายุครบ 9 ปี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอำนาจกำหนดให้บุคคลเป็นโรคเรื้อนไปอยู่ในสถานโรคเรื้อนแห่งใดแห่งหนึ่งเพื่อการรักษาพยาบาล หรืออนุญาตให้ไม่ต้องไปอยู่สถานพยาบาลแต่อยู่ภายในบริเวณบ้านที่มีที่กินอยู่ต่างหาก ไม่ให้ปะปนกับคนอื่น สำหรับผู้ป่วยบางคนแพทย์เห็นว่าไม่เป็นอันตรายต่อสังคมก็อาจให้ออกจากสถานโรคเรื้อน แต่ต้องไปรายงานตัวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดที่ตนอยู่ ในการนี้มีบทลงโทษด้วยการปรับไม่เกิน 100 บาท และจำคุกไม่เกิน 1 เดือน⁷⁸

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนก็ยังคงถูกจำกัดสิทธิในการดำรงชีวิตเป็นพลเมืองชั้น 2 อยู่เช่นเดิม ทั้งยังมีการตราเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษรมาใช้บังคับและกำหนดโทษทัณฑ์ด้วย แต่ในเนื้อความของกฎหมายก็ยังมีผ่อนผันอนุญาตอยู่บ้างในบางสิ่งที่มนุษย์สมควรได้รับ เช่น สิทธิในการแต่งงาน การเข้าเรียน การอยู่บ้าน การอยู่ในสังคม โดยอยู่ภายใต้ข้อจำกัดและการควบคุมที่กำหนด เข้าทำนองว่าต้องเสียสละสิทธิบางอย่างเพื่อความมั่นคงปลอดภัยของสังคม

ในเรื่องการควบคุมโรคเรื้อนนี้จะเห็นความแตกต่างจากสมัยก่อนหน้านี้อยู่บ้าง กล่าวคืออันที่จริงได้เคยมีการเสนอร่างกฎหมายควบคุมโรคเรื้อนกันมาในสยามฯตั้งแต่ปีพ.ศ.2477 แล้ว โดยในครั้งแรกเป็นการเสนอร่างมาจากสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเอง คือนายมงคล รัตนวิจิตร ผู้แทนราษฎรจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2477 ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจาก

⁷⁷ “โครงการควบคุมคนโรคเรื้อน,” ใน หจช. (2)สร.0201.27.1/8 โครงการควบคุมโรคเรื้อน (14 เม.ย.2486-28 มิ.ย. 2491).

⁷⁸ “พระราชบัญญัติโรคเรื้อน พุทธศักราช 2486,” ราชกิจจานุเบกษา 60 (28 กันยายน 2486): 1432-1438.

ส.ส.บางส่วน เช่น ชุนพิเคราะห์คดี ผู้แทนราษฎรจังหวัดชุนชัณฑ์เห็นว่าการที่โรคเรื้อนแพร่หลายมานานเพราะว่ารัฐบาลไม่ได้ออกพระราชบัญญัติมาควบคุม ทำให้เกิดการติดต่อกันได้ง่ายทั้งจากในครอบครัวเองจนลามไปถึงบุคคลอื่น เห็นว่า “ควรห้ามมิให้ผู้ป่วยมาปะปนกับผู้อื่นและจำกัดอยู่เสียที่ใดที่หนึ่ง” สอดคล้องกับความเห็นของ ร.ท.ทองดำ คล้ายโสภาส ผู้แทนราษฎรจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งยกตัวอย่างประเทศจีนและอเมริกาที่ “ไม่ปล่อยให้คนโรคเรื้อนอยู่ในประเทศเลย” แต่เอาไปปล่อยเกาะไว้ในที่ซึ่งห่างจากพลเมือง แต่ก็มีฝ่ายที่คัดค้านการออกกฎหมายมาควบคุม เช่น หลวงนรินทรประสาทรเวช ผู้แทนราษฎรจังหวัดจันทบุรีเห็นว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาทางวิชาการ ไม่ใช่แค่เรื่องทางปกครอง จึงควรให้มีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อน “การออกกฎหมายบังคับอาจทำให้เกิดผลเสีย” เช่น ทำให้คนเป็นโรคเรื้อนหลบหลีกซ่อนตัวอยู่ในสังคม ทำให้เป็นภัยแก่ประชาชน มีการยกตัวอย่างประเทศอินเดียและฟิลิปปินส์ที่เคยใช้กฎหมายบังคับเช่นนี้แต่ไม่ได้ผล ต้องเปลี่ยนมาใช้ในการสุศึกษา ส่วนนายทองอินทร์ ภูริพัฒน์ ผู้แทนราษฎรจังหวัดอุบลราชธานีเห็นว่ารัฐบาลควรจะทำนิคมและโรงพยาบาลโรคเรื้อนให้สำเร็จดีก่อน ให้ในนิคมมีโรงเรียน โรงงาน พร้อมสรรพ ให้เป็นที่นิยมของราษฎร “แล้วผู้ป่วยก็จะสมัครใจไปเข้าโรงพยาบาลหรือนิคมนั้นเอง”⁷⁹ ผลสุดท้ายที่ประชุมลงมติให้รัฐบาลเป็นผู้นำไปพิจารณา แต่หลังจากนั้นรัฐบาลก็ไม่ได้นำร่างกฎหมายที่ผ่านการพิจารณากลับมาเข้าสู่สภาฯ

ต่อมาเมื่อถึงปีพ.ศ.2483 ได้มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเสนอร่างพระราชบัญญัตินิคมโรคเรื้อนขึ้นอีก เมื่อวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ.2483 คือนายทองม้วน อุตถากร ผู้แทนราษฎรจังหวัดมหาสารคาม เสนอหลักการให้มีกฎหมายควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนให้อยู่ภายในเขตที่จำกัด ไม่อยู่ปะปนกับคนดี ห่างไกลจากหมู่บ้าน ซึ่ง “ไม่ถือเป็นการผิดศีลธรรมที่จะจับคนพลัดพรากจากครอบครัว...เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนมีหน้าที่อยู่แล้วที่จะเจียมเนื้อเจียมตัว ยอมพลัดพรากจากหมู่บ้าน...เพราะเป็นโรคที่น่าเกลียดมาก...และนับวันจะยิ่งแพร่หลาย” นอกจากนี้ผู้เสนอเห็นว่าการใช้วิธีละมุนละม่อมโดยทางชักชวนให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลโรคเรื้อนนั้นไม่เป็นผล เพราะไม่มีใครอยากจะทำครอบครัวของตน⁸⁰ ในครั้งนี้ที่ประชุมลงมติให้รัฐบาลรับเรื่องไปพิจารณาอีกครั้ง และต่อมาก็เกิดเป็นพระราชบัญญัติโรคเรื้อนพ.ศ.2486 ที่มีเนื้อหาในทางบังคับราษฎรที่เป็นโรคเรื้อนดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

⁷⁹ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อน พ.ศ.2477 วันที่ 13 สิงหาคม 2477,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477 (พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2478), หน้า 375-387.

⁸⁰ “การพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินิคมโรคเรื้อน พ.ศ.2483 วันที่ 22 สิงหาคม 2483,” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2483 (พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2484) หน้า 541-553.

จะเห็นได้ว่าในสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนาระหว่างพ.ศ.2477-2481 ความพยายามในการให้มีกฎหมายควบคุมโรคเรื้อนยังไม่ประสบผลนัก เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะการคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของประชาชนหลังจากที่ได้เปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นประชาธิปไตยได้ไม่นาน แม้จะมีการควบคุมบังคับผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือโรคอื่นๆ ให้ไปรักษาตัวยังโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ถึงขั้นจะต้องตราเป็นกฎหมายบังคับ ยกเว้นในบางโรคที่เป็นโรคติดต่ออันตรายจึงจะมีกฎหมายบังคับ แต่เมื่อมาถึงสมัยรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงคราม แนวคิดอำนาจนิยมเริ่มแพร่หลายทั้งในรัฐบาลหรือแม้แต่สภาเอง มีผลทำให้กิจการต่างๆ มีความเข้มข้นในทางใช้อำนาจบังคับมากขึ้น มีการออกกฎหมายควบคุมเฉพาะโรค เช่น โรคเรื้อน โรคไข้จับสั่น โดยเฉพาะในการควบคุมโรคเรื้อนที่แม้จะมีการถกเถียงกันมานานถึงเรื่องผลดีผลเสียของการใช้กฎหมายบังคับ รวมทั้งมีการยกตัวอย่างถึงประเทศที่ใช้กฎหมายบังคับแล้วไม่ได้ผล แต่สุดท้ายก็ยังคงมีการประกาศเป็นกฎหมายเพื่อควบคุมบังคับผู้ป่วย อาจกล่าวได้ว่าการคำนึงถึงหลักวิชาการที่เกี่ยวกับโรคนั้นๆ รวมไปถึงผลที่เกิดขึ้นกับพลเมืองน้อยลง และหันไปเน้นการบังคับควบคุมมากขึ้น

อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในเรื่องการควบคุมโรคเรื้อนคือด้วยความที่โรคเรื้อนเป็นโรคที่มีสภาพน่ารังเกียจ น่ากลัว จึงทำให้ประชาชนรวมไปถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับต่างๆ มีแนวโน้มที่จะกลัวโรคเรื้อนมากกว่าความเป็นจริง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเองก็ได้เคยชี้แจงหลายครั้งว่าตามหลักวิชาการแพทย์ปรากฏว่าโรคเรื้อน “ไม่เป็นโรคที่ติดต่อกันได้ง่าย” จะติดต่อโดยการ “สัมผัสใกล้ชิดติดกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน” นอกจากนี้ยังชี้แจงว่าโรคเรื้อนไม่สามารถติดต่อกันทางน้ำเนื่องจาก “เชื้อโรคไม่เจริญตัวในน้ำเพราะไม่มีอาหารสำหรับเชื้อโรคจะยังชีพอยู่ได้” แต่ก็ยังคงปรากฏว่ามีผู้ร้องเรียนอยู่บ่อยครั้งถึงเรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อนมาใช้แหล่งน้ำสาธารณะ⁸¹ ดังนั้นปัญหาส่วนใหญ่จึงไม่ได้อยู่ที่การติดต่อของโรค แต่เป็นความรู้สึกรังเกียจของคนในสังคมที่มีต่อสภาพของโรค และเป็นหลักที่ทำให้รัฐสามารถดำเนินการควบคุมบังคับได้อย่างชอบธรรม

นอกจากการป้องกันโรคต่างๆ โดยใช้มาตรการในทางบังคับแล้ว ยังมีการขยายการศึกษา เช่น การจัดหน่วยสุขศึกษาโดยภาพยนตร์ไปแสดงแก่ประชาชนในท้องที่จังหวัดต่างๆ ทำการสุขศึกษาแก่นักเรียนเป็นประจำ จัดสร้างภาพยนตร์เพื่อเผยแพร่ส่งเสริมการสาธารณสุขและการอนามัย จัดพิมพ์เอกสารคำแนะนำในทางสาธารณสุขแจกแก่ประชาชน รวมทั้งจัดหน่วยออก

⁸¹ “กระทู้ถามเรื่องโรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดขอนแก่น วันที่ 28 สิงหาคม 2484.” ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484 (พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512) หน้า 442-443.

ให้คำแนะนำประชาชนในการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บในยามที่เหตุการณ์คับขัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องการป้องกันโรคและการอนามัยเผยแพร่ทางวิทยุกระจายเสียงเป็นประจำทุกวันด้วย⁸²

2.2.2 การขยายการบำบัดโรค ในส่วนของการขยายการบำบัดโรคนั้นได้มีการย้ำถึงความสำคัญของการบำบัดโรคไว้ในปาถกฐาเรื่องนโยบายและองค์การสาธารณสุขของชาติในการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัดเมื่อปีพ.ศ.2484 ว่าการบำบัดโรคเป็นเครื่องมือชักจูงให้ประชาชนเลื่อมใสในการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อกิจการในทางป้องกันโรคและเสริมสร้างอนามัยด้วย ส่วนแผนการขยายสถานพยาบาลส่วนภูมิภาคในสมัยนี้ก็เป็นแผนการเดียวกับโครงการอนามัยหัวเมืองที่มีการเสนอเมื่อปีพ.ศ.2478 ในสมัยรัฐบาลพระยาพหลพลพยุหเสนา คือความต้องการจัดสถานพยาบาลตามลำดับขั้น ให้มีโรงพยาบาลชั้น 1 ประจำภาค 5 ภาค มีโรงพยาบาลขนาดกลางหรือขนาดย่อมประจำจังหวัดตามความเหมาะสม หรืออาจเป็นสุขศาลาชั้น 1 ส่วนตามอำเภอและตำบลที่สำคัญก็ให้มีสุขศาลาชั้น 2 ในการสร้างโรงพยาบาลหรือสุขศาลามีวิธีอยู่ 3 อย่างคือ สร้างด้วยงบประมาณแผ่นดิน สร้างด้วยเงินบำรุงท้องที่ และสร้างด้วยเงินบริจาคขององค์การหรือบุคคล แต่ในการจัดสร้างโรงพยาบาลก็มีอุปสรรคอยู่ที่การจัดหาแพทย์ที่ไม่สามารถจัดหาให้ได้ครบตามความต้องการของแต่ละจังหวัด รวมทั้งความสับสนในการจัดการโรงพยาบาลเนื่องจากโรงพยาบาลบางจังหวัดเป็นของรัฐบาลดำเนินการ และบางจังหวัดเป็นของเทศบาลดำเนินการ ที่เป็นเช่นนี้เพราะแม้เทศบาลจะมีหน้าที่จัดสถานพยาบาลแก่ประชาชนในท้องที่ แต่สถานะของเทศบาลแต่ละแห่งไม่เหมือนกัน รัฐบาลจึงต้องเข้าช่วยเหลือ บางแห่งที่เทศบาลไม่สามารถสร้างโรงพยาบาลได้เอง หรือสร้างแล้วไม่มีเจ้าหน้าที่ ไม่มีเงิน รัฐบาลก็ต้องรับมาจัดทำต่อโดยเจ้าหน้าที่และเงินของรัฐบาล⁸³

กล่าวได้ว่าในส่วนของนโยบายขยายการบำบัดโรคในสมัยนี้ไม่แตกต่างจากในสมัยก่อนหน้ามากนัก คือเป็นความพยายามขยายสถานพยาบาลในระดับต่างๆสู่ส่วนภูมิภาคตามความจำเป็นโดยอาศัยความร่วมมือและทุนจากท้องถิ่นร่วมกับงบประมาณของรัฐบาล สิ่งที่แตกต่างกันคือผลของการดำเนินการเนื่องมาจากสถานการณ์คือในระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้เกิดภาวะขาดแคลนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์อย่างรุนแรงเนื่องจากต้องจัดซื้อจากประเทศทางยุโรปและอเมริกา ในภาวะที่ประกาศสงครามกับประเทศเหล่านี้ซึ่งอยู่ฝ่ายสัมพันธมิตรจึงมีปัญหาการรวมไปถึงวัสดุการก่อสร้างที่ราคาสูงและขาดแคลน ทำให้โครงการขยายโรงพยาบาลถูกระงับไปใน

⁸² “รายงานกิจการงานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิบัติอยู่และที่จะปฏิบัติต่อไป พ.ศ.2486,” ใน หจข. (3)สข. 0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ศ.2486-18 ก.ย.2490).

⁸³ พระไวยุทธวิจิตร, “นโยบายและองค์การสาธารณสุขของชาติ,” ใน รายงานการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ.2484 เล่ม 1, หน้า 131-137.

ปีพ.ศ.2486⁸⁴ แต่ก็นับว่าโรงพยาบาลที่มีอยู่ขณะนั้นครอบคลุมอยู่ทุกภูมิภาคตามสมควร เช่น ภาคเหนือมีที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ภาคอีสานมีที่จังหวัดอุบลราชธานี นครพนม หนองคาย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี นครราชสีมา ภาคตะวันออกมีที่จังหวัดจันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ภาคกลางและตะวันตกมีที่จังหวัดอยุธยา ตาก ระนอง นครสวรรค์ ราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม และภาคใต้มีที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัตตานี นราธิวาส นครศรีธรรมราช สงขลา เป็นต้น⁸⁵ สำหรับสุขศาลาก็ได้รับผลกระทบจากการสงครามและการขาดแคลนงบประมาณจนสร้างได้น้อยกว่าในช่วงก่อนหน้านี้ กล่าวคือในระหว่างปีพ.ศ.2478-2481 สามารถสร้างได้ถึงปีละ 70-140 แห่ง แต่ในระหว่างปีพ.ศ.2481-2487 การสร้างเหลือเพียงปีละประมาณ 20-40 แห่ง⁸⁶ อาจเป็นไปได้ว่ารัฐบาลในช่วงนี้เห็นว่ามีจำนวนสุขศาลามากพอสมควรและครอบคลุมทั่วประเทศแล้ว แม้จะยังไม่ทั่วถึงในทุกอำเภอและตำบล ก็ถือว่าเพียงพอต่อจำนวนพลเมืองในระดับหนึ่ง อัตราการขยายตัวของสุขศาลาจะอยู่ในระดับนี้ต่อไปจนถึงช่วงปีพ.ศ.2500 จึงจะได้มีการเติบโตขึ้นใหม่จากนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของรัฐบาล อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะไม่มีการขยายกิจการสุขศาลามากนัก แต่ในการผลิตผู้ช่วยแพทย์ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรประจำสุขศาลากลับเป็นตรงกันข้าม คือมีการผลิตมากขึ้น คือจากเดิมที่ผลิตได้ราว 50-100 คนต่อปีในระหว่างพ.ศ.2478-2484 แต่เมื่อถึงปีพ.ศ.2485 ก็มีการขยายหลักสูตรจาก 6 เดือนเป็น 1 ปี และเพิ่มจำนวนการผลิตเป็นปีละ 150-200 คน จนถึงปีพ.ศ.2490 (โปรดดูตารางที่ 8) คาดว่าจุดประสงค์ที่ทำให้เกิดการผลิตผู้ช่วยแพทย์มากขึ้นน่าจะเป็นเช่นเดียวกับการผลิตนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ที่เกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกัน (พ.ศ.2482) กล่าวคือให้บุคลากรที่ผลิตขึ้นช่วยเหลือในการอบรมพลเมืองตามนโยบายสร้างร่างกายและนโยบายวัฒนธรรมอื่นๆของรัฐบาล รวมทั้งให้ช่วยเหลือในเรื่องการเพิ่มการเกิดและลดการตายในหมู่พลเมืองด้วย

การขยายกิจการบำบัดโรคยังมีประโยชน์มากในกิจการขยายดินแดนระหว่างสงคราม ดังที่ในบทสนทนานายม้นนายคงเมื่อปีพ.ศ.2485 กล่าวถึงความช่วยเหลือของรัฐบาลต่อจังหวัดที่ได้คืนมาในบริเวณอินโดจีน เช่น จังหวัดพิบูลสงคราม จังหวัดล้านช้าง จังหวัดพระตะบอง โดยโฆษณาว่ารัฐบาลได้ให้ความช่วยเหลืออย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในเรื่องจำเป็นคือการสาธารณสุข เช่น

⁸⁴ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), หน้า 206-207.

⁸⁵ “รายงานกิจการงานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิบัติอยู่และที่จะปฏิบัติต่อไป พ.ศ.2486,” ใน หจข. (3)สข. 0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ศ.2486-18 ก.ย.2490).

⁸⁶ ตัวเลขคำนวณมาจากจำนวนสุขศาลาที่มีการสร้าง รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 250.

เปิดสถานพยาบาลตามอำเภอต่างๆ ส่งแพทย์และผู้ช่วยแพทย์ไปประจำ ส่งหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ไปทำการ ด้วยความคิดที่ต้องการให้ราษฎรบริเวณนั้นมาเป็นพลเมืองของไทย มีสุขภาพอนามัยดี ร่างกายแข็งแรง เป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติ⁸⁷ ซึ่งก็เป็นการสร้างความนิยมต่อรัฐบาลไทยในดินแดนเหล่านั้นด้วย

2.3 การปรับปรุงสภาพแวดล้อม

ในสมัยสร้างชาติของรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงคราม ความสะอาดและความเป็นระเบียบของพื้นที่เป็นประเด็นหนึ่งที่ราชการให้ความสำคัญ โดยถือว่าการที่ร่างกายจะสุขภาพดี แข็งแรง สมบูรณ์ ก็ย่อมต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นระเบียบ เรียบร้อย ถูกสุขลักษณะ จึงจำเป็นต้องจัดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้ถูกสุขอนามัยซึ่งเอื้อต่อการ “อยู่ดี” ของพลเมือง⁸⁸ เมื่อพลเมืองมีความเป็นอยู่ที่ดีแล้วการตายและการเจ็บป่วยก็จะลดลงเป็นผลในทางเพิ่มพลเมือง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับหน้าตาและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ดังปรากฏในบทสนทนายนายนายคงว่า “การที่มีบ้านเมืองสกปรกโสมมและมีโรคบ่อยๆก็ชวนให้โลกเขาดูถูกและรังเกียจ จนไม่ช้าก็จะยื่นมือเข้ามาช่วยทำลายรังเชื้อโรคโดยอ้างว่าเพื่อสันติสุขของประเทศชาติอื่นๆ เป็นปัจจัยอันหนึ่งของการล่าเมืองขึ้นที่เราจะต้องป้องกัน”⁸⁹ แต่ในสภาพที่เป็นอยู่นั้นรัฐบาลเห็นว่าประเทศไทย

“ยังสกปรกอยู่มาก..ในลำคลองมีขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอยู่เกลื่อนกลาดทั้งสองฝั่งคลอง มีหญ้าขึ้นรกเป็นพง..ถนนบางถนนมีกองขยะเกลื่อนอยู่ข้างถนน...พื้นที่บางแห่งคุ่มมีน้ำเน่าขัง ทำให้มีกลิ่นเหม็นและเพาะยุงตลอดปี...ตามเคหะสถานบ้านช่องของประชาชนก็สกปรก มีมูลฝอยและเศษอาหารทั้งอยู่ในบ้านและกองทิ้งอยู่หน้าบ้านเต็มไปด้วยแมลงวัน...ปล่อยให้มึนน้ำเน่าและหญ้ารกในบริเวณบ้าน”⁹⁰

รัฐบาลจึงต้องการให้กระทรวงมหาดไทยหาทางดำเนินการในเรื่องความสะอาดนี้ และถ้าจำเป็นก็ให้ออกกฎหมายบังคับให้ประชาชนทำความสะอาดในบริเวณที่ของตน กฎหมายที่มี

⁸⁷ “บทสนทนาระหว่างนายมั่น ชูชาติ กับนายคง รักไทย แสดงทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2485,” ใน หจช. (2)สร.0201.18.1/4 บทสนทนาระหว่างนายมั่น ชูชาติ กับนายคง รักไทย พฤศจิกายน 2485 ถึงกุมภาพันธ์ 2485 (1 พ.ย.2485-7 เม.ย.2486).

⁸⁸ ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 58-59..

⁸⁹ “บทสนทนาระหว่างนายมั่น ชูชาติ กับนายคง รักไทย แสดงทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 14-15 กันยายน พ.ศ. 2484,” ใน หจช. (2)สร.0201.18.1/1 บทสนทนาระหว่างนายมั่นกับนายคง แสดงทางวิทยุกระจายเสียงประจำเดือนตุลาคม (14 ก.ย.2484 – 27 พ.ย.2484).

⁹⁰ “หนังสือจากเลขาธิการคณะรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2484,” ใน หจช. (2)สร.0201.27/3 การรักษาความสะอาดในถนนหลวงและการขยะมูลฝอย (1 ก.ย.2475 – 17 ก.พ.2485).

ความสำคัญซึ่งใช้ในกิจการนี้ได้แก่พระราชบัญญัติการสาธารณสุขซึ่งตราไว้ครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2477 จนเมื่อมาถึงในช่วงสมัยรัฐบาลนี้ก็ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมอีก 2 ครั้งในปีพ.ศ.2482 และพ.ศ. 2484 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกิจการนี้ พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.2484 ได้มีการประกาศใช้ทั่วราชอาณาจักรโดยมีหลักการเพื่อจะปรับปรุงและจัดการสุขาภิบาลในท้องที่ชนบทให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในที่ชุมนุมชนซึ่งมีประชากรอยู่จำนวนมาก และท้องที่ตามแนวทางหลวงทุกจังหวัดต้องมีสภาพถูกสุขลักษณะโดยประกาศเป็นเขตควบคุมกิจการค้าซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่อนามัย⁹¹ สำหรับในเขตกรุงเทพฯก็ได้มีการเร่งดำเนินการเช่นกัน โดยการออกประกาศเทศบัญญัติเรื่องการระบายกำหนดให้ผู้ขายเรขายของได้ในที่จำกัด การบำรุงรักษาคลองและทางระบายน้ำ การจับกุมคนโรคเรื้อนไปกักยั้งโรงพยาบาล การจัดการลักษณะสุขาภิบาลตามอาคารบ้านเรือน เป็นต้น ซึ่งได้มีรายงานกลับมายังรัฐบาลว่า หลังจากที่ดำเนินการเรื่องความสะอาดเป็นเวลา 3 เดือน ก็ปรากฏชัดว่าความเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคติดต่อในเขตกรุงเทพฯและธนบุรีลดน้อยลง เช่น โรคไข้รากสาดน้อย* ที่เคยมีเป็นประจำเดือนละประมาณ 50 ราย ตายประมาณ 15 ราย ได้ลดลงเหลือเพียง 12 ราย ไม่มีตายเลย โรคติดต่ออันตรายอย่างอื่นก็ไม่ได้เกิดขึ้น จำนวนคนโรคเรื้อนในที่ชุมนุมชนก็ลดน้อยลง⁹²

⁹¹ “หนังสือจากปลัดกระทรวงมหาดไทยถึงคณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัด วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2484,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/19 การบังคับให้ราษฎรรักษาบริเวณบ้าน ตัวบ้าน และภายในบ้านให้สะอาดถูกต้องอนามัย (19 ม.ค.-6 ก.พ. 2486).

* โรคไข้รากสาดน้อย (Typhoid Fever) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อผ่านทางอาหารและน้ำดื่มที่ปะปนเชื้อโรค อาการคือมีไข้สูงร่วมกับปวดท้องและท้องเสีย มีระยะดำเนินโรคประมาณ 4 สัปดาห์แล้วอาการก็จะลดลง แต่หากมีอาการแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร เช่น เลือดออกในลำไส้ ลำไส้ทะลุ ก็อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เป็นโรคที่พบได้บ่อยในประเทศไทยสมัยที่ศึกษา โดยเฉพาะบริเวณชุมชนหนาแน่นและช่วงฤดูแล้ง ต่างจากโรคไข้รากสาดใหญ่ (Typhus) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากแบคทีเรียเช่นกัน แต่มีแมลงปรัสติเป็นพาหะ เช่น เห็บ หมัด โลน มีอาการคือ ไข้สูง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อ ซึมเซา ไวต่อแสง และเพ้อ เป็นโรคที่พบมากในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ในค่ายกักกันของนาซีเยอรมันที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตหลายพันคน และยังมีชนิดที่ระบาดตามป่าละเมาะ ซึ่งจะทำให้มีอาการในระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย พบการระบาดอย่างรุนแรงในกองทัพในพม่า มาเลเซีย และศรีลังกา ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นเหตุให้ทหารญี่ปุ่นซึ่งเข้ามาประจำการในประเทศไทยเกรงว่าจะเกิดการระบาดในประเทศไทยด้วยจึงขอให้รัฐบาลไทยประกาศให้โรคไข้รากสาดใหญ่เป็นโรคติดต่ออันตรายในปีพ.ศ.2485 แต่ก็ไม่มียารักษาผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยจนถึงปีพ.ศ.2495 เป็นโรคที่พบน้อยมากในประเทศไทย, อ้างมาจาก พิชาญ พัฒนา, *ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย* (พระนคร: โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509), หน้า 311 และ http://en.wikipedia.org/wiki/Typhoid_fever.

⁹² “รายงานแจ้งผลการดำเนินการจัดทำความสะอาดในเขตเทศบาลกรุงเทพฯและธนบุรี วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2484,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/3 การรักษาความสะอาดในถนนหลวงและการเทศะมูลฝอย (1 ก.ย.2475 – 17 ก.พ.2485).

พื้นที่ที่รัฐบาลต้องการเข้าไปควบคุมในเรื่องความสะอาดและอนามัยนี้ครอบคลุมทั้งพื้นที่สาธารณะ พื้นที่ราชการ และพื้นที่ส่วนบุคคล ในส่วนของพื้นที่สาธารณะนอกจากจะมีการควบคุมในกิจการค้าที่เป็นอันตรายต่ออนามัยแล้ว ยังมีการควบคุมในส่วนของพฤติกรรมพลเมือง เช่น การออกประกาศเทศบาลนครกรุงเทพเรื่องห้ามบ้วนน้ำลายน้ำหมากในที่สาธารณะ โดยให้เหตุผลว่านอกจากจะทำให้สถานที่สกปรกแล้ว ยังอาจเป็นการแพร่เชื้อโรคต่อผู้อื่นได้ จนไปถึงการให้เลิกรับประทานหมากในที่สุด การห้ามเททิ้งขยะมูลฝอยลงบนที่สาธารณะ การห้ามมิให้นั่งบนพื้นตามตลาดและทางเท้า เป็นต้น สำหรับในส่วนราชการก็มีการกดดันให้ข้าราชการรักษาความสะอาดบ้านพักและสถานที่ราชการให้สะอาดเรียบร้อย เป็นตัวอย่างแก่ประชาชน ถ้าไม่ปฏิบัติต้องได้รับโทษ ในส่วนของพื้นที่ส่วนบุคคลก็มีโครงการให้ประชาชนเลิกอยู่แพหรือปลุกบ้านในแม่น้ำลำคลอง เนื่องจากเมื่อพลเมืองมากขึ้นโรคระบาดในน้ำอาจมีมากขึ้น ให้มีการปรับปรุงบ้านเรือนที่รกรุงรัง และยังห้ามมิให้มีโรงเลี้ยงสัตว์ในเขตเทศบาล เป็นต้น⁹³

นอกจากวิธีการบังคับโดยการใช้กฎหมายและประกาศเทศบัญญัติต่างๆแล้ว รัฐบาลยังได้ดำเนินการในส่วนของ การอบรมและชี้แจงชักจูง โดยเฉพาะในส่วนพื้นที่ส่วนบุคคลซึ่งต้องใช้วิธีให้ข้าราชการไปอธิบายและชักจูงประชาชนให้เห็นประโยชน์ของการดำเนินชีวิตและจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขอนามัย บ้านเรือนควรสร้างอย่างแข็งแรงมั่นคง พื้นที่ส่วนต่างๆในบ้านเรือนควรเป็นระเบียบเรียบร้อยและสะอาด เพราะจะส่งผลให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ พื้นที่ก็ควรจัดระเบียบโดยจำแนกออกเป็นส่วนต่างๆให้ชัดเจน เช่น ห้องครัว ห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ เพราะนอกจากจะถูกต้องตามสุขลักษณะแล้วยังแสดงให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตอย่างอารยชนด้วย⁹⁴

นอกจากนี้ยังมีการใช้วิธีการรณรงค์โดยการประกาศให้วันที่ 27 พฤศจิกายนของทุกปีเป็นวันสาธารณสุข เนื่องจากเป็นวันคล้ายวันก่อตั้งกรมสาธารณสุข โดยเริ่มตั้งแต่ปีพ.ศ.2483 มีการชักชวนให้ประชาชนทั่วประเทศช่วยกันจัดทำความสะอาดบ้านเรือน โดยระบุว่ากันไปเพื่อการป้องกันโรคต่างๆที่ประชาชนเป็นกันมาก เช่น วัณโรค คุดทะราด โรคติดต่อและโรคผิวหนังอื่นๆ ทำให้สุขภาพชาวไทยไม่สมบูรณ์ และโรคเหล่านี้มาจากการอยู่ในบ้านเรือนที่สกปรกไม่ถูกสุขลักษณะ การที่จะป้องกันโรคเหล่านี้ก็โดยการที่จัดการบ้านเรือนให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ การชักชวนเช่นนี้มีไปเกือบทุกปีไปจนถึงปีพ.ศ.2496 เป็นอย่างน้อย และในบางปีก็เป็นการกำหนดให้ทั้ง

⁹³ ก้องสกุล กวินรวีกุล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487," หน้า 59-61.

⁹⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 63-64.

สัปดาห์นั้นเป็นสัปดาห์สาธารณสุขและชักชวนให้ทำความสะอาดกันตลอดทั้งสัปดาห์ มีรายงานว่ากิจกรรมวันสาธารณสุขนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชาชน⁹⁵

โดยรวมแล้วกิจการด้านการลดการตายและการเจ็บป่วยนี้เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ซึ่งนอกจากจะได้ผลในทางเพิ่มผลเมืองในทางปริมาณแล้ว ยังเป็นการควบคุมคุณภาพร่างกายของพลเมือง คือสุขภาพและความเจ็บป่วย แต่จะแตกต่างจากในกิจการเร่งเพิ่มการเกิดตรงที่ในการเพิ่มการเกิดนั้น คุณภาพของพลเมืองที่ถูกควบคุมคือพลเมืองรุ่นต่อไปที่จะถือกำเนิดขึ้นในอนาคต แต่ในการลดการตายและการเจ็บป่วยนี้คุณภาพของพลเมืองที่ถูกควบคุมคุณภาพคือพลเมืองรุ่นนี้ในปัจจุบัน พลเมืองที่มีชีวิตอยู่ มีกิจการงานอาชีพ ผลที่เกิดขึ้นจึงเห็นได้รวดเร็วและเป็นรูปธรรมมากกว่า แต่กิจการที่ดำเนินการก็ต้องเป็นรูปธรรมมากกว่าเช่นกัน ทั้งการขยายกลไกรัฐด้านการแพทย์และสาธารณสุข การใช้กฎหมายบังคับ มากกว่าที่จะเป็นการโฆษณาชักจูงหรือกระตุ้นแรงเร้าพลเมืองดังเช่นในการเพิ่มการเกิด และเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเหนือกว่าทั้งทางอำนาจและความรู้ของรัฐที่มีต่อพลเมือง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁹⁵ หจช. (2)สร.0201.27/14 วันสาธารณสุข (6 ต.ค.2483 – 19 พ.ย.2496).

ตารางที่ 11 รายงานสถิติชีพและอนามัย พ.ศ.2475-2498⁹⁶ (อัตรา หมายถึงอัตราเทียบจำนวนการเกิดหรือการตายนั้นต่อจำนวนคนพันคน)

ปี	คนเกิด		คนตาย		ทารกตาย		มารดาตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2475	441,300	36.1	193,977	15.8	40,826	92.5	3,839	8.7
2476	449,195	36.0	214,298	17.2	44,497	99.1	3,863	8.6
2477	466,775	36.8	216,641	17.1	45,803	98.1	4,119	8.8
2478	458,927	35.5	236,650	18.3	49,621	108.1	4,282	9.3
2479	504,672	38.4	211,613	16.1	45,051	89.3	3,844	2.6
2480	509,906	34.9	251,463	17.2	53,156	104.2	4,168	8.2
2481	511,855	34.2	225,475	15.1	46,624	91.1	4,009	7.8
2482	559,798	36.5	259,787	16.9	56,738	101.4	4,482	8.0
2483	405,564	35.5	206,817	17.0	44,543	109.8	3,130	7.7
2484	565,895	35.3	265,288	16.6	56,457	99.8	4,001	7.1
2485	554,018	32.6	257,084	15.1	52,543	94.9	3,987	7.2
2486	588,870	33.9	297,053	17.1	57,347	97.4	4,511	7.7
2487	525,446	29.7	289,540	16.4	51,887	98.7	3,587	6.8
2488	433,261	24.0	276,582	15.3	45,752	105.6	3,369	7.8
2489	411,835	23.0	259,066	14.5	38,957	94.6	3,047	7.4
2490	413,430	23.6	234,315	13.4	32,989	79.8	3,093	7.5
2491	426,054	24.0	189,968	10.7	29,000	68.1	2,952	6.9
2492	504,682	27.9	190,401	10.5	33,271	65.9	3,576	7.1
2493	525,080	28.6	184,455	10.0	32,742	62.4	3,481	6.6
2494	552,741	29.6	193,897	10.4	36,100	65.3	3,667	6.6
2495	573,460	30.2	189,211	10.0	36,034	62.8	3,662	6.4
2496	607,188	31.5	183,066	9.5	39,397	64.9	3,632	6.0
2497	680,981	34.8	192,527	9.8	43,263	63.6	3,625	5.2
2498	694,583	35.0	187,655	9.4	38,998	56.1	3,807	5.5

ผลการดำเนินงานของกิจการเพิ่มพลเมืองด้วยวิธีการเพิ่มอัตราการเกิดและลดอัตราการตายอาจพิจารณาได้จากสถิติชีพและอนามัยดังตารางจะเห็นได้ว่าในช่วงระหว่างพ.ศ.2484-2486 ที่มีการใช้วิธีการกระตุ้นให้เพิ่มอัตราการเกิดต่างๆ จำนวนคนเกิดใหม่ได้เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับ 5 แสนคน เกือบถึง 6 แสนคนต่อปี จากเดิมที่อยู่ในระดับ 4 แสนถึง 5 แสนต้นๆ แล้วก็เริ่มลดลงคาดว่าจะ เป็นผลมาจากสงครามและการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลและนโยบาย ส่วนผลของการลดอัตราการตายไม่สามารถสรุปได้นักเนื่องจากอยู่ในภาวะสงคราม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การดำเนินการใดๆ ได้รับผลน้อยลง

⁹⁶ ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 248.

3. การเสริมสร้างร่างกาย

การเสริมสร้างร่างกายพลเมืองนั้นไม่ได้ส่งผลถึงการเพิ่มจำนวนในทางปริมาณนัก แต่ก็มี ความสำคัญในการควบคุมคุณภาพร่างกายของพลเมือง และรัฐบาลในสมัยสร้างชาติก็ได้ ดำเนินการในเรื่องนี้มาตั้งแต่ก่อนที่จะมีการให้ความสำคัญกับกิจการเพิ่มพลเมืองในช่วงปีพ.ศ. 2484 ก่อนหน้านั้นรัฐบาลได้มีการเน้นถึงความสำคัญของการ “สร้างตนเอง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างชาติดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในช่วงแรกของบทนี้ กิจการเสริมสร้างร่างกายพลเมืองนี้ทำให้ รัฐบาลได้เข้าไปสู่พื้นที่ส่วนตัวของพลเมืองตั้งแต่การกิน การอยู่ การดูแลร่างกาย และกิจวัตร ประจำวันต่างๆ ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างในเรื่องของอาหารการกินและการดูแลร่างกาย เพื่อแสดงให้เห็นถึงอำนาจและวาทกรรมของรัฐที่พยายามแผ่เข้าไปให้ถึงวิถีชีวิตของพลเมือง

3.1 การส่งเสริมอาหารและสุขอนามัยของการบริโภค

ผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันเรื่องกิจการส่งเสริมอาหารของชาติคือ นายแพทย์ยงค์ ชูติมา (ย่งฮั่ว ชิวเจริญวงศ์) โดยหลังจากที่กลับจากการศึกษาทางสาธารณสุข ศาสตร์ในอเมริกาเมื่อพ.ศ.2477 แล้วก็ได้รับมอบหมายจากกรมสาธารณสุขให้ทำงานด้านส่งเสริม อาหารโดยมีหน้าที่เผยแพร่ความรู้และชักชวนให้ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของ อาหารและการบริโภคอาหารให้ครบถ้วนตามสัดส่วน นายแพทย์ยงค์ได้เขียนหนังสือและบทความ เกี่ยวกับอาหารออกเผยแพร่จำนวนหลายชิ้น เช่น “สยามก้าวหน้าและอนามัยแผนใหม่ (2479)” “ถั่วเหลือง (2479)” “ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ? (2480)” เป็นต้น⁹⁷ ในบทความเรื่อง “ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?” โดยสรุปแล้วนายแพทย์ยงค์ระบุว่า “รากฐานแห่งการ เจริญของประเทศชาติอยู่ที่คนและกำลังคน” และ “แม้ว่าการศึกษาของประชาชนจะดี การ คมนาคมจะสะดวก การอุตสาหกรรมจะก้าวหน้า แต่ถ้าหากพลเมืองออกแดด อ่อนแอไข้โรค ทำงานหนักไม่ได้ อายุสั้น ความเจริญที่แท้จริงย่อมเกิดขึ้นไม่ได้” ซึ่งจะต้องแก้ปัญหาดังกล่าวการ “ปฏิวัติอาหารการกิน” เนื่องจากนายแพทย์ยงค์เห็นว่า “รากฐานของสุขภาพอยู่ที่การกินก่อนอย่าง อื่น มนุษย์โดยเฉพาะเด็กทารกป่วยและตายกันมากมายเนื่องจากการกินไม่เป็นหรือบกพร่องอาหาร

⁹⁷ ดูประวัติและบทความของนายแพทย์ยงค์ ชูติมาได้ใน ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา (ที่ระลึกใน งานพระราชทานเพลิงศพนายแพทย์ยงค์ ชูติมา วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ.2507), อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐราชการ: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 186.

ธาตุสำคัญเป็นส่วนใหญ่” เพราะฉะนั้นในระบบใหม่แห่งอนามัยชาติ อาหารการกินต้องเป็นหน่วยสำคัญที่สุด⁹⁸

นายแพทย์ยงค์ได้เสนอ “ลัทธิโปรตีนนิสม์” (Proteinism) เพื่ออนามัยและเศรษฐกิจเพราะ “โปรตีนมีความสัมพันธ์ต่อเศรษฐกิจและอนามัยของชาติอย่างมากมาย” พลเมืองที่กินโปรตีนไม่พอจะ “อุดมไปด้วยโรคภัยและผอมเตี้ย” ทารกและมารดาเจ็บป่วยตายกันมากทุกปีก็เพราะได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ นายแพทย์ยงค์เห็นว่าลัทธิโปรตีนนิสม์จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำมาใช้โดยด่วนแก่ประเทศชาติ ซึ่งถั่วเหลืองก็เป็น “พืชมหัศจรรย์ที่เหมาะสมจะใช้เป็นแกนแห่งลัทธิโปรตีนนิสม์” นายแพทย์ยงค์ระบุว่าถั่วเหลืองเป็นพืชที่มีประโยชน์มากในทางอนามัยและในทางเศรษฐกิจ ประโยชน์ในทางเศรษฐกิจคือช่วยบำรุงดินทำให้การเพาะปลูกพืชเศรษฐกิจอย่างอื่นเช่นข้าวก็ทำได้ดีไปด้วย แต่ประโยชน์ที่แท้จริงคือในแง่อนามัยของชาติซึ่งรัฐบาลจะใช้ได้โดยการส่งเสริมการปลูกและกินถั่วเหลืองทั้งชาติ เพราะมีประโยชน์ในการ “ปราบโรคเหน็บชาและทำให้สุขภาพแข็งแรง เป็นสุขภาพรสนิยมและราคาถูก ปลูกง่ายขายคล่อง คนจนก็สามารถซื้อกินได้” นายแพทย์ยงค์เห็นว่ามนุษย์ใดได้กินถั่วเหลืองแล้วก็เท่ากับได้โปรตีนเพื่อใช้สอยในการสร้างร่างกายให้เติบโตใหญ่สมส่วนสมบูรณ์ “อยู่ในสุขภาพอย่างสุดขีดไม่เจ็บป่วยและตายง่าย ทั้งไม่เกียจคร้านหรือซึม” นายแพทย์ยงค์สรุปว่าถ้าได้โฆษณาโปรตีนนิสม์ให้ราษฎรชนบทนิยมกันได้ก็จะทำให้เกิดผลดีแก่ชาติทุกด้าน สุขภาพพลเมืองและเศรษฐกิจจะดีขึ้นอย่างจริงจัง⁹⁹

โครงการส่งเสริมอาหารของชาติได้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างขึ้นในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2481 กรมสาธารณสุข (สมัยที่ยังไม่ได้ตั้งเป็นกระทรวง) ได้เสนอต่อกระทรวงมหาดไทยว่า จากการสืบสวนค้นคว้าตามหลักวิชาการในทางการแพทย์และสาธารณสุขปรากฏว่า การบริโภคอาหารของพลเมืองในประเทศสยามโดยทั่วไป “ส่วนมากยังบกพร่องไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ” เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้พลเมืองมีร่างกายไม่เจริญเติบโตและ “ไม่มีกำลังพอที่จะต้านทานโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้” กรมสาธารณสุขระบุว่าความบกพร่องอาหารมีชุกชุมแพร่หลายทั่วประเทศโดยเฉพาะที่ภาคอีสานและภาคเหนือ จำนวนผู้ตายจากการบกพร่องธาตุอาหารสำคัญมีปีละหลายพันเท่าที่ทราบ “แต่ที่จริงนั้นอาจเป็นจำนวนหมื่นๆ เพราะการรายงานสถิติยังไม่ดีพอ” ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังก็มีมาก “เป็นจำนวนแสนๆ” และผู้ที่ไม่ปรากฏอาการป่วยแต่มีสุขภาพอ่อนแอ แข็งคด

⁹⁸ ยงค์ ชูติมา, “ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?”, ใน *ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา*, 2507, หน้า 37-49, อ้างถึงในทวีศักดิ์ เผือกสม, *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*, 2550, หน้า 186-187.

⁹⁹ “รายงานการไปต่างประเทศระยะเวลา 5 เดือนครึ่ง เมษายน-ตุลาคม 2480 ของนายแพทย์ตรวจการยั้งฮั่ว ชิว เจริญวงศ์” ใน *พ.ศ. 2479-2481* การประชุมเรื่องสาธารณสุขหรือเรื่องสุขภาพภิบาล (พ.ศ.2479-2481).

ข้อมือเล็ก พันธุ์ ผอม เตี้ย ประกอบการอาชีพไม่ได้เต็มที่เช่นคนปกติ และปราศจากกำลังมาณะทั้งกายและใจนั้น “มีมากเป็นจำนวนล้าน” ดังนั้นกรมสาธารณสุขจึงสรุปว่าว่าการบกพร่องธาตุสำคัญในอาหารการกินเป็นอุปสรรคแก่การกสิกรรม อุตสาหกรรม และการเจริญก้าวหน้าของชาติ การส่งเสริมอาหารการบริโภคของพลเมืองให้มีมาตรฐานดียิ่งขึ้น “เป็นปัจจัยของงานอนามัยอันแท้จริง และจะลดอัตราเจ็บป่วยและตายได้อย่างเห็นผลทันใจ” รวมทั้งจะทำให้ผู้ที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมีสุขภาพทั้งกายและใจดีขึ้นอีกมากต่อมาก นอกจากนี้กิจการส่งเสริมอาหารยังสอดคล้องกับข้อแนะนำของสันนิบาตชาติจากการประชุมว่าด้วยอนามัยในชนบทที่จัดขึ้นเมื่อปีพ.ศ.2480 ที่เมืองบันดุงประเทศอินโดนีเซีย และประเทศไทยก็ได้รับรองไปแล้วว่าจะยึดถือเป็นแนวทางในการจัดระเบียบการอนามัยในชนบทให้เหมาะสมสถานะและภาวะของประเทศไทยต่อไป กรมสาธารณสุขจึงเสนอให้จัดตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้นในกรมสาธารณสุขเพื่อจะได้จัดงานนี้ให้เป็นขึ้นเป็นอันและลงมือทำงานได้ทันทีเพื่อประโยชน์อันใหญ่หลวงต่อประเทศชาติ นอกจากจัดตั้งกองส่งเสริมอาหารแล้วยังต้องดำเนินกิจการต่างๆ เช่น การสร้างตำรา การโฆษณา การปราบโรคบกพร่องธาตุอาหาร การสำรวจท้องดินต่างๆ การส่งเสริมมาตรฐานการกินอยู่ของชาวชนบท การศึกษาในแง่เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของอาหาร เป็นต้น¹⁰⁰

ข้อเสนอจากกรมสาธารณสุขได้นำไปสู่การจัดตั้งองค์การส่งเสริมอาหารขึ้นในพ.ศ.2481 และเลื่อนสถานะเป็นกองส่งเสริมอาหารในปีพ.ศ.2482 ต่อมาเมื่อจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นในพ.ศ.2483 ก็ได้โอนกองส่งเสริมอาหารมาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์โดยเปลี่ยนชื่อเป็นกองบริโภคสงเคราะห์ และเมื่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 กองบริโภคสงเคราะห์ก็ได้ถูกโอนมาเป็นกองอาหารและยาในสังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข¹⁰¹

กิจกรรมหลักของการส่งเสริมอาหารคือการโฆษณาชวนเชื่อให้พลเมืองเห็นความสำคัญของการกินอาหารอย่างถูกหลักวิชา ให้ได้สารอาหารครบถ้วน โดยเฉพาะโปรตีนที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรงเป็นกำลังของชาติ การโฆษณานี้ได้ทำในหลายทางเช่น ทางวิทยุกระจายเสียงผ่านรายการบทสนทนานายม้นนายคงที่พูดถึงเรื่องคนไทยขาดโปรตีน และเรียกร้องให้คนไทยปฏิบัติอาหารการกินเป็นการสร้างชาติโดยช่วยกันกินโปรตีนในชีวิตประจำวัน¹⁰² การเผยแพร่คำขวัญ “กินกับมากๆ

¹⁰⁰ “โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ โดยกรมสาธารณสุข” ใน หจช. (2)สร.0201.27/10 โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ (5-8 ต.ค.2481).

¹⁰¹ ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 187.

¹⁰² “บทสนทนาระหว่างนายม้น ชูชาติ กับนายคง รักไทย แสดงทางวิทยุกระจายเสียง 10 ตุลาคม 2484,” ใน หจช. (2)สร.0201.18.1/1 บทสนทนาระหว่างนายม้นกับนายคง แสดงทางวิทยุกระจายเสียงประจำเดือนตุลาคม 2484 (14 ก.ย.-27 พ.ย.2484).

กินข้าวแต่พอควร” รวมทั้งการเผยแพร่บทความต่างๆของนายแพทย์ยงค์ เช่น “ชั้นแรกแห่งการ
สร้างชาติ (พ.ศ.2483)”, “การบริโภคเนื้อสัตว์ (พ.ศ.2484)”, “อาหารกับการทวีพลเมือง (พ.ศ.
2485)” ฯลฯ¹⁰³

นอกจากการโฆษณาในส่วนสิ่งที่ควรกินแล้ว ยังได้มีความพยายามห้ามกินในสิ่งบางอย่าง
หรือพฤติกรรมการกินบางอย่างด้วย เช่น การห้ามกินหมากทั้งด้วยเหตุผลในเรื่องความสะอาดของ
สถานที่และเหตุผลเรื่องเสียสุขภาพ การห้ามบริโภคสัตว์ แมลง และอาหารบางชนิด เช่น ไข่เดือน
กึ่งก็้อ ฐ คางคก เป็นต้น ส่วนในเรื่องพฤติกรรมการกินก็มีการชักชวนให้ประชาชนเลิกกินจุบกินจิบ
โดยให้เหตุผลว่าไม่ดีต่อสุขภาพ ควรจะกินให้เป็นเวลา¹⁰⁴ การส่งเสริมอาหารยังรวมไปถึงความ
พยายามเพิ่มผลผลิตอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยการกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและ
การประกอบอาชีพ ได้แก่การประกาศพระราชบัญญัติการทำสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ พ.ศ.2482
กำหนดให้ประชาชนปลูกผักสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ไว้รับประทานในครัวเรือน ส่วนหนึ่งก็เพื่อ
ป้องกันการขาดแคลนอาหารและสะสมเสบียงยามสงคราม อีกส่วนหนึ่งก็เป็นการกระตุ้นให้
ประชาชนผลิตและบริโภคอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ที่มีโปรตีน และผักผลไม้
ที่มีวิตามินและเกลือแร่¹⁰⁵

นับได้ว่ากิจการสร้างเสริมสุขภาพร่างกายผ่านทางอาหารการกินมีความสัมพันธ์กับ
นโยบายสร้างชาติเป็นอย่างยิ่ง โดยเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความแข็งแกร่งของร่างกายเพื่อ
ประโยชน์ในการประกอบอาชีพ ซึ่งก็สัมพันธ์อยู่กับเศรษฐกิจและทุนนิยม อันจะนำมาซึ่งความมั่ง
คั่งเข้มแข็งของชาติ รวมทั้งสัมพันธ์อยู่กับกิจการเพิ่มพลเมืองด้วยทั้งในทางปริมาณและคุณภาพ

3.2 การสร้างเสริมร่างกาย

การสร้างเสริมร่างกายของพลเมืองเป็นเรื่องหนึ่งที่รัฐบาลหยิบยกขึ้นมาพูดถึงมากในสมัย
นี้ โดยอธิบายว่าเป็นการสร้างตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างชาติ หลักการกว้างๆที่มีการ
โฆษณาอยู่บ่อยครั้งมีดังเช่น การชักชวนให้พลเมืองกิน นอน ทำงาน พักผ่อนให้เป็นเวลาตามรัฐ

¹⁰³ ดูรายละเอียดกิจการส่งเสริมอาหารในช่วงนี้ใน ทวีศักดิ์ เผือกสม, เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, หน้า 182-190, และ ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยใน สมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 87-97.

¹⁰⁴ ดูรายละเอียดเกี่ยวกับสุขอนามัยของการบริโภคได้ใน ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยใน สมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 70-86.

¹⁰⁵ ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 93-94.

นิยมฉบับที่ 11 ผดุงอนามัยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รักษาตนไม่ให้เจ็บป่วย ประกอบอาชีพให้เกิดผล เป็นต้น¹⁰⁶

ส่วนในด้านรายละเอียดนั้นนับว่าหยาบหิมและสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของประชาชนอย่างมาก เช่น การสวมหมวก เสื้อ กางเกง รองเท้า การแปรงฟัน การหิวผม ฯลฯ มีการชักชวนให้ประชาชน ปฏิบัติในสิ่งเหล่านี้ รวมทั้งมีการบรรยายคุณและโทษของการไม่ปฏิบัติด้วยซึ่งก็มักจะเป็นเหตุผล ในทางสุขภาพและความเป็นอารยะ เช่น การสวมหมวกได้รับการอธิบายว่าเป็นการป้องกันความ ร้อนจากแสงแดดที่จะทำให้เกิดอาการหน้ามืดวิงเวียน เป็นอันตรายต่อร่างกาย และยังช่วยป้องกัน น้ำค้างและเพิ่มความอบอุ่นให้แก่ศีรษะ ช่วยป้องกันโรคหวัด การสวมรองเท้าได้รับคำอธิบายว่า เป็นสิ่งปฏิบัติในประเทศที่เป็นอารยะ หากไม่ใส่รองเท้าก็จะถูกมองว่าเป็นพวกป่าเถื่อน รวมทั้งยัง ทำให้เป็นโรคได้หลายชนิดจนถึงตายได้ สำหรับการแปรงฟันได้รับคำอธิบายว่า การไม่แปรงฟันจะ ทำให้ฟันเสียเป็นหนอง แล้วหนองนั้นจะลงไปสู่กระเพาะและลำไส้จนถึงตายได้ การแปรงฟันจึงมี ประโยชน์ในการทำให้อายุยืนยาว รวมทั้งมีฟันขาวสะอาดเป็นเกียรติแก่ประเทศชาติ นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้มีการรณรงค์ให้เลิกประเพณีหรือแนวทางการปฏิบัติบางอย่างที่เห็นว่าขัดต่อความ เจริญของสุขภาพอนามัย เช่น การให้เลิกการนั่งพับเพียบตามพื้นเนื่องจากการสกปรก การให้ เลิกการอุ้มเด็กเข้าสระเนื่องจากทำให้เด็กมีรูปร่างผิดส่วน และทำให้มีนิสัยขี้ขี้แฉะ ติดผู้เลี้ยง ดู มีจิตใจอ่อน รวมทั้งมีความรู้สึกทางเพศเร็วหรือมากกว่าปกติ การให้เลิกการเคี้ยวอาหารป้อนเด็ก เนื่องจากดูไม่เจริญ ทำให้เกิดความรู้สึกขยะแขยง และยังเป็นกรไม่สะอาดทำให้เด็กติดโรคจากผู้ ป้อนจนถึงตายได้ การควบคุมไม่ให้มีการเคี้ยวอาหารป้อนเด็กจะช่วยลดอัตราการตายของทารกได้ มาก เป็นต้น¹⁰⁷

คำอธิบายที่ว่าพฤติกรรมใดควรปฏิบัติเพราะดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมใดไม่ควรปฏิบัติ เพราะเกิดผลร้ายแก่สุขภาพ มิได้อิงกับข้อเท็จจริงที่ได้รับการพิสูจน์หรือวิจัยในทางวิชาการเสมอไป ส่วนมากเป็นเพียงการยกขึ้นมากล่าวอ้างลอยๆโดยไม่กล่าวถึงแหล่งที่มา หรือสาเหตุและ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ชัดเจน ทั้งยังมีแนวโน้มในการสร้างภาพที่เกินจริง นำไป เชื่อมโยงกับผลเสียอย่างร้ายแรงที่สุดคืออันตรายถึงแก่ชีวิตไปจนถึงการเพิ่มหรือลดจำนวน พลเมืองของประเทศ จุดประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความกลัวหรือกังวลขึ้นในจิตใจพลเมือง อันอาจจะ

¹⁰⁶ “สาส์นวิงวอนของนายกรัฐมนตรี วันที่ 28 มกราคม 2485,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/50 นายกรัฐมนตรีกล่าวคำ ปราศรัยแก่ประชาชนและสุนทรพจน์ โอวาท สาส์นวิงวอน (14 พ.ย.2482-17 ม.ค.2485).

¹⁰⁷ ก้องสกล กวินรวีกุล, “การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487,” หน้า 64-70.

นำไปสู่การปฏิบัติในสิ่งที่รัฐโฆษณาชวนเชื่อได้ กล่าวได้ว่าคำอธิบายเหล่านี้ถูกสร้างขึ้นเพียงเพื่อสนับสนุนนโยบายของทางราชการเท่านั้น

นอกจากความพยายามควบคุมพฤติกรรมบางอย่างที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพอนามัยแล้วยังมีความพยายามที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกายพลเมืองด้วยโดยการชักชวนให้ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาพร้อมทั้งการเผยแพร่แนวคิดเรื่องทรวดทรงและเรือนร่างในอุดมคติ ในส่วนของการออกกำลังกายนั้นมีการจัดให้มีการฝึกเดินทางไกลสำหรับหน่วยราชการต่างๆอย่างแพร่หลายในการเดินทางไกล ข้าราชการจะต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์และระเบียบวินัยอย่างเคร่งครัด เช่น เดินชิดขวาของถนน, เดินตรงคอคนหน้า ห้ามกล่าววาจาคะนองหรือล้อเลียนกัน ห้ามสูบบุหรี่ เป็นต้น นอกจากนี้ก็ยังมี การฝึกให้ปฏิบัติตามวิถีปฏิบัติในทางสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล เช่น การให้สวมหมวก การให้รับประทานอาหารเป็นเวลา การห้ามกินจุบกินจิบ การแบ่งเวลาประจำวันอย่างเป็นส่วนส่วนทั้งกิน นอน พักผ่อน ออกกำลังกาย เป็นต้น ทำให้กิจกรรมนี้ได้ประโยชน์ทั้งในทางการสร้างร่างกายให้มีสุขภาพดีตามแนวทางของรัฐและการสร้างวินัยในการปฏิบัติตามผู้บังคับบัญชา นอกจากนี้ยังได้มีการกระตุ้นให้พลเมืองทั่วไปทำการออกกำลังกายโดยการเผยแพร่และส่งเสริมท่ากายบริหารตามพื้นที่และสื่อต่างๆ เช่น ตามงานวันแม่ งานวันชาติ ตามตลาดนัด ทางวิทยุกระจายเสียง ทางบทความต่างๆ เป็นต้น ทั้งยังมีการส่งเสริมให้ประชาชนเล่นกล้ำมเพื่อความกำยำล่ำสันของร่างกาย ซึ่งจะได้ประโยชน์ทั้งในด้านความแข็งแรงและความสวยงามของรูปร่าง มีการนำเสนอภาพเรือนร่างในอุดมคติว่าผู้ชายควรมีรูปร่างกำยำ ล่ำสัน มีไขมันและบอบบาง สำหรับผู้หญิงก็ต้องมีเรือนร่างที่ถูกสุขลักษณะซึ่งถูกกำหนดโดยมาตรฐานน้ำหนักและส่วนสูง คือการมีรูปร่างสูงโปร่ง สม่ำเสมอ ไม่ผอมและไม่อ้วน เป็นต้น¹⁰⁸

โดยสรุปแล้วในสมัยสร้างชาติรัฐบาลได้มีการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างร่างกายพลเมืองเพื่อความเข้มแข็งของชาติ โดยมีประเด็นใหญ่ๆที่สำคัญ 2 อย่างคือเรื่องการสร้างเสริมร่างกายและการบริโภค ทางด้านนี้ได้มีการเผยแพร่ความรู้เรื่องการดูแลร่างกายและการรับประทานอาหารอย่างถูกหลักอนามัยผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ การบรรยายอบรมพลเมืองตามท้องที่ต่างๆ ฯลฯ เพื่อกระตุ้นเตือนให้พลเมืองตระหนักถึงการสร้างวินัยในการกินอยู่ตามบรรทัดฐานที่ราชการสร้างขึ้น ก้องสกลให้ความเห็นว่าในการส่งเสริมด้านกินดีอยู่ดีของพลเมือง มิติทางด้านสุขภาพอนามัยถูกเผยแพร่พร้อมๆกับแนวคิดเรื่องอารยธรรม จนในหลายกรณีแบบแผนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีซอันทบและไม่สามารถแยกออกจากความมีอารยธรรมในการดำเนินชีวิต ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายซึ่งเผยแพร่โดยทางราชการ นอกจากจะ

¹⁰⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 97-115.

เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาสุขภาพแล้ว ยังเป็นตัวบ่งชี้ว่าพฤติกรรมเช่นไรดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเช่นไรมีโทษต่อสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันยังเป็นแนวทางในการจำแนกร่างกายที่สุขภาพดีออกจากร่างกายที่สุขภาพไม่ดี หรือจำแนกร่างกายที่ปกติออกจากร่างกายที่ผิดปกติ ร่างกายของพลเมืองถูกนำไปเชื่อมโยงกับภาพลักษณ์ความยิ่งใหญ่เกรียงไกรของชาติ เพื่อที่จะก้าวสู่ความเป็นมหาอำนาจ พลเมืองที่พึงประสงค์มิใช่จะมีร่างกายที่มีสุขภาพดีแต่เพียงอย่างเดียว ยังจะต้องมีรูปร่างหน้าตาสูงส่งที่ได้มาตรฐานซึ่งนำมาจากสากล นอกจากนี้รัฐบาลยังได้รณรงค์ให้พลเมืองปฏิบัติแบบแผนการบริโภคแบบดั้งเดิมโดยหันมา “กินกับมากๆกินข้าวแต่พอควร” พร้อมทั้งส่งเสริมการผลิตอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย รวมทั้งส่งเสริมให้พลเมืองออกกำลังกายเล่นกีฬา และเดินทางไกล เพราะนอกจากจะส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง มีรูปร่างที่ได้สัดส่วนแล้ว ยังเป็นการฝึกวินัยและความเชื่อฟังไปในตัว¹⁰⁹

ผลของกิจการสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง

กิจการสุขภาพพลเมืองระหว่างพ.ศ.2481-2487 ซึ่งอยู่ภายใต้แนวคิดหลักคือการเพิ่มพลเมืองและการสร้างเสริมร่างกายพลเมือง มีการดำเนินการที่หลากหลายควบคู่ไปกับการดำเนินนโยบายชาตินิยมในเรื่องอื่นๆของรัฐบาล กิจการสุขภาพพลเมืองซึ่งสัมพันธ์กับนโยบายชาตินิยมได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของพลเมืองซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพและร่างกายแทบจะทั้งหมด ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข มีการใช้สื่อโฆษณาและการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางและได้ผลเป็นอย่างดี เช่น การประชาสัมพันธ์ให้พลเมืองเร่งสร้างตนเองเพื่อสร้างชาติ การใช้รัฐธรรมนูญฉบับที่ 11 เพื่อให้ประชาชนดูแลรักษาร่างกายตนเองให้ดีในชีวิตประจำวัน การประชาสัมพันธ์เรื่องอาหารการกิน เป็นต้น การประชาสัมพันธ์ที่มีการผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องเช่นนี้ได้ทำให้นโยบายต่างๆของรัฐบาลได้เข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของพลเมือง

ในส่วนของการเร่งเพิ่มอัตราการเกิด นโยบายส่งเสริมการแต่งงานและการให้พลเมืองมีบุตรมากๆ เป็นที่นิยมสนใจของพลเมืองไม่น้อย ดังที่ได้มีจดหมายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจการนี้มายังรัฐบาลหลายครั้ง และมาตรการต่างๆของรัฐบาลก็ได้มีผลต่อวิถีชีวิตของพลเมืองในกลุ่มต่างๆ อย่างกว้างขวาง เช่น การส่งเสริมการแต่งงาน การกำหนดอายุที่ควรแต่งงาน การจัดงานสมรสหมู่ การให้เงินสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตรมาก ตลอดจนการจดทะเบียนภาษีชายโสด นับว่าส่งผลถึงวิถีชีวิตของพลเมืองโดยตรงในเรื่องของการมีครอบครัว การเป็นโสด การแต่งงาน การมีลูก ไม่ใช่เรื่องส่วนตัวอีกต่อไป แต่เป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับความเจริญของประเทศชาติ นอกจากนี้การ

¹⁰⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 116.

เผยแพร่นโยบายเรื่องยูเจนิคส์ของรัฐบาลทำให้พลเมืองมีสิ่งที่ต้องคิดคำนึงในการเลือกคู่ครองเพิ่มขึ้น และสำหรับบางคนก็อาจถึงขั้นเป็นอุปสรรคหากมีลักษณะที่ไม่ตรงตามหลัก “พันธุดี” ของแนวคิดยูเจนิคส์

ในเรื่องการสร้างเสริมร่างกายก็เป็นเช่นเดียวกัน คือรัฐบาลมีการกำหนดสิ่งที่จะต้องทำและไม่ควรทำในการกิน การอยู่ การรักษาหวัดทรง ฯลฯ ความพยายามควบคุมไปถึงชีวิตประจำวันของรัฐบาลดังนี้ย่อมส่งผลถึงพลเมืองอย่างมาก โดยเฉพาะหากการควบคุมนั้นเป็นการขัดกันกับสิ่งที่เป็นวิถีชีวิตของพลเมืองมาอย่างยาวนาน เช่น การห้ามกินหมาก การห้ามกินสัตว์บางประเภท เป็นต้น ซึ่งก็ไม่มีหลักฐานว่าพลเมืองยอมปฏิบัติตามการควบคุมที่ขัดกับความเคยชินเช่นนี้มากนักน้อยเพียงไร ข้ออ้างที่รัฐบาลใช้ในการดำเนินการที่ขัดกับความรู้สึกของพลเมืองเช่นนี้ก็ยังคงเป็นเรื่องความเจริญและความเป็นอารยะของประเทศชาติ

สำหรับในเรื่องการลดการตายและการเจ็บป่วยก็มีการดำเนินการเช่นเดียวกับสมัยก่อนหน้า คือการขยายสถานพยาบาลสู่ท้องถื่นและการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาต่างๆ ในส่วนของพลเมืองก็มีการประชาสัมพันธ์ให้พลเมืองคอยระวังตนเองจากการเจ็บป่วยโดยการปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐ หากมีการเจ็บป่วยก็ให้รีบไปหาแพทย์เพื่อทำการรักษา โดยรวมแล้วก็คือรัฐต้องการให้พลเมืองคอยเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของรัฐในทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการเชิงอำนาจกับผู้ป่วยหรือท้องถื่นที่มีโรคบางโรคมากขึ้น เช่น พระราชบัญญัติใช้ฉบับสิ้น พ.ศ.2485 และพระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ.2486 ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากลักษณะอำนาจนิยมของรัฐบาล การประกาศเป็นกฎหมายควบคุมโรคเฉพาะดังนี้ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือเป็นผู้อยู่ในเขตของโรคต้องมีความระวังตัวมากขึ้นและปฏิบัติตามที่กฎหมายสั่งโดยเคร่งครัด มิฉะนั้นจะถูกลงโทษได้

โดยรวมแล้วนับว่ากิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยรัฐบาลชาตินิยมของจอมพลป.พิบูลสงครามได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อวิถีชีวิตของพลเมือง และเป็นผลกระทบที่กว้างขวางกว่าในสมัยก่อนหน้า เนื่องจากไม่ได้ถูกกำหนดโดยหลักการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่ยังมีหลักการทางวัฒนธรรมและหลักทางชาตินิยมอีกด้วย โดยรัฐได้นำวิถีชีวิตของพลเมืองไปสัมพันธ์กับความเจริญของประเทศชาติ เรียกร้องให้พลเมืองเสียสละความสุขความเคยชินส่วนตนแล้วมาปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินชีวิตที่รัฐบาลกำหนด

บทสรุปของกิจการสุขภาพพลเมืองสมัยสร้างชาติ

ในช่วงสมัยรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามระหว่างพ.ศ.2481-2487 รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายชาตินิยมที่เน้นการเชื่อผู้นำ เพื่อเป้าหมายความเป็นชาติมหาอำนาจที่ทันสมัย โดยเฉพาะ

ในช่วงเวลาที่บรรยากาศสถานการณ์ระหว่างประเทศกำลังตึงเครียดจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะสงคราม ในที่สุด แนวคิดหลักอันหนึ่งที่รัฐบาลใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายความเป็นมหาอำนาจก็คือแนวคิด เรื่องการเพิ่มพลเมืองเพื่อเป็นกำลังของประเทศ

ความต้องการเพิ่มพลเมืองของรัฐบาลไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่จำนวนปริมาณเท่านั้น แต่ยัง ครอบคลุมไปถึงคุณภาพความเข้มแข็งของพลเมืองด้วย ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การส่งเสริม คุณภาพทางด้านจิตใจจะมีการดำเนินการผ่านทาง การกล่อมเกลாத่างสังคมนึงเรื่อง ความมีวินัย ความเป็นพลเมืองดี ความเสียสละเพื่อประเทศชาติ ความมีอารยะ ฯลฯ ในขณะที่คุณภาพทาง ร่างกายหรือก็คือสุขภาพ จะมีทั้งการกล่อมเกลาด้วยเรื่องความมีอนามัย การกินดีอยู่ดี และการ ปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสู่ประชาชน ครอบคลุมหลักการใหญ่ๆ 3 เรื่อง คือ การ เจริญอัตราการเกิด การลดอัตราการตาย และการเสริมสร้างสุขภาพเข้มแข็งของพลเมืองทั้งในรุ่นนี้และ รุ่นถัดๆไป เป้าหมายเพื่อเพิ่มจำนวนประชากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งก็มีผลให้ประชาชน ต้องปรับตัวในวิถีชีวิตอย่างมหาศาล ทั้งการกิน การอยู่ กิจวัตรประจำวัน การเลือกคู่ครอง ฯลฯ

นับได้ว่ากิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐดำเนินการในช่วงนี้มีเหตุผลและเป้าหมายที่ค่อนข้าง ชัดเจนคือการเพิ่มพลเมืองเพื่อส่งเสริมนโยบายชาตินิยมในการนำชาติให้เข้มแข็งเป็นมหาอำนาจ การเพิ่มจำนวนพลเมืองเพื่อความเป็นมหาอำนาจนี้ น่าจะหมายถึงมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ คือมี กำลังคนมากเพื่อการผลิต การประกอบอาชีพ นำความมั่งคั่งมาสู่ประเทศชาติ มากกว่าที่จะ หมายถึงมหาอำนาจในทางทหารที่จะใช้กำลังคนในการป้องกันประเทศโดยตรง นอกจากนี้เหตุผล ของรัฐบางอย่างที่มีความสำคัญในสมัยก่อนหน้านี้อาจส่งผลต่อกิจการของรัฐบาล เช่น เหตุผล ด้านประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญ ระบอบการปกครองใหม่ ความเสมอภาค เท่าเทียม ทัวถึง (รายละเอียดในบทที่ 2) ก็ไม่ได้มีการกล่าวถึงในสมัยนี้มากนัก ทุกอย่างต้องหลีกเลี่ยงให้กับวาท กรรมหลักคือชาตินิยมเชื้อผู้นำ ซึ่งชาตินิยมสมัยนี้ จะมีความเข้มข้นกว่าสมัยที่ผ่านมาที่เน้นความ เชื่อมสัมพันธ์ของสถาบันต่างๆและความเป็นหนึ่งเดียวของคนในชาติ แต่เมื่อมาถึงสมัยนี้ก็เพิ่ม แนวคิดเรื่องผู้นำและความเป็นมหาอำนาจเข้าไปด้วย รวมทั้งเน้นย้ำให้ทุกคนต้องเสียสละทุกอย่าง ได้เพื่อชาติ ทำให้กิจการต่างๆค่อนข้างจะมีศูนย์รวมหรือการริเริ่มจากรัฐบาลและตัวผู้นำ การมี ส่วนร่วมของประชาชนซึ่งเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดในช่วง 2-3 ปีหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 มาบัดนี้ก็ไม่ค่อยปรากฏให้เห็นแล้ว อย่างเดียวที่ประชาชนพลเมืองจะมีส่วนร่วมได้ก็คือการปฏิบัติ ตนตามแนวทางของรัฐบาลและผู้นำ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพซึ่งก็ทำตามนโยบายของรัฐบาล

อย่างไรก็ตามนโยบายชาตินิยมเชื้อผู้นำ สร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ รวมไปถึงแนวคิด การเพิ่มพลเมือง ก็ได้เป็นนโยบายเฉพาะช่วงสมัยนี้เท่านั้น เมื่อสถานการณ์เมืองเปลี่ยนแปลงไป มี การเปลี่ยนรัฐบาล ฝ่ายอักษะและญี่ปุ่นที่รัฐบาลเดิมสนับสนุนแพ้สงคราม นโยบายต่างๆเหล่านี้ก็

เป็นอันตงไปด้วย กิจการต่างๆที่มีการดำเนินการก็ได้ถูกล้มเลิกไปหรือไม่ได้รับการดำเนินการต่อ เช่น องค์การส่งเสริมการสมรส, การอุปการะลูกไทย, การจัดงานวันแม่ เป็นต้น¹¹⁰ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ากิจการหลายอย่างในทางสุขภาพพลเมืองที่รัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามได้ให้ความสำคัญดำเนินการไว้ ก็ถือเป็นรากฐานของกิจการสุขภาพพลเมืองที่สำคัญๆของรัฐบาลในเวลาต่อมา รวมไปถึงการหยั่งรากลงในวิถีชีวิตของพลเมืองให้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น เช่น การดูแลแม่และเด็ก การกินอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น



ศูนย์วิทยพัทยาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹¹⁰ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, “บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475),” หน้า 205-206.

บทที่ 4

การขยายกิจการสุขภาพพลเมืองภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ พ.ศ.2488-2500

หลังจากที่จอมพลป.พิบูลสงครามลาออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2487 จากความพ่ายแพ้คะแนนเสียงภายในสภาต่อกลุ่มการเมืองของนายปรีดี พนมยงค์ ซึ่งได้สนับสนุนให้นายควง อภัยวงศ์ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีคนต่อไป ความผันผวนทางการเมืองก็เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปีพ.ศ.2487-2488 เริ่มตั้งแต่การปลดจอมพลป.พิบูลสงครามออกจากตำแหน่งผู้บัญชาการทหารสูงสุด การยกเลิกนโยบายวัฒนธรรมในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม เช่น การยกเลิกระเบียบค่าแท็กซี่ ค่ารับและค่าปฏิเสศ การเลิกบังคับสวมหมวก เลิกการห้ามกินหมาก ให้เสรีภาพการแต่งกาย เลิกการปรับปรุงอักษรไทย ฯลฯ และในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2488 สงครามโลกครั้งที่ 2 ก็ได้สิ้นสุดลงด้วยความพ่ายแพ้ของฝ่ายอักษะ จึงมีความจำเป็นต้องตั้งรัฐบาลใหม่ที่มีม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมชเป็นนายกรัฐมนตรีเพื่อทำการเจรจาสันติภาพกับฝ่ายสัมพันธมิตร ซึ่งก็สำเร็จลงได้ด้วยการลงนามในความตกลงสมบรูณ์แบบเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2489 โดยความสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นก็ได้จัดให้มีการเลือกตั้งใหม่ในวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2489¹

ในช่วงสั้นๆ 2 ปีระหว่างพ.ศ.2488-2490 การเมืองไทยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีความพยายามอย่างจริงจังของกลุ่มผู้นำที่มีความคิดเสรีนิยม (และสังคมนิยมบางส่วน) รวมทั้งกลุ่มอนุรักษนิยม ที่จะสถาปนาระบอบประชาธิปไตยที่สมบรูณ์ยิ่งขึ้น มีทั้งการร่างรัฐธรรมนูญใหม่เพื่อใช้แทนฉบับพ.ศ.2475 มีทั้งการอนุญาตให้มีการตั้งพรรคการเมือง มีการเลือกตั้ง และมีความพยายามที่จะแยกข้าราชการการเมืองออกจากข้าราชการประจำ กระแสแนวคิดทางการเมืองเช่นนี้เป็นผลมาจากชัยชนะในสงครามโลกครั้งที่ 2 ของฝ่ายสัมพันธมิตร ที่ถือตนว่าเป็นฝ่ายประชาธิปไตย (เสรีนิยม) ทำให้แนวคิดประชาธิปไตยได้รับการยอมรับและชื่นชม ซึ่งก็ส่งผลต่อการเมืองภายในของไทยด้วย กล่าวคือการก้าวขึ้นมามีบทบาทของผู้นำไทยที่มีความคิดโน้มเอียงไปในทางด้านเสรีนิยมและอนุรักษนิยมได้เข้ามามีบทบาทแทนกลุ่มอำนาจนิยม และทำให้การเมืองในระบอบประชาธิปไตยแนวรัฐสภาหรือเสรีนิยมแบบตะวันตกเฟื่องฟู² ส่งผลต่อการดำเนินกิจการหลายด้านของประเทศรวมทั้งกิจการด้านสุขภาพด้วย

¹ สุทธชัย ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย (กรุงเทพฯ: พี.เพรส, 2551), หน้า 50-55.

² ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, (กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2549), หน้า 435-438.

กิจการสุขภาพพลเมืองในช่วงพ.ศ.2488-2490

หลังจากที่จอมพลป.พิบูลสงครามต้องลงจากอำนาจแล้ว นโยบายวัฒนธรรมต่างๆ ก็ถูกยกเลิกไป นโยบายชาตินิยมต่างๆ ก็ถูกลดความสำคัญลงไปด้วย กิจการบางอย่างที่เริ่มทำไว้ก็ไม่มี การดำเนินการต่อ เช่น การส่งเสริมการสมรส การจัดงานวันแม่ การอุปการะลูกไทย การเสริมสร้างร่างกาย เป็นต้น แต่ความสำคัญของพลเมืองก็ไม่ได้ลดน้อยตามไปด้วย การเพิ่มจำนวนพลเมืองยังคงเป็นสิ่งที่รัฐบาลทุกสมัยต้องการดำเนินการเพื่อประโยชน์ต่างๆ ที่จะตามมา กิจการสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่รัฐให้ความสำคัญเสมอ เพียงแต่ลดลักษณะที่เป็นชาตินิยมลงไป คงเหลือไว้แต่กิจการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพลเมืองในภาพรวม เช่น การบำบัดและป้องกันโรค การสงเคราะห์มารดาและเด็ก

ในช่วงปีพ.ศ.2488-2490 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนรัฐบาลหลายครั้งและมีนายกรัฐมนตรีดำรงตำแหน่งหลายท่าน ได้แก่ ม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช นายควง อภัยวงศ์ นายปรีดี พนมยงค์ พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ แต่ละท่านก็มีการประกาศนโยบายที่แตกต่างกันออกไป แต่เกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมืองนั้นไม่ต่างกันมากนัก รัฐบาลของม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมชได้ระบุถึงความสำคัญของการ “ฟื้นฟูสภาพภายหลังสงคราม ทั้งในทางศีลธรรมและอนามัย” รวมไปถึงการแก้ไขปัญหายาและเวชภัณฑ์ขาดแคลนที่เกิดขึ้นในระหว่างสงคราม³ ต่อมาในสมัยรัฐบาลนายปรีดี พนมยงค์ ก็ได้เน้นถึงความสำคัญของกิจการสาธารณสุข 4 ประการได้แก่การ “ผลิตหมอ ผลิตยา รักษา และป้องกัน” ซึ่งยังไม่สมบูรณ์ดี ต้องเร่งทำการปรับปรุง โดยการผลิตแพทย์ให้มากขึ้น ผลิตยาให้มากขึ้น สร้างโรงพยาบาลให้ทั่วถึงทุกจังหวัด อบรมพลเมืองให้มีความรู้ในการรักษาสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค เป็นต้น⁴ ซึ่งต่อมาก็ได้รับการเน้นย้ำอีกในสมัยรัฐบาลของพลเรือตรีถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ ถึงความมุ่งหมายในการจะดำเนินการด้านสุขภาพให้เป็นผลถึงประชาชนให้กว้างขวางยิ่งขึ้นทั้งในทางป้องกันโรคและรักษาโรค จนไปถึงขั้นจะจัดให้มีการประกันสุขภาพความเจ็บป่วยแก่ประชาชน⁵ กล่าวได้ว่านโยบายของรัฐบาลภายหลังสงครามในเรื่องสุขภาพพลเมืองเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือการฟื้นฟูสภาพสังคมและสุขภาพอนามัยที่เสื่อมโทรมลงจากภาวะสงครามรวมทั้งความต้องการขยายบริการด้านสุขภาพให้กว้างขวางเข้าถึงพลเมืองมากขึ้น

³ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาลม.ร.ว.เสนีย์ ปราโมช วันที่ 19 กันยายน 2488,” ใน หจข. (2)สธ.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475-12 ธ.ค.2490).

⁴ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาลนายปรีดี พนมยงค์ วันที่ 13 มิถุนายน 2489,” ใน หจข. (2)สธ.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475-12 ธ.ค.2490).

⁵ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาลพลเรือตรีถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ วันที่ 5 มิถุนายน 2490,” ใน หจข. (2)สธ.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475-12 ธ.ค.2490).

ความพยายามจะขยายกิจการสุขภาพพลเมืองให้ครอบคลุมพลเมืองมากขึ้นเห็นได้ชัดเจน ในกิจการด้านการขยายการบำบัดโรค ที่มีการตั้งเป้าหมายว่าจะสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุก จังหวัดโดยรัฐบาลของนายปรีดี พนมยงค์ ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2489 กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำอธิบายเรื่องนี้ไว้ว่าการบูรณะการโรงพยาบาลของประเทศต้องใช้วิธี “ปรับปรุงงานเก่าที่มี อยู่ให้คุณภาพดีขึ้นและจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ตามกำลังที่มีให้ทั่วถึงทุกจังหวัด” โดยเริ่มจาก จังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลจำนวน 37 แห่ง และตั้งเป้าหมายว่า “จะสร้างให้ครบถ้วนภายใน ระยะเวลา 4 ปี จะเป็นขนาดใดก็ตามแต่ภาวะของจังหวัดนั้น” เกณฑ์การสร้างคือ 1.เฉลี่ยสร้างให้ ทั่วถึงกันทุกภาคในปีหนึ่งๆ 2.เริ่มจากชายแดนเข้ามาหาศูนย์กลางของประเทศเพราะเกี่ยวกับ เกียรติยศของชาติ 3.จังหวัดที่ราษฎรให้ความร่วมมือเร็วไร้ควรได้สร้างก่อน 4.โดยมากควรเป็น โรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยในได้อย่างน้อย 50 เตียง นอกจากนี้ในการบูรณะ โรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ถ้าเดิมเป็นของรัฐก็ควรขยายเพิ่มเติมตามจำนวนพลเมือง สำหรับ โรงพยาบาลที่เป็นของเทศบาลซึ่งเกือบทั้งหมดอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ เพราะขาดกำลังเงิน กระทรวงสาธารณสุขเห็นสมควรให้โอนมาเป็นของรัฐบาลทั้งหมดเพื่อบูรณะ ให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน นอกจากนั้นยังได้เสนอให้มีการขยายโรงพยาบาลบำบัดโรคเฉพาะ ด้วย โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ โรคจิต โรคเรื้อน วัณโรค และโรคติดต่ออันตราย ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าควรขยายโรงพยาบาลเหล่านี้ตามภาคต่างๆ⁶

ในการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติในส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งหนังสือไปยัง คณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัดชี้แจงถึงความจำเป็นในการขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลตาม จังหวัดและสุขภาพตามท้องที่ให้แพร่หลายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนตามท้องถิ่นต่างๆได้รับการ บำบัดและป้องกันโรคโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยการ “จัดสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดในจังหวัดที่ยัง ไม่มี สำหรับจังหวัดที่มีอยู่แล้วก็ทำการขยายให้เพียงพอแก่พลเมือง” ในส่วนของสุขภาพที่มีอยู่ ค่อนข้างทั่วถึงในระดับอำเภอและกิ่งอำเภอแล้ว แต่ตามตำบลยังมีอยู่น้อยแห่ง จึงต้อง การให้เร่ง จัดตั้ง “สุขภาพประจำตำบลในบริเวณที่เป็นชุมชนหนาแน่น” นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังเล็งเห็นถึงปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนงบประมาณที่จะนำไปใช้ดำเนินการ เนื่องจากรัฐบาล มีรายจ่ายมาก “หากจะรอคอยงบประมาณแผ่นดินมาใช้ในกิจการขยายโรงพยาบาลและสุขภาพ ก็ไม่มีทางจะสำเร็จลงได้” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งองค์การกุศลขึ้นเป็นการเฉพาะสำหรับ กิจการนี้ เรียกว่า “องค์การกุศลสาธารณสุข” ในปีพ.ศ.2489 สำหรับหาเงินทุนสะสมช่วยเหลือ

⁶ “โครงการบูรณะการโรงพยาบาล วันที่ 30 เมษายน 2489,” ใน หจช. (2)สร.0201.27.2/8 โครงการสร้าง โรงพยาบาลหัวเมืองของกระทรวงมหาดไทย (9 ก.พ.2477-31 ส.ค.2489).

จังหวัดต่างๆตามความจำเป็น และให้แต่ละจังหวัดจัดตั้งองค์การนี้ขึ้นเป็นประจำสำหรับจังหวัดนั้นๆด้วยเพื่อเป็นเงินทุนส่วนของจังหวัดโดยตรง เป็นการอาศัยความตั้งใจร่วมมือของท้องถิ่นเอง และให้สรรหากลุ่มคนในท้องถิ่นเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการองค์การด้วย⁷

กล่าวได้ว่าในเรื่องของการขยายกิจการด้านบำบัดโรคในสมัยนี้ก็ยังคงไม่ต่างจากเดิมคือ เน้นการสร้างสถานพยาบาลในระดับต่างๆให้ครอบคลุมในส่วนภูมิภาค อาจจะแตกต่างตรงที่ในสมัยนี้มีความพยายามกำหนดเป้าหมายในการมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัด (จากที่เคยมีความพยายามมาแล้วครั้งหนึ่งในปีพ.ศ.2477 แต่ก็ได้ล้มเลิกไป) รวมทั้งความพยายามในการดึงความร่วมมือและทุนจากประชาชนอย่างเป็นทางการเป็นหลักเป็นฐานมากขึ้น มีการตั้งเป็นองค์การเพื่อการนี้โดยเฉพาะ ซึ่งในช่วงแรกๆก็สามารถรวบรวมเงินทุนได้มากพอสมควรคือเมื่อถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2490 องค์การกุศลสาธารณสุขในส่วนกลางได้รับเงินบริจาครวม 140,240 บาท ส่วนขององค์การของจังหวัดต่างๆก็ได้จัดตั้งขึ้นในหลายจังหวัด เช่น เชียงใหม่ นครราชสีมา ร้อยเอ็ด น่าน เชียงราย สุรินทร์ อยุธยา พิจิตร เพชรบุรี พัทลุง ตรัง ระยอง เป็นต้น⁸ แต่ต่อมาไม่นานในปีเดียวกันองค์การกุศลสาธารณสุขก็ได้ถูกยุบเลิกไปเพราะกระทรวงมหาดไทยสั่งระงับการเรียกรายเพื่อเป็นการลดค่าครองชีพของประชาชน และขอให้กระทรวงสาธารณสุขสั่งระงับการเรียกรายเพื่อสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลา⁹

ความพยายามในการขยายการบำบัดโรคยังส่งผลถึงความต้องการที่จะผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้จำนวนเพิ่มขึ้นโดยเร็ว ดังที่มีข้อเสนอมาจากกระทรวงสาธารณสุขว่า “ในปัจจุบันมีผู้นิยมศึกษาด้านแพทยศาสตร์มากขึ้นจนเกินความสามารถที่คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลจะรับไว้ได้” และ “ประเทศชาติก็มีความต้องการแพทย์อีกเป็นจำนวนมาก อย่างน้อยควรจะมีผลิตแพทย์ให้ได้ปีละ 200 คน และควรจะมีเพิ่มขึ้นอีกเท่าที่จะเพิ่มได้” กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าสถานศึกษาแพทยศาสตร์เท่าที่มีอยู่เพียงแห่งเดียวในประเทศในขณะนั้นไม่เพียงพอ สมควรจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นอีกแห่งหนึ่งโดยร่วมมือกับองค์การสถานที่รักษาพยาบาลเช่นโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁷ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงคณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัด วันที่ 21 สิงหาคม 2489,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.2/8 โครงการสร้างโรงพยาบาลหัวเมืองของกระทรวงมหาดไทย (9 ก.พ.2477-31 ส.ค.2489).

⁸ “บันทึกแสดงกิจการในหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขที่ได้จัดทำไปตามคำแถลงนโยบายของรัฐบาล (ตั้งแต่ 26 สิงหาคม 2489 ถึง 30 เมษายน 2490)” ใน หจข. (3)สร.0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ค.2486-18 ก.ย.2490).

⁹ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500), หน้า 80-81.

จุฬาลงกรณ์¹⁰ นำไปสู่การจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ.2490 เช่นเดียวกับการผลิตนางพยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีการเสนอมาจากกระทรวงสาธารณสุขให้จัดตั้งโรงเรียนอบรมนางพยาบาลและผดุงครรภ์เพิ่มขึ้นตามภาคต่างๆโดยรับผู้มีภูมิลำเนาในภาคนั้นและมีเงื่อนไขให้ผู้สำเร็จการศึกษาแล้วต้องปฏิบัติราชการ¹¹

ในส่วนของกิจการควบคุมป้องกันโรค ในช่วงปีพ.ศ.2488-2490 ได้เกิดอหิวาตกโรคระบาดมาก ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยถึงปีละประมาณ 5,000-6,000 คน จำนวนผู้ตายปีละประมาณ 3,000-4,000 คน นอกจากนี้ในช่วงเวลาเดียวกันยังเกิดไข้ทรพิษระบาดหนักระหว่างปีพ.ศ.2488-2489 จำนวนผู้ป่วยสูงถึงปีละประมาณ 25,000-35,000 คน ผู้ตายปีละประมาณ 7,000-9,000 คน¹² นับว่าเป็นสถานการณ์โรคระบาดที่ค่อนข้างรุนแรง อาจเป็นผลพวงจากภัยสงคราม รัฐบาลต้องเร่งระดมเจ้าหน้าที่ตลอดจนนักเรียนแพทย์และพยาบาลเพื่อจัดการควบคุมป้องกันโรค แต่ก็ยังมีปัญหาการขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคและหนองฝีสำหรับใช้ทรพิษซึ่งขาดแคลนมากในช่วงสงครามเนื่องจากไม่สามารถสั่งซื้อจากต่างประเทศได้ แต่เมื่อสงครามสงบลงและมีการเจรจาสันติภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศฝ่ายสัมพันธมิตร เหตุการณ์ก็คลี่คลายลงบ้างโดยสามารถขอให้องค์การสหประชาชาติช่วยสั่งซื้อวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรคจากต่างประเทศมาใช้ เป็นผลให้ทำการปราบปรามอหิวาตกโรคและใช้ทรพิษจนลดการระบาดลงได้¹³ นับได้ว่าเป็นกิจกรรมแรกของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับองค์การระหว่างประเทศภายหลังสงคราม ในการที่จะขอความช่วยเหลือต่างๆโดยเฉพาะในทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะปรากฏชัดอย่างยิ่งในช่วงทศวรรษ 2490

นอกจากโรคติดต่ออันตรายแล้วอีกโรคหนึ่งที่ยังคงความสำคัญและเป็นที่น่าสนใจของรัฐบาลมาตลอดทุกสมัยก็คือโรคไข้จับสั่นอันเนื่องมาจากความร้ายแรงของโรคและการเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในแต่ละปี ในวันที่ 17 เมษายน พ.ศ.2489 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการเสนอโครงการควบคุมไข้จับสั่นขึ้นโดยชี้แจงว่าสถานการณ์ของโรคไข้จับสั่นในประเทศนั้นแม้จะมีความพยายามควบคุมมาโดยตลอดทุกรัฐบาลแต่ “ความรุนแรงชุกชุมของโรคกลับมีมากขึ้น”

¹⁰ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 27 สิงหาคม 2489,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/4 เรื่องจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ (23 พ.ค.2475-17 พ.ย.2496).

¹¹ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี วันที่ 8 กันยายน 2490,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485-17 พ.ย.2496).

¹² กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500), หน้า 249.

¹³ “บันทึกกิจการที่ได้ปฏิบัติไปตามคำแถลงนโยบายของรัฐบาล วันที่ 25 มีนาคม 2489,” ใน หจข. (3)สร.0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ค.2486-18 ก.ย.2490).

ด้วยสาเหตุหลายอย่างเช่น การเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในปีพ.ศ.2485 ที่ทำให้โรคไข้จับสั่นระบาดตามบริเวณที่ลุ่มน้ำทั่วไป บางแห่งที่เดิมโรคนี้ไม่ชุกชุมก็กลายเป็นชุกชุมมากขึ้น หรือการส่งทหารไปปฏิบัติราชการบริเวณภาคเหนือและสหรัฐอเมริกาเดิมในช่วงสงครามโลกรวมทั้งการเกณฑ์คนไปทำการสร้างทางคมนาคมและเมืองที่เพชรบูรณ์ อันเป็นแหล่งที่มีไข้จับสั่นชุกชุม เมื่อคนเหล่านี้กลับบ้านก็นำเชื้อไข้จับสั่นไปแพร่หลายในภูมิภาคต่อไป ทำให้นับจากปีพ.ศ.2485 เป็นต้นมาจำนวนโรคไข้จับสั่นจึงได้มีมากขึ้นและมีความชุกชุมสูงขึ้นกว่าเดิมอีกมาก¹⁴ จำนวนผู้ตายจากเดิม 30,000-40,000 คนต่อปี ก็เพิ่มขึ้นเป็น 40,000-50,000 คนต่อปี (ดูตารางที่ 9)¹⁵

ในโครงการควบคุมไข้จับสั่นพ.ศ.2489 นี้มีการระบุชัดว่าการควบคุมไข้จับสั่นเป็นงานที่จะต้อง “ลงทุนมาก” จึงต้องคำนึงถึง “ผลในทางเศรษฐกิจที่รัฐจะได้ประโยชน์กลับคืนมา” จำเป็นต้องพิจารณาถึงสภาพของท้องที่ ความหนาแน่นของพลเมือง “พิจารณาความเจริญในทางเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าประโยชน์ของเอกชน” และเลือกใช้วิธีดำเนินการให้เหมาะสมกับภาวะของท้องที่นั้น โดยเฉพาะการป้องกันไข้จับสั่นในฤดูทำนาเนื่องจากรัฐบาลต้องการให้ได้จำนวนข้าวเพียงพอแก่ความต้องการของประเทศ และไข้จับสั่นมักระบาดในฤดูทำนาคือฤดูฝนทุกปี ถ้าชาวนาป่วยเป็นไข้กันเป็นจำนวนมากก็จะทำนาได้ผลไม่เต็มที่ “จำเป็นต้องช่วยชาวนาในเรื่องนี้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้” วิธีการที่เสนอให้มีการจัดทำคือการเพิ่มจำนวนยาควินินให้มีแจกและจำหน่ายแพร่หลายตามโรงพยาบาลและสุขาศาลา โดยเฉพาะจังหวัดต่างๆ ในลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาและจังหวัดอื่นๆ ที่เป็น “บริเวณสำคัญในการปลูกข้าว” ก็ต้องจัดส่งหน่วยเคลื่อนที่ควบคุมไข้จับสั่นเข้าไป “ช่วยเหลือชาวนาเท่าที่จะทำได้” มีการถอนหน่วยเคลื่อนที่ประจำภาคอื่นๆ มาเพิ่มในภาคกลางอันเป็นแหล่งทำนาด้วย สำหรับในที่อื่นๆ ที่มีความสำคัญในการทำนารองลงมาหรือเป็นที่การคมนาคมไม่สะดวกที่จะขนข้าวมาสู่ตลาด ถ้ามีไข้จับสั่นระบาดขึ้นก็คอยแจ้งมาที่กระทรวงสาธารณสุข แล้วจึงจะจัดส่งหน่วยเคลื่อนที่และเวชภัณฑ์ไป¹⁶

โครงการควบคุมไข้จับสั่นพ.ศ.2489 นี้เป็นอีกครั้งหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่ากิจการควบคุมโรคไข้จับสั่นสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับเศรษฐกิจและความเจริญของประเทศชาติ ในการดำเนินการก็ต้องมีการลำดับความสำคัญก่อนหลังโดยดำเนินการในแหล่งและกลุ่มคนที่มีประโยชน์ต่อ

¹⁴ “โครงการณ์ควบคุมไข้มาลาเรีย วันที่ 17 เมษายน 2489,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ค.2486-18 ก.ย.2490).

¹⁵ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 259.

¹⁶ “โครงการณ์ควบคุมไข้มาลาเรีย วันที่ 17 เมษายน 2489,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ค.2486-18 ก.ย.2490).

ประเทศชาติมากกว่า รองลงมาคือดำเนินการในแหล่งที่เกิดโรคนี้ชุกชุม สำหรับแหล่งอื่นๆก็ดำเนินการลดหลั่นกันไป สาเหตุที่เป็นเช่นนี้สำหรับโรคนี้ก็เป็นเพราะโรคไข้จับสั่นเป็นโรคที่สร้างความเสียหายได้มากจริงๆ และเสียหายได้หลายด้าน ทั้งในด้านการผลิต เศรษฐกิจ หรือแม้แต่ความมั่นคง อันเนื่องมาจากอัตราการตายที่สูงมากในแต่ละปี และเป็นมาอย่างยาวนานโดยไม่มีแนวโน้มว่าสถานการณ์จะดีขึ้น กล่าวคือตั้งแต่ทศวรรษ 2470 มาจนถึงช่วงต้นทศวรรษ 2490 ยังไม่มีมาตรการใดที่ได้ผลอย่างแท้จริง จำนวนผู้ตายด้วยโรคไข้จับสั่นในแต่ละปีอยู่ที่ประมาณ 30,000-50,000 คน เทียบกับจำนวนผู้ตายจากทุกสาเหตุในแต่ละปีประมาณ 200,000-300,000 คน¹⁷ นับได้ว่าเป็นอัตราส่วนราว 1 ใน 6 ของจำนวนผู้ตายทั้งหมด นอกจากนี้โรคไข้จับสั่นยังเป็นโรคที่เป็นได้เรื้อรัง ยังมีจำนวนผู้ป่วยอีกมากที่มีเชื้ออยู่ในร่างกายทั้งที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการ รอเวลาที่โรคจะกำเริบขึ้น ซึ่งจากคำอธิบายหลายครั้งของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเรื้อรังอาจมีเป็นจำนวนนับล้านคนและมักมีอาการที่ช้ำซึมประคบการงานอาชีพได้ไม่เต็มที่ส่งผลเสียต่อระบบเศรษฐกิจ ดังนั้นโรคไข้จับสั่นจึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรงสำหรับรัฐบาลทุกสมัยที่ต้องการหาวิธีจัดการป้องกัน ด้วยความที่เป็นโรคที่ส่งผลเสียอย่างร้ายแรงเช่นนี้ โดยเฉพาะในทางเศรษฐกิจ จึงไม่น่าแปลกใจที่เมื่อรัฐบาลทุกสมัยดำเนินการใดๆ ในการควบคุมไข้จับสั่นก็มักจะเน้นในบริเวณหรือกลุ่มคนที่สำคัญกับเศรษฐกิจก่อนกลุ่มอื่นๆ เพื่อลดความเสียหายลงให้เหลือน้อยที่สุด

การควบคุมไข้จับสั่นในช่วงหลังสงครามโลกยังแสดงให้เห็นถึงความพยายามช่วงแรกๆ ในการขอความช่วยเหลือจากต่างประเทศภายหลังสงคราม คือการที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้รัฐบาลเชื้อเชิญให้มูลนิธิโรคคิเฟลเลอร์ช่วยเหลือส่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขมาทำการอบรมบุคลากร โดยเฉพาะในด้านมาลาเรียที่เกี่ยวกับการกสิกรรมและชลประทานในประเทศเขตร้อน รวมทั้งช่วยวางแผนปรับปรุงงานด้านบำบัดและป้องกันโรคในประเทศต่อไปในอนาคต¹⁸ แต่ก็ได้รับการปฏิเสธจากมูลนิธิโรคคิเฟลเลอร์โดยให้เหตุผลว่ามีผู้เสนอขอมากมาย จึงยังไม่สามารถปฏิบัติตามข้อเรียกร้องของประเทศไทยได้ในอนาคตอันใกล้

โดยสรุปแล้วรัฐบาลในช่วงนี้ (พ.ศ.2488-2490) มีความต้องการจะขยายกิจการด้านสุขภาพให้กว้างขวางครอบคลุมพลเมืองมากยิ่งขึ้นไปอีก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการกลับมาเฟื่องฟูของแนวคิดประชาธิปไตยที่ทำให้การดำเนินกิจการต่างๆ ต้องเน้นความทั่วถึงและเท่าเทียม

¹⁷ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 259.

¹⁸ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงนายกรัฐมนตรีวันที่ 1 กรกฎาคม 2489,” ใน หจช. (2)สธ. 0201.27/8 โรคคิเฟลเลอร์ (11 ก.ค.2478-11 พ.ย.2489).

มีเพียงเรื่องการควบคุมใช้จับสั้นที่รัฐบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับส่วนที่ส่งผลกับประเทศอย่างมากก่อนส่วนอื่น เช่น ชาวนาและแหล่งเกษตรกรรม ความพยายามขยายบริการด้านสุขภาพยังสามารถเรียกคะแนนนิยมมาสู่รัฐบาลที่มาจากทางเลือกตั้งไปด้วยในตัว นอกจากนี้ยังเป็นการแก้ไขฟื้นฟูสภาพและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยสงคราม แต่ในเรื่องแนวทางการดำเนินการแต่ละอย่างก็ไม่ได้แตกต่างไปจากสมัยก่อนหน้านี้นัก มีเพียงการเพิ่มเติมในรายละเอียดและหลักการบางอย่าง อาจเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางปริมาณเป็นหลัก เช่น ปริมาณสถานพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ปริมาณเจ้าหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น แต่ผลของการดำเนินการก็ไม่มีอะไรที่เห็นได้ว่าแตกต่างจากเดิมเป็นผลงานที่เด่นชัดนัก ปัญหาหนึ่งที่อาจส่งผลต่อกิจการก็คือความผันผวนทางการเมืองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาอันสั้น กล่าวคือแม้ว่าจะมีความพยายามปรับปรุงการปกครองให้เป็นประชาธิปไตยมากขึ้นหลังสงคราม มีการเลือกตั้ง มีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ แต่รัฐบาลที่มาจากทางเลือกตั้งก็ทำหน้าที่ได้ไม่นานแล้วก็ต้องเปลี่ยนรัฐบาลใหม่ เป็นเช่นนี้อยู่หลายครั้งในช่วงเวลาเพียง 2 ปี ทำให้แต่ละรัฐบาลไม่มีเวลาที่จะดำเนินกิจการต่างๆของประเทศได้อย่างเต็มที่ ต้องวุ่นวายอยู่กับประเด็นทางการเมือง จนถึงประเด็นที่มีความรุนแรงคือกรณีสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ที่รัฐบาลไม่สามารถคลี่คลายให้กระจ่างชัดได้ จนเป็นต้นตอหนึ่งของความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไปสู่การรัฐประหารโดยคณะทหารเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2490¹⁹

สมัยรัฐบาลคณะรัฐประหาร พ.ศ.2490-2500

คณะรัฐประหารพ.ศ.2490 ได้อ้างเหตุผลในการยึดอำนาจว่ารัฐบาลพลเรือนที่บริหารประเทศมีความผิดพลาดในเรื่องการทุจริตคอร์รัปชัน และไม่สามารถจัดการคลี่คลายเรื่องกรณีสวรรคตได้และอ้างว่าทหารเป็นผู้รับผิดชอบการเมือง เป็นผู้กุมชะตาบ้านเมือง จึงต้องทำการยึดอำนาจเพื่อแก้ไขสถานการณ์ หลังจากที่ยึดอำนาจแล้วก็ได้เชิญให้จอมพลป.พิบูลสงครามมาเป็นหัวหน้าคณะ เพื่อช่วยในการสร้างเอกภาพในหมู่ทหารและช่วยให้ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมากขึ้น แต่กระนั้นคณะรัฐประหารก็ได้พยายามแสดงตนว่าไม่ต้องการอำนาจจึงได้เชิญนายควง อภัยวงศ์ หัวหน้าพรรคประชาธิปัตย์มาเป็นนายกรัฐมนตรีเพื่อให้เห็นว่ายังมีการปกครองโดยฝ่ายพลเรือนและยังเป็นประชาธิปไตยในรูปแบบอยู่ หลังจากนั้นรัฐบาลรักษาการของนายควง อภัยวงศ์ก็ได้จัดให้มีการเลือกตั้งในวันที่ 29 มกราคม พ.ศ.2491 ซึ่งพรรค

¹⁹ ดูรายละเอียดเกี่ยวกับความผันผวนทางการเมืองช่วงเวลานี้ได้ใน ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, หน้า 435-465.

ประชาธิปไตยชนะการเลือกตั้ง ทำให้นายควงได้กลับเข้ามาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีต่อไป แต่คณะรัฐประหารก็ไม่ได้ยินยอมให้พรรคประชาธิปัตย์บริหารประเทศนานนัก หลังจากที่รัฐบาลใหม่ได้รับการรับรองจากนานาชาติแล้ว คณะรัฐประหารก็ได้บีบให้นายควง อภัยวงศ์ลาออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และให้จอมพลป.พิบูลสงครามเข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีแทนเมื่อวันที่ 8 เมษายน พ.ศ.2491²⁰

ชาญวิทย์ เกษตรศิริกล่าวว่า การรัฐประหารพ.ศ.2490 เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อหนึ่งที่สำคัญในประวัติศาสตร์การเมืองไทย เป็นการตัดอำนาจของฝ่ายเสรีนิยมและสังคมนิยมในกลุ่มผู้นำประเทศ นำมาซึ่งความชะงักงันของระบอบประชาธิปไตยของไทยหลังจากที่ได้มีความพยายามผลักดันให้เกิดขึ้นในสมัยหลังสงครามโลก ทำให้การปกครองไทยก็เข้าสู่ช่วงสมัยของระบบอำนาจนิยม²¹ สอดคล้องกับสุธาชัย ยิ้มประเสริฐที่กล่าวว่า การรัฐประหารครั้งนี้ถือเป็นจุดสิ้นสุดแห่งประชาธิปไตยของคณะราษฎรและเป็นการเริ่มต้นของ “วัฏจักรที่ชั่วร้าย” ทางการเมืองที่กองทัพจะเข้ามามีบทบาททางการเมืองและกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาระบอบประชาธิปไตย²²

รัฐบาลใหม่ของจอมพลป.พิบูลสงครามได้แสดงท่าทีที่กระตือรือร้นในการสนับสนุนค่ายเสรีประชาธิปไตยโดยการนำของสหรัฐอเมริกาและต่อต้านคอมมิวนิสต์อย่างเต็มที่ในช่วงบรรยากาศของสงครามเย็น ทำให้รัฐบาลคณะรัฐประหารได้รับการรับรองอย่างรวดเร็วจากรัฐบาลของประเทศตะวันตกโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ รวมทั้งความสนับสนุนต่างๆที่ตามมาอย่างมากมายซึ่งมีส่วนทำให้ฝ่ายอำนาจนิยมสามารถอยู่ในตำแหน่งไปได้อีกนาน ประเทศไทยและรัฐบาลไทยกลายเป็นเป้าหมายสำคัญของสหรัฐอเมริกาและมหาอำนาจตะวันตกในอันที่จะใช้เป็นฐานที่มั่นต่อต้านคอมมิวนิสต์ และก็เป็นจุดเริ่มต้นของยุคสมัยที่ชาญวิทย์ เกษตรศิริเรียกว่า “ยุคสมัยอเมริกันในไทย” ซึ่งจะก่อให้เกิดความช่วยเหลือทั้งทางด้านเศรษฐกิจและการทหาร รวมไปถึงการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ²³

ชัยชนะของจีนคอมมิวนิสต์ในปีพ.ศ.2492 และสงครามเกาหลีที่เกิดขึ้นตามมาในปีพ.ศ. 2493 ทำให้สหรัฐยิ่งต้องการเพิ่มบทบาทของตนในพื้นที่แผ่นดินเอเชียและประเทศไทยก็ได้กลายเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการเมืองระหว่างประเทศยุคหลังสงครามโลก ไทยได้ดำเนินนโยบายที่จะอยู่ค่ายโลกเสรีประชาธิปไตยอย่างเต็มที่ ดังจะเห็นได้จากการดำเนินนโยบายต่างประเทศของไทยตามลำดับ เริ่มจากการรับรองรัฐบาลหุ่นเบาได้ในเวียดนามในปีพ.ศ.2493

²⁰ สุธาชัย ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย, หน้า 67-68.

²¹ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, หน้า 455-458

²² สุธาชัย ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย, หน้า 65.

²³ ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ประวัติการเมืองไทย 2475-2500, หน้า 465-466.

การส่งทหารไทยไปร่วมรบในเกาหลีเป็นชาติแรกในเอเชียในเดือนกรกฎาคมพ.ศ.2493 เป็นต้น ในเวลาเดียวกันสหรัฐและไทยก็เริ่มการลงนามในสัญญาความช่วยเหลือ ชาลวินท์ เกษตรศิริอธิบายว่าเป็นก้าวใหม่ของการเมืองไทยที่ประเทศยอมรับอย่างเป็นทางการในการนิยามฐานะทางเศรษฐกิจของตนว่า “ด้อยพัฒนา” มีความจำเป็นที่จะต้อง “พัฒนา” และพร้อมที่จะรับความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ อันเป็นลักษณะใหม่ของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 อันเป็นยุคสมัยที่สหรัฐกลายเป็นมหาอำนาจอันดับ 1 แข่งขันกับสหภาพโซเวียต พยายามที่จะดึงประเทศเล็กประเทศน้อยในโลกมาเป็นสมัครพรรคพวกและบริวารของตน อันเป็นต้นกำเนิดของการที่ไทยต้องกลายเป็นประเทศที่ต้อง “พึ่งพา” จากภายนอกเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควร ตัวอย่างความช่วยเหลือที่ไทยได้รับจากสหรัฐเช่น การลงนามในสัญญาฟูลไบรท์เพื่อช่วยเหลือในด้านการพัฒนาการศึกษาของไทย ในปีพ.ศ.2493 และการลงนามใน Economic and Technical Cooperation Agreement เป็นความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในปีเดียวกัน²⁴

ในช่วงหลังจากปีพ.ศ.2495 เมื่อนายพลไอเซนฮาวร์ได้ขึ้นเป็นประธานาธิบดีของสหรัฐอเมริกา นโยบายต่างประเทศของสหรัฐก็แข็งกร้าวมากขึ้น มีการสร้างทฤษฎีโดมิโนโดยเชื่อว่าการที่ประเทศหนึ่งกลายเป็นคอมมิวนิสต์ก็จะส่งผลให้ประเทศที่อยู่ถัดไปกลายเป็นคอมมิวนิสต์ด้วย เมื่อเป็นดังนั้นก็เกิดภาพของการที่คอมมิวนิสต์จะเคลื่อนจากจีนเข้าสู่อินโดจีนแล้วมาเข้าไทยจนไปต่อถึงมลายู อินโดนีเซีย ตลอดจนจนถึงออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ประเทศทั้งหลายในเอเชียจะกลายเป็นคอมมิวนิสต์หมด สหรัฐอเมริกาและพันธมิตรจึงจำเป็นต้องสร้าง “นโยบายปิดล้อม” (Containment Policy) โดยพยายามหาพันธมิตรในเอเชียเข้าร่วมเป็นองค์การป้องกันร่วมกันในเอเชีย เช่นเดียวกับที่ได้ทำในยุโรปในกรณีของ NATO (North Atlantic Treaty Organization) นำไปสู่การจัดตั้งองค์การสนธิสัญญาป้องกันแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สปอ.) หรือ SEATO (Southeast Asia Collective Defence Treaty Organization) ในปีพ.ศ.2497 ซึ่งไทยก็ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย นับได้ว่าเป็นจุดสุดยอดแห่งความสัมพันธ์ระหว่างไทยและสหรัฐอเมริกาและทำให้ความช่วยเหลือทั้งด้านทหารและเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกาคือไทยก็ยิ่งเพิ่มพูนขึ้นตามลำดับ และภาคอีสานของไทยก็ได้กลายเป็นเขตยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการต่อต้านคอมมิวนิสต์ ทำให้มีโครงการต่างๆเกิดขึ้นมากมายในภูมิภาค เช่น การสร้างถนนมิตรภาพ เป็นต้น²⁵

²⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 477-478.

²⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 480-483.

ทางด้านของสถานการณ์ภายในประเทศก็เป็นสถานการณ์ความขัดแย้งทั้งระหว่างกลุ่มอำนาจนิยมกับกลุ่มอนุรักษ์นิยมซึ่งเป็นการต่อสู้ในสภาฯ และความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกับกลุ่มที่ต่อต้านคณะรัฐประหารที่พยายามจะก่อการล้มล้างรัฐบาลหลายครั้งในช่วงพ.ศ.2491-2494 ซึ่งรัฐบาลก็ได้ทำการปราบปรามกวาดล้างอย่างรุนแรง นอกจากความขัดแย้งกับกลุ่มผู้นำทางการเมืองแล้ว ในทศวรรษที่ 2490 กลุ่มหรือองค์การที่อาจเรียกได้ว่าเป็น “ขบวนการมวลชน” ได้พัฒนาไปอย่างมาก สุธาชัย ยิ้มประเสริฐอธิบายว่าความหมายของขบวนการมวลชนก็คือการเคลื่อนไหวของประชาชนในวงกว้าง โดยมีเป้าหมายจะเรียกร้องสิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนเอง ขบวนการมวลชนจะเปิดทางให้ประชาชนคนสามัญในระดับล่างลงไปเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น แทนที่จะทำให้เรื่องการเมืองการปกครองถูกผูกขาดในหมู่ชนชั้นนำในลักษณะเดิม สุธาชัย ยิ้มประเสริฐเห็นว่าอิทธิพลสำคัญที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของมวลชนในระยะนี้ก็คือการขยายตัวของอุดมการณ์สังคมนิยมในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากพ.ศ. 2492 เมื่อเกิดการปฏิวัติจีนไปสู่ระบอบคอมมิวนิสต์ ลักษณะพิเศษของอุดมการณ์สังคมนิยมที่มีส่วนหนุนช่วยการพัฒนาของขบวนการมวลชนก็คือการให้ความสำคัญเป็นพิเศษแก่ประชาชนชั้นล่างที่ยากจนและถูกกดขี่ นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายแก่ “ประชาธิปไตย” ในขอบเขตที่กว้างมากขึ้นยิ่งกว่าประชาธิปไตยในทางการเมือง นั่นคือประชาธิปไตยในทางเศรษฐกิจ ที่จะให้โคตรทรัพย์กระจายไปสู่ชนชั้นล่างโดยเสนอนโยบายที่จะสร้างสังคมให้มนุษย์มีความเสมอภาคกันอย่างแท้จริงมากขึ้น ขจัดช่องว่างทางชนชั้นและสร้างสังคมใหม่ที่มนุษย์มีความเท่าเทียมกัน ผู้ที่มีบทบาทในขบวนการสังคมนิยมไทยในทศวรรษ 2490 มีทั้งกลุ่มปัญญาชนหัวก้าวหน้า เช่น กุหลาบ สายประดิษฐ์ และคณะที่ร่วมกันออกวารสารชื่อ “อักษรสาส์น” เป็นหนังสือเผยแพร่แนวคิดสังคมนิยมที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีขบวนการทางการเมืองนาม “พรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย” เป็นต้น²⁶

หนึ่งในการเคลื่อนไหวของขบวนการมวลชนที่สำคัญคือการต่อต้านการเป็นพันธมิตรกับสหรัฐในการส่งทหารไปร่วมสงครามเกาหลีในปีพ.ศ.2493 ความเคลื่อนไหวนี้ต่อมาได้ถูกเรียกว่า “ขบวนการสันติภาพ” มีผู้ลงนามสนับสนุนนับแสนคน และต่อมาก็มีการจัดตั้งองค์กรมีสาขาตามจังหวัดต่างๆ จนนำมาซึ่งการกวาดล้างจับกุมโดยรัฐบาลในปีพ.ศ.2495 และเพื่อเป็นหลักประกันในการปราบปรามการเคลื่อนไหวของมวลชนต่อไป รัฐบาลก็ได้ออกพระราชบัญญัติคอมมิวนิสต์ พ.ศ.2495 ซึ่งจะกลายเป็นกฎหมายครอบจักรวาลที่ใช้ปราบปรามประชาชนกันต่อมา²⁷

²⁶ สุธาชัย ยิ้มประเสริฐ, สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย, หน้า 73-76.

²⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 77.

จากบริบททางการเมืองเหล่านี้ได้ส่งผลถึงกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐในหลายๆทาง โดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาและองค์การระหว่างประเทศ ทำให้กิจการสุขภาพพลเมืองในช่วงนี้มีลักษณะใหม่ๆเกิดขึ้นหลายอย่าง นอกจากนี้ยังได้รับผลกระทบจากการต่อสู้แข่งขันระหว่างแนวคิดคอมมิวนิสต์กับแนวคิดเสรีประชาธิปไตย ทั้งจากเหตุการณ์ระหว่างประเทศในช่วงสงครามเย็นและเหตุการณ์ภายในประเทศที่มีส่วนหนึ่งของสังคมที่ชื่นชมหลักการของสังคมนิยมและพยายามที่จะเผยแพร่แนวคิดนี้ในหมู่ประชาชนพลเมืองให้มากขึ้นทั้งในทางเปิดเผยและในทางลับ รัฐบาลมีความจำเป็นจะต้องดำเนินการทั้งในด้านปราบปรามโดยใช้กำลังและการช่วงชิงฐานมวลชนมิให้ไปอยู่กับฝ่ายคอมมิวนิสต์มากขึ้น หนึ่งในวิธีการของรัฐบาลก็คือความพยายามพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมรวมไปถึงคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นอันเป็นแหล่งที่อยู่ของประชาชนหมู่มา ด้วยความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาและองค์การระหว่างประเทศ กิจการหนึ่งที่มีความสำคัญก็คือกิจการสุขภาพพลเมือง ที่จะมีการขยายลงไปถึงประชาชนพลเมืองมากขึ้นกว่าสมัยใดๆที่ผ่านมา

นโยบายสุขภาพพลเมืองพ.ศ.2490-2500

เมื่อจอมพลป.พิบูลสงครามได้หวนกลับมาเป็นผู้นำประเทศอีกครั้งหนึ่ง รัฐบาลก็ยังคงยึดนโยบาย “เพิ่มประชากรเพื่อความมั่นคงของชาติ” ซึ่งก็ไม่ได้ดำเนินการอย่างปลุกเร้าใจแจ้งเหมือนช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 แต่จะปล่อยให้ไปเป็นไปตามธรรมชาติ ไปตามระบบมากขึ้น ให้ความสำคัญกับการพัฒนากิจการสุขภาพพลเมืองในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดผลในการรักษาและเพิ่มพูนประชากร เป็นที่มาของกิจการสำคัญหลายอย่างในช่วงสมัยนี้ เช่น การขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัดจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ และที่เห็นได้อย่างชัดเจนถึงการคงอยู่ของแนวคิดเพิ่มพลเมืองก็คือการตั้งโรงพยาบาลหญิงที่เริ่มสร้างเมื่อปีพ.ศ.2492 เปิดใช้เมื่อปีพ.ศ.2494 และได้รับการยกฐานะเป็น “กอง” หนึ่งในกรมการแพทย์ในปีพ.ศ.2495 โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยเป็นการผลักดันจากท่านผู้หญิงละเอียด พิบูลสงคราม ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนจากจอมพลป.พิบูลสงครามนายกรัฐมนตรี และนายแพทย์ นิตย เวชชวิศิษฐ์* อธิบดีกรมการแพทย์²⁸

* อธิบดีกรมการแพทย์คนแรกตั้งแต่สมัยที่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 และมีกรมการแพทย์เป็นกรมหนึ่ง ได้ดำรงตำแหน่งอธิบดีอย่างยาวนานระหว่างพ.ศ.2485-2501 และเป็นผู้มีบทบาทในการก่อตั้งสมาคมวิทยาลัย ศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทยในปีพ.ศ.2497.

²⁸ สันติสุข ไสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์ เสม พริ้งพวงแก้ว, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549), หน้า 106.

ในปีพ.ศ.2492 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่คือฉบับพ.ศ.2492 ขึ้นเพื่อใช้แทนฉบับชั่วคราวของคณะรัฐประหาร รัฐธรรมนูญฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่มีการกำหนดหมวดหัวข้อแนวนโยบายแห่งรัฐไว้ ซึ่งก็มีเรื่องกิจการสุขภาพพลเมืองระบุอยู่ด้วยคือ มาตรา 72 “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดถึงการมารดาและทารกสงเคราะห์ การป้องกันและปราบโรคระบาด รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า”²⁹ นับได้ว่าเป็นครั้งแรกของการประกาศกิจการสุขภาพพลเมืองอยู่ในรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ ถือได้ว่ากิจการสุขภาพพลเมืองได้ก้าวขึ้นไปอีกขั้น มีความสำคัญไม่ใช่เพียงแค่นโยบายที่กล่าวกันแต่ในสภาหรือหรือเป็นสิ่งที่ใช้โฆษณาสู่ประชาชน แต่เป็นเสมือนข้อผูกมัดหรือสัญญาที่รัฐบาลจะต้องดำเนินการให้ลุกลงไปแก่พลเมือง

สำหรับในส่วนนโยบายที่รัฐบาลแถลงต่อสภานั้นส่วนมากก็เป็นเรื่องเดิมๆ และมีเพิ่มขึ้นบ้างในบางประการ เช่น การขยายการบำบัดโรคแก่ประชาชนโดยจัดให้มีสถานพยาบาลและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น, การขยายสุขศึกษาให้ประชาชนรู้เรื่องอนามัยดีขึ้น, ขยายการมารดาและทารกสงเคราะห์โดยจัดให้มีนางผดุงครรภ์และสถานผดุงครรภ์เพิ่มขึ้น, จัดการป้องกันโรคติดต่อและโรคอื่นที่สำคัญ, บำรุงและส่งเสริมการสุขภาพ, ขยายการอนามัยนักเรียน, ส่งเสริมการศึกษาและวิจัยในทางการแพทย์และสาธารณสุข, ร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข³⁰ นับว่ากว้างขวางและครอบคลุมมาก เรียกได้ว่านึกเรื่องใดได้ก็ใส่ลงไปทั้งหมด แต่โดยมากก็เป็นกิจการสุขภาพทั่วไปดังเช่นที่เคยมีในทุกรัฐบาลที่ผ่านมา แต่เน้นที่การจัดให้มีมากขึ้นและดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วว่ากิจการสุขภาพพลเมืองเป็นส่วนหนึ่งของความพยายามช่วงชิงมวลชนในการต่อสู้กับฝ่ายคอมมิวนิสต์ การโฆษณาโจมตีของฝ่ายคอมมิวนิสต์ในช่วงเวลานั้นมักจะมุ่งเน้นไปในเรื่องซึ่งบประมาณส่วนใหญ่ของชาติถูกใช้ไปในทางทหารและตำรวจ ในขณะที่ราษฎรก็เผชิญกับการขูดรีดทำให้คุณภาพชีวิตย่ำแย่ “เป็นประชาธิปไตยที่อยู่บนความหิวของราษฎร” ฝ่ายคอมมิวนิสต์เรียกร้องให้รัฐบาลตัดงบประมาณทางทหารแล้วหันมาพัฒนาความเป็นอยู่ของราษฎร โดยปรับปรุงการศึกษาและการสาธารณสุข³¹ นับว่าเป็นประเด็นปัญหาที่รัฐบาลได้รับการโจมตีมาตั้งแต่หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โดยกลุ่มสมาชิกสภาผู้แทน

²⁹ “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2492,” *ราชกิจจานุเบกษา* 66 (23 มีนาคม 2492): 24.

³⁰ “คำแถลงนโยบายรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี วันที่ 6 กรกฎาคม 2492,” ใน หจช. (2)สร.0201.10/88 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (ตอน 3) (2 พ.ศ.2492-5 ส.ศ.2497).

³¹ “ใบปลิวคัดค้านประชาธิปไตยโดยพรรคคอมมิวนิสต์ไทย วันที่ 9 ธันวาคม 2498,” ใน หจช. (3)สร.0201.23/12 ใบปลิวเป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐบาล (9-22 ธ.ศ.2498).

ราษฎรโดยเฉพาะที่มาจากท้องถิ่น คือการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับความมั่นคงและการทหารมากกว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของประชาชน (ดูในบทที่ 2) แต่ก็ไม่เคยได้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไข โดยเฉพาะเมื่อประเทศไทยเข้าสู่วงจรการปกครองแบบอำนาจนิยมซึ่งเริ่มมีเค้าลางตั้งแต่สมัยรัฐบาลชาตินิยมเชื้อผู้นำในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 งบประมาณส่วนใหญ่ยิ่งถูกใช้ไปในทางความมั่นคงมากขึ้น และก็เป็นเหตุให้เกิดเสียงโจมตีมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องการร่วมมือด้านความมั่นคงกับฝ่ายสหรัฐอเมริกา และในครั้งนี้นักโจมตีไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงในสภาฯ แต่สามารถแพร่หลายอยู่ในสังคมได้ไม่น้อย

สถานการณ์ในขณะนั้นนับว่าล่อแหลมพอสมควร ดังเช่นที่มีเจตนาแสดงความคิดเห็นจากราษฎรส่งมายังรัฐบาลในปีพ.ศ.2493 แสดงความเห็นเห็นว่าเหตุการณ์การเมืองอยู่ในภาวะ “คับขัน” โดยในทางโฆษณาแล้วฝ่ายคอมมิวนิสต์ได้เปรียบเพราะ “เพียงแต่หาเรื่องร้ายๆมากล่าวอ้างก็ได้ทั้งนั้น” ผู้ส่งยังเห็นว่าเนื่องจากชาวไทยไม่ค่อยสนใจการเมืองและไม่มีการศึกษาเพียงพอทำให้ “ถูกชักจูงได้ง่าย” จึงเสนอว่ารัฐบาลควรดำเนินงานหลายอย่างเพื่อปรับปรุงราชการ อย่างหนึ่งก็คือดูแลเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยของประชาชน “เนื่องจากขณะนี้การแพทย์ได้ก้าวหน้าไปมากมาย มียารักษาโรคต่างๆแทบทุกชนิด โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวก็มาก แต่ประเทศไทยก็ยังล้าหลังอยู่มาก อัตราตายของเด็กทารกสูง ดังนั้นถ้ารัฐบาลจะพิจารณาการสาธารณสุขเป็นพิเศษก็จะดีมาก”³² ปัญหาการโจมตีการทำงานของรัฐบาลและการแทรกซึมของฝ่ายคอมมิวนิสต์ในหมู่ประชาชนยังคงมีอยู่ตลอดทศวรรษ 2490 ไปจนถึงทศวรรษ 2500 ดังปรากฏในรายงานการปฏิบัติงานของข้าราชการในส่วนภูมิภาคในเรื่องการป้องกันการแทรกซึมของคอมมิวนิสต์ในปีพ.ศ.2505 ที่ระบุว่ารัฐบาลต้องรีบดำเนินการแก้ไขป้องกันเรื่องต่างๆที่เป็นจุดล่อแหลมซึ่งเป็นช่องทางให้คอมมิวนิสต์เข้ามาแทรกซึมได้ง่าย ซึ่งในรายงานระบุว่าประเด็นที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ฝ่ายคอมมิวนิสต์มักใช้โจมตีรัฐบาลและชี้นำประชาชนให้คล้อยตามก็คือ “การขาดแคลนแพทย์และพยาบาลตลอดจนยารักษาโรคไปยังชนบทที่ห่างไกล” ซึ่งก็เป็นสิ่งที่มีอยู่จริง³³

รัฐบาลเองก็เล็งเห็นถึงประโยชน์ของกิจการสุขภาพพลเมืองในการช่วงชิงมวลชนกับฝ่ายคอมมิวนิสต์โดยในการประชุมข้าหลวงตรวจการกระทรวงมหาดไทยภาค ข้าหลวงประจำจังหวัด ปลัดจังหวัด และนายอำเภอ เพื่อฟังคำชี้แจงในการปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล ในช่วงเดือน

³² “หนังสือจากนายชาญ สุนทรชัย ถึงคณะรัฐมนตรีวันที่ 18 ธันวาคม 2493,” ใน หจข. สร.0201.25/1308 ความเห็นของนายชาญ สุนทรชัย (พ.ศ.2493-2494).

³³ “บันทึกรายงานข้อสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของข้าราชการในส่วนภูมิภาคและการป้องกันการแทรกซึมของคอมมิวนิสต์ โดยนายถวิล แววศร วันที่ 10 พฤษภาคม 2505,” ใน หจข. (3)สร.0201.23/2 เบ็ดเสร็จเรื่องการจัดกาป้องกันระงับการแทรกซึมของคอมมิวนิสต์ (1 ม.ค.2497-10 พ.ค.2505).

มกราคม พ.ศ.2494 นายกรัฐมนตรีได้ชี้แจงข้าราชการถึงสถานการณ์โลกในสมัยนั้นที่มีการแบ่งเป็นโลกประชาธิปไตยและโลกคอมมิวนิสต์ สาระสำคัญของการประชุมนี้คือการเน้นความสำคัญของการผลิตตามระบอบประชาธิปไตยโดยการใช้วิธีต่างๆ โดยเห็นว่า “ราษฎรเป็นทั้งทุนและแรงงานของประเทศ” กิจกรรมสุขภาพพลเมืองก็เป็นวิธีการหนึ่งที่จะบำรุงการผลิตของราษฎร “เมื่อการผลิตสมบูรณ์ดี ราษฎรสมบูรณ์ดีก็จะไม่ไปตามคำโฆษณาของคอมมิวนิสต์”³⁴ และยังได้กล่าวย้ำอีกทีในการแถลงนโยบายในปีพ.ศ.2494 ว่ารัฐบาลจะยึดมั่นอยู่ในฝ่ายเสรีประชาธิปไตยต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ จะเร่งรัดส่งเสริมการรักษาพยาบาลและอนามัยของประชาชน รวมทั้งการช่วยเหลือประชาชนทางสวัสดิการให้ทวียิ่งขึ้น³⁵

กิจกรรมสุขภาพพลเมืองได้ทำควบคู่ไปกับการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ในท้องที่ต่างๆ โดยมีหลักการว่าในช่วงเวลาร่วมสมัยกันนั้นประเทศประชาธิปไตยต่างๆ “มีความจำเป็นอันรีบด่วนในการหาทางช่วยเหลือให้ราษฎรมีความเป็นอยู่ดีกินดี มีความผาสุกสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น” เกิดเป็นแผนการบูรณะชนบท พ.ศ.2494 ซึ่งมีความมุ่งหมายให้การใช้จ่ายเงินของรัฐบาลบังเกิดผลถึงมือราษฎรโดยใกล้ชิดและรวดเร็ว เป็นการ “เร่งรัดบูรณะชนบทและประชาชนในส่วนภูมิภาคให้ได้รับการทำนุบำรุงและส่งเสริมให้มีสวัสดิภาพ ความผาสุก สะดวกสบาย มีพลานามัย มีเสถียรภาพ และฐานะการครองชีพดีขึ้นตามควรแก่สภาพ”³⁶ ท้องที่ที่ได้รับการใส่ใจจากรัฐบาลมากเป็นพิเศษคือภาคอีสานเห็นได้จากกรณีที่นายกรัฐมนตรีได้เดินทางไปตรวจราชการในภาคนั้นด้วยตนเองในปีพ.ศ.2496 และได้กลับมาบรรยายถึงสภาพทางสุขภาพต่อที่ประชุมสภาว่า ที่ภาคอีสานนั้น “การอนามัยน่าเป็นห่วง...ผู้คนรับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักอนามัยจนเป็นโรคกันมาก โดยเฉพาะโรคนี้...จะต้องมีการแก้ไขปรับปรุงในเรื่องนี้”³⁷ สอดคล้องกับความเห็นของประชาชนที่ปรากฏในหนังสือพิมพ์ปีพ.ศ.2499 ที่ระบุว่า “ภาคอีสานกำลังเป็นแหล่งเพาะโรค...ร้อนอบอ้าวและขาดแคลนน้ำสะอาด...การสุขภาพอยู่ในระดับเสื่อมทราม...ทำให้มีผู้ป่วยและตายโรคทางเดินอาหารเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก” รวมทั้งการแสดงความวิตกว่าโรคระบาดที่เกิดขึ้น

³⁴ “คำกล่าวของนายกรัฐมนตรีในการประชุมข้าหลวงตรวจการกระทรวงมหาดไทย ปีพ.ศ.2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/27 การประชุมข้าหลวงตรวจการกระทรวงมหาดไทย (16 ธ.ค.2485-18 มิ.ย.2495).

³⁵ “คำแถลงนโยบายของรัฐบาลจอมพลป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี วันที่ 11 ธันวาคม 2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.10/88 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (ตอน 3) (2 พ.ค.2492-5 ส.ค.2497).

³⁶ “แผนการบูรณะชนบท พ.ศ.2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/26 โครงการบูรณะชนบท หรือแผนการบูรณะชนบท (17 พ.ย.2485-26 ก.ค.2495).

³⁷ “นายกรัฐมนตรีตอบกระทู้ถามของนายสอิ่ง มารังกุล วันที่ 18 กันยายน 2496,” ใน หจข. (2)สร.0201.35.2/14 กระทู้ถามสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (28 ต.ค.2489-19 ธ.ค.2496).

ประจำในภาคนี้เช่นอหิวาตกโรคและไข้รากสาดอาจขยายตัวลุกลามไปยังภาคอื่นๆ³⁸ นอกจากความพยายามปรับปรุงสภาพของท้องที่แล้วรัฐบาลยังต้องการที่จะเข้าไปปรับปรุงถึงในระดับครัวเรือนดังที่มีการวางโครงการบูรณะครัวเรือนในปีพ.ศ.2496 โดยให้มีการดูแลเรื่องการประกอบอาชีพ การสำมะโนครัว การส่งคนส่งเคราะห์ ให้ครัวเรือนมีนโยบายเศรษฐกิจของตัวเอง จัดสุขาภิบาลในบ้าน ตรวจสถิติการสาธารณสุข ระเบียบการกินการอยู่ การอนามัย การส่งเคราะห์ มารดาและเด็ก การบำบัดและป้องกันโรคภัยต่างๆในครัวเรือน เป็นต้น³⁹

ด้วยหลักการต่างๆเหล่านี้รัฐบาลจึงได้มีการขยายกิจการสุขภาพพลเมืองอย่างมาก โดยเฉพาะในเชิงปริมาณเพื่อให้ครอบคลุมจำนวนประชาชนมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค เช่น การวางโครงการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ที่จะส่งออกไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวจากเดิมอบรมได้ปีละประมาณ 100 คน ก็เพิ่มเป็น 200 คน, การวางโครงการจะสร้างสุขศาลาชั้น 2 เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 100 แห่งจนกระทั่งมีครบทุกตำบล เป็นต้น⁴⁰ โครงการเหล่านี้เมื่อทำแล้วก็ต้องจัดการโฆษณาให้ประชาชนรับรู้ด้วยเนื่องจาก “มีคนบางกลุ่มบอกว่าหลังเปลี่ยนแปลงปกครองมาแล้วไม่มีอะไรดีเลย”⁴¹ นับได้ว่าเป็นความพยายามของรัฐบาลในการช่วงชิงความนิยมจากประชาชน

กิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐบาลได้ดำเนินการ

กิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐบาลได้มีการให้ความสำคัญและเร่งดำเนินการเป็นอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2490 จนเห็นผลได้อย่างชัดเจน ได้แก่กิจการขยายการบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะความพยายามจะขยายโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปให้ทั่วถึงในทุกจังหวัดของประเทศ อันเป็นแนวคิดที่สืบเนื่องต่อจากสมัยรัฐบาลพลเรือนภายหลังสงครามโลก การขยายสถานพยาบาลให้ทั่วทั้งประเทศนี้ยังสอดคล้องกับความมุ่งหมายของรัฐในทางการเมืองที่จะขยายกลไกของรัฐเพื่อสอดส่องดูแล ควบคุมพลเมืองให้อยู่ในวิถีทางของรัฐบาล โดยเฉพาะในบรรยากาศที่มีการต่อสู้ระหว่างอุดมการณ์และรัฐบาลได้เลือกอยู่ข้างฝ่ายเสรีประชาธิปไตย การ

³⁸ “รายงานข่าวในหนังสือพิมพ์ประชาชาติ วันที่ 20 พฤษภาคม 2499,” ใน หจข. (3)สร.0201.59/19 โครงการส่งเสริมสุขศึกษาและอนามัยโรงเรียน (29 ส.ค.2499-16 ส.ค.2500).

³⁹ “รายงานการประชุมเรื่องการบูรณะครัวเรือนครั้งที่ 1 วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2496,” ใน หจข. (2)สร.0201.5/58 การบูรณะครอบครัว หรือการอบรมส่งคนส่งเคราะห์ (16 ม.ค.-18 ม.ย.2496).

⁴⁰ “โครงการและงบประมาณที่จะขยายงานสาธารณสุข วันที่ 27 กรกฎาคม 2491,” ใน หจข.(3)สร.0201.62/22 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2491-2492 (2 มี.ค.2491-19 ต.ค.2492).

⁴¹ “คำสั่งนายกรัฐมนตรีวันที่ 13 มิถุนายน 2493,” ใน หจข. (2)สร.0201.27/31 รายงานผลปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข (10 มิ.ย.-20 ก.ค.2493).

ขยายสถานพยาบาลไปตั้งอยู่ตามส่วนภูมิภาคก็เปรียบเสมือนการตั้งหน่วยราชการประจำท้องที่เพิ่มขึ้นอีกหนึ่งแห่ง ควบคุมดูแลกิจการของพลเมืองเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งด้าน คือด้านสุขภาพและวิถีชีวิต ซึ่งจะต่างกับกิจการในด้านควบคุมป้องกันโรคที่จะต้องขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของโรคและวิธีการควบคุม เช่น การใช้หน่วยเคลื่อนที่ การใช้มาตรการป้องกันต่างๆ ในยามโรคเกิดการระบาด เป็นต้น ซึ่งจะควบคุมได้น้อยกว่าและไม่ยั่งยืนเท่าการไปตั้งสถานพยาบาลอยู่ประจำที่ใจกลางของแหล่งที่อยู่ของพลเมือง

ความพยายามขยายการตั้งสถานพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้นี้ได้มีการดำเนินการมาในทุกรัฐบาลตั้งแต่หลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 แต่ส่วนมากจะเป็นในลักษณะสุขศาลาที่ครอบคลุมพลเมืองในระดับอำเภอหรือตำบล ซึ่งก็สามารถขยายได้มากและรวดเร็วพอสมควรจนอาจกล่าวได้ว่าครอบคลุมในระดับอำเภอทั่วประเทศแล้ว (ในราวปีพ.ศ.2485 มีจำนวนอำเภอทั่วประเทศ 424 อำเภอ มีจำนวนสุขศาลาทั้งสิ้น 516 แห่ง และเพิ่มเป็น 735 แห่ง ในปีพ.ศ.2498 (ดูตารางที่ 7)⁴² โดยเฉลี่ยแล้วนับได้ว่ามีสุขศาลาอำเภอละ 1-2 แห่งทั่วประเทศ) ขั้นตอนต่อไปของการขยายสุขศาลาคือการขยายให้ครอบคลุมในระดับตำบล (ในราวปีพ.ศ.2485 มีจำนวนตำบลทั่วประเทศ 4,883 ตำบล⁴³ ซึ่งต้องใช้เวลาอีกนานนับสิบปีกว่าที่จะขยายสถานพยาบาลได้ครอบคลุมระดับตำบลและได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถานีอนามัย ส่วนสุขศาลาชั้น 1 เดิมก็จะได้พัฒนาไปเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอ)

นับได้ว่ากิจการขยายสุขศาลาหรือแท้จริงก็คือการให้บริการสุขภาพแก่พลเมืองส่วนภูมิภาคในขั้นพื้นฐาน ได้ก้าวหน้าขึ้นมามากหลังจากที่ได้มีการเริ่มต้นในช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง จนมาถึงสมัยนี้ได้ครอบคลุมพลเมืองส่วนภูมิภาคและนับว่าเพียงพอในระดับหนึ่ง จนสามารถที่จะลดระดับของการขยายกิจการในด้านนี้ลงได้บ้าง ดังปรากฏว่ามีการสร้างสุขศาลาในช่วงนี้เพียงปีละประมาณ 10-30 แห่งเท่านั้น ต่างจากเมื่อตอนเริ่มต้นกิจการช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่สร้างสุขศาลาปีละประมาณ 60-100 แห่ง (ดูตารางที่ 7)⁴⁴ กิจการที่ได้รับความสำคัญขึ้นมาแทนที่กิจการขยายสุขศาลาในช่วงนี้ก็คือกิจการขยายโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปตามจังหวัดต่างๆ ซึ่งอยู่ในหน้าที่ของกรมการแพทย์ ในขณะที่การขยายสุขศาลาอยู่ใน

⁴² กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 250.

⁴³ "โครงการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 เพื่อให้ได้จำนวนมากขึ้นโดยเร็ววันที่ 28 กรกฎาคม 2485," ใน หจข. (2)สร. 0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485-17 พ.ย.2496).

⁴⁴ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 250.

หน้าที่ของกรมสาธารณสุขซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นกรมอนามัยในปีพ.ศ.2495 นับได้ว่านอกจากเป็นการขยายกิจการสุขภาพพลเมืองในด้านรักษาพยาบาลในเชิงปริมาณให้ครอบคลุมพลเมืองทั่วประเทศแล้ว ยังเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพจากระดับพื้นฐานของสุขศาลาที่เป็นเพียงแหล่งแจกจ่ายยาแผนปัจจุบันรวมไปถึงรักษาพยาบาลโรคในขั้นต้น มาสู่ระดับของโรงพยาบาลที่เน้นการรักษาโรคทั่วไปและสามารถรับผู้ป่วยในได้ด้วย เป็นการใช้จุดเด่นโดยตรงของกิจการรักษาพยาบาลที่มีการเน้นย้ำมาตั้งแต่สมัยหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง คือการเห็นผลที่รวดเร็วและทำให้ประชาชนนิยมการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องมาถึงการนิยมรัฐบาลได้

บุคคลที่อยู่เบื้องหลังนโยบายการสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดของรัฐบาลและมีส่วนผลักดันจนประสบความสำเร็จนั้น มีอยู่ 2 ท่าน ท่านแรกคืออธิบดีนายแพทย์นิธย์ เวชชวิศิษฎ์ อธิบดีกรมการแพทย์ระหว่างพ.ศ.2485-2501 ซึ่งมีความสัมพันธ์ส่วนตัวใกล้ชิดกับจอมพลป.พิบูลสงคราม จะเห็นได้ว่านับตั้งแต่ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2485 จนกระทั่งพ.ศ.2500 กรมอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงตัวอธิบดีหลายท่าน เช่น กรมสาธารณสุข (กรมอนามัย) มีการเปลี่ยนตัวอธิบดีถึง 4 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์แสง สุทธิพงศ์ (พระชาลววิธิเวชช์) นายแพทย์ชู ศีตะจิตต์ (พระเชษฐวาทยาการ) หลวงพยุ่งเวชศาสตร์ และนายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง ในขณะที่นายแพทย์นิธย์ เวชชวิศิษฎ์ ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมการแพทย์แต่เพียงผู้เดียวตลอดระยะเวลา 15-16 ปี ทำให้นโยบายการบริหารงานของกรมการแพทย์เป็นไปอย่างต่อเนื่องและก้าวหน้ากว่ากรมอื่นๆ อีกท่านหนึ่งที่มีส่วนผลักดันกิจการสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดก็คือ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ในเรื่องเบื้องหลังของนโยบายสร้างโรงพยาบาลทุกจังหวัดนี้ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วเล่าให้ฟังว่า นายแพทย์นิธย์ เวชชวิศิษฎ์ เป็นหมอผ่าตัดและเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของจอมพลป.พิบูลสงคราม และเคยช่วยรักษาจอมพลป.พิบูลสงครามเมื่อถูกยิงรวมทั้งเคยช่วยรักษาชีวิตลูกชายคนเล็กของจอมพลป.พิบูลสงครามด้วย ทำให้จอมพลป.พิบูลสงครามเชื่อถืออนายแพทย์นิธย์ เวชชวิศิษฎ์มาก “ความคิดต่างๆของจอมพลป.เรื่องตั้งโรงพยาบาลก็มาจากนายแพทย์นิธย์ทั้งสิ้น”⁴⁵

ทางด้านของนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วก็เป็นผู้ซึ่งเคยได้ไปดูงานการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ.2492 และได้เป็นตัวแทนของกรมการแพทย์ร่วมกับคณะแพทย์อเมริกันในการสำรวจโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคทั่วประเทศไทยในปีพ.ศ.2493 ซึ่งนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วก็ได้เล่าว่า การไปดูงานที่อเมริกาทำให้ได้รับความคิดใหม่ๆหลายอย่างเช่นความคิดเรื่องสร้าง

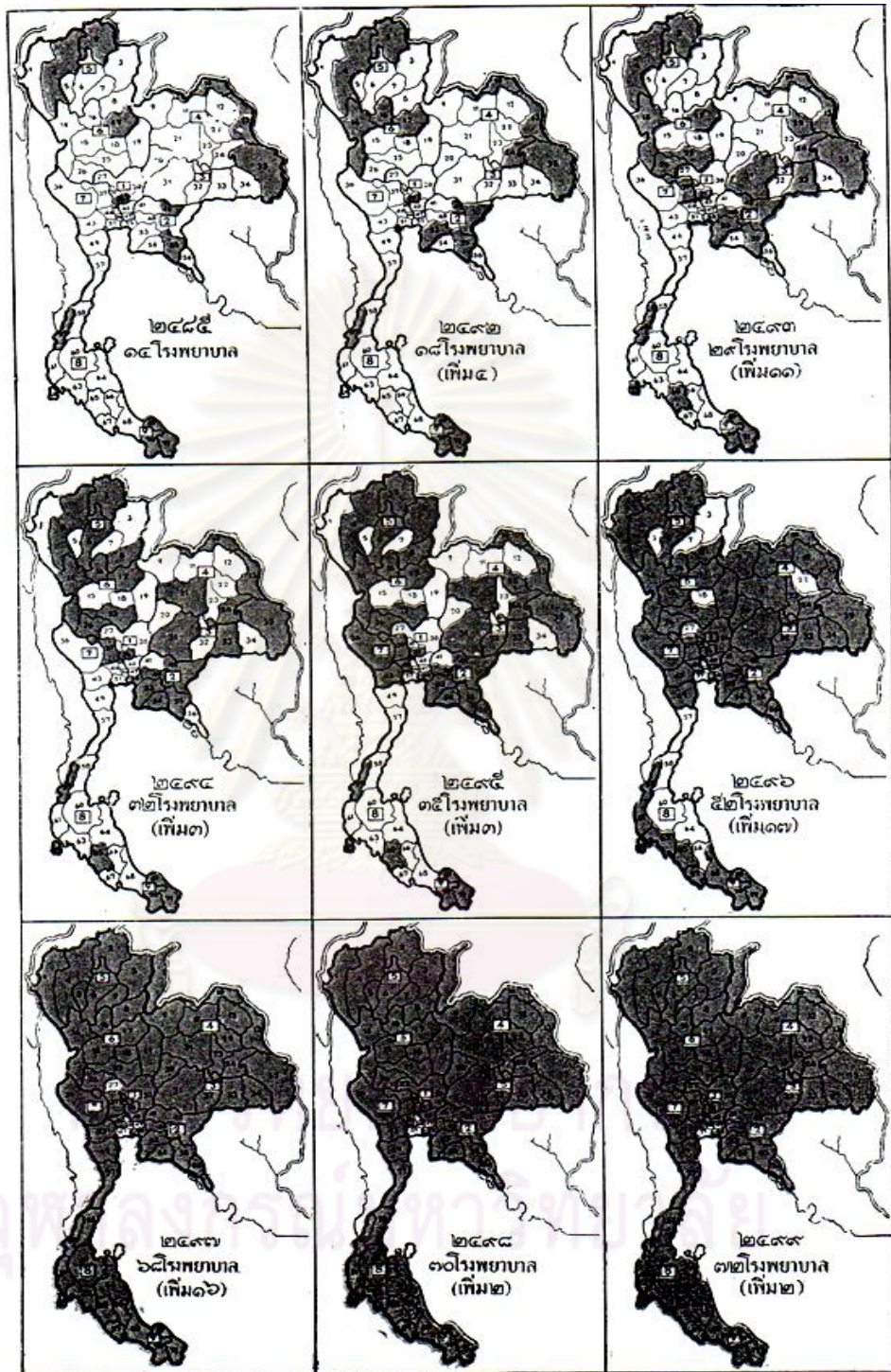
⁴⁵ สันติสุข ไสภณศิริ, เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, หน้า 102-102.

โรงพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่ง “แม้จะคิดไว้เป็นเวลานานแล้วแต่การไปอเมริกาช่วยย้าให้เห็นถึงความสำคัญของเรื่องนี้” ดังนั้นหลังจากปีพ.ศ.2492 เป็นต้นมา นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วก็ได้ร่วมงานกับนายแพทย์นิธิต์ เวชชวศิษฏ์ในการดำเนินงานสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด ซึ่งก็ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากจอมพลป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี มีการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพิ่มมากขึ้น มีการโอนสุขศาลาชั้น 1 จากกรมอนามัย และโอนโรงพยาบาลของเทศบาลในจังหวัดต่างๆของกระทรวงมหาดไทยมาดำเนินการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยประสานกับการผลิตพยาบาลของกรมการแพทย์ซึ่งได้เริ่มมาตั้งแต่พ.ศ.2489 เมื่อผลิตสำเร็จในแต่ละรุ่นก็พร้อมส่งไปประจำการในโรงพยาบาลภูมิภาคต่างๆ การขยายโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้นในระหว่างพ.ศ.2495-2500 ที่รัฐได้จัดสรรรายได้พิเศษจากการเก็บอากรสิ่งบริโภคน้ำพริก น้ำปลา ในรูปของแสตมป์การกุศลบำรุงการศึกษาและสาธารณสุข (แสตมป์ ก.ศ.ส.) ให้แก่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการปีละ 10-20 ล้านบาท ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขจะมอบเงินพิเศษส่วนนี้เกือบทั้งหมดให้กรมการแพทย์เพื่อนำไปจัดสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค การสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคจึงเป็นไปอย่างรวดเร็วจนเมื่อถึงปีพ.ศ.2500 ก็สามารถสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดในเวลานั้นคือ 77 โรงพยาบาลใน 72 จังหวัด⁴⁶

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁴⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 128-129.

ภาพที่ 1 การขยายโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปในส่วนภูมิภาค พ.ศ.2485-2499⁴⁷



⁴⁷ ที่มา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมการแพทย์,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 144.

ตารางที่ 12 จำนวนคนไข้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลของกรมการแพทย์เทียบกับจำนวนผู้ใช้บริการ
สุซศาลาหรือสถานีนอนามัยของกรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ.2479-2498⁴⁸

พ.ศ.	จำนวนคนไข้โรงพยาบาลกรมการแพทย์					จำนวนคนไข้ สุซศาลา กรมอนามัย
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ทันตกรรม	โรงพยาบาลเฉพาะ *	รวม	
2479						86,762
2480						102,336
2481						214,316
2482						152,082
2483						105,250
2484						61,125
2485	12,963	61,829		43,512	118,304	107,455
2486	12,647	41,812		28,789	83,248	100,582
2487	15,766	57,373		7,526	80,665	90,396
2488	10,176	40,282		4,531	54,989	94,939
2489	15,263	63,875		4,831	83,969	71,780
2490	16,410	67,397		6,606	90,413	79,320
2491	15,454	73,679	3,458	8,880	101,471	103,795
2492	24,398	108,646	3,303	9,858	146,205	167,571
2493	27,360	137,704	4,557	12,399	182,020	148,617
2494	52,652	195,195	8,238	41,219	297,304	91,838
2495	65,047	242,478	11,765	108,454	427,744	222,503
2496	76,002	286,973	18,298	122,358	503,631	93,958
2497	106,622	538,483	25,351	167,004	837,460	142,775
2498	132,662	745,534	27,445	207,341	1,112,982	181,754

⁴⁸ ตัวเลขได้จากการรวบรวมและคำนวณจากสถิติผู้เข้ารับบริการโรงพยาบาลของกรมการแพทย์และสุซศาลาที่
รายงานใน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมการแพทย์,” ในอนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข
ครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 108-144, และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน
อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 250.

* หมายถึงโรงพยาบาลเฉพาะโรค เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อน โรงพยาบาลโรคจิต รวมไปถึงโรงพยาบาลเฉพาะกลุ่ม
เช่น โรงพยาบาลหญิง โรงพยาบาลสงฆ์.

จากตารางจะเห็นได้ว่าในช่วงก่อนปีพ.ศ.2492 ที่ยังไม่มีกรขยายโรงพยาบาลสู่ส่วนภูมิภาคอย่างจริงจังนั้น จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของกรมการแพทย์แต่ละปีอยู่ที่ราว 50,000-100,000 คน ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับจำนวนผู้ที่เข้ารับบริการที่สุขาเสลา ทั้งนี้ยังไม่นับว่าจำนวนดังกล่าวเป็นจำนวนที่รวมอยู่กับจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลเฉพาะและจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพอีกหลายแห่ง จำนวนผู้ป่วยในส่วนภูมิภาคที่ได้ใช้บริการโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ในช่วงนี้คงจะน้อยกว่านั้นมาก และผู้ป่วยในส่วนภูมิภาคก็ต้องอาศัยสุขาเสลาประจำท้องถิ่นเป็นสำคัญ แต่ภายหลังจากปีพ.ศ.2492 เป็นต้นไปที่มีการเร่งสร้างโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปของกรมการแพทย์ในส่วนภูมิภาค จำนวนผู้เข้ารับบริการก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งก็น่าจะเป็นผู้ที่ใช้บริการในส่วนภูมิภาคเช่นกัน ในขณะที่จำนวนผู้ที่ใช้บริการสุขาเสลา ก็ยังคงมากอยู่ในระดับเดิมหรือมากขึ้นเล็กน้อย นับได้ว่ากิจการขยายโรงพยาบาลในสมัยนี้ได้ทำให้ประชาชนในส่วนภูมิภาคสามารถเข้าถึงบริการด้านรักษาพยาบาลได้มากกว่าสมัยก่อนหน้า

การขยายกิจการโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นสถานพยาบาลชั้น 1 ยังต้องทำควบคู่ไปกับการเพิ่มการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพชั้น 1 ด้วย โดยเฉพาะการผลิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลที่จะไปประจำโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค หน่วยงานที่มีบทบาทมากในเรื่องนี้คือกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ซึ่งในระหว่างปีพ.ศ.2490-2498 ได้มีการขยายงานด้านการศึกษาและการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นหลายประเภทได้แก่ การตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ.2490 การตั้งหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตเปิดสอน พ.ศ.2491 การรับโอนกิจการผลิตผู้ช่วยแพทย์จากกรมสาธารณสุขมาเป็นหลักสูตรวิชาการสุขาภิบาลเปิดสอน พ.ศ.2492 หลักสูตรพยาบาลสาธารณสุขเปิดสอน พ.ศ.2496 เป็นต้น⁴⁹ โดยเฉพาะการขยายตัวของการผลิตแพทย์ในทศวรรษ 2490 ที่สามารถผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นได้เป็นปีละ 100-200 คน จากเดิมที่ผลิตได้เพียงปีละ 20-50 คนในทศวรรษ 2470 และทศวรรษ 2480

⁴⁹ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, "ประวัติและผลงานของกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 166.

ตารางที่ 13 สถิติการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพระหว่างพ.ศ. 2475-2498⁵⁰

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	สุขาภิบาล
2475	16		5	16	
2476	14			29	
2477	16			32	
2478	27			35	
2479	28		1	26	
2480	33			39	
2481	18		4	40	
2482	24		10	44	
2483	27		7	64	
2484	14			47	
2485	31		19	55	
2486	37	6	27	64	
2487	46	8	42	65	
2488	51	2		65	
2489	58	9	31	65	
2490	22		27	62	
2491	51	12	37	51	
2492	65	9	59		
2493	116	9	52	112	111
2494	221	8	55	68	
2495	184	7	38	74	30
2496	213	8	42	65	53
2497	168	12	41	69	74
2498	130	14	36	68	26
รวม	1,610	104	533	1,255	294

⁵⁰ ตัวเลขรวบรวมมาจากจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในสาขาต่างๆ รายงานใน กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, "ประวัติและผลงานของกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 156-166.

ความสำคัญของกิจการขยายบริการรักษาพยาบาลในช่วงนี้ยังสามารถพิจารณาได้จากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2490 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างปีพ.ศ.2494-2499 ที่มีการเร่งขยายโรงพยาบาลให้ทั่วถึงทุกจังหวัด และงบประมาณที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนมากก็แบ่งไปใช้จ่ายใน 3 กรมใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับบริการรักษาพยาบาล คือ กรมการแพทย์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ และกรมอนามัย โดยเฉพาะกรมการแพทย์จะได้รับงบประมาณมากเป็นพิเศษราว 2 เท่าของกรมอื่นเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการขยายโรงพยาบาลโดยตรง ส่วนกรมอนามัยนั้นแม้ว่าส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพทั่วไป แต่ก็มีส่วนที่เกี่ยวกับการขยายบริการรักษาพยาบาลอยู่คือสุขศาลา ซึ่งถือเป็นการรักษาพยาบาลระดับท้องถิ่น สำหรับกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์นั้น แม้ว่าจะก่อนหน้าทศวรรษ 2490 จะไม่ได้เป็นกรมใหญ่ที่ได้รับงบประมาณมากนัก แต่เมื่อเข้าสู่ทศวรรษ 2490 ที่มีนโยบายการขยายโรงพยาบาล กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ก็มีความสำคัญขึ้นมาในระดับเดียวกับกรมอนามัย เนื่องจากเป็นผู้ผลิตบุคลากรในทางสุขภาพเพื่อไปใช้ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 14 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และที่แบ่งจ่ายให้แก่ 3 กรมสำคัญ⁵¹

พ.ศ.	งบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข	งบประมาณที่แต่ละกรมได้รับ		
		กรมการแพทย์	กรมมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์	กรมอนามัย (กรมสาธารณสุข)
2485	3,235,023	509,110	171,400	381,990
2486	4,411,719	1,194,846	728,928	1,780,848
2487	5,968,953	1,631,468	1,106,859	2,390,705
2488	9,168,219	2,484,649	2,452,851	3,611,816
2489	12,480,508	3,756,423	1,621,690	4,924,431
2490	23,454,733	10,939,316	4,542,144	7,116,410
2491	30,325,187	10,783,722	7,588,165	9,570,536
2492	34,018,464	17,094,590	7,413,594	6,842,950
2493	55,365,349	26,259,519	9,939,424	9,384,440
2494	78,125,637	29,250,505	12,473,184	17,033,351
2495	74,183,991	31,287,428	16,468,290	16,954,638
2496	127,039,249	68,059,221	24,175,500	24,358,195
2497	114,483,452	51,276,597	22,246,205	31,288,330
2498	86,528,496	36,958,576	19,969,130	27,378,560
2499	86,781,637	35,577,969	17,649,130	30,754,958

⁵¹ ตัวเลขรวบรวมและคำนวณมาจากพระราชบัญญัติงบประมาณและพระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดการอ้างอิงอยู่ในรายการอ้างอิง.

นอกจากกิจการขยายบริการรักษาพยาบาลแล้วก็ยังมีกิจการอื่นๆอีกที่รัฐบาลได้ดำเนินการ ซึ่งโดยมากก็เป็นแนวทางเดิมๆจากที่ได้เคยปฏิบัติมาแล้ว เช่น การจัดหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ การจัดการอบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 เพิ่มขึ้นเพื่อส่งไปปฏิบัติงานตามสุขศาลาตามภูมิภาค การสร้างสถานสงเคราะห์แม่และเด็กประจำภาคต่างๆ การสร้างด่านกักตรวจโรคคนเข้าเมือง การจัดสร้างสระน้ำ บ่อน้ำ และถังน้ำในท้องที่กันดาร เป็นต้น⁵² รวมไปถึงกิจการด้านอื่นๆโดยเฉพาะการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญๆ ซึ่งจะได้รับความช่วยเหลืออย่างมากจากต่างประเทศ ดังจะกล่าวต่อไป

ความสัมพันธ์กับต่างประเทศในกิจการสุขภาพพลเมือง

นอกจากกิจการสุขภาพพลเมืองที่รัฐบาลได้พยายามดำเนินการไปตามนโยบายแล้ว ยังมีกิจการบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับต่างประเทศเกี่ยวกับกิจการสุขภาพพลเมืองในช่วงนี้อาจสามารถแยกได้เป็น 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือความช่วยเหลือที่ไทยได้รับจากองค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะองค์การที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) กองทุนช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นต้น ลักษณะที่สองคือความช่วยเหลือที่ไทยได้รับจากสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะ เป็นความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งรวมถึงกิจการสุขภาพพลเมืองด้วย ความช่วยเหลือในกิจการสุขภาพพลเมืองที่ประเทศไทยได้รับโดยมากจะอยู่ในรูปการรับคณะผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งอุปกรณ์ต่างๆมาดำเนินการภายในประเทศคิดเป็นมูลค่าจำนวนเงินได้ส่วนหนึ่ง แล้วก็จะให้รัฐบาลจัดงบประมาณเป็นจำนวนเท่าๆกันร่วมสมทบด้วยโดยถือเป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่นค่าอาหาร ค่าที่พัก เป็นต้น

1. ความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ

องค์การที่เป็นตัวหลักสำคัญในการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยในกิจการสุขภาพพลเมืองคือองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์การชำนาญการพิเศษขององค์การสหประชาชาติ ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2491 โดยไทยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย และในการประชุมสมัชชาสมัยแรกเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2491 ประเทศไทยก็ได้ส่งตัวแทนไปเข้าร่วมประชุม ซึ่งที่ประชุมก็ได้ตกลงหลักการสำคัญหลายอย่าง เช่น โรคติดต่ออันตรายซึ่งเกิดขึ้นแก่ประเทศใดๆให้ถือว่ามีความสำคัญแก่ประเทศอื่นด้วย ถ้าประเทศที่เกิดโรคไม่มีเจ้าหน้าที่หรือเครื่องมือ ก็ให้ร้องขอไปยังองค์การอนามัยโลก ถ้าหากประเทศใดขาดผู้ดำเนินการในทางวิชาการก็อาจร้องขอให้องค์การ

⁵² “โครงการดำเนินงานของกรมสาธารณสุขวันที่ 7 ตุลาคม 2492,” ใน หจช. (3)สร.0201.62/22 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2491-2492 (2 มี.ค.2491-19 ต.ค.2492).

อนามัยโลกจัดส่งผู้เชี่ยวชาญพร้อมด้วยอุปกรณ์ต่างๆเข้าไปช่วยเหลือได้ตามสมควร การกำหนดให้ประเทศต่างๆเริ่มลงมือดำเนินการในทางส่งเสริมสุขภาพอนามัยและควบคุมป้องกันโรคต่างๆตามลำดับความสำคัญของโรคที่เป็นภัยแก่ประชาชนดังนี้ 1. ไข้จับสั่น 2. วัณโรค 3. กามโรค 4. การส่งเคราะห์แม่และเด็ก 5. การสุขาภิบาล 6. อาหารการบริโภค เรื่องที่สำคัญของๆลงมาได้แก่การปกครองสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สุขศาลา การอนามัยในโรงงาน การแพทย์สังคม การพยาบาล การสุขศึกษา โรคพยาธิต่างๆ โรคไวรัสต่างๆ ปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งโรคพิษสุราเรื้อรังและยาเสพติด เป็นต้น⁵³

จะเห็นได้ว่าองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการควบคุมป้องกันโรคต่างๆโดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาต่อสังคม ซึ่งตัวแทนรัฐบาลไทยที่ไปเข้าร่วมประชุมก็รายงานต่อรัฐบาลว่าประเทศไทยควรขอความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกในการควบคุมป้องกันโรคเหล่านี้ ซึ่งรัฐบาลก็รับฟังและให้ความสำคัญกับกิจการควบคุมป้องกันโรคเฉพาะต่างๆมากขึ้น จากเดิมที่มีโรคที่อยู่ในความสนใจและมีการดำเนินการจริงๆอยู่ไม่กี่โรค เช่น ไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคจิต มาถึงสมัยนี้ก็มี การให้ความสำคัญกับโรคอื่นๆมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการแสวงหาความรู้ในทางวิชาการระหว่างประเทศเกี่ยวกับวิธีจัดการโรค เห็นได้จากการส่งตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับโรคต่างๆเหล่านี้ในเวทีระหว่างประเทศมากขึ้นในช่วงทศวรรษ 2490 จากเดิมที่แทบไม่เคยส่งไปเลยในช่วงก่อนหน้านี้นี้ เช่น การส่งตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุมว่าด้วยสุขภาพจิตที่ลอนดอน พ.ศ.2491 การส่งตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุมเรื่องโรคมะเร็งที่กรุงปารีส พ.ศ.2493 และพ.ศ. 2495 การส่งตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุมเรื่องวัณโรคที่ลอนดอน พ.ศ.2495 การส่งตัวแทนรัฐบาลไปเข้าร่วมประชุมเรื่องโรคคัลลัวน้ำที่อินเดีย พ.ศ.2495 เป็นต้น⁵⁴

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁵³ “รายงานผลการประชุมองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 1 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2492,” ใน หจข. (3)สร.0201.7.1/7 การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 1-5 (13 พ.ศ.2491-30 ธ.ค.2495).

⁵⁴ คู่มือสารการประชุมระหว่างประเทศเรื่องสาธารณสุขทั้งหมดได้ใน หจข. สร.0201.24.3 การประชุมระหว่างประเทศ-การสาธารณสุข (2475-2497).

ตารางที่ 15 สถิติการตายด้วยโรคต่างๆที่สำคัญทั่วประเทศไทยในทศวรรษ 2490⁵⁵

ชื่อโรคและเหตุตาย	จำนวนคนตาย Number of Deaths						อัตราส่วนต่อประชากรแสนคน Rate per 100,000 of Population					
	2489	2491	2493	2495	2497	2498	2489	2491	2493	2495	2497	2498
	(1946)	(1948)	(1950)	(1952)	(1954)	(1955)	(1946)	(1948)	(1950)	(1952)	(1954)	(1955)
รวมทั้งสิ้น	259,066	189,968	184,455	189,211	192,595	187,666	1,510.3	1,066.8	997.7	985.8	966.6	924.4
ไข้มาลาเรีย	48,618	44,215	35,819	29,115	16,473	14,520	283.4	248.3	193.7	151.7	82.7	71.5
อุจจาระร่วงและ ถ้าใส่อกเทียม	17,314	9,995	9,516	10,513	11,109	9,596	100.9	56.1	51.5	54.8	55.8	47.3
โรคบิด	11,355	6,535	6,018	6,656	5,093	4,471	66.2	36.7	32.6	34.7	25.6	22.0
โรคทรวง (อายุต่ำกว่า ๕ ขวบ)	13,126	9,734	15,268	14,311	18,971	16,256	76.5	54.7	82.6	74.6	95.2	80.1
วัณโรคแห่งเครื่องหายใจ	9,067	9,118	12,206	10,602	10,098	10,376	52.9	51.2	66.0	55.2	50.7	51.1
ปอดอักเสบ	5,365	6,095	7,240	6,643	6,094	7,507	31.3	34.2	39.2	34.6	30.6	37.0
โรคเกี่ยวกับการมีครรภ์ คลอดบุตร	3,047	2,952	3,483	3,662	3,626	3,807	17.8	16.6	18.8	19.1	18.2	18.8
โรคท้องและกระเพาะ อาหาร	1,799	1,767	1,003	998	1,789	1,528	10.5	9.9	5.4	5.2	9.0	7.5
โรคหัวใจ	1,840	2,012	2,519	2,362	2,977	2,769	10.7	11.3	13.6	12.3	14.9	13.6
โรคเหน็บชา	1,895	1,208	1,659	2,031	1,524	1,248	11.0	6.8	9.0	10.6	7.6	6.1
ไขวักสามนิ้ว	703	922	1,296	1,049	1,175	1,418	4.1	5.2	7.0	5.5	5.9	7.0
อุบัติเหตุ	1,952	2,346	2,610	2,785	3,189	3,149	11.4	13.2	14.1	14.5	16.0	15.5
เหตุอื่น ๆ	142,965	93,079	85,918	98,481	110,477	111,921	833.6	592.7	484.2	513.1	551.5	516.4

⁵⁵ ที่มา สำนักงานสถิติกลาง, สมุดสถิติรายปีประเทศไทย บรรพ 22 (ภาค 1) พ.ศ.2488-2498, (กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติกลาง สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2499), หน้า 98.

1.1 การควบคุมโรคไข้จับสั่น

ในปีพ.ศ.2491 ภายหลังจากที่ได้มีการประชุมสมัยแรกขององค์การอนามัยโลกแล้ว องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาว่าโรคไข้จับสั่นเป็นปัญหาที่สำคัญ จึงตัดสินใจอนุมัติงบประมาณให้แก่รัฐบาลในประเทศทางเอเชียซึ่งประสงค์จะขอความช่วยเหลือสำหรับงานควบคุมโรคไข้จับสั่นของประเทศนั้นๆ สอดคล้องกับองค์การกองทุนช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ที่ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาทำการสำรวจประเทศในเอเชียและเห็นว่าควรจะทำกรควบคุมโรคไข้จับสั่นในภูมิภาคนี้ จึงเกิดเป็นคณะกรรมการผสมระหว่างองค์การทั้งสองเพื่อพิจารณาปัญหานี้ร่วมกันและได้ส่งหนังสือไปยังประเทศต่างๆในเอเชียว่าประสงค์จะรับความช่วยเหลือในเรื่องการควบคุมโรคไข้จับสั่นจากองค์การหรือไม่ ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการสอบถามนี้และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้พิจารณาว่าควรขอให้องค์การอนามัยโลกส่งผู้เชี่ยวชาญเข้ามาเริ่มวิธีการควบคุมโรคไข้จับสั่นให้เป็นตัวอย่างขึ้นก่อน โดยทำการเป็นเวลา 2 ปี “เพื่อให้การควบคุมโรคไข้จับสั่นซึ่งเป็นเหตุให้มีคนตายมากที่สุดและเป็นผลร้ายแก่การเกษตรได้ผลตามแบบอย่างของต่างประเทศ”⁵⁶ ซึ่งรัฐบาลก็อนุมัติให้ดำเนินการ

ภายหลังการส่งคณะผู้เชี่ยวชาญเข้ามาดำเนินการควบคุมโรคไข้จับสั่นเป็นตัวอย่างที่ยังจังหวัดเชียงใหม่เป็นเวลา 2 ปี ก็ได้มีการรายงานผลการดำเนินงานในปีพ.ศ.2493 ว่า หลังจากที่คุณคณะได้มีการสำรวจและพิจารณาถึงที่เป็นพาหะของโรค ซึ่งทำให้โรคระบาดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม จนพบชนิดของยุงที่เป็นตัวการการระบาดของโรคแล้ว คณะผู้เชี่ยวชาญก็ได้ดำเนินการฉีดพ่นดี.ดี.ที.ทุกบ้านเรือนในอำเภอที่มีโรคชุกชุมเป็นการทดลองเป็นจำนวนประมาณ 14,000 หลังคาเรือน ครอบคลุมพลเมือง 66,000 คน หลังจากนั้นก็ได้ให้เจ้าหน้าที่ลงมือทำการสำรวจยุงอีกครั้งก็ปรากฏว่าไม่พบยุงที่เป็นตัวการดังกล่าวแล้ว คณะผู้เชี่ยวชาญจึงสรุปได้ว่าการพ่นดี.ดี.ที.ทุกบ้านเรือนนี้จะทำให้โรคไข้จับสั่นลดลงอย่างแน่นอนในปีถัดไป จึงเสนอให้ขยายการควบคุมโรคไข้จับสั่นออกไปอีกในบริเวณที่ใกล้เคียงในปีต่อไปเพื่อให้ครอบคลุมพลเมืองมากขึ้นเป็น 300,000 คน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็เห็นว่าโครงการที่จะขยายงานนี้จะได้ประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ในทางส่งเสริมสุขภาพและจะช่วยเพิ่มพูนผลิตผลเกษตรกรรม รวมทั้งจะเป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่นด้วย⁵⁷ รัฐบาลจึงอนุมัติให้ดำเนินการ

⁵⁶ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 5 ตุลาคม 2491,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/13 ขอคณะผู้เชี่ยวชาญควบคุมไข้มาลาเรีย (5 ต.ค.2491-14 ก.ย.2493).

⁵⁷ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 19 สิงหาคม 2493,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/13 ขอคณะผู้เชี่ยวชาญควบคุมไข้มาลาเรีย (5 ต.ค.2491-14 ก.ย.2493).

อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟก็ได้ยุติการช่วยเหลือโครงการนี้ในปีพ.ศ. 2494 และโอนหน้าที่ในความช่วยเหลือไปให้แก่สหรัฐอเมริกาแทนโดยอยู่ภายใต้ความควบคุมของหน่วยงานองค์การบริหารการร่วมมือกับต่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (International Cooperation Administration: ICA) ทำให้กิจการได้ขยายตัวจากที่เป็นเพียงการควบคุมเป็นตัวอย่างในบริเวณภาคเหนือ เปลี่ยนไปสู่การควบคุมโรคไข้จับสั่นในบริเวณอื่นๆทั่วประเทศโดยการฉีดพ่นดี.ดี.ที.ตามบ้านเรือน ครอบคลุมพลเมืองได้ปีละหลายล้านคน จนถึงปีพ.ศ.2499 สามารถครอบคลุมพลเมืองถึงสิบล้านคนใน 59 จังหวัด ทำให้จากเดิมที่มีจำนวนผู้ตายด้วยโรคไข้จับสั่นสูงถึงเฉลี่ยปีละ 47,000 คนในช่วงก่อนที่จะเริ่มมีการใช้วิธีฉีดพ่นดี.ดี.ที. หลังจากที่ได้มีการใช้วิธีฉีดพ่นดี.ดี.ที.แล้วจำนวนผู้ตายก็ลดลงตามลำดับจนเหลือเพียงราว 14,000 คนในปีพ.ศ.2498 และมีแนวโน้มที่จะลดลงต่อไปอีก⁵⁸

ตารางที่ 16 จำนวนพลเมืองที่ได้รับการควบคุมโรคไข้จับสั่นแบบใหม่โดยใช้ยา ดี.ดี.ที. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไข้จับสั่น พ.ศ.2492-2499⁵⁹

พ.ศ.	จังหวัด	จำนวนพลเมืองที่ได้รับการควบคุมไข้มาลาเรีย			จำนวนและอัตราตายด้วยไข้มาลาเรีย	
		โดยพ่น ดีดีที	โดยเภสัชภัณฑ์*	รวม	จำนวน	อัตรา (ต่อประชากรแสนคน)
2492	-	-	-	-	38,046	210.5
2493	(3)	77,503	-	77,503	35,816	195.0
2494	5	581,312	-	581,312	34,225	183.4
2495	12	1,570,249	-	1,570,249	29,115	153.5
2496	20	3,016,808	63,727	3,080,535	21,541	111.4
2497	31	4,266,442	480,497	4,746,939	16,469	84.2
2498	45	5,618,856	1,636,192	7,255,048	14,520	73.1
2499	59	6,866,728	3,589,929	10,456,657		

⁵⁸ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 226-265.

⁵⁹ ที่มา เรื่องเดียวกัน, หน้า 260.

กล่าวได้ว่าเมื่อก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 วิทยาการทางการแพทย์ยังไม่พบวิธีที่จะควบคุมโรคไข้จับสั่นอย่างได้ผลดีและไม่สิ้นเปลือง ทำได้เพียงการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและแจกจ่ายยาบำบัดโรคให้แก่ประชาชนในท้องที่มีไข้มาลาเรียชุกชุม แต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็มีการค้นพบการควบคุมโรคไข้จับสั่นโดยใช้สารเคมีกำจัดแมลงที่เป็นพาหะของโรค โดยใช้วิธีการพ่นสารเคมีให้ติดค้างอยู่กับบ้านเรือนเป็นการป้องกันและกำจัดยุงไม่ให้เข้ามาสัมผัสกับผู้คน ซึ่งได้ผลอย่างยิ่งเป็นที่สนใจของประเทศต่างๆรวมถึงประเทศไทยด้วยจนต้องขอรับรองให้องค์การอนามัยโลกเข้ามาดำเนินการเป็นตัวอย่าง และต่อมาก็ได้รับความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาในการขยายกิจการนี้ไปทั่วประเทศ ซึ่งจากผลสำเร็จเป็นอย่างดีในช่วงนี้ทำให้องค์การอนามัยโลกพิจารณาว่าในขณะที่กำลังมีความสะดวกในการที่จะทำลายยุงกันปล่องที่นำโรค ก็ควรที่จะรีบเร่งดำเนินงานให้โรคไข้จับสั่นหมดไปจากโลก องค์การอนามัยโลกจึงเสนอต่อที่ประชุมในปีพ.ศ.2499 ขอให้ทุกประเทศ “เร่งรัดกำจัดกวาดล้างโรคไข้จับสั่นให้หมดสิ้นไปโดยเร็วที่สุด โดยการใช้สารเคมีกำจัดแมลงทำลายยุงที่เป็นพาหะของโรครวมทั้งติดตามค้นหาผู้ป่วยซึ่งยังมีเชื้อโรคอยู่แล้วทำการบำบัดรักษาจนหมดเชื้อ” ซึ่งประเทศสมาชิกก็ตกลงรับไปดำเนินการรวมทั้งประเทศไทยด้วย การควบคุมโรคไข้จับสั่นจึงเป็นอันสิ้นสุดยุติลง การดำเนินงานด้วยความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและวิชาการจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาต่อจากนั้นจึงเป็นการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุป้าหมายใหม่คือการกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรียในทศวรรษ 2500⁶⁰

การใช้วิธีพ่นดี.ดี.ที.ตามบ้านเรือนนั้นยังได้ประโยชน์ในการควบคุมโรคเท้าช้างอีกด้วย เนื่องจากมีพาหะเป็นยุงเช่นเดียวกันและเป็นโรคที่มีอยู่ชุกชุมไม่น้อยในประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคใต้ ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขอีกเรื่องหนึ่งเนื่องจากบุคคลที่ได้รับเชื้อโรคนี้ในร่างกายจะมีการอักเสบของต่อมและท่อน้ำเหลือง ทำให้เกิดเป็นไข้บ่อยๆและมีอาการแขนขาโต ทำให้ไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพได้ตามปกติ กระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอให้รัฐบาลร้องขอให้องค์การอนามัยโลกส่งผู้เชี่ยวชาญมาทำการศึกษาภาวะโรคนี้ในประเทศไทยและวางแผนการควบคุมในปีพ.ศ.2494 เนื่องจาก “เป็นโรคที่สกัดกั้นความเจริญในทางเศรษฐกิจของประชาชนอีกโรคหนึ่ง...นอกจากนั้นยังทำให้ร่างกายพิการกลายเป็นบุคคลที่มีสภาพน่ารังเกียจน่าเวทนาอย่างมาก”⁶¹ ซึ่งก็ได้ข้อสรุปว่าสามารถทำการควบคุมโรคเท้าช้างโดยการพ่นดี.ดี.ที.ให้ติดค้างตาม

⁶⁰ อุทัย สนธิรัตน์, “การควบคุมไข้มาลาเรีย,” ใน, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, (พระนคร: กระทรวง, 2505), หน้า 414-422.

⁶¹ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 3 มีนาคม 2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/17 โรคเท้าช้าง (3 มี.ค.-21 ธ.ค.2494).

บ้านเรือนเช่นเดียวกับการควบคุมโรคไข้จับสั่น ดังนั้นจึงได้ดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างพร้อมกัน
ไปกับการควบคุมโรคไข้จับสั่นตั้งแต่ปีพ.ศ.2494 เป็นต้นมา⁶²

จะเห็นได้ว่าความสำคัญของกิจการควบคุมโรคไข้จับสั่นรวมไปถึงโรคเท้าช้างก็ยังคง
สัมพันธ์อยู่กับเศรษฐกิจความเจริญของชาติโดยเฉพาะในการเกษตรกรรม แต่ในสมัยนี้ด้วย
วิทยาการที่ก้าวหน้าขึ้นซึ่งได้รับความช่วยเหลือมาจากต่างประเทศ ทำให้การควบคุมโรคไข้จับสั่น
สามารถเป็นไปได้อย่างทั่วถึงแก่พลเมืองของประเทศมากขึ้นกว่าเดิมที่มักจะจำกัดอยู่เฉพาะใน
บริเวณที่สำคัญทางเศรษฐกิจและการเกษตรกรรมเท่านั้น ซึ่งก็ได้ผลสำเร็จในการป้องกันการ
สูญเสียชีวิตของพลเมืองให้กับโรคนี้ได้อย่างมาก แต่ก็ต้องแลกกับการเข้าไปในวิถีชีวิตของพลเมือง
มากขึ้นโดยการใช้สารเคมีซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่คุ้นเคยของชาวบ้านและยังไม่มีมีการรับประกันว่าเป็น
อันตรายต่อมนุษย์หรือไม่ ฟันไปตามบ้านเรือนที่อยู่อาศัยตามกำหนดเวลา ไม่พบหลักฐานว่า
ประชาชนคิดอย่างไรกับการดำเนินการนี้แต่ก็เป็นไปได้ว่าในระยะแรกๆจะมองด้วยสายตาที่ไม่
ไว้วางใจ

1.2 การควบคุมวัณโรค

ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง วัณโรคได้กลายเป็นโรคที่อยู่ในความสนใจของวงการ
แพทย์และสาธารณสุขระหว่างประเทศมากถึงขนาดที่มีผู้กล่าวไว้ในการประชุมระหว่างประเทศ
เรื่องวัณโรคในปีพ.ศ.2496 ว่า “วัณโรคเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงสภาพของการสาธารณสุขในประเทศ
นั้นๆได้ดีทีเดียว” เนื่องจากเกี่ยวข้องกับไปถึงการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การบำรุงร่างกายให้
แข็งแรงของคนในประเทศ การมีบ้านที่ถูกสุขลักษณะไม่แออัด⁶³ และองค์การอนามัยโลกก็ได้จัด
โรคนี้เป็นโรคที่มีความสำคัญลำดับที่ 2 รองจากโรคไข้จับสั่น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโรคนี้
ในสังคมระหว่างประเทศสมัยนั้น

สำหรับสถานการณ์ของโรคนี้ในประเทศไทย ในปีพ.ศ.2492 กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ
รายงานต่อรัฐบาลว่าวัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง “เป็นภัยแก่สุขภาพ ขัดขวางทางทำมาหากิน” มี
คนตายด้วยโรคนี้ปีละประมาณ 10,000 คน จำนวนผู้ป่วยปีละประมาณ 100,000 คน ถือว่าอยู่ใน
อันดับที่ 3 ตามความสำคัญของโรคทั่วประเทศ (ไข้จับสั่นอันดับ 1, โรคทางลำไส้อันดับ 2)
โดยเฉพาะในเขตเทศบาลนครกรุงเทพมีคนตายด้วยโรคนี้ปีละประมาณ 1,500 คน จำนวนผู้ป่วย
อาจมีถึง 15,000 คน “เป็นจำนวนผู้ป่วยที่สูงกว่าในท้องที่ใดๆทั้งสิ้นเพราะมีประชากรอยู่หนาแน่น

⁶² กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน *อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ
15 ปี พ.ศ.2485-2500*, หน้า 226.

⁶³ “เสนอรายงานการประชุมเรื่องอนามัยและการป้องกันวัณโรค วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2496,” ใน *หจข. สข.
0201.24.3/17 การประชุมระหว่างประเทศของสมาคมปราบวัณโรค (พ.ศ.2482-2496)*.

กว่าที่อื่น โฉสามารถติดต่อกันง่ายกว่าในชนบทซึ่งอยู่กันกระจุกกระจาย” สำหรับสถานพยาบาลที่มีอยู่ที่จังหวัดนนทบุรีก็มีเพียง 75 เตียง เป็นจำนวนที่ห่างไกลจากจำนวนผู้ป่วยมาก ผู้เชี่ยวชาญทางโรคแห่งองค์การอนามัยโลกก็ให้ความเห็นว่าควรลงมือทำการควบคุมโรคนี้โดยเน้นหนักไปในทาง “ฉีดวัคซีนป้องกันแก่เด็กนักเรียนและเด็กที่เกิดใหม่” โดยเริ่มจากการขอให้องค์การอนามัยโลกส่งคณะผู้เชี่ยวชาญมาแสดงวิธีควบคุมโรคโดยเฉพาะการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.เป็นตัวอย่าง⁶⁴ นำไปสู่การตั้งโครงการควบคุมวัณโรคขึ้นในปีพ.ศ.2494 ด้วยความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ โดยมีการจัดให้งานด้านการควบคุมวัณโรคอยู่ภายใต้สังกัดเดียวกันคือกองควบคุมวัณโรคและกองโรงพยาบาลวัณโรค รวมทั้งจัดให้มีการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี เป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมโรคนี้ รวมทั้งการสำรวจการระบาดของโรคโดยการใช้หน่วยเคลื่อนที่ทำการเอ็กซเรย์แก่ประชาชน⁶⁵

ต่อมาในปีพ.ศ.2495 องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟต้องการจะขยายกิจการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยให้มากขึ้นจึงเสนอโครงการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ให้แก่ประชาชนโดยทั่วไป โดยเฉพาะช่วงอายุที่ภูมิคุ้มกันต่ำตั้งแต่เด็กทารกไปจนถึงอายุ 20 ปี โดยมุ่งหวังจะฉีดให้ได้จำนวนปีละ 1 ล้านคนไปทุกปี จนกระทั่งครอบคลุมจำนวนเยาวชนอย่างน้อย 5 ล้านคน⁶⁶ โครงการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ให้แก่ประชาชนทั่วประเทศได้เริ่มขึ้นในปีพ.ศ.2496 โดยจัดตั้งหน่วยปี.ซี.จี.เคลื่อนที่ไปปฏิบัติงานตามจังหวัดต่างๆทุกจังหวัด จนเมื่อถึงปีพ.ศ.2499 ได้ทำการทดสอบทูเบอร์คิวลิน* แก่ประชาชนทั้งหมดราว 6,500,000 คน และฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ราว 2,300,000 คน (หลังจากปีพ.ศ.2500 ก็ได้เริ่มปฏิบัติการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ในระยะถาวร โดยเข้าปฏิบัติงานตามจังหวัดต่างๆประมาณ 3 ปีครึ่ง เนื่องจากภูมิคุ้มกันวัณโรคจากวัคซีนจะอยู่ได้นานประมาณ 3 ปี) โดยจะเน้นการฉีดให้แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เนื่องจากผู้ที่มีอายุเกิน 20 ปีเคยได้รับเชื้อวัณโรคแล้วประมาณ 93% ซึ่งจะทำให้มีภูมิคุ้มกันแล้ว ปฏิบัติการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ทั่วประเทศนี้ยูนิเซฟได้ให้ความช่วยเหลือต่อไปอีกจนถึงพ.ศ.2504⁶⁷

⁶⁴ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 27 พฤษภาคม 2492,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/14 วัณโรคหรือเรื่องการควบคุมวัณโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก (27 พ.ค.2492-22 ก.ค.2495).

⁶⁵ ประกอบ วิศาลเวทย์, “การควบคุมวัณโรค,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 430-431.

⁶⁶ “โครงการฉีดวัคซีนปี.ซี.จี.ให้แก่ประชาชนทั่วประเทศ วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2495,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/14 วัณโรคหรือเรื่องการควบคุมวัณโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก (27 พ.ค.2492-22 ก.ค.2495).

* Tuberculin test คือการทดสอบการติดเชื้อวัณโรคโดยการ ฉีดเชื้อวัณโรคที่ได้จากการสกัดจำนวนเล็กน้อยเข้าไปทางผิวหนังผู้รับการทดสอบ และตรวจดูปฏิกิริยาภูมิแพ้ที่เกิดขึ้นซึ่งจะบอกให้ทราบว่าเคยได้รับเชื้อวัณโรคมาก่อนหรือไม่.

⁶⁷ ประกอบ วิศาลเวทย์, “การควบคุมวัณโรค,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 431-434.

ตารางที่ 17 ผลการปฏิบัติงานของกองควบคุมวัณโรค กรมอนามัย ระหว่าง พ.ศ.2493-2498⁶⁸

รายการปฏิบัติงาน	2493	2494	2495	2496	2497	2498
ผู้ช่วยที่มารับการตรวจรักษา	9,731	17,590	35,250	41,845	52,108	63,914
ในจำนวนนั้นเป็นคนไข้ใหม่	—	5,368	6,136	7,244	8,917	10,901
ในจำนวนคนไข้ใหม่มีตรวจแล้วปรากฏว่าเป็นวัณโรค	2,799	1,637	3,106	3,677	4,487	2,134
จำนวนถ่ายภาพเอกซเรย์ฟิล์มเล็ก	5,000	5,566	59,753	28,187	30,882	26,500
จำนวนถ่ายภาพเอกซเรย์ฟิล์มใหญ่	1,160	2,688	8,272	9,836	10,725	10,532
จำนวนตรวจโดยวิธีฉายแสงตนเอง	—	—	2,529	3,480	3,956	7,224
ทำการชันสูตรเสมหะโดยวิธีคัดด้วยกล้องจุลทรรศน์	—	628	6,549	7,875	6,090	7,348
ทำการชันสูตรเสมหะโดยวิธีเพาะเชื้อ	—	—	3,070	6,941	4,448	8,399
ทำการตรวจโลหิตโดยวิธีต่าง ๆ	—	1,124	6,702	9,145	11,231	10,620
ทำการชันสูตรวัดอุณหภูมิ	—	93	567	609	1,264	1,057
ผลการตรวจทดลองต้านทานของยาเตรปโตไมซิน	—	—	—	—	148	145
ส่งพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมผู้ช่วยตามบ้าน	—	—	592	1,337	1,014	907
ทำการตรวจให้แก่ครอบครัวของผู้ป่วย	—	—	584	2,627	2,804	5,187
ทำการรักษาโดยวิธีอัดลมเข้าถุงเยื่อหุ้มปอด	—	189	1,151	166	25	16
ทำการรักษาโดยวิธีอัดลมเข้าช่องท้อง	—	31	925	3,053	4,845	6,956
ทำการทดสอบทูเบอร์คูลิน	3,059	3,319	67,513	700,973	1,683,874	2,612,031
จำนวนทดลองทูเบอร์คูลินที่กลับมามีผล	2,898	3,106	52,871	554,284	1,325,527	2,037,221
จำนวนปฏิบัติการขังเจ้าหน้าที่โรคติดต่อแล้ว	1,290	1,037	19,748	301,693	643,892	887,323

กล่าวได้ว่าวัณโรคเป็นโรคที่เป็นปัญหาสังคมโดยเฉพาะในเขตเมืองที่ประชาชนอยู่กันหนาแน่นทำให้เกิดการติดต่อได้ง่าย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดการควบคุมป้องกันโรค โดยการจัดตั้งสถานพยาบาลเฉพาะโรค มีองค์การที่ควบคุมดูแลเป็นการเฉพาะ แต่ก็ยังไม่เป็นการเพียงพอมีความจำเป็นที่จะต้องออกทำการควบคุมโรคในหมู่ประชาชนทั่วไปด้วยโดยการฉีดวัคซีน ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และเป็นทางให้รัฐเข้าไปกำกับดูแลวิถีชีวิตพลเมืองในทางป้องกันโรคได้มากขึ้นโดยความช่วยเหลือจากวิทยาการต่างประเทศ และเป็นการควบคุมโรคโดยทั่วไปที่ไม่ขึ้นกับการระบาดของโรคดังเช่นในการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษหรือการฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค รวมทั้งมีกำหนดเวลาในการฉีดวัคซีนด้วย นอกจากนี้วัยเด็กและเยาวชนยังเป็นกลุ่มที่ได้รับการควบคุมเป็นพิเศษ มีการกระทำซ้ำๆ และเพิ่มโรคที่ต้องการให้ฉีด

⁶⁸ ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, "ประวัติและผลงานของกรมอนามัย," ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 257.

วัคซีนมากขึ้นโดยเฉพาะในเด็กเล็ก เช่น โรคคอตีบ* โรคไอกรน** จนกระทั่งในช่วงสมัยต่อๆมาก็กลายเป็นเรื่องปกติของประชาชนในการนำเด็กไปฉีดวัคซีน

ตารางที่ 18 จำนวนคนที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่างๆในทศวรรษ 2490⁶⁹

พ.ศ.	จำนวนผู้ที่ได้รับการปลูกฝีหรือฉีดวัคซีนป้องกันโรค					
	ไขทรพิษ	อหิวาตกโรค	อหิวาต์-ไทฟอยด์	พิษสุนัขบ้า	คอตีบ	ไอกรน
2490	2,119,120	833,349				
2491	2,139,285	438,311		26,172		
2492	1,737,882	349,707	522,220	5,981		
2493	1,632,218	96,874	155,132			
2494	1,955,443	197,473	370,801		37,845	
2495						
2496	4,268,152		1,182,096	2,340	22,372	
2497	2,800,928		1,257,050	2,340	116,000	10,137
2498	2,924,097		302,063	3,561	94,727	9,441

* โรคคอตีบ (Diphtheria) เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดการอักเสบในลำคอ หากมีอาการรุนแรงจะทำให้ทางเดินหายใจตีบตัน ทำให้ถึงตายได้ พบได้มากในเด็กอายุ 1-6 ปี ป้องกันโดยการให้เด็กฉีดวัคซีนในช่วง 2-18 เดือนหลังถือกำเนิด นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เล่าถึงปัญหาโรคคอตีบในประเทศไทยว่า “เมื่อก่อนตอนผมเรียนแพทย์ที่ศิริราช (พ.ศ.2493-2498)...ก็มีเรือนชื่อดิฟธีเรีย...มีเด็กเจาะ(คอ)กันยั่วเยี้ยเลย...ต่อมาดิฟธีเรียก็หายไป ไปลิโอกัหมดไป คุณทวดเราไม่มี...เรื่องต่างๆมันพัฒนาขึ้นมามหาศาล” อ้างมาจาก นายแพทย์ประเวศ วะสี, ใน สารานุกรมสุขภาพชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมภาษณ์ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2551, (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), หน้า 12-13, และ <http://en.wikipedia.org/wiki/Diphtheria>.

** โรคไอกรน (Pertussis) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เกิดมากในเด็กเล็ก ทำให้มีอาการไอช้อนๆกันจนหายใจไม่ทัน และในบางครั้งก็ทำให้หยุดหายใจได้ อาการอาจเรื้อรังนาน 2-3 เดือน, อ้างมาจาก <http://en.wikipedia.org/wiki/Pertussis>.

⁶⁹ ตัวเลขรวบรวมมาจากสถิติการดำเนินการควบคุมโรคติดต่อ รายงานใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” หน้า 216-244, ส่วนที่เว้นว่างไว้คือไม่มีการรายงานในปีนั้น.

1.3 การควบคุมโรคคุดทะราด

คุดทะราดเป็นโรคที่เป็นปัญหาอยู่ในสังคมไทยมาช้านานโดยเฉพาะในชนบทที่มีผู้เป็นโรคนี้นั้นมาก แต่ก็ยังไม่มีมีการสำรวจหรือดำเนินการที่จริงจังนัก จนกระทั่งในปีพ.ศ.2493 มีการเสนอความร่วมมือมาจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับแผนการควบคุมโรคคุดทะราดในประเทศไทยโดยระบุว่าโรคคุดทะราดเป็นโรคที่มีแพร่หลายทั่วไปในประเทศไทย จากการสำรวจคร่าวๆพบจำนวนผู้ป่วยถึงกว่า 200,000 รายทั่วประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีและหญิงในวัยมีบุตรได้เป็นโรคนี้นั้นกว่า 80% และอยู่ในระยะที่ติดต่อได้ องค์การอนามัยโลกเห็นว่าคุดทะราดเป็นโรคที่ทำให้ชาวชนบทและชาวนา “เสื่อมสมรรถภาพลงไปมากในการประกอบอาชีพ ทำให้การผลิตอาหารทั่วไปตกต่ำลง สัมพันธ์กับปัญหาการผลิตอาหารและภาวะขาดสารอาหารในประเทศไทย” สำหรับการควบคุมโรคนี้เท่าที่มีอยู่มีเพียงหน่วยปราบคุดทะราดเคลื่อนที่ของกรมสาธารณสุขที่ออกบำบัดโรคคุดทะราดแก่ประชาชนตามจังหวัดต่างๆ แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จนักเนื่องจากคนใช้ส่วนใหญ่ไม่กลับมาให้ทำการบำบัดซ้ำให้ครบตามความจำเป็น ทำให้การควบคุมการติดต่อของโรคไม่ได้ผล “เป็นเพียงการระงับโรคชั่วคราวไม่เป็นการทำให้โรคนี้นี้มีลดน้อยลง” องค์การอนามัยโลกจึงเสนอว่าถึงเวลาแล้วที่จะต้องมีการควบคุมที่แน่นอนเริ่มตั้งแต่การศึกษาการระบาดของโรค การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษา จัดตั้งหน่วยควบคุมโรคคุดทะราดพิเศษด้วยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ออกตรวจเยี่ยมตามบ้านทุกบ้านเพื่อจะได้พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคคุดทะราดทั้งหมด แบ่งแยกผู้ป่วยในระยะติดต่อที่จะต้องได้รับการบำบัดทันที รวมทั้งจัดตั้งวิธีติดตามผู้ป่วยในการรักษา นอกจากนี้เชื้อโรคของคุดทะราดยังเป็นเชื้อประเภทเดียวกับเชื้อกามโรคและซิฟิลิส จึงเสนอให้ดำเนินการเพื่อควบคุมและรักษาโรคเหล่านี้ไปพร้อมกันด้วยโดยเฉพาะในเด็กและหญิงมีครรภ์⁷⁰ ซึ่งรัฐบาลก็อนุญาติให้ดำเนินการได้ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญได้เริ่มดำเนินการในราวเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2493

ต่อมาภายหลังจากที่ได้เริ่มดำเนินการตามโครงการแล้วประมาณ 5 เดือนโดยเริ่มต้นที่จังหวัดราชบุรีที่มีโรคนี้นี้ชุกชุม คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟก็ได้ขอขยายกิจการ เนื่องจากเมื่อลงไปดำเนินการสำรวจอย่างแท้จริงแล้วปรากฏว่า อาจมีผู้ป่วยคุดทะราดทั่วประเทศทั้งหมดไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน จากเดิมที่คาดไว้เพียง 200,000 คน คณะผู้เชี่ยวชาญจึงเสนอให้ขยายงานควบคุมโรคคุดทะราดตลอดทั่วประเทศไปจนกว่าโรคคุดทะราดจะหมดไป

⁷⁰ “เสนอแผนการปราบโรคคุดทะราดในประเทศไทย วันที่ 23 มกราคม 2493,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/15 โครงการควบคุมโรคคุดทะราด (15 ก.พ.2493-6 มิ.ย.2495).

หรือลดน้อยลงจนไม่มีความสำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งคาดว่าจะต้องใช้เวลาประมาณ 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2494-2496⁷¹ แต่ต่อมาเนื่องจากภาระของงานที่หนักมากเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไป กำลังเจ้าหน้าที่ จึงต้องขยายเวลาเพิ่มไปอีก 5 ปี⁷² ซึ่งการดำเนินการก็ได้ผลเป็นอย่างดีกล่าวคือ ในช่วงพ.ศ.2493-2498 สามารถตรวจและบำบัดผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทุกปีทั่วประเทศ จนเมื่อถึงปีพ.ศ. 2498 มีจำนวนผู้ได้รับการตรวจแล้วรวมทั้งหมดราว 10 ล้านคน จำนวนผู้ได้รับการบำบัดรวมราว 1 ล้านคน นับว่าใกล้เคียงกับจำนวนผู้ป่วยตามที่องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ตอนแรกแล้ว จึง อาจกล่าวได้ว่าปัญหาโรคคุดทะราดในสังคมได้ลดลงเป็นอย่างมากจนแทบไม่เหลือความสำคัญ ในทางสาธารณสุขด้วยความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ

ตารางที่ 19 สถิติการบำบัดโรคคุดทะราด⁷³

พ.ศ.	ไต่ทำการตรวจประชาชน	ไต่ทำการบำบัด
2493	227,323	46,345
2494	518,460	88,159
2495	1,099,501	116,593
2496	2,032,557	139,893
2497	3,224,180	337,719
2498	2,937,180	397,428
รวมขอก	10,039,201	1,126,137

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁷¹ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 27 กันยายน 2493,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/15 โครงการควบคุมโรคคุดทะราด (15 ก.พ.2493-6 มิ.ย.2495).

⁷² “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2495,” ใน หจข. (2)สร.0201.27.1/15 โครงการควบคุมโรคคุดทะราด (15 ก.พ.2493-6 มิ.ย.2495).

⁷³ ที่มา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข ครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 258.

1.4 การควบคุมโรคเรื้อน

โรคเรื้อนนับว่าเป็นโรคที่สังคมเกลียดกลัว และรัฐบาลก็นับว่ายังไม่เคยประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาเรื่องผู้ป่วยโรคเรื้อนในสังคม แม้จะมีการตั้งสถานพยาบาลโรคเรื้อนหลายแห่งทั้งในกรุงเทพฯ และส่วนภูมิภาค การสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อนำส่งสถานพยาบาล รวมไปถึงการตรากฎหมายควบคุมโรคเรื้อน แม้ว่ามาตรการต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ปะปนอยู่ในสังคมลดลงได้บ้าง แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่โดยเฉพาะในพระนคร ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ถูกนำตัวส่งสถานพยาบาลที่พระประแดงได้หลบหนีกลับมายังสังคมเป็นจำนวนมาก จนถึงขั้นในปีพ.ศ.2495 มีการเสนอให้รัฐบาลสร้างสถานพยาบาลโรคเรื้อนให้อยู่ห่างไกลสังคมจนไม่สามารถหนีกลับมาได้ เช่นตามเกาะห่างไกลดังที่ทำกันในชวาและฟิลิปปินส์⁷⁴

อย่างไรก็ตามในปีพ.ศ.2496 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ชี้แจงถึงเรื่องนี้ว่าวิธีการควบคุมโรคเรื้อนโดยการบังคับควบคุมเช่นการนำผู้ป่วยไปกักกันไว้ที่เกาะห่างไกลเพื่อไม่ให้ติดต่อกับสังคมดังที่ทำในชวาและฟิลิปปินส์ไม่เป็นการได้ผล เนื่องจากปัญหาการจัดส่งน้ำและอาหารรวมไปถึงการจัดส่งญาติที่มาเยี่ยมเยียน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นผู้ที่มีจิตใจเช่นคนปกติ การมีกฎหมายบังคับเช่นนี้จะยิ่งทำให้ “หวาดกลัวและหลบหนีไปซุกซ่อนตามที่ต่างๆ ได้” เป็นเหตุให้โรคนี้ติดต่อกับคนอื่น่อีก ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนในฟิลิปปินส์ที่มีการควบคุมเช่นนี้จึงไม่ได้ลดลง กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า การควบคุมโรคเรื้อนควรจะเปลี่ยนจากวิธีกักกันมาเป็นวิธี “ควบคุมด้วยความปรารถนา” เช่น การจัดนิคมหรือหมู่บ้านโดยให้ที่อยู่อาศัย มีที่ทำมาหากินและมีเครื่องบันเทิงใจ โดยมีผู้ปกครองอย่างใกล้ชิด จัดนิคมให้เป็นที่น่าอยู่ หากเป็นดั่งนี้คนโรคเรื้อนก็จะสมัครใจขอมาเข้ารับการรักษาตัวที่นิคมมากยิ่งขึ้น และจะไม่กระจัดกระจายดังที่เป็นอยู่ กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าในเวลานั้นมีสถานพยาบาลโรคเรื้อนอยู่ 8 แห่ง คือ 1.โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดงจังหวัดสมุทรปราการ 2.โรงพยาบาลโรคเรื้อนภาคอีสานจังหวัดขอนแก่น 3.นิคมโรคเรื้อนจังหวัดนครศรีธรรมราช 4.นิคมโรคเรื้อนจังหวัดเชียงราย 5.หมู่บ้านโรคเรื้อนจังหวัดอุบลราชธานี 6.หมู่บ้านโรคเรื้อนจังหวัดนครราชสีมา 7.หมู่บ้านโรคเรื้อนจังหวัดน่าน 8.หมู่บ้านโรคเรื้อนจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมทั้งหมดสามารถรับผู้ป่วยได้ราว 1,500 คน ซึ่งยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศที่คาดว่าจะมีมากกว่า 20,000 คน นำไปสู่การจัดตั้งโครงการควบคุมโรคเรื้อน

⁷⁴ “หนังสือจากกรมประชาสัมพันธ์ถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 27 พฤษภาคม 2495,” ใน หจข. (2)สข. 0201.27.2/3 โรงพยาบาลโรคเรื้อน (19 ก.พ.2476-27 ส.ค.2496).

พ.ศ.2496 เพื่อขยายโรงพยาบาล นิคม และหมู่บ้านเดิมให้มีที่รับผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งจัดตั้งขึ้นใหม่ตามจังหวัดต่างๆ⁷⁵

ประเด็นโต้เถียงเรื่องการควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยการบังคับหรือการเมตตาเป็นสิ่งที่มีการเริ่มต้นกันมาตั้งแต่สมัยหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ดังที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 2 และบทที่ 3 โดยส่วนมากเป็นการโต้เถียงกันในสภาฯระหว่างส.ส.กับรัฐบาล หรือระหว่างส.ส.ด้วยกันเอง ประเด็นการถกเถียงก็เป็นเช่นเดียวกันคือควรจะเน้นที่การขยายโรงพยาบาลหรือนิคมให้มากขึ้นและดี ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนสมำครใจมาอยู่เอง หรือควรจะออกเป็นกฎหมายบังคับ ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วรัฐบาลสมัยอำนาจนิยมของผู้นำของจอมพลป.พิบูลสงครามก็เลือกใช้วิธีการออกกฎหมายบังคับคือพระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ.2486 ซึ่งหากพิจารณาตามตรรกะแล้วก็อาจไม่สมเหตุสมผลนัก ในเมื่อยังมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจำนวนสถานพยาบาลที่สามารถรองรับได้ การบังคับใดๆก็ไม่น่าจะประสบผล มีแต่จะสร้างความเดือดร้อนแก่ผู้ถูกบังคับ ซึ่งเมื่อมาถึงปีพ.ศ.2496 ดังกล่าวก็เป็นเรื่องที่มีการยอมรับแล้วว่า การใช้วิธีบังคับที่ผ่านมาไม่ประสบผล ควรจะเปลี่ยนแนวทางไปให้ความสำคัญกับการขยายสถานพยาบาลผู้ป่วย และต่อมาในปีพ.ศ.2498 ก็ได้มีการยกเลิกพระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ.2486 เนื่องจากเห็นว่าผิดหลักมนุษยธรรม และทำให้เกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการแยกกักกันผู้ป่วยจากญาติมิตร และปัญหาผู้ป่วยหลบหนีสถานพยาบาลผู้ป่วยที่ในเวลานั้นมีอยู่ 13 แห่ง ซึ่งเดิมใช้แยกกักกันผู้ป่วยเป็นหลัก ก็เปลี่ยนมาเป็นที่พักสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคจนกระทั่งพิการ และการรับรักษาในสถานพยาบาลก็พิจารณาถึงความสมัครใจของผู้ป่วยด้วย ในสถานพยาบาลมีการดำเนินการทั้งทางด้านร่างกายคือการรักษาโรคและด้านสังคมเศรษฐกิจคือการประกอบอาชีพควบคู่กันไป⁷⁶

กิจการควบคุมโรคเรื้อนนี้ได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟในด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการส่งผู้เชี่ยวชาญมาทำการสำรวจและบำบัดรักษาตามหลักวิชาการแผนใหม่* จนกระทั่งในปีพ.ศ.2499 ได้มีการทดลองจัดหน่วยออกไปรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

⁷⁵ “โครงการควบคุมโรคเรื้อน 5 ปี วันที่ 27 สิงหาคม 2496,” ใน หจช. (2)สร.0201.27.2/3 โรงพยาบาลโรคเรื้อน (19 ก.พ.2476-27 ส.ค.2496).

⁷⁶ Charoon Pirayavaraporn, *Leprosy Control in Thailand* (Bangkok: Department of Communicable Disease Control, 1996), p.25.

* การบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อนวิธีเดิมใช้น้ำมันกระเบาซึ่งก็ได้ผลในการบำบัดตามสมควร แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในการรักษาเนื่องจากทำให้ปวดบริเวณที่ฉีดยาจนถึงขั้นเป็นฝีในบางครั้ง จนถึงปีพ.ศ.2494 ได้มีการบำบัดโรคเรื้อนโดยวิธีแผนใหม่โดยใช้ยาซัลโฟนาหรือแดปโซน (Sulphones/Dapsone) ซึ่งเป็นความรู้ที่มาจากต่างประเทศที่กำลังนิยมใช้ยานี้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อน เนื่องจากได้ผลดีเป็นที่พอใจและราคาถูกลง รวมทั้งไม่ทำให้เกิดอาการแพ้ในผู้ป่วย จึงได้มีการใช้ยา

ตามเคหสถานบ้านช่องเองโดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมาพักรักษาในสถานพยาบาล เริ่มที่จังหวัดขอนแก่น วิธีการรักษาแผนใหม่นี้ใช้เวลารักษาไม่เกิน 2 ปีผู้ป่วยก็จะหายจากโรค ซึ่งก็ได้ผลเป็นที่น่าพอใจใน 2 ปีแรก จึงได้มีการขยายงานออกไปยังท้องที่อื่นๆที่มีโรคนี้ชุกชุมเป็นโครงการระยะยาว คือในทุกจังหวัดทั่วประเทศ⁷⁷

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการจัดการกับผู้ป่วยโรคเรื้อนในช่วงปลายทศวรรษ 2490 จะเน้นหลักมนุษยธรรมมากขึ้นกว่าเดิมที่ใช้การควบคุมบังคับ กล่าวคือมีการใส่ใจกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้นด้วยการปรับปรุงสถานพยาบาลโรคเรื้อนให้มีความน่าอยู่ สนับสนุนการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง จนไปถึงการออกไปทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยตามบ้านเรือนโดยไม่ต้องนำตัวมาไว้ที่สถานพยาบาลเพื่อที่ไม่ต้องแยกจากครอบครัว และในเวลาดังกล่าวนี้เริ่มมีแนวทางการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้อย่างจริงจังมากขึ้นกว่าที่จะเป็นเพียงการควบคุมให้ออกห่างจากสังคมอย่างที่แล้วมา ส่วนหนึ่งนับว่าเป็นผลมาจากแนวคิดและวิทยาการจากต่างประเทศ รวมทั้งหลักสิทธิมนุษยชนที่เฟื่องฟูในทศวรรษ 2490 จากคำประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนโดยที่ประชุมสหประชาชาติในปีพ.ศ.2491

1.5 การสงเคราะห์แม่และเด็ก

ในทศวรรษ 2490 กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กได้สำเร็จผลอย่างดี สามารถทำให้อัตราการตายของทารกลดลงจากอัตรา 90-100 คน ต่อคนเกิด 1,000 คน ในช่วงก่อนพ.ศ.2490 ลดลงเหลือ 60-70 คน ต่อคนเกิด 1,000 คนในช่วงทศวรรษ 2490⁷⁸ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการฝึกอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ไปปฏิบัติงานตามสุศาลาส่วนภูมิภาคที่ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่สมัยรัฐบาลของจอมพลป.พิบูลสงครามและมาเห็นผลในช่วงนี้ อีกส่วนหนึ่งก็มาจากความช่วยเหลือขององค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ ที่เริ่มมีการให้ความช่วยเหลือในกิจการด้านนี้พร้อมๆ กับที่ได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการควบคุมโรคไข้จับสั่นในปีพ.ศ.2493 มีการตั้งองค์การสงเคราะห์แม่และเด็กแห่งประเทศไทยขึ้น และในปีต่อมาได้มีการจัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่สงเคราะห์แม่และเด็กออกปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค ตั้งสถานสงเคราะห์แม่และเด็กที่พระนคร และสถาน

ซ์ลโฟนตั้งแต่นั้นมา อ้างมาจาก ชัยศิริ เขตตานุรักษ์, “ประวัติการควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 447-448.

⁷⁷ หม่อมเจ้าวัลภากร วรวรรณ, “ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากองค์การระหว่างประเทศและต่างประเทศ,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 508-509.

⁷⁸ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 248.

สงเคราะห์แม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่เป็นตัวอย่างในการดำเนินการ⁷⁹ และในปีพ.ศ.2496 ยูนิเซฟ ก็ยังช่วยเหลือในด้านเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับการสงเคราะห์มารดาและเด็กประจำสุศาลาต่างๆ ที่ขาดแคลนจำนวน 40 แห่งด้วย⁸⁰

1.6 ความช่วยเหลืออื่นๆ

นอกจากความช่วยเหลือต่างๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดแล้วยังมีโครงการความช่วยเหลืออื่นๆ อีก เช่น ความช่วยเหลือในกิจการด้านโภชนาการที่เริ่มขึ้นในปีพ.ศ.2499 โดยจัดส่งผู้เชี่ยวชาญมาทำการสำรวจภาวะโภชนาการและโรคขาดธาตุอาหารบางอย่าง จนต่อมาทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถตั้งโครงการโภชนาการชนบทและโครงการควบคุมโรคคอกพอกเฉพาะถิ่นขึ้นได้, โครงการบำบัดโรคฟันนักเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือในลักษณะของการให้ทุนแพทย์ไทยไปศึกษาและดูงานวิชาการแพทย์สาขาต่างๆ ในต่างประเทศด้วย⁸¹

โดยสรุปแล้วความช่วยเหลือต่างๆ ที่ประเทศไทยได้รับจากองค์การระหว่างประเทศในกิจการด้านสุขภาพพลเมืองเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นสังคมหรือประชาคมระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นสิ่งที่ถือกำเนิดขึ้นและมีความสำคัญในช่วงพุทธศตวรรษที่ 24-25 โดยมีที่มาจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี การค้นพบเครื่องจักรทำให้การผลิตทางเกษตรกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งกิจการอุตสาหกรรมต่างๆ ก็มีความสำคัญมากขึ้น ขจิต จิตตเสวี ได้อธิบายว่าการปฏิวัติอุตสาหกรรมมีความสำคัญมากในการเกิดองค์การระหว่างประเทศ เพราะนำมาซึ่งวาระ (agenda) ของการปฏิบัติการกิจต่างๆ เช่น การเพิ่มผลผลิต การผลักดันให้เกิดการค้าขายแลกเปลี่ยน การพัฒนาคมนาคม รวมไปถึงความจำเป็นในการบริหารจัดการแบบองค์กรสมัยใหม่ สิ่งที่เกิดขึ้นคือเครือข่ายเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจในระดับโลก ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องยอมรับกฎระเบียบหรือมาตรฐานร่วมกันบางประการ⁸² ประเด็นด้านสุขภาพอนามัยและโรคภัยไข้เจ็บก็เป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญต่อเศรษฐกิจและสามารถผลักดันให้เกิดความร่วมมือหรือความช่วยเหลือระหว่างประเทศได้ โดยเฉพาะภายหลังจากการพัฒนาที่รวดเร็วในการขนส่ง สื่อสาร และการค้า

⁷⁹ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของกรมอนามัย,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 261-262.

⁸⁰ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 4 มีนาคม 2495,” ใน หจช. (2)สร.0201.27.2/39 การปรับปรุงสุศาลาชั้น 1 ด้วยความช่วยเหลือจากกองทุนฉุกเฉินระหว่างประเทศ (4-21 มี.ค.2495).

⁸¹ ดูรายละเอียดความช่วยเหลือต่างๆ ที่ประเทศไทยได้รับจากองค์การระหว่างประเทศในกิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ใน หม่อมเจ้าวัลลภากร วรวรรณ, “ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากองค์การระหว่างประเทศและต่างประเทศ,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 509-512.

⁸² ขจิต จิตตเสวี, องค์การระหว่างประเทศ: องค์การระหว่างประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์และภูมิภาคภิวัตน์, (กรุงเทพฯ: วิทยุชน, 2553), หน้า 73-74.

ระหว่างประเทศ ที่ทำให้โรคภัยไข้เจ็บและการสาธารณสุขสามารถเป็นปัญหาระดับโลก จึงมีการตั้งองค์การเฉพาะขึ้นเพื่อกำกับดูแลปัญหานี้คือองค์การอนามัยโลกที่ตั้งขึ้นในปีพ.ศ.2491 โดยมีกิจกรรมครอบคลุมงานด้านสุขภาพอนามัยต่างๆระหว่างประเทศ เช่น การป้องกันโรคระบาด การจัดทำแนวปฏิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อขจัดโรคที่เป็นปัญหาสังคม เช่น ไข้จับสั่น วัณโรค รวมไปถึงการช่วยเหลือฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศกำลังพัฒนา⁸³

นอกจากเรื่องเศรษฐกิจและผลประโยชน์ระหว่างประเทศแล้ว อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ประเด็นเรื่องสุขภาพมีความสำคัญในระดับระหว่างประเทศแทนที่จะเป็นเรื่องของเจ้าของประเทศเท่านั้น คือปัจจัยด้านสิทธิมนุษยชน ที่ได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญกันเป็นเรื่องสากลอย่างเป็นทางการตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2490 มีการประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ซึ่งที่ประชุมองค์การสหประชาชาติให้การรับรองเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2491 เป็นการประกาศเจตนารมณ์ในการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งประเทศไทยก็ออกเสียงสนับสนุนด้วย ปฏิญญานี้มีเนื้อหาที่ให้ความสำคัญกับเกียรติของความเป็นมนุษย์และสิทธิที่เท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ซึ่งมนุษย์ควรได้รับความคุ้มครอง มีการระบุชัดถึงสิทธิในทางสุขภาพของมนุษย์ด้วย คือมาตราที่ 25

“(1) ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคงในยามว่างงาน เจ็บป่วยพิการ เป็นหม้าย วัยชรา หรือขาดอาชีพอื่น ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน

(2) มารดาและเด็กมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาและช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งปวงไม่ว่าจะเกิดในหรือนอกสมรส จะต้องได้รับการคุ้มครองในทางสังคมเช่นเดียวกัน”⁸⁴

นับได้ว่าหลักสิทธิมนุษยชนได้ทำให้สุขภาพของมนุษย์มีความสำคัญมากขึ้นและเป็นสิ่งที่นานาชาติให้ความสำคัญมากขึ้น ในฐานะมนุษยธรรมและไม่ได้จำกัดเฉพาะสุขภาพพลเมืองในประเทศของตนเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสุขภาพของพลเมืองในประเทศอื่นด้วย ซึ่งก็มีองค์การระหว่างประเทศด้านสุขภาพเป็นศูนย์กลางในความร่วมมือและช่วยเหลือโดยเฉพาะสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาและประสบความลำบากในการจัดการกับปัญหาสุขภาพพลเมืองในประเทศ

⁸³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 79.

⁸⁴ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน: Universal Declaration of Human Rights, (กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2550), หน้า 36-38.

ของตน หลักสิทธิมนุษยชนนี้ยังมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการกับโรคบางโรคที่เดิมมักจะใช้การควบคุมบังคับ เช่น โรคเรื้อน โรคจิต ให้เปลี่ยนมาใช้วิธีที่ละมุนละม่อมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การควบคุมบังคับก็ยังคงมีอยู่และไม่เคยมีเส้นแบ่งที่ชัดเจนระหว่างสิทธิมนุษยชนกับการควบคุมบังคับเพื่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคง ไม่ว่าจะในสมัยใดๆหรือในกิจการใดๆ

2. ความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา

ความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกามีความซับซ้อนมากกว่าความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ เนื่องจากความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาจะสัมพันธ์กับสถานการณ์ทางการเมืองระหว่างประเทศ การต่อสู้ช่วงชิงระหว่างค่ายเสรีประชาธิปไตยกับค่ายคอมมิวนิสต์ ความช่วยเหลือที่ให้แก่ประเทศไทยจะเป็นไปเพื่อเหตุผลด้านความมั่นคงเป็นสำคัญ ทั้งในด้านการทหารและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รวมไปถึงการพัฒนาท้องถิ่นที่มีความสำคัญในทางยุทธศาสตร์

ความช่วยเหลือที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกามีต่อประเทศต่างๆในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในกิจการด้านพลเรือนสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1.โครงการร่วมมือทางเศรษฐกิจ (ECA : Economic Cooperation Administration) และ 2.โครงการช่วยเหลือทางวิชาการ (Technical Assistance Programme) หรือที่เรียกกันว่าความช่วยเหลือตามโครงการข้อ 4 ของประธานาธิบดีทรูแมน ความช่วยเหลือแรกใช้งบประมาณที่เหลือมาจากการช่วยเหลือเงินคนละชาติภายหลังจากที่เงินคนละชาติได้ปราศต่อฝ่ายจีนคอมมิวนิสต์จนต้องถอยร่นออกจากจีนแผ่นดินใหญ่ในปีพ.ศ.2493 รัฐบาลสหรัฐจึงนำเงินนี้มาช่วยเหลือประเทศต่างๆในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยรวมแล้วประมาณ 60 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งจะได้รับประมาณประเทศละ 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐในขั้นต้น⁸⁵ สำหรับความช่วยเหลือประเภทที่สองตามโครงการข้อ 4 นั้นมาจากคำแถลงของประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกาในที่ประชุมสหประชาชาติเมื่อปีพ.ศ.2493 ซึ่งในข้อ 4 ของคำแถลงนั้นมีใจความว่าประธานาธิบดีทรูแมนได้เสนอให้ช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาต่างๆโดยส่งผู้เชี่ยวชาญทางการเกษตร สาธารณสุข อุตสาหกรรม การศึกษา การคมนาคม ฯลฯ ไปช่วยดำเนินการและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของประเทศเหล่านั้นในความรู้สาขานั้นๆโดยไม่เรียกร้องสิ่งตอบแทนใดๆ⁸⁶

⁸⁵ “หนังสือจากประธานกรรมการดำเนินงานตามโครงการข้อ 4 ของประธานาธิบดีทรูแมนถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 28 ตุลาคม 2493,” ใน หจช. (2)สร.0201.96/6 คณะกรรมการดำเนินงานตามข้อ 4 ของประธานาธิบดีทรูแมน (18 ก.ค.2493-17 ก.ค.2496).

⁸⁶ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 12 ธันวาคม 2492,” ใน หจช. (2)สร.0201.96/2 เบ็ดเสร็จความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและทางเทคนิคระหว่างไทย-อเมริกา (27 ต.ค. 2492-25 ธ.ค.2496).

กิจการความช่วยเหลือสำหรับประเทศไทยนั้น รัฐบาลอเมริกันได้จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานขึ้นในปีพ.ศ.2493 มาประจำประเทศไทยเรียกว่า STEM (Special Technical and Economic Mission) หรือเรียกเป็นภาษาไทยว่าคณะผู้แทนฝ่ายเศรษฐกิจและวิชาการซึ่งจะเป็นผู้กลั่นกรองคำขอของฝ่ายไทยและส่งต่อไปยังสำนักงานใหญ่กรุงวอชิงตันเพื่อขอจ่ายงบจาก ECA ซึ่ง STEM นี้มีแผนกสาธารณสุขร่วมอยู่ด้วย ในเวลาต่อมา ECA นั้นจะได้เปลี่ยนชื่อเป็น MSA (Mutual Security Agency), FOA (Foreign Operations Administration) และ ICA (International Cooperation Administration) ตามลำดับ ส่วน STEM ก็จะได้เปลี่ยนชื่อเป็น USOM (United States Operation Missions) สำหรับฝ่ายไทยเองก็ได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อปฏิบัติงานร่วมกันกับฝ่ายสหรัฐอเมริกาคือ “คณะกรรมการดำเนินงานตามโครงการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและวิชาการของสหรัฐอเมริกา” หรือ “ก.ศ.ว.”⁸⁷

รัฐบาลไทยได้มีการลงนามความตกลงว่าด้วยความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและวิชาการกับรัฐบาลสหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2493 โดยประกาศหลักการสำคัญว่าเสรีภาพของเอกชน สถาบันอันเสรี และความเป็นเอกราชขึ้นอยู่กับ “เศรษฐกิจที่มั่นคงและเสถียรภาพทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ” ซึ่งรัฐบาลสหรัฐอเมริกาจะให้ความช่วยเหลือแก่รัฐบาลไทยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว โดยรัฐบาลไทยก็ต้องพยายามในการช่วยตนเองอย่างเต็มที่ด้วย นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจว่ามีข้อผูกพันข้อหนึ่งที่กำหนดให้รัฐบาลไทยทำการโฆษณาแก่ประชาชนอย่างเต็มที่ถึงวัตถุประสงค์และความคืบหน้าของกิจการภายใต้ความตกลงนี้รวมทั้งเรื่องเงินทุน โภคภัณฑ์ และบริการที่ได้รับความช่วยเหลือ ให้โฆษณาแก่ประชาชนทุกๆ 3 เดือน⁸⁸ เห็นได้ชัดว่าหวังผลประโยชน์ในทางการเมืองคือหวังความนิยมจากประชาชน เป็นที่น่าสนใจว่าในจำนวนความช่วยเหลือด้านต่างๆที่ประเทศไทยได้รับจากสหรัฐอเมริกา (เฉพาะกิจการด้านพลเรือน) นับว่ากิจการด้านสุขภาพพลเมืองเป็นกิจการที่ได้รับความช่วยเหลือคิดเป็นมูลค่าได้มากเป็นอันดับต้นๆ พิจารณาจากงบประมาณความช่วยเหลือในปีแรก (พ.ศ.2493) ซึ่งกิจการสุขภาพได้รับงบประมาณเป็นอันดับ 2 ราว 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (จากงบประมาณรวม 57 ล้านดอลลาร์ ; อันดับ 1 ได้แก่

⁸⁷ หม่อมเจ้าวัลภากร วรวรรณ, “ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากองค์การระหว่างประเทศและต่างประเทศ,” ในกระทรวงสาธารณสุข, อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 516-517.

⁸⁸ “ความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลสหรัฐอเมริกาวันที่ 19 กันยายน 2493,” ใน หจช. (2)สร.0201.96/2 เบ็ดเสร็จความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและทางเทคนิคระหว่างไทย-อเมริกา (27 ต.ค.2492-25 ต.ค.2496).

กิจการเกษตรกรรมและป่าไม้ 12 ล้านเหรียญ, อันดับ 3 ได้แก่การศึกษา 6 ล้านเหรียญ)⁸⁹ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกิจการด้านสุขภาพพลเมืองในสายตาของต่างประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือเนื่องจากได้ประโยชน์หลายทาง ทั้งทางมนุษยธรรม, พัฒนาสังคม, พัฒนาการผลิตและเศรษฐกิจ รวมทั้งความนิยมจากประชาชน เป็นต้น

ตารางที่ 20 ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมที่ประเทศไทยได้รับจากสหรัฐอเมริกาในกิจการด้านต่างๆ⁹⁰

กิจการ	มูลค่าความช่วยเหลือต่อปี (ล้านเหรียญสหรัฐฯ)			
	2494	2495	2496	2497
การสาธารณสุข	2.058	2.494	2.225	1.210
เกษตรกรรม การป่าไม้ และการประมง	2.153	2.936	2.075	2.100
การคมนาคมขนส่ง	3.932	0.576	0.680	0.775
การศึกษา	-	0.469	0.865	0.530
ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ	0.733	0.519	0.355	0.385
รวม	8.876	6.994	6.200	5.000

สำหรับกิจการสุขภาพพลเมืองที่สหรัฐอเมริกาได้ดำเนินการช่วยเหลือมีดังเช่น การจัดตั้งหน่วยสุขศึกษาและให้อุปกรณ์ในทางสุขศึกษา การรับงานควบคุมโรคไข้จับสั่นและโรคเท้าช้างทั่วประเทศโดยการฉีดพ่นดี.ดี.ทีตามบ้านเรือนต่อเนื่องจากที่องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟได้เริ่มกิจการไว้ การช่วยเหลือการสร้างสุสานและโรงพยาบาลต่างๆในส่วนภูมิภาคพร้อมทั้งเครื่องอุปกรณ์ที่จำเป็น การจัดตั้งหน่วยอนามัยโรงเรียน, การจัดตั้งหน่วยควบคุมโรคพยาธิลำไส้ เป็นต้น⁹¹ ในจำนวนนี้นับว่าภาคอีสานเป็นบริเวณที่ได้รับการให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ดังเช่นที่ได้มีโครงการ

⁸⁹ “เสนอบันทึกความช่วยเหลือที่ประเทศไทยได้รับจากองค์การสหประชาชาติและสหรัฐอเมริกา วันที่ 23 มกราคม 2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.96/16 บันทึกยืนยันผลประโยชน์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากอเมริกา (23 ม.ค.2494-22 ส.ค. 2496).

⁹⁰ ที่มา James C.Ingram, *Economic Change in Thailand since 1850*, (Stanford. CA: Stanford University Press, 1955), p.224.

⁹¹ หม่อมเจ้าวัลภากร วรวรรณ, “ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากองค์การระหว่างประเทศและต่างประเทศ,” ใน *อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505*, หน้า 518-522.

บูรณะและทำนุบำรุงจังหวัดต่างๆทางภาคอีสาน โดยถือเป็นโครงการพิเศษและฉุกเฉินซึ่งจะปฏิบัติให้เสร็จสิ้นไปในระยะเวลา 1 ปี โดยแยกออกจากโครงการอื่นๆในปีนั้น มีการกำหนดจังหวัดที่อยู่ในบริเวณฉุกเฉินคืออยู่ใกล้บริเวณชายแดนหรือเป็นจุดยุทธศาสตร์ เช่น เลย หนองคาย อุดรธานี นครพนม สกลนคร ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ นครราชสีมา การช่วยเหลือตามโครงการฉุกเฉินจะแยกเป็นการบรรเทาทุกข์และการอพยพประชากร (อพยพชาวญวนจากภาคอีสานไปภาคใต้) การสาธารณสุข การเกษตร ชลประทาน ปศุสัตว์ ประมง, การคมนาคมสื่อสาร ซึ่งในจำนวนนี้นับว่างบประมาณของกิจการสาธารณสุขได้รับมากที่สุดคือ 1,120,000 เหรียญสหรัฐ ร่วมกับเงินจากรัฐบาลไทย 28,500,000 บาท ใช้ในการปราบโรคไข้จับสั่นและโรคเท้าช้าง การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคทางเดินอาหาร การควบคุมโรคพยาธิไส้ การสร้างโรงพยาบาลและสาธารณสุขจังหวัด การศึกษาทางแพทย์ การอนามัยศึกษา เป็นต้น⁹²

จะเห็นได้ว่าความช่วยเหลือต่างๆที่ไทยได้รับจากสหรัฐอเมริกาในกิจการด้านเศรษฐกิจและสังคมซึ่งแม้จะเป็นกิจการด้านพลเรือน แต่ก็ยังคงสัมพันธ์อยู่กับหลักการความมั่นคง แสดงให้เห็นถึงการช่วงชิงพื้นที่และมวลชนกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ ทั้งในการเร่งดำเนินการในพื้นที่ยุทธศาสตร์และการให้ความสำคัญกับการโฆษณาผลของกิจการ แม้แต่ชื่อขององค์การที่เป็นผู้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือก็ยังมีความหมายถึงกิจการด้านความมั่นคง เช่น MSA (Mutual Security Agency) หรือองค์การบริหารความมั่นคงร่วมกัน หรือกระทั่งในปีพ.ศ.2494 หลังจากที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกามีการออกกฎหมายใหม่ว่าด้วยความมั่นคงร่วมกัน รัฐบาลสหรัฐก็ได้มีการส่งหนังสือมาให้รัฐบาลไทยยืนยันหลักการบางประการเพื่อพิจารณาการให้ความช่วยเหลือต่อไป เช่น ยืนยันว่าจะร่วมดำรงไว้ซึ่งสันติภาพของโลกและส่งเสริมการป้องกันประเทศของไทยเองและของโลกเสรี เป็นต้น⁹³

ความช่วยเหลือจากต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกานั้น นอกจากจะเป็นไปเพื่อประโยชน์ในด้านความมั่นคงท่ามกลางความขัดแย้งทางการเมืองระหว่างประเทศแล้ว ยังเป็นไปเพื่อพัฒนาและควบคุมสภาวะการตลาดและทรัพยากรของประเทศกำลังพัฒนา เพื่อประโยชน์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลงทุนในประเทศเกษตรกรรม ที่โรคเมืองร้อนต่างๆ

⁹² “หนังสือจากประธานก.ศ.ว.ถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีวันที่ 23 กรกฎาคม 2496,” ใน หจข. (2)สร.0201.37/1 การบูรณะจังหวัดต่างๆภาคอีสาน (13 พ.ค.-30 ต.ค.2496).

⁹³ “หนังสือจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศถึงนายกรัฐมนตรีวันที่ 14 ธันวาคม 2494,” ใน หจข. (2)สร.0201.96/2 เบ็ดเสร็จความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและทางเทคนิคระหว่างไทย-อเมริกา (27 ต.ค.2492-25 ธ.ค.2496).

เช่นโรคไข้จับสั่นเป็นอุปสรรคสำคัญของคนในประเทศในการพัฒนาเศรษฐกิจและการผลิตอย่างเต็มที่ ขวัญสุดา รัตนชัยอธิบายว่าประเทศที่พัฒนาแล้วเชื่อว่าวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์จะช่วยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาเหล่านี้ดีขึ้นได้ และยังเป็น การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของคนในประเทศด้วย รวมทั้งเป็นการช่วยให้คนต้องถึ้นยอมรับวัฒนธรรมทางด้านอุตสาหกรรม เพื่อที่ประเทศพัฒนาแล้วจะได้อำนาจเข้าไปครอบงำเศรษฐกิจและการเมืองของประเทศเหล่านั้นได้สะดวกยิ่งขึ้น⁹⁴

ประเทศไทยมีพัฒนาการการรับความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาในทางสุขภาพมาตั้งแต่สมัยก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 โดยเป็นความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ที่มีความสัมพันธ์กับรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ความช่วยเหลือที่สำคัญของมูลนิธิที่มีต่อประเทศไทยในสมัยนั้นก็คือโครงการปราบพยาธิปากขอในชนบทที่ได้เข้ามาดำเนินการร่วมกับสภาอากาศและรัฐบาลไทยในระหว่างปีพ.ศ.2460-2471⁹⁵ ส่วนสาเหตุที่เลือกดำเนินการในเรื่องโรคพยาธิปากขอ นั้นก็เห็นได้ชัดว่าหวังผลในทางการผลิต เนื่องจากผลที่ตามมาจากรอคพยาธิปากขอก็คือโรคโลหิตจาง ซึ่งจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เพราะพยาธิดูดกินเลือดในร่างกาย โรคโลหิตจางที่เกิดขึ้นจากพยาธิปากขอนี้มีแนวโน้มที่จะรุนแรงในคนที่มีแร่ธาตุและโปรตีนต่ำ(ซึ่งคนไทยในสมัยนั้นก็เข้าข่ายที่ต้องระวังเนื่องจากนิยมบริโภคข้าวเป็นอาหารหลัก ยังไม่มีการรณรงค์ให้รับประทานอาหารประเภทโปรตีนซึ่งเกิดขึ้นในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม) ดังนั้นโรคพยาธิปากขอจึงมักเกี่ยวข้องกับโรคขาดสารอาหาร และในสภาพอากาศที่ร้อนและชื้นโดยเฉพาะในเขตที่มีการทำเหมืองแร่หรือการปลูกข้าวก็มีส่วนช่วยให้พยาธิปากขอแพร่พันธุ์ได้รวดเร็ว ดังนั้นเมื่อโรคนี้เกิดขึ้นกับกรรมกรหรือเกษตรกรแล้วก็ยอมทำให้การผลิตลดลง เป็นผลเสียต่อการลงทุน การให้ความช่วยเหลือในด้านกำจัดโรคพยาธิปากขอนี้จึงเห็นได้ชัดว่าเป็นความต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิต⁹⁶ และเมื่อทำสำเร็จได้ผลดีในระดับหนึ่งแล้วมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ก็ดำเนินการขั้นต่อไปคือการเข้าช่วยพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษาที่โรงเรียนราชพยาบาลในระหว่างปีพ.ศ.2466-2478⁹⁷ เพื่อให้ การแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นการแพทย์แนวทางหลักของรัฐ อันจะเป็นประโยชน์ในการลงทุนในขั้นต่อไป หลังจากนั้นประเทศไทยก็ได้มีการรับความช่วยเหลือในกิจกรรมด้านสุขภาพจาก

⁹⁴ ขวัญสุดา รัตนชัย, "จักรพรรดินิยมในการสาธารณสุข," สังคมศาสตร์การแพทย์ 2(1) (ตุลาคม-ธันวาคม 2521): 38.

⁹⁵ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," หน้า 127-132.

⁹⁶ ขวัญสุดา รัตนชัย, "จักรพรรดินิยมในการสาธารณสุข," หน้า 40-41.

⁹⁷ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน(พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," หน้า 159-161.

ต่างประเทศอย่างเด่นชัดอีกครั้งในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และมีประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือมากขึ้นกว่าเดิม กิจกรรมที่ช่วยเหลือก็มีความหลากหลายกว่าเดิมมาก มีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ โดยโรคที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการกำจัดในช่วงนี้ได้เปลี่ยนไปเป็นโรคไข้จับสั่น ซึ่งก็ยังคงเป็นโรคที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการผลิตเช่นเดิม

ความสัมพันธ์ระหว่างสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยในสมัยนี้อาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีระหว่างประเทศบางประการ เช่น แนวคิดรัฐบาลสัมพันธ์นิยม (Intergovernmentalism) ซึ่งอธิบายว่ารัฐเป็นศูนย์กลางและเชื่อว่าการเมืองระหว่างประเทศเป็นเรื่องของการต่อสู้แก่งแย่งกัน โดยอยู่ระหว่าง “สงครามและสันติภาพ” โดยถือว่าองค์การระหว่างประเทศเป็นเพียงการที่รัฐต่างๆ เข้ามาปกป้องผลประโยชน์แห่งรัฐตน จึงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างรัฐเป็นหลัก⁹⁸ ดังที่เกิดคือความสัมพันธ์ระหว่างรัฐไทยกับสหรัฐอเมริกา ซึ่งสหรัฐอเมริกาพยายามเข้ามาปกป้องผลประโยชน์ของตนในประเทศไทยและต่อสู้แก่งแย่งกับฝ่ายตรงข้ามคือฝ่ายคอมมิวนิสต์ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดภารกิจนิยม (Functionalism) ซึ่งอธิบายว่า รัฐบาลต้องแสวงหาผลประโยชน์ให้ชาติและประชาชนของตนโดยร่วมมือกับรัฐอื่น โดยยึดหลักความต้องการร่วมกันสำหรับระบบการจัดการสมัยใหม่ มุ่งความร่วมมือข้ามชาติในทางเทคนิคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเมื่อปลูกฝังความร่วมมือทางด้านใดด้านหนึ่งแล้วจะเกิดการ “spill over” หรือขยายไปยังด้านอื่นๆ ด้วย และทำให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน⁹⁹ ดังที่เกิดขึ้นคือการที่สหรัฐอเมริกาให้ความช่วยเหลือทางด้านการทหารและความมั่นคงมหาศาลแก่ประเทศไทย และก็ได้ขยายไปสู่การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งกิจการสุขภาพก็เป็นลำดับต้นๆ ที่ได้รับความสำคัญ

ผลของความช่วยเหลือจากต่างประเทศ

ในเรื่องของความช่วยเหลือจากต่างประเทศ อาจกล่าวได้ว่าในช่วงหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุดลงก็ได้มีความพยายามที่จะช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อความมุ่งหมายหลายอย่าง เช่น พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศกำลังพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจการค้าของประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือเอง รวมไปถึงเศรษฐกิจโลก การใช้ความช่วยเหลือเพื่อหาแนวร่วมสนับสนุนฝ่ายตนในบรรยากาศการต่อสู้ของอุดมการณ์ทางการเมือง หรือแม้แต่หลักมนุษยธรรมก็น่าจะส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือโดยเฉพาะในกิจการบางอย่างเช่น กิจการสุขภาพ การศึกษา การช่วยเหลือเด็ก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดองค์การ

⁹⁸ ขจิต จิตตเสวี, องค์การระหว่างประเทศ: องค์การระหว่างประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์และภูมิภาคภิวัตน์, หน้า 24-28.

⁹⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 28-35.

ระหว่างประเทศที่มีขึ้นเพื่อช่วยเหลือกิจการเหล่านี้ในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะเช่นองค์การอนามัยโลก องค์การช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ

สำหรับความช่วยเหลือในกิจการสุขภาพจะมีลักษณะเฉพาะที่นอกจากจะเป็นไปเพื่อหลักมนุษยธรรมหรือสิทธิมนุษยชนแล้ว โรคภัยไข้เจ็บบางอย่างยังสามารถแพร่กระจายได้อย่างกว้างขวาง นำไปสู่ความจำเป็นที่จะต้องหาทางป้องกันร่วมกัน การให้ความช่วยเหลือก็ถือเป็นการช่วยป้องกันตัวเองไปด้วย นอกจากนี้กิจการด้านสุขภาพยังสัมพันธ์กับเศรษฐกิจโดยตรง คือสัมพันธ์ทั้งกับจำนวนคนที่สามารถประกอบอาชีพซึ่งเป็นกำลังการผลิต รวมทั้งความแข็งแรงของคนที่ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการผลิต การปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนจึงสัมพันธ์กับการพัฒนาการผลิตและเศรษฐกิจ ดังที่เห็นได้บ่อยครั้งในการอธิบายเหตุผลของการดำเนินการป้องกันโรคใดๆ ก็มักจะระบุว่าโรคนั้นๆ ทำให้คนตายมาก หรือหากมีชีวิตรอดอยู่ก็ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ เป็นผลเสียต่อเศรษฐกิจ จึงต้องจัดการป้องกัน นอกจากนี้ยังได้ผลในทางขยายกลไกของรัฐด้านการกล่อมเกล่าและบริการทางสังคมไปสู่พลเมืองโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค

ความช่วยเหลือจากต่างประเทศในกิจการสุขภาพของพลเมืองทำให้การดำเนินการมีลักษณะเป็นวิชาการมากขึ้น มีการสำรวจจำนวนคนเป็นโรค การตั้งสถานค้นคว้าวิจัยโรค การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งเทคนิคใหม่ๆ ที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ ถือว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งต่างจากสมัยก่อนหน้าที่มักจะมีเพียงการขยายกิจการในทางปริมาณ นับได้ว่ารัฐบาลในช่วงนี้ได้ให้ความสำคัญกับการขยายกิจการสุขภาพในเชิงคุณภาพมากขึ้น ตั้งแต่กิจการบำบัดโรคที่มีการให้ความสำคัญกับการขยายสถานพยาบาลในระดับของโรงพยาบาลสู่ภูมิภาค และในกิจการควบคุมป้องกันโรคที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านวิชาการและเทคนิคใหม่ๆ จากต่างประเทศ ความเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพที่นำมาซึ่งมาตรการใหม่ๆ หลายอย่างได้ครอบคลุมพลเมืองมากขึ้นและส่งผลให้ต้องปรับวิถีชีวิต เช่น การฟันดี.ดี.ดี.ตามบ้านเรือน การฉีดวัคซีนแก่เด็กและเยาวชน เป็นต้น

วิธีการใหม่ๆ เหล่านี้รวมทั้งความช่วยเหลือในเรื่องเงินทุนและทรัพยากรต่างๆ ทำให้กิจการสุขภาพพลเมืองประสบความสำเร็จอย่างดี สามารถลดการตายและความเจ็บป่วยบางอย่างที่เป็นปัญหาเรื้อรังของสังคมไทยมาอย่างยาวนาน เช่น การลดจำนวนผู้ที่ตายจากโรคไข้จับสั่นต่อปีลงได้จาก 40,000-50,000 คนเหลือเพียง 15,000 คน การลดอัตราการตายของทารกต่อปีจาก 100 คนต่อเด็กเกิดพันคน เหลือเพียง 50 คนต่อเด็กเกิดพันคน การบำบัดผู้ป่วยโรคคุดทะราดจนแทบไม่เหลือเป็นปัญหาสังคม เป็นต้น จากการที่ได้เห็นต่างประเทศให้ความสำคัญกับการเข้ามาช่วยเหลือพัฒนากิจการสุขภาพพลเมืองอย่างใหญ่โตรวมทั้งเห็นความสำเร็จของกิจการดังนี้ ทำให้รัฐบาลไทยเองก็ให้ความสำคัญกับกิจการสุขภาพพลเมืองมากขึ้นโดยการเพิ่มงบประมาณของกระทรวง

สาธารณสุขทุกปีจากเดิมที่อยู่ในระดับ 3-7 ล้านบาทในช่วง 2-3 ปีหลังจากก่อตั้งกระทรวง ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็ได้มีการเพิ่มขึ้นเป็น 20-30 ล้านบาท และในช่วงหลังจากปีพ.ศ. 2493 ที่เริ่มมีการรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขก็เพิ่มขึ้นเป็น 50-120 ล้านบาท¹⁰⁰

ในปีพ.ศ.2496 ได้มีการสรุปผลประโยชน์ที่ได้รับจากความช่วยเหลือของต่างประเทศ โดยเฉพาะจากสหรัฐอเมริกาว่า มีผลในทางฟื้นฟูและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดยเฉพาะใน 3 กิจกรรมหลักคือ การเกษตร การสาธารณสุข และการศึกษา จะทำให้ได้ประโยชน์อย่างลึกซึ้ง โดยเป็นการเพิ่มการผลิตทั้งในทางตรงและทางอ้อม แต่ก็ยอมรับว่าการที่ต้องคอยจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อร่วมทุนการความช่วยเหลือจากต่างประเทศทำให้เกิดปัญหาในการจัดการงบประมาณของประเทศพอสมควร¹⁰¹

นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่าแม่ผู้นำประเทศในช่วงทศวรรษนี้เป็นคนเดียวกับในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มีนโยบายชาตินิยมสร้างชาติ รวมทั้งการร่วมมือกับญี่ปุ่นและต่อต้านฝ่ายสัมพันธมิตร แต่มาในสมัยนี้ก็กลับมีความสัมพันธ์กับสหรัฐอเมริกาที่เป็นผู้นำฝ่ายสัมพันธมิตรเดิมอย่างแนบแน่น มีการรับความช่วยเหลือต่างๆอย่างมากมาย แม้แต่เรื่องกิจการด้านสุขภาพที่เมื่อสมัยสร้างชาติมีการให้คำอธิบายไว้ว่า “การที่มีบ้านเมืองสกปรกโสภณและมีโรคภัยไข้เจ็บให้โลกเขาดูถูกและรังเกียจ จนไม่ช้าก็จะยื่นมือเข้ามาช่วยทำลายรังเชื้อโรคโดยอ้างว่าเพื่อสันติสุขของประเทศชาติอื่นๆ เป็นปัจจัยอันหนึ่งของการล่าเมืองขึ้นที่เราจะต้องป้องกัน”¹⁰² แม้จะเคยให้เหตุผลไว้โดยสัมพันธ์กับเอกราชซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญดังนี้ แต่เมื่อมาถึงสมัยนี้ก็กลับเป็นฝ่ายเชื่อเชิญต้อนรับการเข้ามาให้ความช่วยเหลือของต่างประเทศอย่างกระตือรือร้น แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเหตุผลและลำดับความสำคัญของรัฐว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดในเวลานี้สำหรับรัฐบาลคือการร่วมมือกับฝ่ายเสรีประชาธิปไตยในการต่อสู้กับฝ่ายคอมมิวนิสต์เพื่อความมั่นคงของประเทศ รวมทั้งการอาศัยความช่วยเหลือเพื่อเร่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ความช่วยเหลือจากต่างประเทศยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและได้มีการเพิ่มขึ้นอีกในช่วงทศวรรษ 2500 ในสมัย

¹⁰⁰ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, “ประวัติและผลงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 103-104.

¹⁰¹ “หนังสือจากประธานก.ศ.ว.ถึงนายกรัฐมนตรีวันที่ 8 ธันวาคม 2496,” ใน หจช. (2)สร.0201.96/2 เบ็ดเสร็จความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและทางเทคนิคระหว่างไทย-อเมริกา (27 ต.ค.2492-25 ธ.ค.2496).

¹⁰² “บทสนทนาระหว่างนายมัน ชูชาติ กับนายคง รักไทย แสดงทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 14-15 กันยายน พ.ศ. 2484,” ใน หจช. (2)สร.0201.18.1/1 บทสนทนาระหว่างนายมันกับนายคง แสดงทางวิทยุกระจายเสียงประจำเดือนตุลาคม (14 ก.ย.2484 – 27 พ.ย.2484).

รัฐบาลคณะปฏิวัติของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ที่มีนโยบายต่อต้านคอมมิวนิสต์อย่างเต็มที่ และมีการเริ่มใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ผลของกิจการสุขภาพต่อวิถีชีวิตของพลเมือง

การขยายบริการรักษาพยาบาลในรูปโรงพยาบาลประจำจังหวัดในทศวรรษ 2490 ทำให้พลเมืองจำนวนมากในส่วนภูมิภาคได้มีโอกาสเข้ารับบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ในลักษณะขั้นหนึ่ง กล่าวคือมีแพทย์ มีพยาบาล มีอุปกรณ์การตรวจและรักษาโรคต่างๆที่ทันสมัย รวมทั้งสามารถเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ต่างจากเดิมที่ต้องพึ่งพิงสุซศาลาซึ่งผู้ทำการรักษาส่วนมากอยู่ในระดับผู้ช่วยแพทย์เท่านั้น ไม่มีอุปกรณ์หรือเตียงที่พักในการให้การรักษามากนัก ด้วยคุณภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลก็สามารถดึงดูดให้มีผู้มาเข้ารับบริการจำนวนมากตามสถิติที่ปรากฏ แต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มีความแตกต่างจากการรักษาตามสุซศาลา ซึ่งเป็นสิ่งที่พลเมืองจะต้องปรับตัว กล่าวคือในโรงพยาบาลผู้ที่ทำการรักษา คือแพทย์ซึ่งมีความรู้ในทางการแพทย์สมัยใหม่อย่างเต็มที่และมีอำนาจเต็มในการรักษาผู้ป่วย การจะดำเนินการกับผู้ป่วยอย่างไรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ เป็นความสัมพันธ์ที่เต็มไปด้วยอำนาจทางวิชาชีพมากกว่าสมัยที่ต้องติดต่อกับผู้ช่วยแพทย์และสุซศาลา

นอกจากนั้นสืบเนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ใช้การรักษาตามแนวทางการแพทย์สมัยใหม่ แพทย์ที่ปฏิบัติงานก็เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญา ยาที่ใช้ก็เป็นยาแผนปัจจุบันที่โดยมากต้องนำเข้าจากต่างประเทศ โดยรวมแล้วค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจการจึงเป็นจำนวนมาก ทางด้านของผู้ป่วยเมื่อมาเข้ารับการรักษา ก็หมายถึงการยอมรับแล้วใน การที่จะปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ผู้รักษา ซึ่งจะทำการตรวจวินิจฉัยโรคไปจนถึงการรักษาโรค ความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายและเครื่องมือต่างๆระหว่างการรักษา รวมทั้งค่าบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นกว่าสมัยที่ผ่านมาเป็นจำนวนไม่น้อย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่นๆในวิถีชีวิตตามมาเพื่อรักษาความสมดุลในรายรับและรายจ่าย สำหรับพลเมืองที่มีฐานะไม่เพียงพอสำหรับการไปรักษาที่โรงพยาบาล ก็อาจยังใช้บริการสุซศาลาและแพทย์พื้นบ้านซึ่งคาดว่าน่าจะยังพอมีเหลืออยู่ในท้องถิ่นแต่มีจำนวนน้อยลงจากผลของการขึ้นทะเบียนแพทย์แผนโบราณ

นอกจากบริการรักษาพยาบาลแล้วพลเมืองยังได้รับผลจากการขยายการควบคุมป้องกันโรคของรัฐบาลซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศอย่างมาก สามารถทำให้อัตราการป่วยและตายจากโรคหลายอย่างที่เป็นปัญหาในสังคมมาอย่างยาวนานลดลงได้มากมาย เช่น ไข้จับสั่น คุดทะราด วัณโรค ฯลฯ แต่ก็ต้องแลกกับการที่พลเมืองต้องปรับตัวให้เข้ากับการรับวิทยาการทาง

การแพทย์ใหม่ๆ ที่เข้ามาในชุมชนเพื่อจัดการกับโรคเหล่านี้ เช่น การฉีดดี.ดี.ที.ตามบ้านเรือน การฉีดวัคซีนบี.ซี.จี. เป็นต้น ซึ่งวิทยาการเหล่านี้ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากโรคหนึ่งเพิ่มไปสู่อีกโรคหนึ่ง จากมาตรการหนึ่งไปสู่อีกมาตรการหนึ่ง ซึ่งพลเมืองก็ต้องคอยปรับตัวตาม

อย่างไรก็ตามผลที่เกิดขึ้นจากการลดลงของการตายและการเจ็บป่วยจากโรคเหล่านี้อย่างมากในเวลาอันรวดเร็ว น่าจะมีผลในการทำให้พลเมืองมีประสิทธิภาพการผลิตเพิ่มมากขึ้นสมดังความตั้งใจของรัฐบาล การผลิตที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้พลเมืองส่วนหนึ่งมีรายได้เพิ่มมากขึ้น แต่รายได้ที่เพิ่มขึ้นบางส่วนก็อาจต้องถูกใช้ไปในการดูแลสุขภาพคุณภาพ โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

ภาพรวมของกิจการสุขภาพพลเมืองหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

ภายหลังจากสิ้นสุดของสงครามโลกครั้งที่ 2 พร้อมกับกำกับการสิ้นสุดของสมัยแห่งรัฐบาสชาตินิยมเชิอผู้นำ ประเทศไทยก็ได้ก้าวสู่ช่วงสั้นๆของสมัยรัฐบาลพลเรือนและการเฟื่องฟูของแนวคิดประชาธิปไตยตามแบบของประเทศตะวันตก มีการจัดตั้งพรรคการเมือง มีการเลือกตั้ง มีการตรารัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ความเฟื่องฟูของแนวคิดประชาธิปไตยนี้ก็ได้ส่งผลถึงกิจการสุขภาพพลเมืองด้วย เนื่องจากหลักการประชาธิปไตยจะสัมพันธ์อยู่กับประโยชน์ของประชาชน หลักเรื่องความเสมอภาค เท่าเทียม ทัวถึง รวมไปถึงการเรียกคะแนนความนิยมจากประชาชน คล้ายกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครองใหม่ๆ มีการวางนโยบายจะขยายบริการทางสุขภาพไปให้ทั่วถึงประชาชนในส่วนภูมิภาคโดยการจัดให้มีโรงพยาบาลทุกจังหวัด และขยายสุขภาพศาลาให้ทั่วถึงในระดับอำเภอและตำบลที่เป็นที่ชุมนุมชน แม้ว่าในที่สุดแล้วจะไม่ได้เห็นผลในการดำเนินการใดๆที่เป็นรูปธรรมนัก เนื่องจากความผันผวนทางการเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลหลายครั้งในช่วงเวลาเพียง 2 ปี ทำให้แต่ละรัฐบาลไม่สามารถที่จะดำเนินการใดๆได้อย่างจริงจัง แต่ก็นับว่าแสดงถึงหลักการประชาธิปไตยที่กลับมาส่งผลต่อการวางนโยบายของรัฐบาล หลังจากที่ถูกบดบังไปบ้างด้วยวาทกรรมชาตินิยมเชิอผู้นำในสมัยที่ผ่านมา

เมื่อมาถึงสมัยรัฐบาลคณะรัฐประหารในช่วงทศวรรษ 2490 ความต้องการขยายกิจการสุขภาพพลเมืองสู่ประชาชนก็ยังคงอยู่ แม้ว่าความเฟื่องฟูของประชาธิปไตยจะลดลงแล้ว แต่ก็ถูกแทนที่ด้วยแนวคิดความมั่นคงในบรรยากาศของการต่อสู้ของอุดมการณ์การเมืองระหว่างประเทศ ซึ่งประเทศไทยเลือกอยู่ฝ่ายเสรีประชาธิปไตยและต่อต้านฝ่ายคอมมิวนิสต์ กิจการสุขภาพพลเมืองก็นับได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วงชิงฐานมวลชน รวมทั้งควบคุมอยู่ในความดูแล ไม่ให้ถูกฝ่ายคอมมิวนิสต์แทรกแซงมาเข้าถึงได้ มีการดำเนินการขยายกิจการสุขภาพพลเมืองอย่างจริงจังและรอบด้าน ซึ่งก็ได้รับความสนับสนุนเป็นอย่างมากจากสหรัฐอเมริกาผู้นำฝ่ายเสรีประชาธิปไตย และ

จากองค์การระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพพลเมืองยังได้รับคำอธิบายว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจอีกด้วย โดยสัมพันธ์กับการปรับปรุงการผลิตของประชากร

เมื่อมองในแง่ของบริบททางเศรษฐกิจ ช่วงทศวรรษ 2490 เป็นช่วงสมัยที่กลุ่มผู้นำรัฐบาลซึ่งมีที่มาจากพรรครัฐประหารได้ทำทุกวิถีทางที่จะสร้างอาณาจักรทางเศรษฐกิจโดยเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกกิจการทางธุรกิจทั้งในและนอกอำนาจรัฐ มีความพยายามที่จะสร้างชาติและสร้างฐานการผลิตโดยใช้งบประมาณรัฐ เงินจากกลุ่มธุรกิจ และความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ภาวะคุกคามทางการเมืองจากภายนอกได้หมดไปจากการเมืองระหว่างประเทศแต่เปลี่ยนมาเป็นอำนาจทางเศรษฐกิจแทน อิทธิพลอเมริกาได้เข้ามาแทนอังกฤษและฝรั่งเศส ในช่วงทศวรรษนี้ ระบบทุนนิยมรัฐถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือระหว่างประเทศผ่านทางองค์การระหว่างประเทศเช่น ธนาคารโลก (IMF) องค์การสหประชาชาติ (UN) องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) รวมทั้งความช่วยเหลือจากอเมริกาได้เข้าไปยังกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีประเทศไทยด้วย ส่วนในทางธุรกิจก็มีความเชื่อมโยงทางธุรกิจกับบริษัทข้ามชาติใหญ่ๆ เช่น บริษัทยา บริษัทเครื่องมือการผลิต โดยมีกลุ่มเกษตรกรรวมเป็นเป้าหมายหลัก รวมไปถึงสินค้าอุปโภคบริโภคพื้นฐาน¹⁰³

การแพทย์และกิจกรรมสุขภาพก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกิจกรรมของกลุ่มทหารที่มีอำนาจปกครองต้องการให้กิจกรรมสุขภาพช่วยสร้างรัฐชาตินิยมที่มีอัตราการเกิดของประชากรสูงและอัตราการตายต่ำ และเพื่อการนี้เครือข่ายโรงพยาบาลก็ถูกสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมบริการด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างนายแพทย์นิติย์ เวชวิศิษฎ์ กับจอมพลป.พิบูลสงคราม ทำให้โครงการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลการแพทย์สมัยใหม่สำเร็จลุล่วงไปได้ รัฐยังได้ขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงกิจการสุขภาพแม่และเด็กจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นกิจการที่รวมทั้งการให้การศึกษาและการให้บริการแม่และเด็กซึ่งจะช่วยประชาชนให้ตอบรับต่อการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นคงของชาติและการพัฒนาสาธารณสุขส่งผลให้มีการปรับปรุงสุขภาพแม่และเด็กเพื่อการเติบโตของประชากร โดยแลกกับการที่รัฐบาลยอมจ่ายทรัพยากรในการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อที่จะป้องกันจากการยอมให้ประชาชนรักษากันเอง ในช่วงเวลาของการพัฒนาที่มีปัญหาในการตอบสนองความต้องการของประชาชนในชนบททางด้านสุขภาพ ก็มีการใช้ผู้ช่วย

¹⁰³ Chanet Wallop Khumthong, "The Politics and Socio-Economic Transformation of the Thai Health Care System," ใน พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ชาติชาย มุกสง, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548), หน้า 148-149.

แพทย์แทนแพทย์ปริญญา ในรูปแบบนี้ทำให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆได้เข้ามามีบทบาทบ้างแต่ก็ต้องอยู่ในระดับที่ควบคุมได้เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อกิจการผูกขาดทางการแพทย์สมัยใหม่

อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงยังคงเป็นปัญหาที่แก้ไม่ได้ โดยเฉพาะสำหรับชาวชนบทที่รายได้น้อย เนื่องจากธรรมชาติของการสร้างโรงพยาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ประชาชนผู้เข้าใช้บริการก็ต้องมีค่าใช้จ่ายสูงด้วย การจัดโครงสร้างสภาการแพทย์ที่มีสมาชิกเป็นชนชั้นนำคือแพทย์จากโรงเรียนแพทย์สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอุตสาหกรรมสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนในทางการแพทย์มากกว่าสาธารณสุขและการแพทย์สังคม ชนภูมิจึง วัลลภ ขุมทอง ได้ให้คำนิยามระบบการแพทย์และสาธารณสุขช่วงนี้ว่า “การให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพเชิงพาณิชย์ภายใต้ภาพของระบบสาธารณสุขเพื่อประชาชน (Health Care and Medical Services Commercialised under the Cloak of Public Sector Health Care System)¹⁰⁴

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁰⁴ Chanet Wallop Khumthong, “The Politics and Socio-Economic Transformation of the Thai Health Care System,” หน้า 152-153.

บทที่ 5

บทวิเคราะห์และเปรียบเทียบ

ในบทนี้จะทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและสุขภาพพลเมือง ระหว่างพ.ศ.2475-2500 ในแง่มุมต่างๆ เพื่อให้เข้าใจในภาพรวมได้มากยิ่งขึ้น

กิจการสุขภาพพลเมืองในฐานะกิจการหนึ่งของประเทศ

ในบทต่างๆที่ผ่านมา ผู้เขียนได้พยายามอธิบายถึงความสำคัญของกิจการสุขภาพพลเมือง ที่มีต่อรัฐบาลแต่ละสมัย อันเป็นสาเหตุให้รัฐบาลนั้นๆใส่ใจกับปัญหาสุขภาพพลเมือง เช่น บางรัฐบาลต้องการใช้กิจการสุขภาพพลเมืองในการเรียกความนิยมจากประชาชน บางรัฐบาลต้องการใช้กิจการสุขภาพพลเมืองในการเพิ่มจำนวนพลเมืองเพื่อสนับสนุนนโยบายชาตินิยม สร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ บางรัฐบาลต้องการใช้กิจการสุขภาพพลเมืองเป็นฐานซึ่งพลังเมืองจากการแทรกซึมของกลุ่มการเมืองฝ่ายตรงข้าม และเพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ ผลักดันประเทศเข้าสู่ฐานะที่สูงขึ้นในสายตาของนานาชาติ เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้ว่ากิจการสุขภาพพลเมืองจะมีความสำคัญต่อรัฐบาลดังที่กล่าวมา แต่ก็เพียงหนึ่งในกิจการต่างๆของรัฐบาลซึ่งก็ล้วนมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศทั้งสิ้น การจะเปรียบเทียบว่ากิจการใดสำคัญกว่าก่อนเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเพราะอยู่ที่มุมมองของแต่ละคน ซึ่งในที่นี้คือมุมมองของรัฐบาลในการให้ความสำคัญกับกิจการด้านต่างๆของประเทศซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินการ

การเปรียบเทียบความสำคัญของกิจการต่างๆในมุมมองของรัฐบาลอาจสามารถพิจารณาได้คร่าวๆผ่านงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งมีการแบ่งจ่ายให้แก่กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ มากน้อยตามลำดับความสำคัญของงาน การเปรียบเทียบเช่นนี้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งเมื่อพิจารณากิจการสุขภาพพลเมืองกับกิจการด้านอื่นที่สัมพันธ์กับพลเมืองเช่นกัน เช่น การศึกษา การเกษตร การคมนาคม การเศรษฐกิจ การอุตสาหกรรม เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 งบประมาณรายจ่ายกระทรวงต่างๆ (บางกระทรวงคิดรวมกัน) ของรัฐบาลระหว่าง พ.ศ.2477-2500¹

พ.ศ.	งบประมาณทั้งหมด	กลาโหม	มหาดไทย	สาธารณสุข*	ศึกษาธิการ**	เศรษฐกิจ-พาณิชย์-อุตสาหกรรม***	เกษตร-สหกรณ์****	คมนาคม*****
2477	79,259,614	16,971,360	18,887,256	1,363,510	8,408,029	6,942,678		
2478	89,041,371	22,671,382	19,838,446	1,609,428	10,011,713	3,336,248	4,280,092	
2479	102,445,816	23,550,000	21,715,705	2,028,102	11,181,402	11,583,045	4,348,181	
2480	105,456,781	27,000,000	21,172,951	2,198,689	12,054,677	11,866,779	4,660,538	
2481	116,768,968	28,158,959	23,319,832	2,151,377	15,370,051	12,859,628	5,637,082	
2482 (6 เดือน)	62,576,661	16,210,000	11,963,079	1,044,574	7,114,233	6,492,916	2,843,703	
2483 (15 เดือน)	146,226,581	46,926,733	25,233,654	2,949,728	14,584,971	13,686,821	6,887,525	
2484	153,252,124	38,550,000	32,074,342	3,168,071	18,374,906	14,927,166	8,609,899	323,309
2485	147,681,783	40,721,794	28,930,450	3,235,023	17,091,021	1,478,872	6,867,503	18,450,495
2486	150,997,769	40,377,125	27,195,918	4,411,719	18,825,797	1,727,439	6,957,604	19,509,669
2487	235,460,328	47,236,167	38,837,525	5,968,953	21,936,057	1,951,502	8,712,438	20,558,278
2488	327,246,023	47,142,923	45,724,301	9,168,219	22,866,847	2,103,498	9,809,977	29,718,511
2489	507,020,391	144,679,834	71,630,692	12,480,508	26,355,065	2,287,148	12,256,825	29,491,604

¹ ตัวเลขรวบรวมและคำนวณมาจากพระราชบัญญัติงบประมาณและพระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีที่เกี่ยวข้อง โดยคำนวณรวมทั้งงบประมาณประจำปีและงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีนั้นของแต่ละกระทรวง บางกระทรวงที่กิจการมีความสัมพันธ์กันก็นำมารวมเข้าด้วยกัน และงบประมาณบางส่วนที่ไม่ได้อยู่ในงบประมาณของกระทรวงใดๆ แต่เป็นกิจการที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงนั้นก็ให้นำมารวมด้วย เช่น เงินบำรุงประถมศึกษานำมารวมเข้ากับงบประมาณกระทรวงศึกษาธิการ เงินบำรุงกำลังทางเรือนำมารวมเข้ากับงบประมาณกระทรวงกลาโหม เป็นต้น รายละเอียดการอ้างอิงอยู่ในรายการอ้างอิง.

* ระหว่างปีพ.ศ.2477-2484 งบประมาณที่ปรากฏเป็นงบประมาณของกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ภายหลังจากพ.ศ.2485 ที่มีกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่ปรากฏจึงเป็นงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข.

** เดิมเรียกว่ากระทรวงธรรมการแต่ได้เปลี่ยนเป็นกระทรวงศึกษาธิการในปีพ.ศ.2484.

*** เดิมคือกระทรวงเศรษฐกิจหรือกระทรวงการเศรษฐกิจ ต่อมาในปีพ.ศ.2485 ก็ได้มีการแยกเป็นกระทรวงอุตสาหกรรมและกระทรวงพาณิชย์ งบประมาณที่ปรากฏคืองบประมาณของกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงอุตสาหกรรมรวมกัน และต่อมาในปีพ.ศ.2496 กระทรวงพาณิชย์ก็เปลี่ยนชื่อกลับมาเป็นกระทรวงเศรษฐกิจ.

**** เดิมเป็นกิจการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงเศรษฐกิจ มีกรมเกษตร กรมชลประทาน กรมการประมง กรมสหกรณ์ กรมที่ดินและโลหกิจ และกรมป่าไม้ แต่ในปีพ.ศ.2478 กรมเหล่านี้ได้แยกมาตั้งเป็นกระทรวงใหม่คือกระทรวงเกษตรธิการ และต่อมาในปีพ.ศ.2495 ก็ได้แยกเป็นกระทรวงสหกรณ์เพิ่มอีก 1 กระทรวง งบประมาณที่ปรากฏคืองบประมาณของกระทรวงเกษตรธิการและกระทรวงสหกรณ์รวมกัน.

***** เดิมเป็นกิจการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงเศรษฐกิจ มีกรมเจ้าท่า กรมไปรษณีย์โทรเลข กรมรถไฟ แต่ในปีพ.ศ.2484 ได้มีการแยกมาตั้งเป็นกระทรวงใหม่คือกระทรวงคมนาคม และเพิ่มกรมการขนส่ง และกรมทางไว้ในสังกัดด้วย.

ตารางที่ 21 (ต่อ)

พ.ศ.	งบประมาณทั้งหมด	กลาโหม	มหาดไทย	สาธารณสุข	ศึกษาธิการ	เศรษฐกิจ-พาณิชย์-อุตสาหกรรม	เกษตร-สหกรณ์	คมนาคม
2490	557,793,245	134,999,721	88,527,143	23,454,733	36,317,704	3,329,131	19,469,025	56,583,381
2491	678,927,109	147,291,185	108,893,678	30,325,187	88,266,704	2,881,027	24,103,242	81,971,730
2492	752,911,997	175,957,747	120,704,452	34,018,464	94,989,761	4,839,161	40,778,998	91,130,590
2493	924,852,463	208,034,554	141,411,226	55,365,349	125,794,786	13,180,989	56,467,731	108,882,800
2494	1,178,468,462	256,553,000	175,785,300	78,125,637	158,392,280	10,534,745	61,514,431	124,356,377
2495	1,354,956,478	377,992,247	262,869,351	74,183,991	215,545,022	5,566,404	59,830,910	47,910,798
2496	1,859,822,324	462,310,000	381,235,926	127,039,249	273,139,779	8,734,967	110,916,394	59,060,087
2497	2,043,710,917	595,104,000	400,134,007	114,483,452	300,987,713	19,843,655	122,876,510	60,025,312
2498	1,979,722,722	595,104,000	386,817,410	86,528,496	250,979,271	8,305,591	85,105,738	43,918,863
2499*	4,647,480,504	802,143,193	606,629,746	86,781,637	268,719,768	14,113,527	97,796,930	49,652,587
2500	5,069,990,082	758,463,193	525,327,692	69,609,885	133,102,047	16,925,127	72,973,316	46,363,343

จะเห็นได้ว่ากระทรวงที่ได้รับงบประมาณมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 เกือบทุกปีก็คือ กระทรวงกลาโหม ซึ่งจะได้รับประมาณร้อยละ 20-30 ของงบประมาณทั้งหมด รองลงมาก็คือ กระทรวงมหาดไทยซึ่งได้รับใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 15-25 ของงบประมาณทั้งหมด รองลงมาอีกคือกระทรวงศึกษาธิการได้รับประมาณร้อยละ 8-15 ของงบประมาณทั้งหมด และ กระทรวงคมนาคมซึ่งได้รับประมาณร้อยละ 8-13 ของงบประมาณทั้งหมด (ตั้งแต่ปีพ.ศ.2495 เป็นต้นไป ลดลงเหลือร้อยละ 2-4) รองจากนั้นจึงเป็นกระทรวงอื่นๆตามลำดับกล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขได้รับประมาณร้อยละ 2-7 ของงบประมาณทั้งหมด กระทรวงในกลุ่มเกษตรและสหกรณ์ได้รับรวมกันประมาณร้อยละ 2-6 ของงบประมาณทั้งหมด และกระทรวงในกลุ่มเศรษฐกิจ-พาณิชย์-อุตสาหกรรมได้รับน้อยที่สุดคือประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของงบประมาณทั้งหมด เท่านั้น

นอกจากงบประมาณประจำปีสำหรับกระทรวงต่างๆแล้ว ยังมีงบประมาณรายจ่ายพิเศษ หรือที่ต่อมาเรียกว่างบประมาณรายจ่ายวิสามัญ ซึ่งเป็นเงินที่รัฐบาลต้องการใช้จ่ายในการบำรุง หรือส่งเสริมหรือลงทุนในกิจการใดๆเป็นการพิเศษนอกเหนือไปจากงบประมาณที่จัดให้กับ กระทรวงเจ้าของกิจการนั้น เช่น เงินพิเศษในการป้องกันประเทศ เงินบำรุงการขนส่ง การทาง การรถไฟ เป็นต้น ยิ่งเวลาผ่านไปกิจการที่รัฐบาลต้องการบำรุงก็มีมากขึ้น จนกระทั่งงบประมาณพิเศษนี้มีมูลค่าสูงขึ้นจนเกือบจะอยู่ในระดับเดียวกับงบประมาณสามัญ และกิจการที่ได้รับการบำรุงเป็น

* งบประมาณรายจ่ายรวมของประเทศระหว่างปีพ.ศ.2499-2500 ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากผิดปกติ ทั้งที่กิจการหลักด้านต่างๆก็ใช้งบประมาณในระดับเดิม เป็นเพราะใช้งบประมาณในการขึ้นเงินเดือนข้าราชการและสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรปีละราว 1,500-2,000 ล้านบาท.

พิเศษบางอย่างก็ได้รับเงินมากกว่างบประมาณประจำปีของบางกระทรวงเสียอีก กิจกรรมที่ได้รับ การบำรุงจากรัฐบาลอย่างมากและต่อเนื่องมีดังเช่น การรถไฟ การทาง การไปรษณีย์โทรเลข การขนส่ง การชลประทาน เป็นต้น

ตารางที่ 22 กิจกรรมที่ได้รับเงินจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษอย่างสม่ำเสมอระหว่าง พ.ศ.2477-2500²

พ.ศ.	งบประมาณพิเศษทั้งหมด	การรถไฟ	ชลประทาน	ไปรษณีย์-โทรเลข	การสนกรณ	การสร้างทาง	การขนส่ง
2477	5,183,305	1,547,000	1,529,805	178,000	700,000	1,165,000	
2478	9,179,827	1,434,000	1,502,000	390,000	700,000	3,276,000	
2479	13,021,351	2,660,800	975,397	415,000	1400,000	4,500,000	
2480	15,941,688	2,349,700	1,950,224	633,953	1000,000	6,000,000	2,924,000
2481	24,160,227	2,500,000	2,217,206	352,070	48,000	8,930,627	4,000,000
2482	15,815,279	1,221,300	863,236	207,256	100,000	6,787,589	2,586,000
2483	25,203,064	3,874,690	2,635,577	771,226	180,000	6,937,498	5,198,200
2484	58,234,963	4,944,800	3,233,072	2,031,285		12,355,923	6,364,044
2485	96,137,609	1,423,183	2,808,456	1,947,960	10,000	13,809,950	2,549,218
2486	129,757,593	1,972,660	2,804,500	451,003	58,548	8,799,910	2,112,649
2487	198,072,751	4,261,570	4,214,150	3,239,385	58,000	26,865,000	2,268,288
2488	300,891,719	1,113,850	3,892,756	124,590	98,500	5,269,700	1,596,888
2489	676,339,709	22,216,060	5,054,446	851,314	2,498,500	4,596,700	1,721,248
2490	702,934,922	51,916,500	9,273,516	6,000,000	7,309,000	12,269,180	6,607,748
2491	1,169,266,355	90,372,200	15,403,456	10,208,000	11,008,150	16,642,964	2,492,776
2492	1,546,744,298	188,201,375	50,977,079	6,572,316	4,569,800	30,406,620	8,546,076
2493	1,744,738,770	162,432,250	84,139,608	5,363,857	15,968,960	126,627,275	33,274,213
2494	2,318,888,444	67,487,740	201,809,560	10,372,765	10,125,500	185,948,773	52,161,180*
2495	3,281,955,493	55,719,500	197,000,000	5,500,000	21,461,163	159,059,140	
2496	3,388,206,616	151,110,000	198,065,220	12,000,000	42,070,000	263,000,000	
2497	3,633,326,776	57,000,000	105,554,700	20,000,000	40,000,000	560,000,000	
2498	3,436,762,742	57,000,000	95,600,000	15,000,000	38,100,000	423,490,860	
2499	1,264,935,807	369,000,000	183,382,340	13,245,946	10,000,000	235,614,760	
2500	1,274,066,297	262,000,000	177,645,380	17,700,426	11,040,440	254,003,970	

² ตัวเลขรวบรวมและคำนวณมาจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษหรืองบประมาณรายจ่ายวิสามัญ ทั้งประเภทลงทุนและไม่ลงทุน ที่ปรากฏในพระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีและพระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีที่เกี่ยวข้อง.

* หลังจากปีพ.ศ.2494 เงินบำรุงการขนส่งก็เปลี่ยนเป็นเงินสนับสนุนบริษัทต่างๆที่เกี่ยวกับการขนส่ง เช่น บริษัทขนส่ง บริษัทการบิน เป็นต้น.

เงินงบประมาณรายจ่ายพิเศษนี้แม้จะคิดรวมเป็นมูลค่าจำนวนมาก แต่ก็มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่ส่งผลถึงประชาชนน้อยเมื่อเทียบกับมูลค่ารวมทั้งหมด โดยส่วนใหญ่จะใช้ไปในการเพิ่มเงินป้องกันประเทศ เพิ่มเงินเดือนพิเศษข้าราชการ หรือในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ก็ต้องใช้เงินจำนวนมากในการเจรจาและจ่ายค่าชดเชยให้แก่ฝ่ายสัมพันธมิตร รวมทั้งเงินบำรุงองค์การระหว่างประเทศ กิจกรรมที่ส่งผลถึงประชาชนและได้รับการจ่ายเงินบำรุงอย่างสม่ำเสมอจากรัฐบาลก็คือ กิจกรรมที่รวบรวมไว้ในตารางที่ 22 ได้แก่ การรถไฟ การชลประทาน การไปรษณีย์โทรเลข การสร้างทาง การสหกรณ์ การขนส่ง เป็นต้น โดยกิจกรรมด้านการรถไฟ การชลประทาน และการสร้างทางจะได้รับการบำรุงมากเป็นพิเศษ ซึ่งเป็นกิจกรรมในกลุ่มการคมนาคมขนส่งและการเกษตรกรรม นอกจากนี้กิจกรรมที่ได้รับการบำรุงอย่างสม่ำเสมอเหล่านี้แล้วยังมีอีกหลายกิจกรรมที่มักจะได้รับ การบำรุงจากรัฐบาลอยู่เสมอๆ โดยจะเป็นกิจกรรมในกลุ่มอุตสาหกรรมและการค้า รวมไปถึงการพัฒนาการเกษตรและสิ่งทอ เช่น การบำรุงอุตสาหกรรมฝ้าย อุตสาหกรรมน้ำตาล เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าแต่ละกิจการย่อยๆจะได้รับเงินไม่มากเท่ากิจกรรมในกลุ่มการคมนาคม แต่เมื่อมีหลายโครงการรวมกันแล้วก็นับเป็นมูลค่ามหาศาลในกิจการกลุ่มเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม³

กิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแทบไม่ได้รับเงินบำรุงจากงบประมาณพิเศษนี้เลย แม้ว่าจะเป็นกิจการที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน การบำรุงจะมีนานๆครั้งและเป็นจำนวนที่ไม่มากนักเมื่อเทียบกับกิจการที่ได้รับการบำรุงอื่นๆ โดยมักเป็นการบำรุงเรื่องการเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์ ซึ่งก็ไม่ใช่เป็นกิจการสุขภาพที่ส่งผลกับประชาชนมากดังเช่นการขยายโรงพยาบาลหรือสุขาศาลา หรือบุคลากร หรือหากจะมีเงินบำรุงด้านสุขภาพของประชาชนบ้างก็จะอยู่ในเงินที่บำรุงในภาพรวมต่างๆ เช่น เงินบำรุงท้องที่ เงินบำรุงเศรษฐกิจ และเงินที่ใช้ในการร่วมมือกับต่างประเทศ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างงบประมาณรายจ่ายสามัญและงบประมาณรายจ่ายพิเศษก็อาจพบแนวโน้มที่น่าสนใจเกี่ยวกับกิจการที่รัฐบาลให้ความสำคัญบางประการ (พิจารณาเฉพาะกิจการที่ได้รับงบประมาณมาก หรือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของประชาชน) กล่าวคือกิจการอันดับแรกที่รัฐบาลให้ความสำคัญคือความมั่นคง ทั้งความมั่นคงในแง่ของการป้องกันประเทศซึ่งเป็นหน้าที่ของกระทรวงกลาโหม และความมั่นคงในแง่ของการรักษาความสงบภายใน ซึ่งเป็นหน้าที่ของหลายหน่วยงานร่วมกันแต่ส่วนใหญ่แล้วเป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย ทั้งกระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทยได้รับงบประมาณเป็นอันดับ 1 และ 2 ตลอดมา รวมทั้งได้รับเงินบำรุงจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษเป็นจำนวนมากด้วย เช่น เงินป้องกันประเทศ เงิน

³ ดูรายละเอียดได้ในงบประมาณรายจ่ายพิเศษหรืองบประมาณรายจ่ายวิสามัญ ในพระราชบัญญัติงบประมาณและพระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมของปีที่เกี่ยวข้อง.

บำรุงท้องที่ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเงินที่สัมพันธ์กับเหตุการณ์พิเศษต่างๆอีก เช่น เงินค่าใช้จ่ายในการปราบกบฏ เงินที่ใช้ในการเจรจากับสหประชาชาติ รวมทั้งเงินชดเชยที่ต้องจ่ายแก่ฝ่ายสัมพันธมิตร ฯลฯ การใช้เงินจำนวนมากไปในเรื่องความมั่นคงเช่นนี้เป็นสิ่งที่รัฐบาลได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ตลอดมา ตั้งแต่การคัดค้านจากส.ส.ในสภาโดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการเลือกตั้งมาจากท้องถื่น ไปจนถึงคำโฆษณาโจมตีจากฝ่ายคอมมิวนิสต์ต่อต้านรัฐบาลในทศวรรษ 2490 ที่ล้วนต้องการให้รัฐบาลใช้จ่ายเงินในการบำรุงเศรษฐกิจและสังคมให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากกว่าการบำรุงด้านความมั่นคง

กิจการลำดับที่ 2 ที่รัฐบาลให้ความสำคัญคือกิจการด้านการคมนาคมขนส่ง โดยกระทรวงคมนาคมเป็นกระทรวงที่มีการเติบโตเร็วมากหลังจากที่ก่อตั้งกระทรวงในปีพ.ศ.2484 ก็ได้รับงบประมาณแบบก้าวกระโดดขึ้นมาอยู่ในลำดับต้นๆเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่น และก็ยังคงเพิ่มมากขึ้นอีกในทศวรรษ 2490 นอกจากนี้กิจการบางอย่างของกระทรวงคมนาคมยังได้รับการให้ความสำคัญจากรัฐบาลอย่างมาก คือได้รับเงินบำรุงจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษอย่างมหาศาล คือกิจการด้านการรถไฟและการสร้างทาง รวมไปถึงการขนส่งและการไปรษณีย์โทรเลข สาเหตุที่กิจการเหล่านี้ได้รับความสำคัญอย่างมากจากรัฐบาลคงเป็นเพราะเป็นกิจการที่เกี่ยวข้องอยู่กับความมั่นคงด้วย กล่าวคือการขยายการคมนาคมสื่อสารไปถึงประชาชนได้อย่างกว้างไกลก็เท่ากับการขยายขอบเขตอำนาจของรัฐในการเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้นด้วย รวมทั้งยังส่งผลต่อการขยายการดำเนินกิจการอื่นๆของรัฐต่อประชาชนได้อีก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 2490 ที่รัฐต้องการควบคุมป้องกันพลเมืองจากการแทรกซึมของฝ่ายคอมมิวนิสต์ ซึ่งก็ได้รับความสนับสนุนอย่างมากจากสหรัฐอเมริกาด้วย

กิจการด้านการคมนาคมสื่อสารเป็นกิจการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 เนื่องจากมีประโยชน์ในการลำเลียงทหาร เสบียง และอาวุธยุทโธปกรณ์ รวมไปถึงเวชภัณฑ์ต่างๆ ทำให้กระทรวงคมนาคมได้รับการยกฐานะเป็นกระทรวงในปีพ.ศ.2484 และก็ได้รับงบประมาณเป็นจำนวนมากตลอดมา ในทศวรรษ 2490 กิจการด้านการคมนาคมสื่อสารยิ่งก้าวหน้าอย่างมาก ระหว่างพ.ศ.2491-2499 สามารถสร้างทางหลวงได้สำเร็จถึง 529 สาย ซึ่งทางหลวงที่มีผู้นิยมใช้กันมากในช่วงนั้นคือถนนมิตรภาพ สายสระบุรี-นครราชสีมา นอกจากนี้ยังมีการสร้างทางรถไฟอีก 5 สายด้วย⁴

กิจการลำดับที่ 3 ที่ได้รับการให้ความสำคัญจากรัฐบาลคือกิจการในกลุ่มที่เกี่ยวข้องเศรษฐกิจของประเทศ กล่าวคือกิจการด้านการเกษตรกรรม การอุตสาหกรรม และการค้าขาย ใน

⁴ ปิยนาด บุณนาค, ประวัติศาสตร์ไทยสมัยใหม่ (ตั้งแต่การทำสนธิสัญญาบาวริงถึงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516), (กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ผลงานวิชาการ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550), หน้า 247.

งบประมาณรายจ่ายสามัญ กระทรวงเกษตรและกระทรวงสหกรณ์ได้รับงบประมาณรวมกันอยู่ในอันดับกลางๆ ในขณะที่กระทรวงเศรษฐกิจแม้ว่าจะได้รับงบประมาณค่อนข้างมากระหว่าง พ.ศ.2477-2484 แต่หลังจากที่มีการตั้งกระทรวงคมนาคมขึ้นในปีพ.ศ.2484 กระทรวงเศรษฐกิจก็ได้รับงบประมาณน้อยลงอย่างมาก รวากับว่ายกงบประมาณไปให้กระทรวงคมนาคมทั้งหมด หลังจากนั้นยังมีการแยกกระทรวงเศรษฐกิจเป็นกระทรวงพาณิชย์กับกระทรวงอุตสาหกรรมอีกในปีพ.ศ.2485 ทำให้งบประมาณต้องกระจายกันไปและถึงแม้จะรวมงบประมาณของทั้งสองกระทรวงแล้วก็ยังถือว่าได้รับงบประมาณน้อยเมื่อเทียบกับกระทรวงอื่น อย่างไรก็ตามแม้ว่างบประมาณประจำปีที่กระทรวงกลุ่มที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจเหล่านี้ได้รับจะมีน้อย แต่กิจการหลายอย่างในหน้าที่กลับได้รับเงินบำรุงจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษจำนวนมากโดยเฉพาะการชลประทานและการสหกรณ์ซึ่งเป็นงานในหน้าที่ของกระทรวงเกษตรธิการและต่อมาก็ได้แยกเป็นกระทรวงการสหกรณ์อีกในปีพ.ศ.2495 รวมไปถึงเงินบำรุงอีกจำนวนมากที่มีให้แก่กิจการอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมย่อยอื่นๆ รวมแล้วหลายสิบล้านการในแต่ละปี นับได้ว่าถึงอย่างไรเรื่องเศรษฐกิจก็ยังคงเป็นเรื่องที่รัฐได้ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ

ในเรื่องกิจการที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลได้มีความพยายามที่จะบำรุงกิจการเกษตรกรรมมาตั้งแต่สมัยหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเป็นชาวนา มีการออกกฎหมายบางอย่างเพื่อป้องกันไม่ให้นายทุนเอาเปรียบชาวนา เช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยการยึดทรัพย์ของกสิกร พ.ศ.2475 และพระราชบัญญัติห้ามเรียกเก็บดอกเบี้ยเกินอัตรา พ.ศ.2475 เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้มีการยกเลิกภาษีอากรต่างๆที่ไม่เป็นธรรมซึ่งมีมาตั้งแต่สมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ เช่น ภาษีนาเกลือ ภาษีสมพัสสร การลดเงินรัชชูปการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้มีการช่วยเหลือชาวนาในการจัดตั้งสหกรณ์ต่างๆอีกด้วย โดยรวมแล้วก็คือการบำรุงชาวนาให้สามารถประกอบการเกษตรกรรมได้เต็มที่และได้รับประโยชน์มากขึ้น สำหรับทางด้านการอุตสาหกรรมก็ได้มีการส่งเสริมให้เอกชนไทยประกอบอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้ในระหว่างพ.ศ.2475-2481 ได้เกิดโรงงานอุตสาหกรรมขึ้นหลายประเภทในประเทศไทยทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน เช่น โรงงานสุรา โรงงานยาสูบ โรงงานทอผ้า โรงงานกระดาษ โรงงานน้ำตาล เป็นต้น ซึ่งในหลายๆกิจการรัฐบาลก็ได้ใช้เงินจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษเพื่อช่วยบำรุงด้วย⁵

ต่อมาในสมัยรัฐบาลชาตินิยมของจอมพลป.พิบูลสงคราม ระหว่างพ.ศ.2481-2487 รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายชาตินิยมทางเศรษฐกิจ มีการส่งเสริมให้ประชาชนประกอบอาชีพเป็นหลักฐาน มีการปลูกฝังความคิดว่าเป็นการประกอบอาชีพเพื่อช่วยชาติ โดยอาชีพที่สำคัญซึ่งรัฐบาลสนับสนุนให้มีการประกอบอาชีพคืออาชีพในด้านการเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชย์

⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 156-157.

ยกรรม นอกจากนี้ยังมีการโอนกิจการต่างๆของชาวต่างชาติโดยเฉพาะฝ่ายสัมพันธมิตรมาเป็นของ รัฐและทำการประกอบธุรกิจขนาดใหญ่เองโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับความมั่นคงของชาติ โดย เป็นไปในรูปบริษัทกึ่งราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทธุรกิจ ดำเนินการด้วยเงินสนับสนุนมากมาย จากงบประมาณรายจ่ายพิเศษหรืองบประมาณวิสามัญของรัฐบาล เช่น บริษัทค้าพืชผลไทย บริษัทพืชกสิกรรม บริษัทข้าวไทย บริษัทเดินเรือไทย เป็นต้น ซึ่งกิจการเหล่านี้ถือว่ารัฐบาลเป็นผู้ถือหุ้นรายใหญ่ และก็มี การตั้งบุคคลสำคัญของรัฐบาลหรือคณะราษฎรเข้าไปร่วมเป็น กรรมการบริหารด้วย จึงเป็นแหล่งผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจที่สำคัญของรัฐบาล⁶

ต่อมาในทศวรรษ 2490 รัฐบาลคณะรัฐประหารก็ยังคงใช้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมโดย รัฐกล่าวคือเป็นแบบแผนการผลิตที่มีผู้ประกอบการคือรัฐ ผู้ปกครอง นายทุน และนายทุนต่างชาติ แต่ในสมัยนี้มีสิ่งๆที่เพิ่มเติมคือการสร้างธุรกิจส่วนตัวรวมทั้งรัฐวิสาหกิจเป็นจำนวนมากในสังกัดของ กระทรวงต่างๆ รัฐบาลคณะรัฐประหารใช้หน่วยงานทางเศรษฐกิจเพื่อแบ่งปันผลประโยชน์ให้แก่ พรรคพวกของตน โดยเฉพาะการแข่งขันกันประกอบธุรกิจของกลุ่มชอกราชครูและกลุ่มสี่เสา เทเวศร์ ซึ่งต่างก็ใช้อำนาจอำนาจและบารมีทางการเมืองในระบอบราชการส่งเสริมค้าเงินธุรกิจของ ตนและพวกพ้อง⁷ กล่าวได้ว่าแม้รัฐบาลจะมีการบำรุงและสนับสนุนกิจการด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ตลอดมา แต่ก็เป็นส่วนที่มีไว้เพื่อเสริมอำนาจและผลประโยชน์ของรัฐบาลและพวกพ้อง ประโยชน์ ทางเศรษฐกิจที่ตกถึงประชาชนทั่วไปยังมีน้อยอยู่

กิจการลำดับสุดท้ายที่สัมพันธ์กับพลเมืองและดูจะได้รับความสำคัญจากรัฐบาลน้อยกว่า กิจการด้านอื่นๆ คือกิจการด้านการพัฒนาสังคมและประชากร ซึ่งกิจการที่สำคัญก็คือการศึกษา และการสาธารณสุข แม้ว่าทั้งกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณที่ ค่อนข้างมากเป็นอันดับต้นๆตลอดมา โดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการที่ได้รับงบประมาณเป็นรอง เพียงกระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทย สำหรับกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รับงบประมาณ เพิ่มขึ้นอย่างมากในทศวรรษ 2490 ที่มีนโยบายสำคัญคือการขยายโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด และการควบคุมป้องกันโรคต่างๆที่ร่วมมือกับต่างประเทศ ทำให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมนาน 2 เท่า แต่ในส่วนของเงินบำรุงจากงบประมาณรายจ่ายพิเศษกลับได้รับน้อยมากใน กิจการของทั้งสองกระทรวงเมื่อเทียบกับกิจการของกระทรวงอื่น แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลมองว่า กิจการด้านการศึกษาและการสาธารณสุขเป็นงานประจำในหน้าที่เท่านั้น ได้รับเพียงงบประมาณ ของกระทรวงก็เพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องได้รับการบำรุงเป็นพิเศษเพิ่มขึ้น แม้ว่ากิจการด้าน สาธารณสุขจะได้รับการอธิบายจากรัฐบาลบ่อยครั้งว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตซึ่งจะ

⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 179-181

⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า 245-246.

ช่วยพัฒนาเศรษฐกิจ แต่รัฐบาลก็ยังให้การบำรุงส่งเสริมกิจการนี้น้อยกว่ากิจการที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจโดยตรงเช่นการเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม รวมไปถึงการคมนาคมสื่อสาร อาจเป็นไปได้ว่ารัฐบาลมองว่าทั้งกิจการด้านการศึกษาและการสาธารณสุขเป็นกิจการที่จะให้ผลในระยะยาวถึงยาวมาก จึงไม่มีความจำเป็นจะต้องบำรุงอย่างเร่งด่วนเหมือนกิจการด้านอื่นที่อาจจะเป็นปัญหาฉุกเฉินที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของช่วงสมัยนั้นมากกว่า เช่น ปัญหาการคมนาคมขนส่ง ปัญหาการเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ซึ่งรายจ่ายพิเศษหลายอย่างของกิจการเหล่านี้ก็มากกว่างบประมาณประจำปีของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขเสียอีก เช่น การรถไฟ การชลประทาน การสร้างทาง เป็นต้น

พระยาสุนทรพิพิธ อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เคยแสดงความเห็นถึงความสำคัญของกิจการด้านสาธารณสุขและการศึกษาว่า “เป็นปัจจัยสำคัญแก่ชีวิตมนุษย์... และการเป็นกำลังอันดีของประเทศชาติ” และต้องบำรุงกิจการทั้งสองไปพร้อมๆกัน โดยมีหลักการว่าบุคคลใดที่แม้จะมีสุขภาพสมบูรณ์ แต่หากขาดวิชาความรู้ที่จะประกอบอาชีพเพื่อประโยชน์ของตนเองและประเทศชาติ ก็ยังนับเป็นบุคคลที่ไม่สมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกันแม้จะเป็นบุคคลที่มีทรัพย์สินและสติปัญญาดี แต่มีสุขภาพไม่ดี เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นประจำ ก็ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองหรือประเทศชาติได้ พระยาสุนทรพิพิธเห็นว่า การสาธารณสุขและการศึกษา “เป็นการบำรุงประชาชนโดยตรง เพื่อให้เกิดสมรรถภาพและประสิทธิภาพอันเกิดเป็นกำลังอันดีแก่ประเทศชาติ เป็นประโยชน์”⁸

พระยาสุนทรพิพิธยังได้มีการเปรียบเทียบกิจการที่รัฐบาลได้ดำเนินการด้านการศึกษากับการสาธารณสุขโดยอาศัยสถิติต่างๆ กล่าวคือ ในปีพ.ศ.2498 จำนวนโรงเรียนทั้งประเทศมี 23,556 โรงเรียน จำนวนนักเรียนรวม 3,393,527 คน จำนวนครูอาจารย์รวม 103,357 คน สำหรับทางด้านสาธารณสุข จำนวนสถานพยาบาลซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาล สถานีอนามัย และสถานพยาบาลของเอกชนทั้งหมดมี 397 แห่ง จำนวนแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 รวมสาขาเวชกรรมและทันตกรรมมี 2,637 คน ชั้น 2 มี 1,376 คน แพทย์แผนโบราณมี 37,378 รวมจำนวนแพทย์รักษาโรคทุกชั้นมี 41,391 คน ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนพลเมืองที่มีราว 20 ล้านคนในปีพ.ศ.2499 แล้วจะเห็นว่าประเทศไทยมีโรงเรียน 1 แห่งต่อนักเรียน 145 คน ในขณะที่มีสถานพยาบาล 1 แห่งต่อพลเมือง 21,345 คน มีครู 1 คนต่อนักเรียน 33 คน แต่มีแพทย์ 1 คนต่อพลเมือง 484 คน ซึ่งถ้าคิดเฉพาะแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 ก็จะเป็นแพทย์ 1 คนต่อพลเมือง 7,585 คน นอกจากนี้งบประมาณประจำปีพ.ศ.2499 กระทรวงศึกษาธิการได้รับ 268,719,768 บาท ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข

⁸ พระยาสุนทรพิพิธ, “สาธารณสุขศึกษา,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, (พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500), หน้า 465.

ได้รับ 86,781 637 บาท เฉลี่ยแล้วพลเมืองได้รับค่าบำรุงการศึกษาหัวละ 13 บาท ถ้าคิดเฉพาะนักเรียนก็ได้รับหัวละ 89 บาท ส่วนค่าบำรุงสาธารณสุขได้รับหัวละ 4 บาท นับว่าเมื่อเทียบกันแล้วรัฐบาลน่าจะเห็นความสำคัญของการบำรุงการศึกษามากกว่าการบำรุงสุขภาพของพลเมือง⁹

พระยาสุนทรพิพิธได้สรุปว่าสิ่งที่สำคัญซึ่งควรนำมาคิดในการบำรุงเรื่องสุขภาพพลเมืองก็คือรายเฉลี่ยจำนวนแพทย์ จำนวนสถานพยาบาล ต่อจำนวนพลเมือง “ตราบใดที่แพทย์และสถานพยาบาลยังไม่กระจายทั่วถึงชุมชนทุกนิคมชนบท ตราบนั้นก็ตองกล่าวว่ชีวิตของประชากรยังไม่ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ...ยังตองตกอยู่ในความหวาดหวั่นว่กำลังของชาติจะสูญเสียบโดยมิได้รับการรักษาเยียวยาตามสมควรตลอดไป”¹⁰ ดังนั้นแม้ว่รัฐบาลจะสามารถดำเนินการขยายโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศในทศวรรษ 2490 แต่จะยังนับเป็นความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงไม่ได้เนื่องจากตามตำบลและหมู่บ้านยังขาดแคลนสถานพยาบาลอยู่ และรัฐบาลก็ยังคงต้องมีความพยายามในการขยายสถานพยาบาลไปยังเขตชนบทต่อไปในทุกสมัย

โดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่าสิ่งที่รัฐบาลต้องการจากกิจการด้านสาธารณสุขน่าจะเป็นผลที่ได้ในระยะสั้นหรือรวดเร็วหรือเห็นได้ชัด เช่น ผลทางการเมืองในการเรียกความนิยม หรือผลในการตั้งสถานีของรัฐอยู่ในท้องถิ่นเพื่อคอยควบคุมดูแลพลเมือง รวมทั้งผลของการลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยเพื่อประโยชน์ทางอ้อมในการเพิ่มผลผลิต ซึ่งผลเหล่านี้รัฐบาลคงได้วิเคราะห์แล้วว่างบประมาณตามหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่าที่มีก็เป็นการเพียงพอแล้ว ไม่ต้องมีเงินบำรุงเป็นพิเศษ ยังไม่ถึงขั้นที่จะต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพลเมืองอย่างจริงจังอันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังทศวรรษ 2520 เป็นต้นไป จากที่มีการประกาศหลักการสากลเรื่องสุขภาพถ้วนหน้า (Health for all) และการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

เปรียบเทียบกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐแต่ละสมัยระหว่างพ.ศ.2475-2500

แม้ว่รัฐบาลทุกสมัยจะมีการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมือง แต่ก็เป็นไปในลักษณะที่แตกต่างกัน มีปัจจัยหรือแรงผลักดันที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากสภาพบริบทในเรื่องสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและอุดมการณ์หลักที่ให้ความสำคัญซึ่งเปลี่ยนไปในแต่ละสมัยแม้จะเป็นช่วงเวลาที่ไม่ยาวนานก็คือ 25 ปี

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบได้อย่างชัดเจนมากขึ้นก็ควรจะย้อนกลับไปถึงกิจการสุขภาพในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ด้วย ซึ่งก็เริ่มมีการจัดกิจการสุขภาพพลเมืองอย่างเป็นระบบในสมัย

⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 471.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน, หน้า 472.

รัชกาลที่ 5 ในช่วงเวลาเดียวกับที่มีการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ มีการก่อตั้งสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศไทยรวมทั้งหน่วยงานที่ดูแลกิจการสุขภาพพลเมืองคือกรมพยาบาลในปีพ.ศ. 2431 และก็มีมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกิจการเรื่อยมาจนเป็นกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทยในปีพ.ศ.2461 และสามารถรวมกิจการสุขภาพพลเมืองในส่วนเมืองหลวงและส่วนภูมิภาคได้ในปีพ.ศ.2468

ปัจจัยหลักๆ ที่ส่งผลให้เกิดการดำเนินการด้านสุขภาพพลเมืองในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 จนถึงช่วงก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 ก็คือการปฏิรูปประเทศเพื่อเข้าสู่ความเป็นรัฐสมัยใหม่ มีการให้ความสำคัญกับพลเมืองมากขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการผลิตและเศรษฐกิจ รวมทั้งเพื่อแก้ปัญหาโรคระบาดซึ่งคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมาก ส่งผลเสียต่อทั้งความมั่นคงและเศรษฐกิจของประเทศ ยิ่งความเจริญด้านการคมนาคมและชุมชนเมืองมีมากขึ้นแนวโน้มของโรคระบาดก็มีความรุนแรงมากขึ้นด้วย จำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เพื่อจัดการควบคุม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจากภายนอกประเทศเช่น ปัญหาโรคระบาดระหว่างประเทศที่ส่งผลให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศทางด้านสุขอนามัยและการป้องกันโรคระบาดต่างๆ กำหนดมาตรฐานในการจัดการป้องกันโรคระบาดโดยใช้วิธีการสมัยใหม่ เช่น การกักกันเรือ การสุขาภิบาล เป็นต้น ซึ่งภาวะความสะอาดนี้ยังเป็นสิ่งซึ่งแสดงความทันสมัยความเป็นอารยะในสายตาของนานาประเทศอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ที่เริ่มจากการเข้ามาปรับปรุงปัญหาทางสุขภาพของชาวชนบทที่ส่งผลเสียต่อการผลิต เช่น ปัญหาโรคพยาธิ เมื่อได้ผลเป็นที่พอใจแล้วก็เปลี่ยนมาเป็นการสนับสนุนในเมืองหลวงที่เป็นศูนย์กลางของประเทศ โดยช่วยเหลือในด้านการผลิตแพทย์และพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลคือเป็นแพทย์ปริญญาบัตร พยาบาลปริญญาบัตร แต่ก็มีข้อเสียคือผลิตได้ช้า แต่ละปีมีผู้สำเร็จการศึกษาน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการบุคลากรในด้านนี้ของประเทศ

จุดเด่นของกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์จนถึงก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองคือการขยายจัดตั้งหน่วยงานเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพของพลเมืองทั่วประเทศรวมไปถึงการผลิตบุคลากรทางการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในการดำเนินงานก็สามารถขยายบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานไปสู่พลเมืองในส่วนภูมิภาคได้ในระดับหนึ่งคือ การสุขาภิบาล การควบคุมป้องกันโรคระบาด การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ การจำหน่ายแจกจ่ายยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น แต่ก็ยังเป็นเพียงขั้นพื้นฐานเท่านั้น ยังไม่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่มากในชนบทซึ่งเป็นที่อยู่ของพลเมืองส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งก็เป็นจุดด้อยที่สำคัญของกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยนี้ กล่าวคือบริการสุขภาพกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวงและเมืองใหญ่ๆ ตามชนบทมีเพียงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน

ต่อมาเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โดยเฉพาะเมื่อการเมืองมีเสถียรภาพมากขึ้น มีการเลือกตั้งครั้งแรกในปีพ.ศ.2476 ได้รัฐบาลที่มีพระยาพหลพลพยุหเสนา เป็นนายกรัฐมนตรีระหว่างพ.ศ.2477-2481 อุดมการณ์หลักของรัฐในสมัยนี้ก็คือการเผยแพร่ระบอบการปกครองใหม่ให้เป็นที่นิยมในหมู่ประชาชนพลเมือง รวมทั้งการให้ความสำคัญกับหลักการทางประชาธิปไตย ได้แก่ สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค เริ่มมีการก่อตั้งของแนวคิดเรื่องชาติและพลเมืองของชาติซึ่งจะนำพาชาติไปสู่ความเจริญก้าวหน้า เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐบาล กล่าวคือเป็นทั้งการสร้างควมนิยมในหมู่พลเมืองว่ารัฐบาลดูแลประชาชนดีกว่ารัฐบาลในระบอบเก่า และกิจการสุขภาพยังส่งผลในเรื่องการลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายซึ่งเป็นการเพิ่มพลเมือง เพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตอีกด้วย ส่งผลต่อความเจริญในทางเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกคือองค์การระหว่างประเทศที่ต้องการให้ประเทศต่างๆ ใส่ใจกับปัญหาสุขภาพพลเมืองและโรคระบาดด้วย เช่น องค์การสันนิบาตชาติและสันนิบาตสุขภาพชาติ

จุดเด่นของกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยรัฐบาลของพระยาพหลพลพยุหเสนาคือการเปิดโอกาสให้หลายฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองมากขึ้น เช่น การตั้งคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศซึ่งสมาชิกประกอบไปด้วยแพทย์และผู้ทรงความรู้ในทางการแพทย์และสาธารณสุข การเปิดโอกาสให้ราษฎรแสดงความคิดเห็นในกิจการของประเทศซึ่งก็มีข้อเสนอในการดำเนินการด้านสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทของส.ส. โดยเฉพาะที่มาจากกรเลือกตั้งจากท้องถิ่นต่างๆ ที่คอยตรวจสอบและผลักดันให้รัฐบาลดำเนินการต่างๆ เพื่อประโยชน์ของพลเมืองในท้องถิ่นรวมทั้งประโยชน์ในทางสุขภาพด้วย ซึ่งบทบาทของส.ส. ในสภาเช่นนี้จะปรากฏอยู่ตลอดจนสิ้นสุดช่วงเวลาการศึกษา

กิจการหลักๆ ที่รัฐบาลได้ดำเนินการก็คือการขยายสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะสุขาสาที่สร้างได้จำนวนมากพร้อมๆ กับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ชั้นรอง คือ ผู้ช่วยแพทย์จำนวนมาก เพื่อบรรเทาปัญหาของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ชั้น 1 รวมทั้งยังให้โอกาสแพทย์แผนโบราณในการช่วยเหลือจัดการกับปัญหาสุขภาพพลเมืองโดยเฉพาะในชนบทด้วย แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาล นอกจากนี้ยังมีการขยายการควบคุมโรคต่างๆ ที่เป็นปัญหาที่สำคัญ คือ มีผู้ที่เป็นโรคนั้นมาก หรือเป็นโรคที่ส่งผลเสียหายต่อสังคม เช่น โรคไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคจิต เป็นต้น รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายโรคติดต่ออันตราย เพื่อให้ครอบคลุมวิถีชีวิตในทางสุขภาพของพลเมืองได้มากขึ้นและสามารถจัดการกับปัญหาโรคระบาดได้อย่างทันท่วงทีมากขึ้น นับว่าเป็นการขยายกิจการสุขภาพพลเมืองที่เกินขั้นพื้นฐานและดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมรอบด้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามจุดด้อยที่สำคัญของกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยนี้ก็คือการขาดแคลนแพทย์และบุคลากร ซึ่งแม้จะพยายามเร่งผลิตบุคลากร

อย่างมากแล้วแต่ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชน รวมไปถึงการขยายสถานพยาบาล ซึ่งแม้จะขยายสุขภาพได้มาก แต่เมื่อเทียบกับจำนวนท้องที่และประชากรทั้งหมดแล้วก็นับว่ามีน้อยมาก ในช่วงแรกๆมีสุขภาพเพียงจังหวัดละ 1-3 แห่งเท่านั้น แต่ปัญหานี้ก็จะค่อยๆบรรเทาลงไปตามกาลเวลาเมื่อมีการขยายสถานพยาบาลได้มากขึ้นเรื่อยๆ

ต่อมาในสมัยรัฐบาลของจอมพลป.พิบูลสงครามระหว่างพ.ศ.2481-2487 มีอุดมการณ์หลักคือชาตินิยมสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ ท่ามกลางสถานการณ์คือภาวะสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งประเทศไทยก็เข้าร่วมสงครามด้วยโดยอยู่ฝ่ายอักษะ และมีทหารญี่ปุ่นเข้ามาตั้งฐานทัพในประเทศไทย ในสมัยนี้กิจการด้านสุขภาพก็ได้รับผลจากนโยบายชาตินิยมของรัฐบาล กล่าวคือรัฐบาลต้องการให้พลเมืองสร้างตัวเองเพื่อสร้างชาติ โดยการรักษาร่างกายให้แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อจะได้ประกอบกรงานอาชีพได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องการเพิ่มพลเมืองทั้งในทางปริมาณและคุณภาพเพื่อเป็นกำลังของประเทศ สร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ รวมทั้งสร้างความทันสมัย ความเป็นอารยะในสายตาของต่างประเทศด้วย มีการยกฐานะกรมสาธารณสุขให้เป็นกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2485 เพื่อให้ดูแลกิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศโดยเฉพาะ

จุดเด่นของการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยสร้างชาตินี้คือการส่งเสริมการสร้างร่างกายของบุคคล เร่งเพิ่มอัตราการเกิดและลดอัตราการตายด้วยวิธีต่างๆ เพื่อเพิ่มจำนวนพลเมือง นอกจากนี้ยังมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพร่างกายของพลเมืองอีกด้วย เช่น การใช้หลัก “พันธุ์ดี” เพื่อให้ประชากรในรุ่นต่อไปเป็นประชากรที่มีร่างกายแข็งแรง และสติปัญญาดี ในสมัยนี้การโฆษณาและสุศึกษาก้าวหน้ามากเพื่อโน้มน้าวให้ประชาชนปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล และรัฐบาลสามารถเข้าถึงชีวิตประจำวันของประชาชนได้มากขึ้นตั้งแต่การกินจนถึงการนอน จุดด้อยที่สำคัญของกิจการสุขภาพในสมัยนี้ก็คือความเป็นชาตินิยมที่เข้มข้นมาก ควบคุมชีวิตประจำวันของประชาชนอย่างมากจนบางครั้งประชาชนก็ไม่ต้องการจะทำตามอีก รวมทั้งภาวะสงครามที่ทำให้เกิดการขาดแคลนเวชภัณฑ์และเงินทุนที่จะมาบำรุงกิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยตรง ทำให้ต้องใช้วิธีโฆษณาชวนเชื่อให้ประชาชนปฏิบัติตามนโยบายของรัฐแทน นอกจากนี้กิจการบางอย่างยังเป็นกิจการเฉพาะสมัยซึ่งเมื่อเปลี่ยนรัฐบาลแล้วก็ไม่มีการดำเนินการต่อ เช่น การอุปการะลูกไทย การจัดงานวันแม่ เป็นต้น

ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุดลง ประเทศไทยก็เข้าสู่ช่วงสมัยของรัฐบาลพลเรือนที่มาจากพรรคเลือกตั้ง ซึ่งมีอุดมการณ์หลักคือการฟื้นฟูความเป็นประชาธิปไตยซึ่งลดน้อยลงไป ในสมัยรัฐบาลชาตินิยมซึ่งมีลักษณะอำนาจนิยมโดยเฉพาะในระหว่างสงคราม นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพสังคมและสภาพจิตใจพลเมืองภายหลังสงครามรวมทั้งยังต้องพยายามรักษาเอกราชของชาติจากการที่เป็นฝ่ายพ่ายแพ้ในสงครามโลกครั้งที่ 2 กิจการสุขภาพ

พลเมืองก็ได้รับผลจากปัจจัยเหล่านี้ด้วยกล่าวคือมีความพยายามที่จะกระจายบริการสุขภาพไปให้ถึงประชาชนมากขึ้นตามหลักสิทธิและความเสมอภาคในหลักการประชาธิปไตย เริ่มมีการตั้งนโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเจรจากับฝ่ายสัมพันธมิตรและได้เข้าร่วมองค์การสหประชาชาติ เป็นการยกฐานะในเวทีโลก รวมไปถึงการเข้าเป็นสมาชิกขององค์การระหว่างต่างๆอันจะนำมาซึ่งความช่วยเหลืออย่างมากในทศวรรษ 2490

จุดเด่นของกิจการสุขภาพพลเมืองในช่วงสมัยนี้คือการให้ความสำคัญกับสวัสดิการต่างๆของประชาชนที่จะต้องกระจายไปอย่างเท่าเทียมและทั่วถึงอันเนื่องมาจากการฟื้นฟูหลักการประชาธิปไตย รวมไปถึงการฟื้นฟูสุขภาพประเทศภายหลังสงคราม แต่จุดด้อยที่สำคัญก็คือการที่รัฐบาลไม่มีเสถียรภาพ ต้องเปลี่ยนรัฐบาลหลายครั้งในช่วงเวลาเพียง 2 ปี ทำให้การดำเนินการใดๆไม่มีความต่อเนื่อง

ช่วงสมัยสุดท้ายที่ทำการศึกษาคือสมัยรัฐบาลคณะรัฐประหารระหว่างพ.ศ.2490-2500 ที่มีอุดมการณ์สำคัญคือการต่อต้านคอมมิวนิสต์ ในสถานการณ์ของสงครามเย็นระหว่างค่ายเสรีประชาธิปไตยที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำ กับฝ่ายคอมมิวนิสต์ที่มีสหภาพโซเวียตเป็นผู้นำ ประเทศไทยภายใต้การนำของจอมพลป.พิบูลสงครามเลือกที่จะอยู่ฝ่ายเสรีประชาธิปไตยต่อต้านคอมมิวนิสต์ ทำให้ได้รับการสนับสนุนต่างๆจากสหรัฐอเมริกาอย่างมาก กิจการสุขภาพพลเมืองก็ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเหล่านี้ด้วย โดยเป้าหมายหลักก็ยังคงเป็นการลดอัตราการป่วยและตายเพื่อเพิ่มพลเมืองและประสิทธิภาพในการผลิต แต่จะลดลักษณะความเป็นชาตินิยมที่ต้องการเป็นมหาอำนาจลงไป โดยในสมัยนี้รัฐบาลยอมรับว่าประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาซึ่งต้องการความช่วยเหลือในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมจากประเทศพัฒนาแล้ว นอกจากนี้กิจการสุขภาพพลเมืองยังมีประโยชน์ในการช่วงชิงพลเมืองกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ โดยการขยายการควบคุมดูแลพลเมืองที่อยู่ตามท้องถิ่นต่างๆในทางสุขภาพ ในรูปของการขยายโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัด และเพิ่มสุขศาลาตามอำเภอและตำบล กิจการสุขภาพพลเมืองสมัยนี้ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกอย่างมากด้วย คือความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศในทางสุขภาพ ซึ่งส่วนมากจะเป็นในเรื่องการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการควบคุมป้องกันโรคต่างๆ ซึ่งสามารถลดอัตราการป่วยและตายได้มากพอสมควร นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาทั้งในด้านการทหาร การคมนาคม เศรษฐกิจ และสังคม รวมไปถึงสุขภาพพลเมือง จากการเป็นพันธมิตรในค่ายเสรีประชาธิปไตยต่อต้านคอมมิวนิสต์ และประเทศไทยก็เป็นจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยอยู่ระหว่างจีนซึ่งเป็นคอมมิวนิสต์ กับอินโดจีน และประเทศหมู่เกาะต่างๆทางใต้ สหรัฐอเมริกาจึงได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทยอย่างเต็มที่

จุดเด่นของกิจการสุขภาพพลเมืองในทศวรรษ 2490 คือการที่กิจการเติบโตอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างมาก และสามารถขยายโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดทั่วประเทศได้ในปลายทศวรรษ 2490 รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศและสหรัฐอเมริกาทำให้การควบคุมโรคต่างๆที่เคยเป็นปัญหาของประเทศมาอย่างยาวนานประสบความสำเร็จมากขึ้น สามารถลดอัตราการป่วยและตายของโรคที่เป็นปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมหาศาล เช่น ไข้จับสั่น คุดทะราด วัณโรค เป็นต้น รวมทั้งการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้นและหลากหลายมากขึ้นก็สามารถส่งไปประจำตามโรงพยาบาลและช่วยเหลือพลเมืองในส่วนภูมิภาคได้มากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามจุดด้อยที่สำคัญของกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยนี้ก็คือการที่ต้องอิงอยู่กับเงินช่วยเหลือและเทคโนโลยีจากต่างประเทศอย่างมาก ทำให้ประเทศไทยต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงวิทยาการการแพทย์สมัยใหม่โดยเฉพาะจากต่างประเทศ และทำให้รายจ่ายเพิ่มมากขึ้นอย่างมาก ความลำบากต้องตกอยู่กับประชาชนที่เข้าใช้บริการในโรงพยาบาลซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นโดยเป็นค่าความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งค่าบริการชั้น 1 ซึ่งโดยรวมแล้วสูงกว่าสมัยก่อนหน้านี้ ทำให้การขยายการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐบาลมีลักษณะเชิงพาณิชย์ หวังผลกำไรมากขึ้น และการแพทย์และสาธารณสุขก็ยังไม่สามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมในชาชนบทที่รายได้น้อย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23 สรุปเปรียบเทียบกิจการสุขภาพแต่ละสมัยระหว่างพ.ศ.2475-2500

	สมบูรณาญา สิทธิราชย์ พ.ศ.2431-2475	พระยาพหล พลพยุหเสนา พ.ศ.2471-2477	จอมพลป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487	รัฐบาลพลเรือน พ.ศ.2487-2490	รัฐบาลคณะ รัฐประหาร พ.ศ.2490-2500
บริบท	ปฏิรูปประเทศ	หลังเปลี่ยนแปลง การปกครอง	ชาตินิยม สงครามโลกครั้งที่ 2	ฟื้นฟูประเทศ	ต่อต้านคอมมิวนิสต์
ปัจจัย ภายใน	- ปฏิรูปประเทศ - สร้างความเป็น อารยะ - โรคระบาด - เพิ่มพลเมือง	- ประชาธิปไตย - ชาตินิยม - เพิ่มพลเมือง - โรคที่เป็นปัญหา	- ชาตินิยม - สร้างชาติเป็น มหาอำนาจ - เพิ่มพลเมือง - สร้างความเป็น อารยะ	- ฟื้นฟูประเทศ - ฟื้นฟู ประชาธิปไตย	- เพิ่มพลเมือง - ชั่งชิ่งพลเมือง กับคอมมิวนิสต์
ปัจจัย ภายนอก	- โรคระบาด ระหว่างประเทศ - ความร่วมมือ ระหว่างประเทศ ด้านโรคระบาด และสุขอนามัย - การช่วยเหลือ จากร็อคกี เฟลเลอร์	- องค์การระหว่าง ประเทศ	- ภาวะสงคราม	- เข้าสู่เวที ระหว่างประเทศ	- องค์การ ระหว่างประเทศ - สิทธิมนุษยชน - สงครามเย็น - ความช่วยเหลือ จากสหรัฐอเมริกา
จุดเด่น	- ตั้งหน่วยงาน การแพทย์และ สาธารณสุข สมัยใหม่ - ป้องกันโรค ระบาดด้วยวิธี สมัยใหม่ - ขยายบริการ สุขภาพพื้นฐาน แก่พลเมือง	- ได้รับความคิดเห็น จากหลายฝ่าย - ขยายสุขศาลาสู่ ภูมิภาค - ผลิตผู้ช่วยแพทย์ - ให้โอกาสแพทย์ แผนโบราณ - ควบคุมโรคที่เป็น ปัญหาสำคัญ - ปรับปรุงกฎหมาย สาธารณสุขและ โรคระบาด	- ส่งเสริมการสร้าง ร่างกายตนเอง - ต้องการเพิ่ม พลเมืองทั้งปริมาณ และคุณภาพ - การโฆษณาและ สุขศึกษาก้าวหน้า - เข้าไปถึง ชีวิตประจำวัน	- ให้ความสำคัญ กับการกระจาย บริการให้ทั่วถึง - ฟื้นฟูสภาพ สังคมและจิตใจ ภายหลังสงคราม	- กิจการเติบโต งบประมาณมาก - ขยายโรงพยาบาล ครบทุกจังหวัด - ลดอัตราการป่วย และตายจาก โรคต่างๆได้มาก จากการช่วยเหลือ ของต่างประเทศ

ตารางที่ 23 (ต่อ) เปรียบเทียบกิจการสุขภาพแต่ละสมัยระหว่างพ.ศ.2475-2500

จุดด้อย	- บริการสุขภาพ กระจุกตัวในเมือง	- ขาดแคลนแพทย์ และบุคลากร - สุขศาลายังมี จำนวนน้อยเมื่อ เทียบกับจำนวน ประชากร	- ชาตินิยมเข้มข้น ควบคุมพลเมือง มาก - ภาวะสงครามทำให้ขาดเวชภัณฑ์ และเงินทุนในการ ขยายกิจการ - กิจการหลายอย่าง เป็นนโยบาย เฉพาะสมัย	- เปลี่ยนรัฐบาล บ่อย ไม่มีการ ดำเนินการที่ ต่อเนื่อง	- อิงกับเงินและ เทคโนโลยีจาก ต่างประเทศ - มีลักษณะบริการ สุขภาพเชิง พาณิชย์
---------	------------------------------------	--	--	---	--

บทวิเคราะห์ไตรลักษณ์รัฐ* กับกิจการสุขภาพพลเมือง

ชัยอนันต์ สมุทวณิช ได้ศึกษาถึงลักษณะของรัฐและสังคมไทยในประวัติศาสตร์แล้วสรุปลักษณะเด่นของสังคมไทยไว้ว่า มีลักษณะเป็น “ไตรลักษณ์รัฐ” ซึ่งเกิดจากพัฒนาการอันยาวนาน และมีที่มาจากทั้งจากภายในสังคมและพลังจากภายนอกสังคม ไตรลักษณ์รัฐเป็นผลผลิตของสังคมไทยยุคใหม่ที่เกิดหลัง พ.ศ.2475 และมีความเด่นชัดมากยิ่งขึ้นภายหลังการเริ่มต้นยุคแห่งการพัฒนา ชัยอนันต์อธิบายว่าไตรลักษณ์รัฐหมายถึงรัฐที่ประสานเหตุผลของรัฐ 3 ด้านเข้าไว้ด้วยกันคือ ด้านความมั่นคง ด้านการพัฒนา และด้านประชาธิปไตย เหตุผลทั้ง 3 ด้านต่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก แต่ละด้านต่างขับเคลื่อนซึ่งกันและกัน และขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน ในบางสภาพการณ์มิติหนึ่งๆอาจเป็นด้านหลัก ส่วนมิติอื่นเป็นด้านรอง แต่มิติด้านรองก็ยังคงดำรงอยู่ มิได้ถูกขจัดออกไปหรือถูกกดบังโดยสิ้นเชิง ชัยอนันต์ยังได้อธิบายอีกว่าความมั่นคงเป็นเป้าหมายหลักของรัฐประชาชาติและมีโครงสร้างหลักคือกลไกของรัฐด้านการใช้กำลังบังคับ ซึ่งมีกฎหมายรองรับการใช้ความรุนแรงอย่างชอบธรรม ในขณะที่การพัฒนาเป็นเหตุผลใหม่ของรัฐที่ช่วยให้กลไกอำนาจรัฐดั้งเดิมสามารถปรับตัวและบทบาทได้ รวมทั้งเป็นการสืบทอดระบบทุนนิยมได้เป็นอย่างดี การสืบทอดระบบทุนนิยมด้วย “การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม” ช่วยให้กลไกของรัฐขยายตัวได้กว้างขวางขึ้นและแทรกแซงไปในส่วนต่างๆของสังคมได้ทั้งแนวตั้งและแนวราบ ตลอดจนเป็นหมุดเชื่อมระบบเศรษฐกิจ-สังคม-การเมืองโลก กับระบบเศรษฐกิจ-สังคม-การ

* อ่านเพิ่มเติมเกี่ยวกับทฤษฎีไตรลักษณ์รัฐได้ในงานหลายชิ้นของ ดร.ชัยอนันต์ สมุทวณิช.

เมืองไทยที่สำคัญ ส่วนประชาธิปไตยเป็นมิติทางการเมืองที่ประสานกันได้ดีกับความมั่นคงในบั้นปลายหรือในระยะยาว แต่ในระยะแรกเริ่มประชาธิปไตยจะเป็นมิติของไตรลักษณ์รัฐที่อาจจะขัดกับมิติความมั่นคงและการพัฒนา เนื่องมาจากบางส่วนของสังคมได้รับผลกระทบจากการมุ่งเน้นสองมิติแรกมากเกินไป¹¹

ชัยอนันต์ยังได้กล่าวอีกว่า รัฐไทยเป็นรัฐที่น่าสังคมน่ามีความสามารถในการปรับตัวสูง เป็น “สภามรัฐ” คือรัฐที่เคลื่อนไหวสูงเป็นฝ่ายกระทำมากกว่ารับและถูกกระทำ การปรับตัวของรัฐหมายถึง 1.การปรับเปลี่ยน “เหตุผลของรัฐ” ซึ่งนำไปสู่การปรับอุดมการณ์หลักของระบอบการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม 2.การปรับเปลี่ยนกลไก ทั้งที่เป็นกลไกด้านการใช้กำลังบังคับและกลไกด้านการกล่อมเกลாத่างสังคมเพื่อรับมือกับการเจริญเติบโตขององค์กรอำนาจใหม่ภายในสังคม 3.การฉีกกำลังระหว่างกลไกของรัฐเพื่อเผชิญกับวิกฤตการณ์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ¹² อย่างไรก็ตามเหตุผลของรัฐไม่ได้กระจ่างชัดในตัวของมันเอง เนื่องจากรัฐเป็นนามธรรม การคิดและการตัดสินใจถูกกระทำโดยผู้มีอำนาจภายในรัฐ ทำให้เหตุผลของรัฐไม่มีความเด่นชัดเนื่องจากผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนรัฐมีหลายกลุ่มหลายฝ่าย หลายสาระ หลายทิศทาง หลายวิธีปฏิบัติ ทำให้เกิดความขัดแย้งในแง่ทิศทางและนโยบายในบรรดากลุ่มผู้มีอำนาจตัดสินใจรวมทั้งเกิดความขัดแย้งในเรื่องลำดับความสำคัญและการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยระบบราชการ แต่ส่วนราชการต่างพยายามตีความเหตุผลของรัฐภายในขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบ และความถนัดจัดเจนของตน เพื่อแสวงหาทางให้ได้ทรัพยากรสนับสนุนหน่วยงานของตน¹³ ดังเช่นที่กระทรวงสาธารณสุขก็ยกเหตุผลต่างๆมาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินการด้านกิจการสุขภาพพลเมือง

กิจการด้านสุขภาพพลเมืองเป็นส่วนหนึ่งของมิติการพัฒนา ซึ่งชัยอนันต์เห็นว่าเป็นเหตุผลใหม่ของรัฐที่ทรงพลัง และเป็นพลังที่ก่อให้เกิดการปรับโครงสร้างของรัฐทุกระดับ ปรับความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม ตลอดจนก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันสลับซับซ้อนระหว่างพลังภายในสังคมกับระบบเศรษฐกิจโลกด้วย ชัยอนันต์อธิบายว่าการพัฒนาเป็นอุดมการณ์ใหม่ที่โดยลักษณะทางด้านแนวคิดแล้วมีความทั่วไปและดึงดูดพลังส่วนต่างๆทั้งที่เป็นกลไกของรัฐและที่เป็นพลังเอกชน เพราะแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาเป็นนามธรรมที่มีลักษณะด้าน “ปฏิฐาน(positive)” มากกว่าด้าน “นิเสธ(negative)” มีลักษณะด้าน “บูรณาการ(integrate)” มากกว่าด้าน “แยกสลาย(disintegrate)” สามารถประสานกับมิติทางความมั่นคงได้มากกว่าที่จะขัดแย้งกัน เพราะทั้งสอง

¹¹ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, ไตรลักษณ์รัฐกับการเมืองไทย (กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2538), หน้า 38-39.

¹² เรื่องเดียวกัน, หน้า 65-66.

¹³ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 100 ปีแห่งการปฏิรูประบบราชการ: วิวัฒนาการของอำนาจรัฐและอำนาจการเมือง (กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2541), หน้า 21-22.

มิติต่างเน้นคุณค่าของการมีเสถียรภาพและความต่อเนื่อง เป็นด้านกว้างที่ครอบคลุมทั้งสังคม มากกว่าด้านแคบที่มุ่งเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของสังคม ส่งเสริมบทบาทของกลไกอำนาจรัฐ มากกว่าการบั่นทอนหรือจำกัดอำนาจรัฐ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีเหตุผลตามหลักวิทยาศาสตร์ การใช้วิทยาการหรือเทคนิคแผนใหม่ ที่สามารถกำหนดทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ นอกจากนี้ชัยอนันต์ยังเห็นว่าการที่รัฐไทยมีมิติการพัฒนาได้ทำให้สถาบันหลักดั้งเดิมของไทยที่เป็นแหล่งอำนาจทางสังคมและการเมือง ซึ่งได้แก่ สถาบันพระมหากษัตริย์ สถาบันสงฆ์ และสถาบันข้าราชการ (ทั้งคณะทหารและพลเรือน) สามารถมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาได้มากขึ้นเป็นลำดับ กล่าวอีกทางหนึ่งคือการพัฒนาเป็นอุดมการณ์และกิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้รัฐและกลไกของรัฐสามารถปรับเปลี่ยนบทบาท ขยายการควบคุม และชี้นำสังคมได้ เป็นการทำให้รัฐสามารถขยายวงล้อมสังคมไปได้กว้างขวางขึ้นอีก เพื่อป้องกันการถูกพลังทางสังคมล้อมและจำกัดอำนาจรัฐ ชัยอนันต์สรุปว่าการพัฒนาเป็นมิติหลักของไตรลักษณ์รัฐ เพราะเป็นอุปกรณ์อันสำคัญในการสืบทอดระบอบการเมือง เศรษฐกิจ สังคมไทยภายใต้การเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในสังคม มิติความมั่นคงกับมิติการพัฒนาจึงประสานกันอย่างสนิทแนบแน่น การประสานสองมิตินี้ทำให้กลไกของรัฐด้านการใช้กำลังบังคับและกลไกด้านอุดมการณ์-การกล่อมเกลากทางสังคมสามารถปรับตัวขยายบทบาทไปได้ และเป็นการประสานรัฐประโยชน์เข้ากับสาธารณประโยชน์ของพลเมือง รวมทั้งอัตตประโยชน์ของกลไกของรัฐด้วย ส่วนในแง่ของอุดมการณ์และการกล่อมเกลามิติการพัฒนาได้กลายเป็นอุดมการณ์และวิถีชีวิตไม่เฉพาะแต่ในหมู่เจ้าหน้าที่ของรัฐเท่านั้น แต่แทรกลงไปถึงประชาชนทั่วไป ในขณะที่มิติประชาธิปไตยไม่อาจแทรกลงไปได้ถึงประชาชนระดับล่างสุด การแผ่ขยายอุดมการณ์การพัฒนาเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งภายในกลไกของรัฐและยังส่วนต่างๆของสังคม ทั้งในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมระดับย่อยต่างๆ ตลอดจนประชาชนระดับล่างที่ได้านิสงส์จากโครงการต่างๆของรัฐด้วย¹⁴

เมื่อได้มองกลับไปถึงกิจการสุขภาพพลเมืองที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ก็พบว่าค่อนข้างสอดคล้องกับทฤษฎีไตรลักษณ์รัฐในมิติด้านการพัฒนา ทั้งการขยายบริการด้านการรักษาพยาบาล การขยายการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ การตรากฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ ซึ่งก็สามารถประสานกับมิติด้านความมั่นคงได้เป็นอย่างดีในเรื่องของการขยายกลไกของรัฐลงไปในกลุ่มพลเมืองทั้งที่เป็นกลไกด้านการใช้อำนาจบังคับ เช่น กฎหมาย การควบคุม การใช้อำนาจเจ้าหน้าที่ เป็นต้น และยังมีกลไกด้านการกล่อมเกล่าเช่นการศึกษา การให้ความรู้ในทางสุขภาพแก่พลเมือง เป็นต้น และยังเป็นการประสานสาธารณประโยชน์คือประโยชน์ในทางสุขภาพของพลเมือง เข้ากับรัฐประโยชน์คือ การขยายการควบคุมพลเมืองเพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจและความมั่นคง รวมทั้งอัตตประโยชน์

¹⁴ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, ไตรลักษณ์รัฐกับการเมืองไทย, หน้า 73-75.

ของกลไกรัฐคือกรมสาธารณสุขที่ได้รับงบประมาณ ทรัพยากร และอำนาจในการจัดการที่เพิ่มขึ้น สำหรับการจัดการสุขภาพในมิติด้านประชาธิปไตยนั้นจะเห็นว่าในช่วงแรกๆก็มีความขัดแย้งกับอีกสองมิติแรกตามทฤษฎี กล่าวคือหลักการของประชาธิปไตยได้ถูกท้าทายโดยกิจการสุขภาพบางอย่างโดยเฉพาะในสิ่งที่เกี่ยวกับความมั่นคงของรัฐและสังคม เช่น การจัดการกับผู้ป่วยที่เป็นโรคบางโรค ซึ่งอาจจะขัดกับหลักสิทธิ เสรีภาพ และเสมอภาค หรือการจัดบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันในแต่ละท้องที่ เป็นต้น แต่ก็ยังคงเปิดโอกาสให้พลเมืองได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจการด้านสุขภาพ และก็มีสถาบันประชาธิปไตยที่เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 โดยเฉพาะส.ส.ที่มาจาก การเลือกตั้งของท้องถิ่นที่สามารถกระตุ้นและตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลได้ เพื่อให้ประโยชน์ตกถึงประชาชน

ในสมัยรัฐบาลชาตินิยมและสงครามโลกครั้งที่ 2 มิติด้านความมั่นคงได้ถูกขับให้เด่นขึ้น เนื่องจากสถานการณ์ภายในและระหว่างประเทศที่ล่อแหลม สุ่มเสี่ยงต่อการเสียเอกราช การดำเนินการใดๆจึงต้องให้ความสำคัญกับความมั่นคงก่อน และเป็นสาเหตุให้รัฐบาลดำเนินนโยบายชาตินิยมอย่างเข้มข้น พยายามสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ รวมทั้งปลูกฝังความรู้สึกชาตินิยมในหมู่ประชาชนด้วย และรัฐบาลก็ได้โฆษณาปลุกเร้าให้ประชาชนดำเนินตามนโยบายต่างๆของรัฐบาล รวมทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพของตนซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างชาติ เรื่องสุขภาพส่วนบุคคลได้ถูกนำไปเชื่อมโยงกับความมั่นคงของประเทศ แต่ภายหลังจากสงครามสงบและเปลี่ยนรัฐบาลไป ความเป็นชาตินิยมเข้มข้นเช่นนี้ก็ลดน้อยลง

เมื่อเวลาผ่านไปจนถึงช่วงทศวรรษ 2490 มิติด้านความมั่นคงและการพัฒนาซึ่งเป็น 2 มิติใน 3 มิติของไตรลักษณ์รัฐ ก็ได้มีการประสานกันและถูกขับเน้นให้เด่นขึ้น รวมทั้งได้รับแรงผลักดันจากภายนอก มิติด้านความมั่นคงของรัฐได้รับแรงผลักดันจากภายนอกโดยตรง โดยเฉพาะจากมหาอำนาจที่เป็นมิตรประเทศคือสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีสถานะภาพเป็น “ลูกพี่” ผู้ให้ความปกป้องคุ้มครองทางยุทธศาสตร์แก่ภูมิภาคนี้จากมหาอำนาจและอุดมการณ์ของฝ่ายตรงข้ามคือฝ่ายคอมมิวนิสต์ ดังนั้นการปรับตัวของกลไกของรัฐทางด้านความมั่นคงจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับตัวของรัฐบาลในด้านอื่นๆตามมาด้วย¹⁵

แม้การตระหนักถึงภัยจากลัทธิคอมมิวนิสต์จะมีมานานับตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวแล้ว แต่ลัทธิคอมมิวนิสต์ในประเทศไทยก็ยังมีได้มีรูปธรรมของการเคลื่อนไหวอย่างมีระบบและเป็นขบวนการต่อเนื่องที่มุ่งล้มล้างอำนาจรัฐอย่างแท้จริง รัฐและกลไกของรัฐก่อนทศวรรษ 2490 จึงยังมีได้มีการผนึกกำลังและการปรับขยายกลไกของรัฐเพื่อต่อสู้กับลัทธินี้โดยตรง มีเพียงการอาศัยมาตรการทางกฎหมายเป็นหลัก เช่น พระราชบัญญัติการกระทำอันเป็น

¹⁵ ชัยอนันต์ สมุทวณิช, ไตรลักษณ์รัฐกับการเมืองไทย, (กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2538), หน้า 67-68.

คอมมิวนิสต์ซึ่งออกมาครั้งแรกเมื่อพ.ศ.2476 ต่อมาเมื่อรัฐต้องเผชิญกับการทำทลายจากพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยมากขึ้นรวมทั้งการทำทลายจากสถานการณ์ภายนอกประเทศในช่วงทศวรรษ 2490 ก็ทำให้มิติความมั่นคงมีความหลากหลายมากขึ้น เกิดการขยายกลไกของรัฐอย่างรอบด้าน โดยเริ่มจากกลไกของรัฐด้านการใช้กำลังบังคับคือทหารและตำรวจที่มีการปรับโครงสร้างเพื่อรับมือกับภัยคุกคามรัฐโดยการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา และจากนั้นก็ได้ขยายไปสู่กลไกของรัฐด้านการก่อกองและบริการทางสังคม ซึ่งก็คือมิติการพัฒนาที่ก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากยุทธศาสตร์ป้องปรามลัทธิคอมมิวนิสต์เช่นกัน โดยเฉพาะการที่สหรัฐอเมริกามีนโยบายต่อผู้คอมมิวนิสต์ด้วยการเร่งรัดพัฒนาชนบทและการสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจ เป็นการประสานมิติด้านความมั่นคงกับมิติด้านการพัฒนาได้เป็นอย่างดี การเร่งรัดบูรณะชนบทด้วยการสร้างถนนหนทางและบริการขั้นพื้นฐานต่างๆจึงมีมิติทางยุทธศาสตร์เพื่อความมั่นคงแฝงอยู่ด้วยเสมอ โดยกิจการที่มีการให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆก็คือการคมนาคม การศึกษา และการสาธารณสุข ที่มีการขยายตัวอย่างมากของจำนวนถนนหนทาง สถาบันการศึกษา สถานบริการสาธารณสุข รวมไปถึงถึงจำนวนเจ้าหน้าที่ ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2490 เป็นต้นไป¹⁶

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่ากิจการด้านสุขภาพพลเมืองก็เป็นหนึ่งในเครื่องมือหลายๆอย่างของรัฐ ที่มีเพื่อควบคุมดูแลพลเมืองให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และอุดมการณ์ของรัฐ ซึ่งปรับเปลี่ยนไปในแต่ละสมัย เพื่อประโยชน์ของรัฐเป็นสำคัญ จนถึงที่สุดแล้วก็อาจเป็นอย่างที่ นพ.บรรลุ ศิริพานิช* ผู้อาวุโสในวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยเคยกล่าวอย่างที่เล่นที่จริงไว้ในงานสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพของไทยเมื่อปีพ.ศ.2551 ว่า “เป็นหมอนี่มันเป็นเหยื่อของผู้มีอำนาจนะ เขาอยากให้เราทำอะไรทำ เขาอยากให้มีลูกมากก็เร่งๆให้มีลูกมาก พอมีลูกมากเข้าก็กลัวอีก...ก็จะวางแผนครอบครัว...เรานี้มันเป็นเบ๊เขานะ เขาบอกให้เราทำอะไรทำ...เขาให้เราทำอะไรทำไปเรื่อยด้วยความที่...ไม่รู้จะพูดยังไง”¹⁷

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 69-75.

* อดีตรองอธิบดีกรมการแพทย์ระหว่างพ.ศ.2521-2526 และรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างพ.ศ.2527-2528.

¹⁷ บรรลุ ศิริพานิช, ใน สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมมนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2551, ทวีศักดิ์ เผือกสม, บรรณาธิการ (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552), หน้า 17-18.

บทที่ 6

บทสรุป

การขยายตัวของสังคมและเศรษฐกิจแบบส่งออกในประเทศไทยตั้งแต่ช่วงต้นสมัยรัตนโกสินทร์ รวมไปถึงการติดต่อกับต่างประเทศ นำไปสู่การขยายตัวของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมในประเทศไทยซึ่งสัมพันธ์กับระบบทุนนิยมโลก มีการปฏิรูประบบราชการในสมัยรัชกาลที่ 5 รวมอำนาจเข้าสู่ศูนย์กลางเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านต่างๆมากขึ้น เป็นการก้าวเข้าสู่ความเป็นรัฐสมัยใหม่ ทั้งหมดนี้ทำให้พลเมืองมีความสำคัญมากขึ้นในฐานะกำลังการผลิต รัฐจึงต้องเริ่มจัดระบบควบคุมดูแลพลเมืองในด้านต่างๆมากขึ้นทั้งการศึกษา การสาธารณสุข การคมนาคม ฯลฯ เพื่อให้การผลิตมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ และหนึ่งในกิจการที่รัฐให้ความสำคัญก็คือกิจการสุขภาพพลเมือง

รัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในสมัยรัชกาลที่ 5 และสมัยต่อมาจนถึงช่วงก่อนเปลี่ยนแปลงการปกครองได้มีการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองหลายอย่าง โดยมีฐานความรู้คือการแพทย์สมัยใหม่ที่รับมาจากชาติตะวันตก ซึ่งมีอิทธิพลทั้งในด้านการเมืองและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ การแพทย์สมัยใหม่ได้รับการพิจารณาจากชนชั้นนำของประเทศไทยว่าเป็นสิ่งที่ดี จะทำให้ได้ประโยชน์ทั้งในทางพัฒนาสังคมและพัฒนาเศรษฐกิจ ชนชั้นนำของรัฐจึงได้เลือกใช้การแพทย์สมัยใหม่เป็นการแพทย์หลักของรัฐและพลเมืองเพื่อต่อสู้กับปัญหาโรคระบาดที่มีมากในสมัยนั้นและส่งผลเสียต่อความมั่นคงและเศรษฐกิจ เกิดสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศไทยคือโรงพยาบาลศิริราชและกรมพยาบาลในปีพ.ศ.2431 ทำหน้าที่ในการดูแลกิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศ และต่อมาก็ได้กลายเป็นกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทยในปีพ.ศ.2461

อย่างไรก็ตามการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองในสมัยรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์มักจะกระจุกตัวอยู่แต่ในเมืองหลวง โดยเฉพาะกิจการด้านการรักษาพยาบาลที่มีโรงพยาบาลเกิดขึ้นหลายแห่งในกรุงเทพฯ ในขณะที่ในหัวเมืองแทบไม่มีโรงพยาบาลทั้งๆที่เป็นแหล่งที่อยู่ของพลเมืองส่วนมากของประเทศ การดำเนินกิจการสุขภาพของรัฐในหัวเมืองส่วนใหญ่จะเป็นเพียงการป้องกันและรักษาโรคในชั้นพื้นฐานเท่านั้น เช่น การจัดสุขาภิบาล การเผยแพร่แนวคิดเรื่องความสะอาดและอนามัยเพื่อป้องกันโรค การปลูกฝีป้องกันโรคใช้ทรพิษ การสุขศึกษา การจำหน่ายยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น

ต่อมาภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ.2475 รัฐบาลก็ได้ดำเนินกิจการสุขภาพแก่พลเมืองมากขึ้นโดยเฉพาะในส่วนหัวเมือง การดำเนินการด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงขั้นพื้นฐานอีกต่อไป แต่เป็นการลงลึกเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆในทางสุขภาพของพลเมือง เช่น ปัญหาการมีบริการรักษาพยาบาลในท้องถิ่นไม่เพียงพอ ปัญหาเรื่องโรคระบาดและโรคต่างๆที่พลเมืองเป็นกัน

มาก มีกิจการสำคัญคือการขยายสุขภาพในสวนภูมิภาคซึ่งสามารถสร้างได้เป็นจำนวนมากในเวลาไม่นาน นอกจากนี้ยังมีการมาตรการควบคุมโรคเฉพาะต่างๆที่เป็นปัญหาในสังคม เช่น โรคไข้จับสั่น โรคเรื้อน โรคจิต เป็นต้น และได้มีการปรับปรุงกฎหมายด้านสาธารณสุขและโรคระบาดทำให้ครอบคลุมวิถีชีวิตของพลเมืองในทางสุขภาพได้มากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่อกิจการสุขภาพพลเมืองของรัฐบาลภายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 มีหลายอย่าง ทั้งแรงผลักดันจากต่างประเทศ แรงผลักดันจากอุดมการณ์เรื่องชาติและประชาธิปไตย แรงผลักดันจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข แรงผลักดันจากราชกรและผู้แทนราชกร เป็นต้น แสดงให้เห็นว่ารัฐไม่ได้มีอำนาจที่อิสระนักในการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมือง แม้ว่ารัฐจะมีการใช้อำนาจในการดำเนินกิจการสุขภาพพลเมืองเพื่อประโยชน์ของรัฐในทางความมั่นคงและเศรษฐกิจ แต่ก็มีเคลื่อนไหวจากภาคส่วนต่างๆที่คอยควบคุมและผลักดันรัฐให้ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของพลเมืองด้วย ไม่ใช่คำนึงแต่ประโยชน์ของรัฐเพียงอย่างเดียว

ต่อมาเมื่อเข้าสู่สมัยรัฐบาลชาตินิยมของจอมพลป.พิบูลสงครามระหว่างพ.ศ.2481-2487 ซึ่งอยู่ท่ามกลางสถานการณ์สงครามโลกครั้งที่ 2 กิจการสุขภาพพลเมืองก็ได้รับผลจากนโยบายชาตินิยมของรัฐบาลด้วย กล่าวคือรัฐบาลต้องการให้พลเมืองสร้างตัวเองเพื่อสร้างชาติ โดยการสร้างร่างกายให้แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อจะได้ประกอบอาชีพการงานได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้รัฐยังต้องการเพิ่มพลเมืองทั้งในทางปริมาณและคุณภาพเพื่อสร้างชาติให้เป็นมหาอำนาจ นำไปสู่การดำเนินนโยบายต่างๆซึ่งแบ่งได้เป็น การเพิ่มการเกิด การลดการตาย และการเสริมสร้างร่างกายพลเมือง มีการยกฐานะกรมสาธารณสุขเป็นกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2485 เพื่อให้ดูแลกิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศโดยเฉพาะ

รัฐบาลชาตินิยมได้พยายามใช้วิธีกระตุ้นเร่งเร้าอารมณ์ความรู้สึกร่วมของพลเมืองในการสร้างชาติเพื่อให้พลเมืองได้ปฏิบัติตามแนวทางต่างๆของรัฐบาล มีการใช้วิธีโฆษณาชวนเชื่อและประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง มีการเผยแพร่วิถีชีวิตที่พลเมืองควรปฏิบัติ ทำให้รัฐบาลสามารถเข้าถึงชีวิตประจำวันของพลเมืองได้มากขึ้นตั้งแต่การกินจนถึงการนอน รวมไปถึงการใช้ชีวิตในสังคมโดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการเพิ่มพลเมือง เช่น การแต่งงาน การเลือกคู่ครอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อรัฐบาลชาตินิยมของจอมพลป.พิบูลสงครามต้องลงจากอำนาจ รวมทั้งการสิ้นสุดลงของสงครามโลกครั้งที่ 2 กิจการหลายอย่างก็ถูกล้มเลิกเนื่องจากรัฐบาลใหม่เห็นว่าเป็นความชาตินิยมที่เข้มข้นและเป็นการควบคุมบังคับพลเมืองมากเกินไป โดยเฉพาะกิจการที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต การแต่งงาน การมีบุตร เป็นต้น

รัฐบาลพลเรือนภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มาจากการเลือกตั้งมีความพยายามที่จะฟื้นฟูความเป็นประชาธิปไตยซึ่งลดน้อยลงไป ในสมัยรัฐบาลชาตินิยมที่มีลักษณะอำนาจนิยม

รวมทั้งให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูสภาพสังคมและจิตใจพลเมืองภายหลังสงคราม มีความพยายามที่จะขยายกิจการสุขภาพพลเมืองและสวัสดิการทางสังคมอื่นๆสู่พลเมืองให้เท่าเทียมและทั่วถึงตามหลักสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคในการปกครองระบอบประชาธิปไตย อย่างไรก็ตามก็ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจังนักเนื่องจากรัฐบาลไม่มีเสถียรภาพ มีการเปลี่ยนรัฐบาลหลายครั้งในช่วงเวลา 2 ปี และสุดท้ายก็มีการรัฐประหารในปีพ.ศ.2490

รัฐบาลคณะรัฐประหารระหว่างพ.ศ.2490-2500 ที่มีจอมพลป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี มีอุดมการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการต่อต้านคอมมิวนิสต์ ในสถานการณ์สงครามเย็นระหว่างค่ายเสรีประชาธิปไตยที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำ กับฝ่ายคอมมิวนิสต์ที่มีสหภาพโซเวียตเป็นผู้นำ รัฐบาลไทยเลือกที่จะอยู่ฝ่ายเสรีประชาธิปไตยต่อต้านคอมมิวนิสต์ ทำให้ได้รับการสนับสนุนต่างๆจากสหรัฐอเมริกาอย่างมากรวมทั้งความช่วยเหลือด้านกิจการสุขภาพพลเมือง โดยมีเป้าหมายคือการลดอัตราการป่วยและตายเพื่อเพิ่มพลเมืองและประสิทธิภาพในการผลิต รวมทั้งเป็นการสร้างความนิยมแก่รัฐบาลเพื่อช่วงชิงพลเมืองกับฝ่ายคอมมิวนิสต์ที่พยายามจะแทรกซึมกิจการสำคัญที่ได้ดำเนินการคือการขยายโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัด รวมทั้งการควบคุมป้องกันโรคต่างๆที่เป็นปัญหาสังคม เช่น โรคไข้จับสั่น คุดทะราด วัณโรค เป็นต้น โดยได้รับความช่วยเหลือและวิทยาการจากต่างประเทศ ทำให้โรคที่เป็นปัญหาสังคมมายาวนานเหล่านี้ลดลงได้อย่างมาก ความช่วยเหลือจากต่างประเทศเหล่านี้โดยเฉพาะจากองค์การระหว่างประเทศเป็นผลมาจากแนวคิดใหม่ๆหลายอย่างที่ก่อตัวขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เช่น แนวคิดสิทธิมนุษยชน แนวคิดที่ประเทศพัฒนาแล้วช่วยเหลือประเทศที่กำลังพัฒนาเพื่อประโยชน์ร่วมกัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามการที่ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือและวิทยาการด้านสุขภาพจากต่างประเทศ รวมทั้งการขยายกิจการโรงพยาบาลไปสู่ภูมิภาค แม้ว่าจะสามารถทำให้พลเมืองจำนวนมากมีโอกาสเข้ารับบริการทางสุขภาพกันมากขึ้น แต่ก็ต้องแลกกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเข้ารับบริการ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานบริการแพทย์ชั้น 1 รวมทั้งมีเครื่องมือและบุคลากรชั้น 1 ซึ่งต้องมีการลงทุนสูง ทำให้พลเมืองผู้ใช้บริการต้องร่วมแบกรับภาระการลงทุนนี้ด้วย และทำให้บริการทางการแพทย์มีลักษณะในเชิงพาณิชย์มากขึ้น แต่พิจารณาจากสถิติผู้เข้ารับบริการจำนวนมากก็นับได้ว่าโรงพยาบาลเป็นที่นิยมของพลเมืองส่วนภูมิภาคในทศวรรษ 2490

โดยสรุปแล้วกล่าวได้ว่ากิจการสุขภาพพลเมืองของประเทศต้องปรับเปลี่ยนไปตามอุดมการณ์และสถานการณ์ของรัฐบาลในแต่ละสมัย และกิจการสุขภาพพลเมืองก็เป็นเครื่องมือหนึ่งของรัฐบาลในการทำตามอุดมการณ์และสถานการณ์ของประเทศในเวลานั้น โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อรัฐ แต่ในฐานะที่พลเมืองก็เป็นองค์ประกอบหนึ่งของรัฐ และกิจการสุขภาพก็เป็นกิจการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทางร่างกายของประชาชนโดยตรง จึงเป็นสิ่งที่พลเมืองก็ได้รับประโยชน์ด้วย โดยแลกกับการที่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐ และใน

บางครั้งก็ต้องยอมสละอิสระภาพบางอย่างในการดำเนินชีวิต หรือการที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนให้เข้ากับการควบคุมดูแลของรัฐในทางสุขภาพ

สำหรับพื้นฐานที่ทำให้รัฐสามารถเข้าดำเนินการควบคุมดูแลสุขภาพพลเมืองได้อย่างมีความชอบธรรมก็คือความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์และผ่านการพิสูจน์ค้นคว้ามาแล้วทั้งในแง่ของกระบวนการที่ใช้อธิบายการเกิดขึ้นของโรคและการรักษา รวมไปถึงประสิทธิภาพของการรักษา เหล่านี้ทำให้ชนชั้นนำของรัฐเลือกที่จะรับการแพทย์สมัยใหม่ของชาติตะวันตกมาเพื่อมาเป็นการแพทย์หลักของรัฐและพลเมือง เพื่อให้ประสิทธิผลของการแพทย์สมัยใหม่นำมาซึ่งประโยชน์แก่รัฐในทางความมั่นคงและเศรษฐกิจ รวมไปถึงประโยชน์แก่พลเมืองในทางสุขภาพ โดยรัฐได้ใช้กลไกและอำนาจรัฐที่มีอยู่ในการทำให้การแพทย์สมัยใหม่ได้แพร่หลายเข้าไปอยู่ในวิถีชีวิตของพลเมืองโดยเฉพาะในสวนภูมิภาค รวมทั้งค่อยๆเบียดบังการแพทย์แบบจารีตที่แพร่หลายอยู่เดิมในพลเมืองให้เสื่อมความนิยมลงโดยอาศัยประสิทธิผลของการแพทย์สมัยใหม่ที่ได้เห็นได้ชัดและรวดเร็วมากกว่า

อย่างไรก็ตามการที่รัฐบาลได้จัดระบบกิจการสุขภาพพลเมืองตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดช่วงเวลาการศึกษาที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิตของประชาชนอย่างมากพอสมควร อย่างแรกก็คือการที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยและตายจากโรคต่างๆที่เป็นปัญหามายาวนานนับศตวรรษลดน้อยลง รวมทั้งการที่ประชาชนต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการที่เคยพึ่งพาแพทย์แผนโบราณและชุมชนของตนมาอย่างยาวนาน ก็ต้องเปลี่ยนมาพึ่งการแพทย์สมัยใหม่ที่รัฐจัดให้กันมากขึ้น ซึ่งก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย แลกกับการใช้บริการความรู้และเทคโนโลยีต่างๆที่ผ่านการพิสูจน์ทดลองแล้วว่าได้ผลในทางการบำบัดรักษาโรคจริง ซึ่งผลของการที่การแพทย์สมัยใหม่ของรัฐสามารถช่วยเหลือป้องกันและรักษาพลเมืองจากการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคต่างๆเป็นจำนวนมาก ก็คงจะทำให้การแพทย์สมัยใหม่เป็นที่นิยมกันในหมู่พลเมืองมากพอสมควร สะท้อนจากจำนวนผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มากขึ้นทุกปี แม้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จนในเวลาต่อมาการแพทย์สมัยใหม่ก็ได้ติดเป็นบรรทัดฐานหนึ่งในชีวิตของประชาชนพลเมืองแม้ในชาวชนบท ประชาชนต้องพึ่งพิงแพทย์และโรงพยาบาลกันมากขึ้น และบุคลากรทางการแพทย์ก็ไม่เคยเพียงพอกับความต้องการ งบประมาณที่ต้องใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนก็ไม่เคยเพียงพอ ประชาชนไม่ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความพยายามฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยรวมทั้งการแพทย์ทางเลือกอื่นๆในทศวรรษ 2530 จนถึงปัจจุบัน เพื่อมาแบ่งเบาภาระของการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้งความพยายามผลักดันงานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องการให้ประชาชนรู้จักรักษาตัวเองก่อนที่จะมาหาแพทย์รักษา ซึ่งล้วนเป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ศึกษาอย่างสิ้นเชิง

นอกจากนี้ก็ยังมีความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของพลเมืองจากการที่รัฐคอยใช้กลไกบังคับและกล่อมเกลாதลอดเวลาให้พลเมืองมีการใช้ชีวิตตามแนวทางของการแพทย์สมัยใหม่ เช่น ให้มีการรักษาความสะอาด รักษาอนามัย กินอาหารที่ดี ฯลฯ การที่ต้องคอยถูกบังคับและกล่อมเกล่าให้ปฏิบัติซ้ำๆ เป็นเวลานาน ก็สามารถทำให้หลักการทางการแพทย์สมัยใหม่ที่อยู่ในการดำรงชีวิตเหล่านี้สามารถฝังตัวเข้าไปเป็นวิถีชีวิตที่ปกติของพลเมืองได้ในระดับหนึ่ง จนกระทั่งกลายเป็นความเคยชินหรือหลักปฏิบัติทั่วไปโดยปริยายเมื่อเวลาผ่านไป และจะไม่ใช่สิ่งที่รัฐบาลต้องคอยควบคุมบังคับอีก แต่เป็นสิ่งที่มีการเรียนการสอนในโรงเรียน และพลเมืองสั่งสอนกันเองโดยเฉพาะในครอบครัว แต่ก็ยังมีข้อยกเว้นสำหรับบางสิ่งบางอย่างที่ยังคงมีอยู่แม้ในสังคมปัจจุบันไม่ว่าจะมีการกล่อมเกลามากเท่าใด ก็ไม่สามารถจะกำจัดลงไปได้อย่างเด็ดขาด เช่น การทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การบริโภคเนื้อสัตว์บางชนิด ฯลฯ เนื่องจากเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรมวิถีชีวิตของชาวบ้านและสภาพของท้องที่



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

เอกสารหอจดหมายเหตุแห่งชาติ กรุงเทพฯ (หจช.)

- เอกสารสำนักนายกรัฐมนตรี (สร.)

หจช. สร.0201.6/23 ยุบเลิกสภาอากาศไทย (พ.ศ.2485).

หจช. สร.0201.14/16 เรื่องขยายการพลศึกษาในโรงเรียนทั่วไป (พ.ศ.2479).

หจช. สร.0201.17/11 สันนิบาตชาติจัดให้มีการอบรมเรื่องไข้จับสั่นที่สิงคโปร์ พ.ศ.2476-2481.

หจช. สร.0201.24.3 การประชุมระหว่างประเทศ-การสาธารณสุข.

หจช. สร.0201.24.3/8 การประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบท (Rural Hygiene) (พ.ศ.2478-2481).

หจช. สร.0201.24.3/10 การประชุมเรื่องสาธารณสุขหรือเรื่องสุขาภิบาล (พ.ศ.2479-2481).

หจช. สร.0201.24.3/17 การประชุมระหว่างประเทศของสมาคมปราบวัณโรค (พ.ศ.2482-2496).

หจช. สร.0201.25/27 จ่านายสิบ หมื่นไวยว่องวิริยยุทธ แสดงความเห็นเรื่องโครงการปกครอง (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/89 นายเหรียญ ผิวพุ่ม เสนอความเห็นเพื่อความเจริญของประเทศ (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/122 ความเห็นของนายบุญเกิด ธนชาติ เรื่องหลักบำรุงประเทศ (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/211 นายศรี โพธิ์ปั้น เสนอโครงการจัดประเทศใหม่ (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/204 ความเห็นเรื่องการสาธารณสุข (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/239 นายสงวน ศิลปเจริญ เสนอความเห็น (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/302 ความเห็นของขุนวิเศษภาษา (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/308 ความเห็นของพระยามวิสัยสรเดช การป้องกันเศรษฐกิจของประเทศสยาม (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/420 นายเรือเอกศิริ ปานะวีระ ว่าควรตั้งกรรมการวางโครงการแพทย์ (พ.ศ.2475).

หจช. สร.0201.25/547 นายถ้าย สุวรรณภูมิ เสนอความเห็นเรื่องการอบรมกรมการอำเภอเกี่ยวกับวิชาสัตวแพทย์และวิชาพยาบาลชั้นต้น (พ.ศ.2476).

หจช. สร.0201.25/633 พระยาเดชดำรง เรื่องความปลอดภัยของราษฎร (พ.ศ.2476).

หจช. สร.0201.25/684 ขุนบรรเทาคณาพาศ หรือความเห็นรวม 8 ข้อ ว่าสมควรเปลี่ยนแปลงหรือไม่ (พ.ศ.2475).

- หจข. สร.0201.25/751 พระยาวิเศษสิงหนาทเสนขอข้อสั่งเกตเกี่ยวด้วยจังหวัดนครนายก (พ.ศ. 2477-2478).
- หจข. สร.0201.25/808 เสนอความเห็นเกี่ยวกับนโยบายทั่วไปของรัฐบาล (พ.ศ.2482).
- หจข. สร.0201.25/919 ความเห็นนายเอื้อง แก้วภักดี เรื่องการเพิ่มพลเมือง (พ.ศ.2485).
- หจข. สร.0201.25/1034 นายบุรี ลักสนพพรหม เรื่องการเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศ (พ.ศ. 2486).
- หจข. สร.0201.25/1308 ความเห็นของนายชาญ สุนทรชัย (พ.ศ.2493-2494).
- หจข. (2)สร.0201.5/23 เรื่องเพิ่มจำนวนประชากรประเทศไทย (10 ส.ค.2484 – 31 ต.ค.2484).
- หจข. (2)สร.0201.5/26 โครงการบูรณะชนบท หรือแผนการบูรณะชนบท (17 พ.ย.2485-26 ก.ค. 2495).
- หจข. (2)สร.0201.5/27 การประชุมข้าหลวงตรวจการกระทรวงมหาดไทย (16 ธ.ค.2485-18 มิ.ย. 2495).
- หจข. (2)สร.0201.5/58 การบูรณะครอบครัว หรือการอบรมสังคมสงเคราะห์ (16 ม.ค.-18 ม.ย. 2496).
- หจข. (2)สร.0201.5.1/3 กรรมการรายงานโครงการและวิธีปฏิบัติกรบ่างห้องที่ (28 ส.ค.-22 ธ.ค. 2482).
- หจข. (2)สร.0201.10/15 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (20 ธ.ค.2475 – 12 ธ.ค.2490).
- หจข. (2)สร.0201.10/50 นายกรัฐมนตรีกล่าวคำปราศรัยแก่ประชาชนและสุนทรพจน์ โอวาท สาส์นวิงวอน (14 พ.ย.2482 – 17 ม.ค.2485).
- หจข. (2)สร.0201.10/83 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (ตอน 2) (8 มี.ค.-21 เม.ย.2491).
- หจข. (2)สร.0201.10/88 คำแถลงนโยบายของรัฐบาล (ตอน 3) (2 พ.ค.2492-5 ส.ค.2497).
- หจข. (2)สร.0201.18.1/1 บทสนทนาระหว่างนายมั่นกับนายคง แสดงทางวิทยุกระจายเสียง ประจำเดือนตุลาคม (14 ก.ย.2484 – 27 พ.ย.2484).
- หจข. (2)สร.0201.18.1/4 บทสนทนาระหว่างนายมั่น ชูชาติ กับนายคง รักไทย พุศิจิกายน 2485 ถึง กุมภาพันธ์ 2485 (1 พ.ย.2485 – 7 เม.ย.2486).
- หจข. (2)สร.0201.21/1 กรรมการพิจารณาปัญหาการสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศ (29 ต.ค.2475 – 5 มี.ค.2485).
- หจข. (2)สร.0201.24/1 หลักสูตรสำหรับชั้นประถมและมัธยมศึกษาหรือเรื่องประมวลศึกษา (แผนการหรือโครงการศึกษาของชาติ ตอน 1) (22 ส.ค.2475 – 3 เม.ย.2480).
- หจข. (2)สร.0201.27/3 การรักษาความสะอาดในถนนหลวงและการเทศขะมูลฝอย (1 ก.ย.2475 – 17 ก.พ.2485).

- หจข. (2)สร.0201.27/4 เรื่องจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ (23 พ.ค.2475 – 17 พ.ย.2496).
- หจข. (2)สร.0201.27/7 ควบคุมคนป่วยเป็นโรคติดต่อ (30 เม.ย. – 27 ก.ค.2478).
- หจข. (2)สร.0201.27/8 โรคกีเฟลเลอร์ (11 ก.ค.2478-11 พ.ย.2489).
- หจข. (2)สร.0201.27/9 รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์
(6 ธ.ค.2478 – 12 เม.ย.2480).
- หจข. (2)สร.0201.27/10 โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ (5-8 ต.ค.2481).
- หจข. (2)สร.0201.27/14 วันสาธารณสุข (6 ต.ค.2483 – 19 พ.ย.2496).
- หจข. (2)สร.0201.27/16 อบรมนักเรียนผดุงครรภ์ชั้น 2 (10 เม.ย.2485-17 พ.ย.2496).
- หจข. (2)สร.0201.27/19 การบังคับให้ราษฎรรักษาบริเวณบ้าน ตัวบ้าน และภายในบ้านให้สะอาด
ถูกต้องอนามัย (19 ม.ค.-6 ก.พ. 2486).
- หจข. (2)สร.0201.27/20 งานวันของแม่ (17-26 ก.พ.2486).
- หจข. (2)สร.0201.27/31 รายงานผลปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข (10 มิ.ย.-20 ก.ค.2493).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/3 การป้องกันและปราบปรามอหิวาตกโรค (26 มี.ค.2478-23 ก.ค.2480).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/6 มหาดไทยรายงานการป้องกันและบำบัดไข้จับสั่นจังหวัดต่างๆ (9 พ.ย.
2482-25 พ.ค.2486).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/7 ให้ข้าหลวงส่งเผาบ้านเรือนหรืออาคารที่ก่อเกิดกาฬโรคหรืออหิวาตกโรค
(21 ม.ค.2486-28 ก.ย.2487).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/8 โครงการควบคุมโรคเรื้อน (14 เม.ย.2486-28 มิ.ย.2491).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/13 ขอคณะผู้เชี่ยวชาญควบคุมไข้มาลาเรีย (5 ต.ค.2491-14 ก.ย.2493).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/14 วันโรคหรือเรื่องการควบคุมวัณโรคร่วมกับองค์การอนามัยโลก (27
พ.ค.2492-22 ก.ค.2495).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/15 โครงการควบคุมโรคคุดทะราด (15 ก.พ.2493-6 มิ.ย.2495).
- หจข. (2)สร.0201.27.1/17 โรคเท้าช้าง (3 มี.ค.-21 ธ.ค.2494).
- หจข. (2)สร.0201.27.2/3 โรงพยาบาลโรคเรื้อน (19 ก.พ.2476-27 ส.ค.2496).
- หจข. (2)สร.0201.27.2/8 โครงการสร้างโรงพยาบาลหัวเมืองของกระทรวงมหาดไทย (9 ก.พ.2477
– 31 ส.ค.2489).
- หจข. (2)สร.0201.27.2/39 การปรับปรุงสุขศาลาชั้น 1 ด้วยความช่วยเหลือจากกองทุนฉุกเฉิน
ระหว่างประเทศ (4-21 มี.ค.2495).
- หจข. (2)สร.0201.30/9 องค์การส่งเสริมการสมรส (19 ส.ค.2485-15 พ.ย.2487).
- หจข. (2)สร.0201.35.2/14 กระทู้ถามสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (28 ต.ค.2489-19 ธ.ค.2496).
- หจข. (2)สร.0201.37/1 การบูรณะจังหวัดต่างๆภาคอีสาน (13 พ.ค.-30 ต.ค.2496).

- หจช. (2)สร.0201.93/8 รัฐมนตรีกล่าวสุนทรพจน์ทางวิทยุกระจายเสียง (24 ก.พ.2476 – 27 มี.ค. 2494).
- หจช. (2)สร.0201.96/2 เบ็ดเสร็จความตกลงว่าด้วยความร่วมมือทางเศรษฐกิจและทางเทคนิค ระหว่างไทย-อเมริกา (27 ต.ค.2492-25 ธ.ค.2496).
- หจช. (2)สร.0201.96/6 คณะกรรมการดำเนินงานตามข้อ 4 ของประธานาธิบดีทรูแมน (18 ก.ค. 2493-17 ก.ค.2496).
- หจช. (2)สร.0201.96/16 บันทึกยืนยันผลประโยชน์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากอเมริกา (23 ม.ค. 2494-22 ส.ค.2496).
- หจช. (3)สร.0201.7.1/7 การประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 1-5 (13 พ.ค.2491-30 ธ.ค. 2495).
- หจช. (3)สร.0201.23/2 เบ็ดเสร็จเรื่องการจัดทำป้องกันระงับการแทรกซึมของคอมมิวนิสต์ (1 ม.ค.2497-10 พ.ค.2505).
- หจช. (3)สร.0201.23/12 ใบปลิวเป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐบาล (9-22 ธ.ค.2498).
- หจช. (3)สร.0201.59/19 โครงการส่งเสริมสุขภาพศึกษาและอนามัยโรงเรียน (29 ส.ค.2499-16 ส.ค. 2500).
- หจช. (3)สร.0201.62/1 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2476-2482).
- หจช. (3)สร.0201.62/15 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (14 พ.ค.2486-18 ก.ย.2490).
- หจช. (3)สร.0201.62/22 โครงการและการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2491-2492 (2 มี.ค.2491-19 ต.ค.2492).

เอกสารอื่นๆ

กระทู้ด่วนเรื่องโรคคอตีบ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 133-136. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2481.

กระทู้ถามด่วนเรื่องป้องกันและรักษาโรคครีตัสดีดวงตา วันที่ 7 สิงหาคม 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2493, หน้า 1495-1499. พระนคร: โรงพิมพ์สหการพิมพ์, 2498.

กระทู้ถามเรื่อง 1. นำท่วมบ้านเรือนราษฎรในจังหวัดพัทลุง 2. เพิ่มตำรวจ 3. เพิ่มแพทย์ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ. 2479, หน้า 66-70. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.

กระทู้ถามเรื่อง การก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง วันที่ 7 มกราคม 2486. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2486, หน้า 1-2. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2486.

กระทู้ถามเรื่อง การก่อสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค วันที่ 11 กันยายน 2497. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2497, หน้า 1-5. พระนคร: ศูนย์ข่าวและพิมพ์ดีด, 2497.

กระทู้ถามเรื่อง การขยายการแพทย์ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 1467-1469. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2480.

กระทู้ถามเรื่อง การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ วันที่ 3 มิถุนายน 2491. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2491, หน้า 981-984. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.

กระทู้ถามเรื่อง การจัดตั้งสถานพยาบาลและควบคุมคนเป็นโรคเรื้อน วันที่ 11 มกราคม 2494. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2494, หน้า 98-101. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2494.

กระทู้ถามเรื่อง การจ่ายเงินค่าทำศพและค่าพยาบาล วันที่ 2 สิงหาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 642-645. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2482.

กระทู้ถามเรื่อง การใช้ยาซัลเฟโทรอนรักษาโรคเรื้อน วันที่ 31 กรกฎาคม 2495. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2495, หน้า 580-583. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2495.

กระทู้ถามเรื่องการบังคับให้มีการตรวจโรคแก่ข้าราชการเป็นประจำ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2499.

ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2499, หน้า 186.

พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2499.

กระทู้ถามเรื่องการทำบัตรโรค วันที่ 2 สิงหาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัย

สามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 647. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2482.

กระทู้ถามเรื่องการทำบัตรโรคคุดทะราดและเท้าช้าง วันที่ 21 ธันวาคม 2487. ใน รายงานการ

ประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2487, หน้า 694-697. พระนคร: สำนักงาน

เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2487.

กระทู้ถามเรื่องการทำงานของนายแพทย์ วันที่ 27 สิงหาคม 2496. ใน รายงานการประชุมสภา

ผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2496, หน้า 617-625. พระนคร: บริษัทเสนาการพิมพ์,

2499.

กระทู้ถามเรื่องการปราบโรคในจังหวัดเลย วันที่ 27 สิงหาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภา

ผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 400-401. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์,

2480.

กระทู้ถามเรื่องการทำไข้หวัดใหญ่ทางจังหวัดพัทลุง วันที่ 1 มีนาคม 2476. ใน รายงานการ

ประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 1220-1222. พระนคร:

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.

กระทู้ถามเรื่องการทำป้องกันโรคคุดทะราด วันที่ 1 กรกฎาคม 2491. ใน รายงานการประชุมสภา

ผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2491, หน้า 1086-1088. พระนคร: สำนักงาน

เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.

กระทู้ถามเรื่องการทำป้องกันโรคระบาด วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2481. ใน รายงานการประชุมสภา

ผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 612-614. พระนคร: โรงพิมพ์ไทย

พิทยา, 2482.

กระทู้ถามเรื่องการทำป้องกันและปราบปรามกาฬโรค วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2481. ใน รายงานการ

ประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 779-781. พระนคร: โรง

พิมพ์ไทยพิทยา, 2482.

กระทู้ถามเรื่องการทำป้องกันและปราบปรามไข้ทรพิษ วันที่ 22 กรกฎาคม 2491. ใน รายงานการ

ประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2491, หน้า 1703-1706. พระนคร:

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.

กระทู้ถามเรื่องการเพิ่มแพทย์ประจำตำบล วันที่ 30 ธันวาคม 2495. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2495, หน้า 1440-1448. พระนคร: บริษัทการพิมพ์ทหารผ่านศึก, 2498.

กระทู้ถามเรื่องการแพทย์ในต่างจังหวัดและท้องที่ชนบท วันที่ 6 ธันวาคม 2499. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2499, หน้า 244. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2499.

กระทู้ถามเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข วันที่ 12 มีนาคม 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1617-1620. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2481.

กระทู้ถามเรื่องการมารดาและทารกสงเคราะห์ วันที่ 17 มกราคม 2496. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2496, หน้า 363-376. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2496.

กระทู้ถามเรื่องการรักษาผู้ป่วยโรคจิต วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 1480-1481. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2480.

กระทู้ถามเรื่องการรักษาพยาบาลราษฎรที่เป็นโรคเรื้อนในภาคอีสาน วันที่ 17 กันยายน 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 825-827. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.

กระทู้ถามเรื่องการเรียนรู้วิชาแพทย์ วันที่ 12 มีนาคม 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1613-1617. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2481.

กระทู้ถามเรื่องการศึกษาแพทยศาสตร์ วันที่ 12 กันยายน 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2479, หน้า 501-503. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.

กระทู้ถามเรื่องส่งเสริมให้เด็กเกิดมามีอนามัย วันที่ 11 กันยายน 2486. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2486, หน้า 917-919. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2486.

กระทู้ถามเรื่องการสร้างถนนและการสาธารณสุข วันที่ 6 กันยายน 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 1312-1317. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมส, 2482.

- กระทู้ถามเรื่องการสอบไล่แพทย์แผนโบราณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2479, หน้า 311-313. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องคำสั่งห้ามไม่ให้พระภิกษุรักษาโรคภัยไข้เจ็บแก่ประชาชน วันที่ 14 กรกฎาคม 2498. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2498, หน้า 70-75. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2498.
- กระทู้ถามเรื่องการสาธารณสุข วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2493, หน้า 1763-1764. พระนคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2497.
- กระทู้ถามเรื่องการอบรมแพทย์ตำบล วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 1482-1484. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2480.
- กระทู้ถามเรื่องกาฬโรคเกิดขึ้นที่จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2493, หน้า 1543-1546. พระนคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2497.
- กระทู้ถามเรื่องไข้ทรพิษในท้องที่จังหวัดสุรินทร์ วันที่ 8 ธันวาคม 2498. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2498, หน้า 366-373. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2498.
- กระทู้ถามเรื่องไข้หวัดใหญ่ วันที่ 25 มกราคม 2476. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 381-392. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.
- กระทู้ถามเรื่องขยายการสุขภาพตำบลตามชนบทและการเพิ่มหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ วันที่ 21 สิงหาคม 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 383. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่น วันที่ 1 มีนาคม 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1353-1355. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่น วันที่ 26 กรกฎาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 502. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่น วันที่ 30 กรกฎาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 565-568. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2482.

- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่นในเขตจังหวัดพิจิตร วันที่ 9 กันยายน 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 601-604. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่นในจังหวัดลำพูน วันที่ 23 กันยายน 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 881-883. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่นระบอบที่จังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 13 สิงหาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 820-822. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องไข้จับสั่นและโรคบิด วันที่ 30 กรกฎาคม 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2485, หน้า 131-132. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2485.
- กระทู้ถามเรื่องไข้ทรพิษระบอบ วันที่ 2 ธันวาคม 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 228. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาพระสุเมรุ, 2516.
- กระทู้ถามเรื่องไข้ทรพิษระบอบในจังหวัดยะลาและปัตตานี วันที่ 11 พฤศจิกายน 2489. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2489, หน้า 6-10. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2489.
- กระทู้ถามเรื่องไข้ทรพิษระบอบในจังหวัดสุราษฎร์ธานี วันที่ 18 มีนาคม 2489. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2489, หน้า 727. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2489.
- กระทู้ถามเรื่องไข้หวัดใหญ่ วันที่ 10 กันยายน 2496. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2496, หน้า 849-853. พระนคร: บริษัทเสนาการพิมพ์, 2499.
- กระทู้ถามเรื่องคนป่วยโรคเรื้อน วันที่ 1 กรกฎาคม 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 43-45. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2513.
- กระทู้ถามเรื่องควบคุมเชื้ออหิวาตกโรคที่เกิดจากน้ำแข็ง วันที่ 5 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 943-945. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องจัดให้มีหน่วยการแพทย์โยกย้ายไปตามท้องถิ่นที่กั้นดาร วันที่ 23 กรกฎาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 444-448. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมร์, 2482.

- กระทู้ถามเรื่องจำนวนทารกตายคลอดและการทารกสงเคราะห์ วันที่ 30 กรกฎาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 571-574. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมต์, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องจำนวนแพทย์แผนปัจจุบันที่รักษาพยาบาล วันที่ 19 สิงหาคม 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 379-380. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องเด็กขอทานและผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อน วันที่ 24 ตุลาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1678-1682. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมต์, 2480.
- กระทู้ถามเรื่องเด็กนักเรียนป่วยเป็นโรคคุดทะราดและเท้าโต วันที่ 15 มิถุนายน 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2493, หน้า 167-173. พระนคร: โรงพิมพ์สหการพิมพ์, 2498.
- กระทู้ถามเรื่องตั้งโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น วันที่ 1 สิงหาคม 2483. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2483, หน้า 222-224. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2484.
- กระทู้ถามเรื่องทางสาธารณะและโรงพยาบาล วันที่ 26 สิงหาคม 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 457-460. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องนายแพทย์เถื่อนเกิดระบาดขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 5 ตุลาคม 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2493, หน้า 66-74. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข่าวและพิมพ์ดีด, 2493.
- กระทู้ถามเรื่องใบอนุญาตผู้ประกอบการโรคศิลปะ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2493. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2493, หน้า 1968-1991. พระนคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2497.
- กระทู้ถามเรื่องปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 12 กันยายน 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2479, หน้า 499-501. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องปรับปรุงคุณภาพของสาววัดรณนักเรียนและแพทย์ประจำตำบล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 723-724. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.

- กระทู้ถามเรื่องป้องกันโรคระบาด วันที่ 17 ตุลาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1436-1440. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2480.
- กระทู้ถามเรื่องพระราชบัญญัติควบคุมผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อน วันที่ 24 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1297-1298. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องเพิ่มแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดปราจีนบุรี วันที่ 17 กันยายน 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2485, หน้า 501-502. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2485.
- กระทู้ถามเรื่องเพิ่มหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้มากขึ้น วันที่ 20 พฤศจิกายน 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 123-124. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาพระสุเมรุ, 2516.
- กระทู้ถามเรื่องแพทย์ประจำสุโขทัย วันที่ 2 ธันวาคม 2486. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2486, หน้า 189-190. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2486.
- กระทู้ถามเรื่องแพทย์แผนโบราณ วันที่ 5 ธันวาคม 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2485, หน้า 941-942. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2485.
- กระทู้ถามเรื่องแพทย์แผนโบราณ วันที่ 6 ตุลาคม 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร สมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2479, หน้า 969-970. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องแพทย์สาธารณสุข วันที่ 29 กันยายน 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 1048-1051. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องยาดมโรงพยาบาล สุโขทัยตามหัวเมือง วันที่ 18 กันยายน 2497. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2497, หน้า 21-32. พระนคร: ศูนย์ข่าวและพิมพ์ดีด, 2497.
- กระทู้ถามเรื่องยาดมและแพทย์ประจำตำบล วันที่ 13 สิงหาคม 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2485, หน้า 196-199. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2485.

- กระทู้ถามเรื่องยารักษาโรคตามสุขศาลาหัวเมือง วันที่ 22 กรกฎาคม 2491 . ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2491, หน้า 1714-1716. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.
- กระทู้ถามเรื่องรัฐบาลช่วยระงับโรคไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดแพร่อย่างไร วันที่ 19 มีนาคม 2476. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 1790. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.
- กระทู้ถามเรื่องรัฐบาลดำริควบคุมโรคจิตอย่างไรหรือไม่ วันที่ 25 มกราคม 2476. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 394-395. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.
- กระทู้ถามเรื่องรัฐบาลมีนโยบายในเรื่องแพทย์ของจังหวัดหนองคาย วันที่ 15 มกราคม 2476. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 206-220. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.
- กระทู้ถามเรื่องราษฎรเป็นโรคเท้าช้าง วันที่ 20 พฤศจิกายน 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 126-127. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาพระสุเมรุ, 2516.
- กระทู้ถามเรื่องโรคซึ่งถ่วงความเจริญของนักเรียน วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 1079-1082. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2477.
- กระทู้ถามเรื่องโรคทางฟันและทันตแพทย์ วันที่ 4 มีนาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 887-889. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องโรคมาลาเรีย วันที่ 17 มีนาคม 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1776-1788. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องโรคระบาด วันที่ 25 เมษายน 2489. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2489, หน้า 1987-1990. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2489.
- กระทู้ถามเรื่องโรคระบาดที่จังหวัดกาญจนบุรี วันที่ 12 กันยายน 2489. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2489, หน้า 5-7. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2489.

- กระทู้ถามเรื่องโรคระบาดในจังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 25 พฤษภาคม 2494. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2494, หน้า 3-8. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2494.
- กระทู้ถามเรื่องโรคระบาดอย่างร้ายแรง วันที่ 7 สิงหาคม 2490. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2490, หน้า 2268-2269. พระนคร: โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, 2505.
- กระทู้ถามเรื่องโรคเรื้อน วันที่ 5 ธันวาคม 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2485, หน้า 938-940. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2485.
- กระทู้ถามเรื่องโรควัดนโรค วันที่ 16 ธันวาคม 2491. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2491, หน้า 645-649. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.
- กระทู้ถามเรื่องโรคเหน็บชา วันที่ 26 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1376-1377. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมล์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องโรคคอหิวด์กำเริบที่อำเภอฟ้าหยาด วันที่ 24 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1295-1297. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมล์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องโรคคอหิวด์กำเริบแพร่หลายในจังหวัดอ่างทอง วันที่ 10 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1036-1037. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมล์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องโรคคอหิวด์ที่จังหวัดสมุทรปราการ วันที่ 12 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1078-1080. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมล์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องโรคคอหิวด์ในจังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 26 มีนาคม 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2479, หน้า 768. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องโรคคอหิวด์ระบาดในจังหวัดพิจิตร พิษณุโลก วันที่ 17 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 1174-1176. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิแมล์, 2481.

- กระทู้ถามเรื่องโรงพยาบาลจังหวัดปัตตานี วันที่ 27 สิงหาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 401-404. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2480.
- กระทู้ถามเรื่องโรงพยาบาลโรคจิตภาคอีสาน วันที่ 23 กันยายน 2482. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2482, หน้า 887-888. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องโรงพยาบาลโรคเรื้อนจังหวัดขอนแก่น วันที่ 28 สิงหาคม 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 442-443. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512.
- กระทู้ถามเรื่องโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 7 มีนาคม 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 982-987. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมต์, 2481.
- กระทู้ถามเรื่องวัคซีนป้องกันโรคระบาด วันที่ 17 มีนาคม 2491. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2491, หน้า 39. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2491.
- กระทู้ถามเรื่องส่งแพทย์ไปช่วยบำบัดโรคของราษฎรจังหวัดเชียงใหม่ วันที่ 21 ธันวาคม 2487. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2487, หน้า 693-694. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2487.
- กระทู้ถามเรื่องสับเปลี่ยนแพทย์ภูมิภาคให้เข้ามาอบรม วันที่ 13 มีนาคม 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2479, หน้า 553-554. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องสุศาลาจังหวัดกาฬสินธุ์ขาดนายแพทย์ วันที่ 11 พฤษภาคม 2494. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2494, หน้า 2495-2500. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2494.
- กระทู้ถามเรื่องสุศาลาโรงพยาบาลและเครื่องนุ่งห่ม วันที่ 25 มกราคม 2476. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2476, หน้า 417-420. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2476.
- กระทู้ถามเรื่องหมู่บ้านโรคเรื้อน วันที่ 30 ธันวาคม 2497. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2497, หน้า 1482-1484. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2497.

- กระทู้ถามเรื่ององค์การสงเคราะห์ทหารบก วันที่ 27 มกราคม 2492. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ พ.ศ.2492, หน้า 212-217. พระนคร: โรงพิมพ์อัมพลพิทยา, 2494.
- กระทู้ถามเรื่องอนามัยของนักโทษ วันที่ 29 กันยายน 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2479, หน้า 729-730. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- กระทู้ถามเรื่องอบรมนางผดุงครรภ์แผนโบราณ วันที่ 4 กันยายน 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 465. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512.
- กระทู้ถามเรื่องอหิวาตกโรค วันที่ 4 มีนาคม 2481. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2481, หน้า 876-877. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2482.
- กระทู้ถามเรื่องอหิวาต์ระบาดในจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 24 กรกฎาคม 2490. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ พ.ศ.2490, หน้า 1807-1809. พระนคร: โรงพิมพ์สำนักทำเนียบนายกรัฐมนตรี, 2505.
- ก้องสกล กวินรวีกุล. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2545.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2479 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2479. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 1 พ.ศ.2479, หน้า 101-107. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2479.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการแพทย์แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2478 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2478. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2478, หน้า 524-539. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2481.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477 วันที่ 12 มีนาคม 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 2748-2752. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2480.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติใช้จับสั้น พ.ศ.2485 วันที่ 16 เมษายน 2485. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยวิสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484-2485, หน้า 491-504. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาพระสุเมรุ, 2514.

- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2480 วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2480. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ. 2480, หน้า 1317-1334. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2481.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ วันที่ 1 มีนาคม 2480 ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2480, หน้า 1356-1391. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2481.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติควบคุมผู้ป่วยโรคเรื้อน พ.ศ.2477 วันที่ 13 สิงหาคม 2477. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 375-387. พระนคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2478.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินิคมโรคเรื้อน พ.ศ.2483 วันที่ 22 สิงหาคม 2483. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2483, หน้า 541-553. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยพิทยา, 2484.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2477 วันที่ 5 มีนาคม 2477 ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2477, หน้า 2163-2173. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2480.
- การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.2484 วันที่ 23 กันยายน 2484. ใน รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎรสมัยสามัญ สมัยที่ 2 พ.ศ.2484, หน้า 761-768. พระนคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2512.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ความรู้ อำนาจ และระบบราชการ: บทวิเคราะห์วัฒนธรรมราชการสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. พหุลักษณะทางการแพทย์: มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม, หน้า 1-36. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2549.
- ขจิต จิตตเสวี. องค์การระหว่างประเทศ: องค์การระหว่างประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์และภูมิภาคภิวัตน์. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2553.
- ขวัญสุดา รัตนชัย. จักรพรรดินิยมในการสาธารณสุข. สังคมศาสตร์การแพทย์ 2,1 (ตุลาคม-ธันวาคม 2521): 36-51.
- คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน: Universal Declaration of Human Rights. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2550.

- คำกล่าวของจอมพลป.พิบูลสงครามในหนังสือคู่มือสมรส ซึ่งแจกในงานวันของแม่ 10 มีนาคม พ.ศ.2486 นิกธ (12 มีนาคม 2486): 2. อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และ รัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, หน้า 179.
- คำตอบกระทู้ถามของขุนเสนาบดี เรื่องการก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด. ราชกิจจานุเบกษา 52 (9 กุมภาพันธ์ 2478): 3323.
- คำตอบกระทู้ถามของนายเขียน กาญจนพันธ์ เรื่องอนามัยในที่คุมขัง. ราชกิจจานุเบกษา 51 (3 กุมภาพันธ์ 2477): 4175-4176.
- คำตอบกระทู้ถามของนายเชื้อ สนั่นเมือง เรื่องการสาธารณสุข. ราชกิจจานุเบกษา 63 (24 กันยายน 2489): 1465.
- คำตอบกระทู้ถามของนายดิเรก มณีรัตน์ เรื่องโรคพยาธิลำไส้ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชกิจจานุเบกษา 71 (16 พฤศจิกายน 2497): 2541-2544.
- คำตอบกระทู้ถามของนายถวิล วัฏฏานนท์ เรื่องการจัดตั้งสุขาภิบาล. ราชกิจจานุเบกษา 72 (9 สิงหาคม 2498): 1925-1928.
- คำตอบกระทู้ถามของนายถัด รัตนพันธ์ เรื่องการอบรมแพทย์. ราชกิจจานุเบกษา 53 (7 กุมภาพันธ์ 2479): 2839-2840.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทองดี อิศราชีวิน เรื่องการปราบยุงเพื่อสวัสดิภาพของพลเมือง. ราชกิจจานุเบกษา 66 (29 พฤศจิกายน 2492): 5329-5331.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทองอยู่ พุฒพัฒน์ เรื่องการว่าจ้างชาวต่างประเทศมาพิจารณาปราบยุง. ราชกิจจานุเบกษา 52 (1 มีนาคม 2478): 3668-3669.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทองอยู่ พุฒพัฒน์ เรื่องยาตำราหลวง. ราชกิจจานุเบกษา 52 (25 สิงหาคม 2478): 1747-1749.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทองอยู่ พุฒพัฒน์ เรื่องห้องขังในเรือนจำลพบุรี. ราชกิจจานุเบกษา 53 (2 สิงหาคม 2479): 938-939.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทิม ภูริพัฒน์ เรื่องการแพทย์และโรงพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา 55 (30 พฤษภาคม 2481): 567-568.
- คำตอบกระทู้ถามของนายทิม ภูริพัฒน์ เรื่องคนเป็นโรคเรื้อน. ราชกิจจานุเบกษา 55 (13 มิถุนายน 2481): 698-700.
- คำตอบกระทู้ถามของนายน้อย อูปรมย์ เรื่องการบำบัดโรคแก่ประชาชน. ราชกิจจานุเบกษา 73 (4 กันยายน 2499): 2540-2549.

- คำตอบกระทู้ถามของนายนิยม อุปรมัย เรื่องการผลิตนักเรียนนางพยาบาล. ราชกิจจานุเบกษา 72 (22 มีนาคม 2498): 727-730.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิยม อุปรมัย เรื่องการศึกษาของลูกคนเป็นโรคเรื้อน. ราชกิจจานุเบกษา 73 (18 กันยายน 2499): 2717-2720.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิยม อุปรมัย เรื่องไข้มาลาเรีย. ราชกิจจานุเบกษา 72 (30 สิงหาคม 2498): 2145-2149.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิยม อุปรมัย เรื่องโรคเท้าช้าง. ราชกิจจานุเบกษา 72 (30 สิงหาคม 2498): 2142-2144.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิล ประจันต์ เรื่องการเพิ่มนางพยาบาลผดุงครรภ์ในส่วนภูมิภาค. ราชกิจจานุเบกษา 66 (13 กันยายน 2492): 4337-4338.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ เรื่องการก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด. ราชกิจจานุเบกษา 69 (7 ตุลาคม 2495): 3567-3568.
- คำตอบกระทู้ถามของนายนิวัฒน์ ศรีสุวรรณนท์ เรื่องโรคเรื้อน. ราชกิจจานุเบกษา 66 (25 ตุลาคม 2492): 4961-4964.
- คำตอบกระทู้ถามของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ เรื่องการสร้างโรงพยาบาลและสุขาศาลา. ราชกิจจานุเบกษา 67 (23 พฤษภาคม 2493): 2202-2208.
- คำตอบกระทู้ถามของนายบุญช่วย ศรีสวัสดิ์ เรื่องนางผดุงครรภ์กับแพทย์ประจำตำบลตามชนบทต่างจังหวัด. ราชกิจจานุเบกษา 71 (21 กันยายน 2497): 2065-2068.
- คำตอบกระทู้ถามของนายบุญมา เสริฐศิริ เรื่องการสร้างทางจากขอนแก่นถึงอุดร สร้างโรงพยาบาล ฯลฯ. ราชกิจจานุเบกษา 53 (2 สิงหาคม 2479): 929-933.
- คำตอบกระทู้ถามของนายบุญมา เสริฐศิริ เรื่องเพิ่มแพทย์จังหวัดเลย. ราชกิจจานุเบกษา 51 (25 มีนาคม 2477): 4653-4655.
- คำตอบกระทู้ถามของนายบุญมี ตุงคนาคะ เรื่องสอบแพทย์ปริญญาและโครงการสงเคราะห์มารดาฯ. ราชกิจจานุเบกษา 54 (21 มิถุนายน 2480): 548-549.
- คำตอบกระทู้ถามของนายประวัติ จันทรพิมพ์ เรื่องโรงพยาบาลโรคเรื้อนและนางผดุงครรภ์. ราชกิจจานุเบกษา 67 (18 กรกฎาคม 2493): 3061-3065.
- คำตอบกระทู้ถามของนายพัฒน์ นิลวัฒนานนท์ เรื่องอนามัยชั้น 2 และการเพิ่มพูนสมรรถภาพของผู้ช่วยแพทย์. ราชกิจจานุเบกษา 72 (29 พฤศจิกายน 2498): 2896-2901.
- คำตอบกระทู้ถามของนายฟอง สิทธิธรรม เรื่องเสมีนผู้ช่วยแพทย์และการพิจารณาความดีความชอบ. ราชกิจจานุเบกษา 58 (4 พฤศจิกายน 2484): 3951-3952.

คำตอบกระทู้ถามของนายมงคล รัตนวิจิตร เรื่องโรงพยาบาลโรคเรื้อน. ราชกิจจานุเบกษา 63 (31 ธันวาคม 2489): 2078-2081.

คำตอบกระทู้ถามของนายมนูญ บริสุทธิ์ เรื่องโครงการก่อสร้างรณสุข. ราชกิจจานุเบกษา 53 (21 มิถุนายน 2479): 608-611.

คำตอบกระทู้ถามของนายเอื้อน พาณิชยวิทย์ เรื่องการเพาะเภสัชกร. ราชกิจจานุเบกษา 55 (6 มิถุนายน 2481): 659-660.

คำตอบกระทู้ถามของนายสุวิชัย พันธเศรษฐ เรื่องการส่งเสริมให้มีองค์การสำหรับทำการค้นคว้าในทางแพทย์. ราชกิจจานุเบกษา 61 (8 กุมภาพันธ์ 2487): 343-345.

คำตอบกระทู้ถามของนายสุวิชัย พันธเศรษฐ เรื่องใช้ทรัพย์สินกำลังระบอบในเขตจังหวัดเชียงใหม่. ราชกิจจานุเบกษา 62 (19 มิถุนายน 2488): 870-871.

คำตอบกระทู้ถามของนายสุวิชัย พันธเศรษฐ เรื่องยาแก้ไข้มาลาเรีย. ราชกิจจานุเบกษา 61 (14 พฤศจิกายน 2487): 2179-2180.

คำตอบกระทู้ถามของนายสุวิชัย พันธเศรษฐ เรื่องอุบัติเหตุโรคระบาด. ราชกิจจานุเบกษา 62 (30 มกราคม 2488): 141-142.

คำตอบกระทู้ถามของนายเสวต ชุมแวงวาปี เรื่องการปราบปรามโรคไข้ทรพิษ. ราชกิจจานุเบกษา 63 (23 เมษายน 2489): 601-603.

คำตอบกระทู้ถามของนายอุ๊ต นิตยสุทธิ เรื่องให้รัฐบาลสร้างสถานพยาบาลสำหรับบำบัดโรคแก่ประชากร. ราชกิจจานุเบกษา 59 (9 มิถุนายน 2485): 1537-1539.

คำตอบกระทู้ถามของนายเอี่ยม สุภาพกุล เรื่องให้ตั้งโรงพยาบาลเคลื่อนที่หรือให้หมอลดและยารักษาการป่วยไข้ของราษฎร. ราชกิจจานุเบกษา 64 (18 กุมภาพันธ์ 2490): 284-285.

คำตอบกระทู้ถามของนายฮวด ทองโรจน์ เรื่องกิจการสาธารณสุข. ราชกิจจานุเบกษา 66 (12 กรกฎาคม 2492): 3241-3245.

คำตอบกระทู้ถามของพระยาวิเศษสิงหนาท เรื่องสัมและชนเทอจุจาระ. ราชกิจจานุเบกษา 54 (21 มิถุนายน 2480): 544-547.

คำตอบกระทู้ถามของพระศรการวิจิตร เรื่องโรงพยาบาลตามจังหวัดชายแดน. ราชกิจจานุเบกษา 51 (3 กุมภาพันธ์ 2477): 4180-4181.

จตุรพิธ ชมพูนท. การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดและกระบวนการสร้างแผนพัฒนาสังคมในประเทศไทย: ศึกษาเฉพาะกรณีแผนสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2526.

จรัล เกรินพงษ์, บรรณานิการ. ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

- ฉลอง สุนทรวาณิชย์. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หลังการเข้ามาของระบอบอาณานิคม. เอเชียปริทัศน์ 7,2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2531): 53-63.
- ชัยศิริ เขตตานุรักษ์. ประวัติการควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 441-451. พระนคร: กระทรวง, 2505.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช และชัตติยา กรรณสูต, รวบรวม. เอกสารการเมืองการปกครองไทย (พ.ศ. 2417-2477). กรุงเทพฯ: สถาบันสยามศึกษา สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2532.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. 100 ปีแห่งการปฏิรูประบบราชการ: วิวัฒนาการของอำนาจรัฐและอำนาจการเมือง. กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2541.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. ไตรลักษณ์รัฐกับการเมืองไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันนโยบายศึกษา, 2538.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. รัฐ กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ชาญวิทย์ เกษตรศิริ. ประวัติการเมืองไทย 2475-2500. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2549.
- ชาติชาย มุกสง. การแพทย์และการสาธารณสุขในประวัติศาสตร์นิพนธ์ไทย: จากวาทกรรมชนชั้นนำสู่การตอบโต้การครอบงำอำนาจ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ), พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม, หน้า 77-156. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2549.
- ชาติชาย มุกสง. วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติ สมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2487). สังคมศาสตร์ 17,1 (มกราคม-มิถุนายน 2548): 45-89.
- ชูชัย ศุภวงศ์. ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของไทย: บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.
- ดารารัตน์ เมตตาริกานนท์. การรวมกลุ่มทางการเมืองของ “ส.ส.อีสาน” พ.ศ.2476-2494. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- ถัด รัตนพันธ์. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดพัทลุง บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 1-7. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.
- แถมสุข นุ่มนนท์. เมืองไทยสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง. กรุงเทพฯ: สายธาร, 2544.

- ทวี แรงขำ. สถิติพยากรณ์ชีพบางเรื่อง. พระนคร: กองทะเบียน กรมมหาดไทย, 2484, หน้า 7-9.
- อ้างถึงใน ก้องสกล กวินรวีกุล. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545. หน้า 41.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม, บรรณาธิการ. สาธารณสุขชุมชน: ประวัติศาสตร์และความทรงจำ, การสัมมนา ผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ.2551. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2552.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. การปรับตัวทางความรู้ ความจริง และอำนาจของชนชั้นนำสยาม พ.ศ.2325-2411. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกับการปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น. วารสารธรรมศาสตร์ 26,2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543): 73-93.
- ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ. ความคิดการเมืองไพร่กระฎุมพีแห่งกรุงรัตนโกสินทร์. กรุงเทพฯ: มติชน, 2549.
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์. การปฏิวัติสยาม พ.ศ.2475. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2535.
- นครินทร์ เมฆไตรรัตน์. ความคิด ความรู้ และอำนาจการเมือง ในการปฏิวัติสยาม 2475. . กรุงเทพฯ: ฟาเดียวกัน, 2546.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. ปากไก่และใบเรือ กรุงเทพฯ: แพรวสำนักพิมพ์, 2538.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์. องค์ความรู้ด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย: สถานะ วาระการวิจัย และแนวทางการศึกษาในอนาคต. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ), พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย, หน้า 18-34. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548.
- บริษัทเวชการ,พระยา และคนอื่นๆ. การสาธารณสุขและสาธารณสุขปกครอง: คำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาล พ.ศ.2477. พระนคร: มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง, 2477. อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, หน้า 173-174.

- บำราศนราดูร, พระ. ประวัติกระทรวงสาธารณสุข. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 1-54. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.
- บุญมา เสริฐศรี. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดเลย บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 133-139. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.
- บุญเสริม นามวัง (รวบรวม). พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย. กรุงเทพฯ: สาส์นประชาราษฎร์, 2521.
- ประกอบ วิศาลเวทย์. การควบคุมโรค. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 423-439. พระนคร: กระทรวง, 2505.
- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรฐนิยมฉบับที่ 11 เรื่องกิจประจำวันของคนไทย. ราชกิจจานุเบกษา 58 (9 กันยายน 2484):1132-1133.
- ประวัติ ตันทสุรัตน์. แนวปฏิบัติในการเพิ่มผลเมือง. ประชาชาติ (27 กุมภาพันธ์ 2485): 5, อ้างถึงใน ก้องสกุล กวินรวีกุล. การสร้างร่างกายผลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545. หน้า 34.
- ปรีดี พนมยงค์. คำอธิบายกฎหมายปกครอง (พ.ศ.2475 แก้ไขปรับปรุง พ.ศ.2513). ใน ประชุมกฎหมายมหาชนและเอกชนของปรีดี พนมยงค์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.
- ปิยนาด บุนนาค. ประวัติศาสตร์ไทยสมัยใหม่ (ตั้งแต่การทำสนธิสัญญาบาวริงถึงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516). กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ผลงานวิชาการ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- เปรมจิตร์ กลิ่นอุบล. รัฐในทัศนะของ ดร.ปรีดี พนมยงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ผกา เศรษฐจันทร์, กุลยา ตันติผลาชีวะ และ เฟื่องฟ้า นรพัลลภ (เรียบเรียง). ประวัติการพยาบาลในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2529.
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พุทธศักราช 2477. ราชกิจจานุเบกษา 52 (1 พฤษภาคม 2478): 281-318
- พระราชบัญญัติใช้ฉบับสั้น พุทธศักราช 2485. ราชกิจจานุเบกษา 59 (4 สิงหาคม 2485): 1408-1414.
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479. ราชกิจจานุเบกษา 55 (26 เมษายน 2480): 160-176.

- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี พุทธศักราช 2477. ราชกิจจานุเบกษา 51 (5 เมษายน 2477): 10-25.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี พุทธศักราช 2478. ราชกิจจานุเบกษา 51 (31 มีนาคม 2477): 1457-1472.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี พุทธศักราช 2479. ราชกิจจานุเบกษา 53 (1 เมษายน 2479): 1-15.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี พุทธศักราช 2480. ราชกิจจานุเบกษา 54 (1 เมษายน 2480): 1-16.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปี พุทธศักราช 2481. ราชกิจจานุเบกษา 54 (28 มีนาคม 2480): 1954-1969.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2482-2483. ราชกิจจานุเบกษา 56 (30 กันยายน 2482): 925-940.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2484. ราชกิจจานุเบกษา 57 (24 ธันวาคม 2483): 875-894.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2485. ราชกิจจานุเบกษา 59 (21 กุมภาพันธ์ 2485): 481-505.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2486. ราชกิจจานุเบกษา 60 1 มกราคม 2486): 1-28.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2487. ราชกิจจานุเบกษา 61 (1 มกราคม 2487): 7-35.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2488. ราชกิจจานุเบกษา 62 (2 มกราคม 2488): 1-26.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2489. ราชกิจจานุเบกษา 63 (24 ธันวาคม 2489): 671-693.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2490. ราชกิจจานุเบกษา 63 (31 ธันวาคม 2489): 839-860.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2491. ราชกิจจานุเบกษา 65, ฉบับพิเศษ (5 ตุลาคม 2491): 1-25.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2492. ราชกิจจานุเบกษา 66 (8 มีนาคม 2492): 95-121.

- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2493. ราชกิจจานุเบกษา 67 (14 กุมภาพันธ์ 2493): 199-224.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2494. ราชกิจจานุเบกษา 68 (3 เมษายน 2494): 485-511.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2495. ราชกิจจานุเบกษา 69, ฉบับพิเศษ (16 มกราคม 2495): 1-27.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2496. ราชกิจจานุเบกษา 70, ฉบับพิเศษ (19 มกราคม 2496): 1-29.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2497. ราชกิจจานุเบกษา 71, ฉบับพิเศษ (8 กุมภาพันธ์ 2497): 1-31.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2498. ราชกิจจานุเบกษา 72, ฉบับพิเศษ (22 มกราคม 2498): 1-29.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2499. ราชกิจจานุเบกษา 73, ฉบับพิเศษ (27 มกราคม 2499): 1-27.
- พระราชบัญญัติงบประมาณประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2500. ราชกิจจานุเบกษา 74, ฉบับพิเศษ (5 มกราคม 2500): 1-48.
- พระราชบัญญัติงบประมาณแผ่นดิน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พุทธศักราช 2483. ราชกิจจานุเบกษา 57 (4 ตุลาคม 2483): 479-481.
- พระราชบัญญัติงบประมาณพิเศษ พุทธศักราช 2482 เพิ่มเติม. ราชกิจจานุเบกษา 56 (30 กันยายน 2482): 921-924.
- พระราชบัญญัติงบประมาณพิเศษ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายน พุทธศักราช 2482. ราชกิจจานุเบกษา 55 (31 มีนาคม 2481): 1159-1174.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม ฉบับที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2484. ราชกิจจานุเบกษา 58 (27 กรกฎาคม 2484): 963-970.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2484. ราชกิจจานุเบกษา 58 (10 ธันวาคม 2484): 1763-1768.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2477. ราชกิจจานุเบกษา 51 (23 กันยายน 2477): 605-610.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2478. ราชกิจจานุเบกษา 52 (10 พฤศจิกายน 2478): 1457-1462.

- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2479. ราชกิจจานุเบกษา 53 (8 พฤศจิกายน 2479): 550-553.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2480 (ฉบับที่ 2). ราชกิจจานุเบกษา 54 (28 มีนาคม 2480): 1951-1953.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2480. ราชกิจจานุเบกษา 54 (1 เมษายน 2480): 17-19.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติม พุทธศักราช 2481. ราชกิจจานุเบกษา 55 (31 มีนาคม 2481): 1152-1158.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2487. ราชกิจจานุเบกษา 61 (31 ธันวาคม 2487): 1234-1244.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2482-2483. ราชกิจจานุเบกษา 57 (4 ตุลาคม 2483): 472-478.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2485. ราชกิจจานุเบกษา 59 (29 กันยายน 2485): 1729-1743.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2486. ราชกิจจานุเบกษา 60 (28 ธันวาคม 2486): 1790-1793.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2487. ราชกิจจานุเบกษา 61 (26 กันยายน 2487): 855-857.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2488. ราชกิจจานุเบกษา 63 (26 พฤศจิกายน 2489): 588-598.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2490. ราชกิจจานุเบกษา 64, ฉบับพิเศษ (23 สิงหาคม 2490): 1-10.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2492. ราชกิจจานุเบกษา 66 (13 ธันวาคม 2492): 882-886.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2493. ราชกิจจานุเบกษา 67 (15 สิงหาคม 2493): 789-793.
- พระราชบัญญัติงบประมาณเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พุทธศักราช 2495. ราชกิจจานุเบกษา 69, ฉบับพิเศษ (27 กันยายน 2495): 1-10.
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พุทธศักราช 2477. ราชกิจจานุเบกษา 52 (5 พฤษภาคม 2478): 344-358

- พระราชบัญญัติโรคเรื้อน พุทธศักราช 2486. ราชกิจจานุเบกษา 60 (28 กันยายน 2486): 1432-1438
- พิชาญ พัฒนา. ความเป็นมาของการแพทย์เมืองไทย. พระนคร: โรงพิมพ์อักษรบริการ, 2509.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475). วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- มนฤทัย ไชยวิเศษ. ประวัติศาสตร์สังคม: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540). วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
- ยงค์ ชูติมา. ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?. ใน ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชูติมา. 2507, หน้า 37-49. อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, หน้า 186-187.
- ยุทธนา วรณปิติกุล และสุพิตา เริงจิต. สำนักพลเมือง ความเรียงว่าด้วยประชาชนบนเส้นทางประชาสังคม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม (CIVICNET), 2542.
- ยุวดี ตปนิยากร. วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาล พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2492. ราชกิจจานุเบกษา 66 (23 มีนาคม 2492): 1-80.
- รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 22/2477 วันที่ 13 กันยายน 2477. อ้างถึงใน สรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ. ขบวนการเสรีไทยกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2481-2492. กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532, หน้า 35.
- เรื่องวิทย์ ลิมปนาท. บทบาทของรัฐในระบบทุนนิยมของไทย (พ.ศ.2475-2500). วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- เลียง ไชยกาล. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดอุบลราชธานี บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 22-26. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.

- วรรณารถ แก้วศิริ. โรคระบาดในชุมชนภาคกลางของไทย พ.ศ.2440-2475: การศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- วรรณวิภา ปลั่งธนาทร. วิเคราะห์รายจ่ายสาธารณสุขภาครัฐบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- วัลภากร วรวรรณ, หม่อมเจ้า. ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขจากองค์การระหว่างประเทศและต่างประเทศ,” ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 501-526. พระนคร: กระทรวง, 2505.
- วิวรรณ เอกกรินทรากุล. การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ.2501-2520. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ไวยวิธิการ, พระ. นโยบายและองค์การสาธารณสุขของชาติ. ใน รายงานการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ.2484 เล่ม 1, หน้า 123-146. พระนคร: โรงพิมพ์กรมรถไฟ, 2486.
- ไวยวิธิการ, พระ. สาธารณสุขเกี่ยวกับนโยบายต่างชาติ. ใน รายงานการประชุมข้าหลวงประจำจังหวัด พ.ศ.2484 เล่ม 1, หน้า 147-170. พระนคร: โรงพิมพ์กรมรถไฟ, 2486.
- ศรีเชตต์นกร, หลวง. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดนนทบุรี บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 108-113. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.
- ศักดิ์ธรรณการ, หลวง. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดบุรีรัมย์ บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 74-77. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.
- ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์. สถิติประชากรปี 2462-2501 [Online]. ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แหล่งที่มา: http://www.cps.chula.ac.th/pop_info_2551/Image+Data/Population_statistics/Ps.html [2011, Jan 16].
- เศรษฐสุพร คูศิริพิทักษ์. รัฐสภา-ภูมิหลังของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรไทย รุ่น พ.ศ.2476-2512. ใน ชัยอนันต์ สมุทรวณิช และคณะ (บรรณาธิการ), สัตว์การเมือง, หน้า 131-178. พระนคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2514.
- สภาอากาศไทย. ประวัติการอากาศ. พระนคร: สภา, 2496.

สมเกียรติ วันทะนะ. เมืองไทยยุคใหม่: สัมพันธภาพระหว่างรัฐกับประวัติศาสตร์สำนึก. ใน สมบัติ
จันทรวงศ์ และชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (บรรณาธิการ), อยู่เมืองไทย, หน้า 70-88. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.

สมบัติ อารังธัญวงศ์. การเมือง: แนวความคิดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสน
ศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2546.

สมพงศ์ ชูมาก. องค์การระหว่างประเทศ: สันนิบาตชาติ สหประชาชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

สรศักดิ์ งามขจรกุลกิจ. ขบวนการเสรีไทยกับความขัดแย้งทางการเมืองภายในประเทศไทย
ระหว่าง พ.ศ.2481-2492. กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2532.

สอน อันตะวิกานนท์. การสุขศึกษาในวงงานสาธารณสุขยุคแรก. ใน อนุสรณ์กระทรวง
สาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505, หน้า 453-500. พระนคร: กระทรวง, 2505.

สันติสุข ไสภณศิริ. เกียรติประวัติแพทย์ไทยฝากไว้ให้คนรุ่นหลัง: ชีวิตและผลงานของ
ศาสตราจารย์นายแพทย์เสมอ พริ้งพวงแก้ว. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2549.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. ประวัติและผลงานของกรมการแพทย์. ใน อนุสรณ์
กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 105-152. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม
, 2500.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. ประวัติและผลงานของกรมมหาวิทยาลัย
แพทยศาสตร์. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 153-
174. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. ประวัติและผลงานของกรมอนามัย. ใน อนุสรณ์กระทรวง
สาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 201-286. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.

สาธารณสุข, กระทรวง. คู่มือสมรส. พระนคร : กระทรวง, 2486, หน้า 1-3. อ้างถึงใน ก้องสกุล
กวีนิรวิกุล. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-
2487. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและ
มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545. หน้า 39.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. ประวัติและผลงานของสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 65-104.
พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.

สาธารณสุข, กระทรวง. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500. พระนคร: โรง
พิมพ์อุดม, 2500.

- สาส์นอวยพรของจอมพลป.พิบูลสงครามแก่คู่สมรสของชาติ 21 คู่ ที่จังหวัดลำปาง เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2486. นิกร (24 พฤษภาคม 2486). อ้างถึงใน ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550, หน้า 179.
- สำนักงานสถิติกลาง. สมุดสถิติรายปีประเทศไทย บรรพ 22 (ภาค 1) พ.ศ.2488-2498. พระนคร: สำนักงานสถิติกลาง สำนักงานสภาพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2499.
- สุกิจ ด่านยุทธศิลป์. การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ.2453-2468). วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์, 2533.
- สุทธชัย ยิมประเสริฐ. สายธารประวัติศาสตร์ประชาธิปไตยไทย. กรุงเทพฯ: พี.เพรส, 2551.
- สุนทรพจน์ในวันพิธีเปิดกระทรวงสาธารณสุข. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ. 2485-2500, หน้า 59-64. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.
- สุนทรพิพิธ, พระยา. สาธารณสุขศึกษา. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500, หน้า 461-472. พระนคร: โรงพิมพ์อุดม, 2500.
- สุวีรัตน์ สุวีลดี. บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ.2456-2468). วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.
- สุวีลดี โภชพันธุ์. เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- อบ คุณวิศาล. พันธุ์ดี. ประชาชาติ (13 ตุลาคม 2484): 1, อ้างถึงใน ก้องสกล กวินรวีกุล. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพลป.พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545. หน้า 33
- อินทรภักดี, ชุน. ปาฐกถาเรื่องสภาพของจังหวัดเพชรบูรณ์ บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477. ใน ปาฐกถาของผู้แทนราษฎร เรื่อง สภาพของจังหวัดต่างๆ, หน้า 127-132. กรุงเทพฯ: สมาคมมิตรภาพญี่ปุ่น-ไทย, 2539.
- อุทัย สนธินันท์. การควบคุมไข้มาลาเรีย. ใน อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ. 2485-2505, หน้า 405-422. พระนคร: กระทรวง, 2505.
- Campana, Aldo. editor. World Health Organization: The mandate of a specialized agency of the United Nations [Online]. Geneva Foundation for Medical

Education and Research. Available from:

http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/P1-1.htm [2011, Jan 14].

Chanet Wallop Khumthong. The Politics and Socio-Economic Transformation of the Thai Health Care System. ใน โภมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ และชาติชาย มุกสง (บรรณาธิการ), พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขไทย, หน้า 106-174. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2548.

Charoon Pirayavaraporn. Leprosy Control in Thailand. Bangkok: Department of Communicable Disease Control, 1996.

Ingram, James C. Economic Change in Thailand since 1850. Stanford. CA: Stanford University Press, 1955.

Wariya Siwasariyanon. The Transfer of Medical Technology From the First World to the Third World. Doctoral dissertation of philosophy, American studies, University of Hawaii, 1984.

Wikipedia Foundation. Diphtheria [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Diphtheria> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Epidemic [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Epidemic> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Eugenics [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Eugenics> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Infectious disease [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Infectious_disease [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Leprosy [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Leprosy> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Malaria [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Malaria> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Montevideo Convention [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Montevideo_Convention [2011, Jan 9].

Wikipedia Foundation. Pertussis [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Pertussis> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Psychosis [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Psychosis> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Sexually transmitted disease [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from:

http://en.wikipedia.org/wiki/Sexually_transmitted_disease [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Tuberculosis [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia.

Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis> [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Typhoid fever [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia.

Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Typhoid_fever [2011, Jan 17].

Wikipedia Foundation. Yaws [Online]. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from:

<http://en.wikipedia.org/wiki/Yaws> [2011, Jan 17].

Zimmerman ,Carle C. Siam Rural Economic Survey 1930-1931. Bangkok: White Lotus, 1999.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข*

ลำดับที่	รายนาม	วันดำรงตำแหน่ง
1	พ.อ.ช่วง เหวงศักดิ์สงคราม	10 มีนาคม 2485 – 1 สิงหาคม 2487
2	นายจิตร ศิริธรรมาธิเบศร์ ณ สงขลา	2 สิงหาคม 2487 – 2 พฤษภาคม 2488
3	น.อ.หลวงศุภชลาศัย ร.น.	2 พฤษภาคม 2488 – 31 สิงหาคม 2488
4	นายทวี บุญยเกตุ	1 กันยายน 2488 – 17 กันยายน 2488
5	พล.ต.อ.อดุลย์ อดุลย์เดชจรัส	19 กันยายน 2488 – 2 กุมภาพันธ์ 2489
6	พล.ท.พิชิต เกียรติศักดิ์พิชิต	2 กุมภาพันธ์ 2489 – 24 มีนาคม 2489
7	พระยาสุนทรวิจิตร	24 มีนาคม 2489 – 8 มิถุนายน 2489 11 มิถุนายน 2489 – 23 สิงหาคม 2489
8	นายแสง สุทธิพงศ์	31 พฤษภาคม 2490 – 10 พฤศจิกายน 2490
9	นายประจวบ บุนนาค	11 พฤศจิกายน 2490 – 21 กุมภาพันธ์ 2491
10	พล.ร.ต.เล็ก สุมิตร ร.น.	25 กุมภาพันธ์ 2491 – 8 เมษายน 2491
11	พระยาปริวัตรเวชการ	15 เมษายน 2491 – 25 มิถุนายน 2492 18 มิถุนายน 2492 – 29 พฤศจิกายน 2494 29 พฤศจิกายน 2494 – 6 ธันวาคม 2494 8 ธันวาคม 2494 – 24 มีนาคม 2495 28 มีนาคม 2495 – 15 พฤษภาคม 2497
12	พลโทประยูร ภมรมนตรี	15 พฤษภาคม 2497 – 25 กุมภาพันธ์ 2500

* ที่มา กระทรวงสาธารณสุข, รายนามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอดีต-ปัจจุบัน
[Online]. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/about/history/big_1.htm

13	จอมพลอากาศฟ้า รณอากาศฤทธาคนี	31 มีนาคม 2500 – 16 กันยายน 2500
14	นายแพทย์เฉลิม พรหมมาส	23 กันยายน 2500 – 26 ธันวาคม 2500 1 มกราคม 2501 – 20 ตุลาคม 2501
15	พระบำราศนราดูร	10 กุมภาพันธ์ 2502 – 8 ธันวาคม 2506 11 ธันวาคม 2506 – 11 มีนาคม 2512
16	พล.ต.อ.ประเสริฐ รุจิรวงศ์	11 มีนาคม 2512 – 17 พฤศจิกายน 2514 19 ธันวาคม 2515 – 14 ตุลาคม 2516
17	นายแพทย์อุดม โปชะกะเกษณะ	16 ตุลาคม 2516 – 22 พฤษภาคม 2517 30 พฤษภาคม 2517 – 21 กุมภาพันธ์ 2518
18	นายคล้าย ละอองมณี	21 กุมภาพันธ์ 2518 – 17 มีนาคม 2518
19	นายประชุม รัตนเพียร	17 มีนาคม 2518 – 8 มกราคม 2519
20	พลอากาศเอกทวี จุลละทรัพย์	21 เมษายน 2519 – 23 กันยายน 2519 5 ตุลาคม 2519 – 6 ตุลาคม 2519
21	ศาสตราจารย์เรือโทนายแพทย์ยงยุทธ สัจจาวาณิชย์	22 ตุลาคม 2519 – 20 ตุลาคม 2520 12 พฤศจิกายน 2520 – 24 พฤษภาคม 2522
22	นายแพทย์บุญสม มาร์ติน	24 พฤษภาคม 2522 – 11 กุมภาพันธ์ 2523
23	นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว	11 กุมภาพันธ์ 2523 – 29 กุมภาพันธ์ 2523
24	นายทองหยด จิตตวีระ	12 มีนาคม 2523 – 4 มีนาคม 2524
25	นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว	11 มีนาคม 2524 – 7 พฤษภาคม 2526
26	นายมารุต บุณนาค	7 พฤษภาคม 2526 – 27 กรกฎาคม 2529
27	นายเทอดพงษ์ ไชยนันทน์	11 สิงหาคม 2529 – 29 เมษายน 2531
28	พล.ต.ชาติชาย ชุณหะวัณ (รักษาการ)	2 พฤษภาคม 2531 – 9 สิงหาคม 2531

29	นายชวน หลีกภัย	9 สิงหาคม 2531 – 29 ธันวาคม 2532
30	นายมารุต บุณนาค	29 ธันวาคม 2532 – 22 พฤศจิกายน 2533
31	นายประจวบ ไชยสาส์น	22 พฤศจิกายน 2533 – 8 ธันวาคม 2533
32	นายปิยะณัฐ วัชรภรณ์	14 ธันวาคม 2533 – 23 กุมภาพันธ์ 2534
33	นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์	6 มีนาคม 2534 – 21 เมษายน 2535
34	นายบุญพันธ์ แหว้วฒนะ	17 เมษายน 2535 – 15 มิถุนายน 2535
35	นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์	14 มิถุนายน 2535 – 1 ตุลาคม 2535
36	นายบุญพันธ์ แหว้วฒนะ	18 กรกฎาคม 2538 – 1 ธันวาคม 2539
37	ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์	23 กันยายน 2536 – 20 กรกฎาคม 2538
38	นายเสนาะ เทียนทอง	18 กรกฎาคม 2538 – 1 ธันวาคม 2539
39	นายมนตรี พงษ์พานิช	29 พฤศจิกายน 2539 – 24 ตุลาคม 2540
40	นายสมศักดิ์ เทพสุทิน	24 ตุลาคม 2540 – 15 พฤศจิกายน 2540
41	นายรักเกียรติ สุขธนะ	14 พฤศจิกายน 2540 – 15 กันยายน 2541
42	นายกร ทัพพะรังสี	5 ตุลาคม 2541 – 17 กุมภาพันธ์ 2544
43	นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์	17 กุมภาพันธ์ 2544 - 3 ตุลาคม 2545
44	นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์	3 ตุลาคม 2545 - 10 มีนาคม 2548
45	นายสุชัย เจริญรัตนกุล	11 มีนาคม 2548 - 31 ตุลาคม 2548
46	นายพินิจ จารุสมบัติ	31 ตุลาคม 2548 - 19 กันยายน 2549
47	นายมงคล ณ สงขลา	8 ตุลาคม 2549 - 5 กุมภาพันธ์ 2551
48	นายไชยา สะสมทรัพย์	6 กุมภาพันธ์ 2551 - 6 มีนาคม 2551

49	นายชวรัตน์ ชาญวีรกุล	2 สิงหาคม 2551 - 23 กันยายน 2551
50	ร.ต.อ.เฉลิม อยู่บำรุง	24 กันยายน 2551 - 19 ธันวาคม 2551
51	นายวิทยา แก้วภราดัย	20 ธันวาคม 2551 - 15 มกราคม 2553
52	นายจรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์	16 มกราคม 2553 - ปัจจุบัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายธันวา วงศ์เสงี่ยม เกิดเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ.2528 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล ในปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรอักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี 2550 ได้รับ “ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช รุ่นที่ 9 ปีพ.ศ.2552 ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการ Asian Graduate Student Fellowship 2010 ดำเนินการโดย Asia Research Institute : National University of Singapore ระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ.2553 และได้นำเสนอบทความเรื่อง “The Thai State and Its Citizens’ Health after the Revolution of 1932” ในงานสัมมนาทางวิชาการ “5th Asian Graduate Forum on Southeast Asian Studies” ที่ประเทศสิงคโปร์เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2553



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย