

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยสมุนไพรพื้นบ้านไทย:กรณีศึกษาต้นตบุดลากรประเทศ
ไทย ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการวิจัย ดังนี้

การดูแลสุขภาพช่องปาก

1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. วิวัฒนาการการทันตสาธารณสุขในประเทศไทย
4. ยุทธศาสตร์ด้านทันตสุขภาพ

การดูแลสุขภาพทางเลือก

1. ความหมายของการดูแลสุขภาพทางเลือก
2. ความจำเป็นของการดูแลสุขภาพทางเลือก
3. ประเภทของการแพทย์ทางเลือก
4. ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ทางเลือก

การดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร

1. วิวัฒนาการของการบำบัดโรคด้วยสมุนไพร
2. สมุนไพรไทยในการสาธารณสุขไทย
3. สมุนไพรไทยกับประชาคมอาเซียน
4. สมุนไพรที่นำมาใช้ในทางทันตกรรม

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

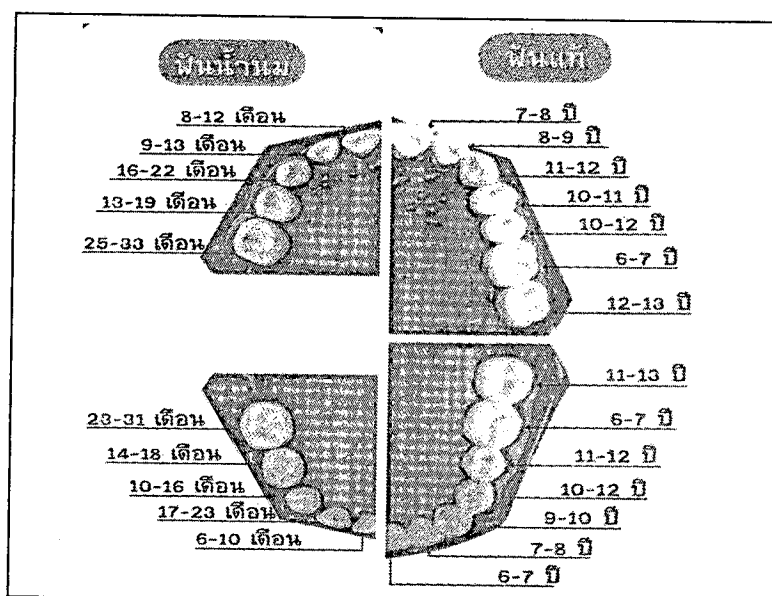
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การดูแลสุขภาพช่องปาก

1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

ฟันไม่ใช่เพียงแต่เป็นเครื่องบดเคี้ยวอย่างเดียวสำหรับมนุษย์ ฟันยังช่วยเป็นส่วนประกอบของความสวยงามบนใบหน้ารวมทั้งช่วยในการออกเสียงในการพูดด้วย ฟันจึงเป็นอวัยวะที่ควรได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษ ในมนุษย์ ฟันมีด้วยกันทั้งหมด 2 ชุด ฟันชุดแรก

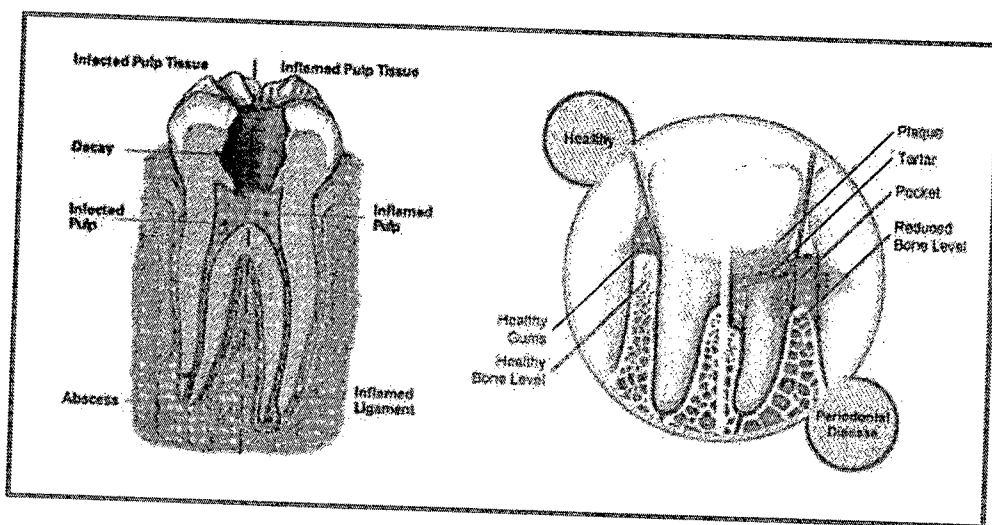
เรียกว่า ฟันน้ำนม มีอยู่ 20 ซี่ซึ่งจะเริ่มเห็นในช่องปากเมื่อเด็กเกิดแล้วประมาณ 6 เดือนและจะครบ 20 ซี่เมื่อเด็กอายุประมาณสองขวบครึ่ง โดยอยู่ที่ขากรรไกรบน 10 ซี่และขากรรไกรล่าง 10 ซี่ ฟันน้ำนมจะถูกใช้เต็มที่ประมาณ 3 ถึง 6 ขวบ จากนั้นฟันแท้จะทยอยกันขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม ฟันน้ำนมจะค่อยๆโยกหลุดไปเองโดยธรรมชาติ ฟันกรามใหญ่จะเป็นฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุประมาณ 6 ขวบ จนถึงอายุประมาณ 12 ปี เด็กควรมีฟันแท้อยู่ในปาก 28 ซี่ ส่วนอีก 4 ซี่ที่เหลือเป็นฟันกรามที่สุดท้ายจะขึ้นระหว่างอายุ 18-25 ปี (กองทันตสาธารณสุข, 2551)



ภาพ 2 ลำดับการขึ้นของชุดฟันน้ำนมและชุดฟันแท้

สองโรคหลักๆ ที่เป็นเหตุของการสูญเสียฟัน คือ โรคฟันผุและโรคปริทันต์ สำหรับโรคฟันผุมีคนจำนวนไม่น้อยเชื่อว่าฟันผุมีสาเหตุจากตัวแมงเข้ามาเจาะไชกินทำให้ฟันเป็นโพรง แต่ที่จริงแล้วฟันผุเกิดจากแผ่นคราบของเชื้อโรค (biofilm) ซึ่งมองดูด้วยตาเปล่าไม่เห็นสะสมอยู่บนผิวเคลือบฟัน แผ่นคราบนี้จะทำให้อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่รับประทานเข้าไปกลายเป็นกรดสามารถทำลายผิวฟันได้จนกระทั่งฟันเป็นรูลึกขึ้น ถ้าไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมจะทำให้ฟันผุนั้นลุกลามจนถึงโพรงประสาทเกิดการปวดฟันอย่างรุนแรงซึ่งระยะนี้เป็นระยะที่คนส่วนมากจะตัดสินใจพบทันตแพทย์ แต่บางคนมีความสามารถทนต่อการเจ็บปวดได้สูงยอมทนเจ็บโดยไม่ได้รับการบำบัดใดๆเลย ต่อมาเมื่อโพรงประสาทฟันมีอาการอักเสบเน่าเปื่อยจนเชื้อโรคต่างๆ สามารถเข้าไปภายในทำให้เกิดหนองขึ้นภายในฟันและรุกรามไปจนถึงปลายราก ส่วนใหญ่จะต้อง

ถูกถอนฟันออกไป อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เราต้องสูญเสียฟัน คือ โรคปริทันต์หรือโรครำมะนาด เป็นโรคของเนื้อเยื่อรอบๆ ฟันและอวัยวะที่รองรับฟัน อาการของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ ไม่ค่อยก่อให้เกิดความเจ็บปวดในระยะเริ่มแรกแต่จะมีอาการมากขึ้นเมื่อเป็นมากแล้ว อาการเริ่มแรกที่จะสังเกตได้ คือ จะมีเลือดออกจากเหงือกง่ายกว่าปกติ เหงือกจะมีสีแดงจัดและบวมเป่งไม่แนบสนิทกับตัวฟัน มีเลือดออกทุกครั้งที่แปรงฟันหรือกัดอาหาร (เหงือกปกติจะมีสีชมพูและแน่นแข็ง) แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เหงือกเป็นหนองฟันโยกมากกว่าปกติ ไม่สะดวกในการเคี้ยวอาหาร ท้ายที่สุดต้องสูญเสียฟันนั้นไป (กองทันตสาธารณสุข, 2551)



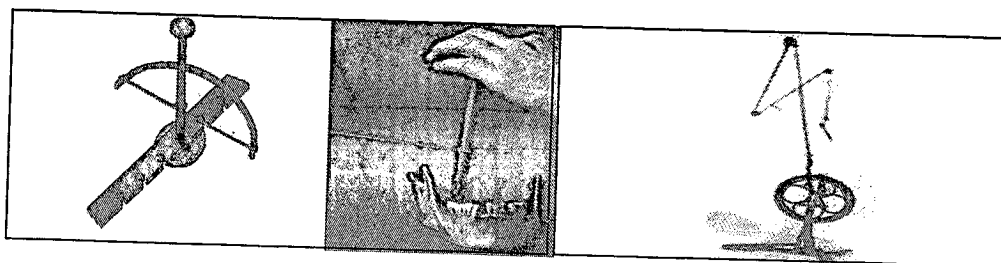
ภาพ 3 โรคที่เกิดจากฟันผุ และโรคปริทันต์

ที่มา: <http://www.jameskilcoynedds.com> และ <http://www.franklinperio.com>

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีข้อปฏิบัติเพื่อทันตสุขภาพดังนี้ คือ แปรงฟันให้ถูกวิธี เมื่อตื่นนอน แปรงฟันทันทีภายหลังกินอาหารทุกมื้อและก่อนนอน การแปรงฟันทำให้ฟันสะอาด ป้องกันฟันผุและเหงือกแข็งแรงสมบูรณ์ กินอาหารมีประโยชน์ที่ช่วยทำความสะอาดฟันและเหงือก ขณะเคี้ยวอาหาร เช่น เนื้อสัตว์ นม ผักและผลไม้ ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวาน เช่น ลูกอม น้ำอัดลม พร้อมเสริมความแข็งแรงให้กับฟันโดยใช้ฟลูออไรด์โดยการรับประทานยาฟลูออไรด์ในสภาพยาเม็ดหรือยาน้ำ อาหารประเภทชา หรือเคลือบผิวฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ผสมและควรบำรุงสุขภาพให้สมบูรณ์อยู่เสมอเพื่อการต้านทานโรค (กองทันตสาธารณสุข, 2551)

2. วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพช่องปาก

ย้อนกลับไปที่ 7,000 ปี ก่อนคริสตกาลช่วงอารยธรรมหมู่บ้านอินดัส (Indus Valley Civilization) แถบประเทศอินเดียและปากีสถาน ได้มีปรากฏหลักฐานเครื่องมือเกี่ยวกับการรักษาฟันเป็นครั้งแรก เรียกว่า "Bow drill" มีส่วนหัวของเครื่องมือทำจากหิน ใช้เจาะคว้านส่วนเคลือบฟัน และเนื้อเยื่อฟันที่เน่าเปื่อย ช่วง 5,000 ปีก่อนคริสตกาล จารึกของชาวซูเมเรียน อินเดีย ญี่ปุ่น จีน ได้กล่าวถึงแมงกินฟันหรือหนอนในฟัน (tooth worm) ว่าเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ตำนานแมงกินฟันถูกพบในข้อเขียนของ โฮเมอร์ ในช่วงนี้เช่นเดียวกัน และในช่วง 700 ปีก่อนคริสตกาลมีหลักฐานว่าชาวอียิปต์เป็นชาติแรกที่มีการใส่ฟันปลอม โดยใช้ลวดทองคำมัดเกี่ยวฟันเอาไว้ด้วยกัน เรียกว่า "bling"



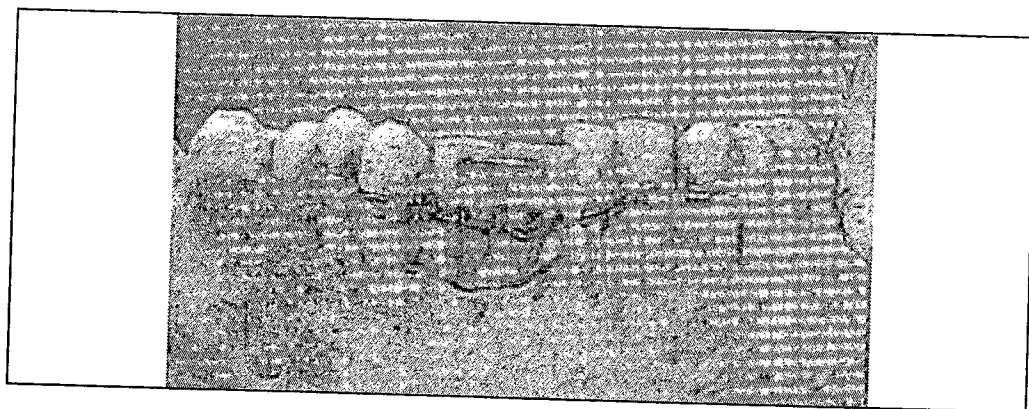
ภาพ 4 เครื่องมือ Bow drill และ Portable dental treadle drill (1900-1910)

ที่มา: [http:// www.dent.umn.edu](http://www.dent.umn.edu), <http://www.dentalassistant.net/pictorial-history>,
<http://museumofhealthcare.wordpress.com>



ภาพ 5 รูปปั้นจำลองแสดงการทำลายของ tooth worm

ที่มา: <http://www.dentalassistant.net/pictorial-history/>

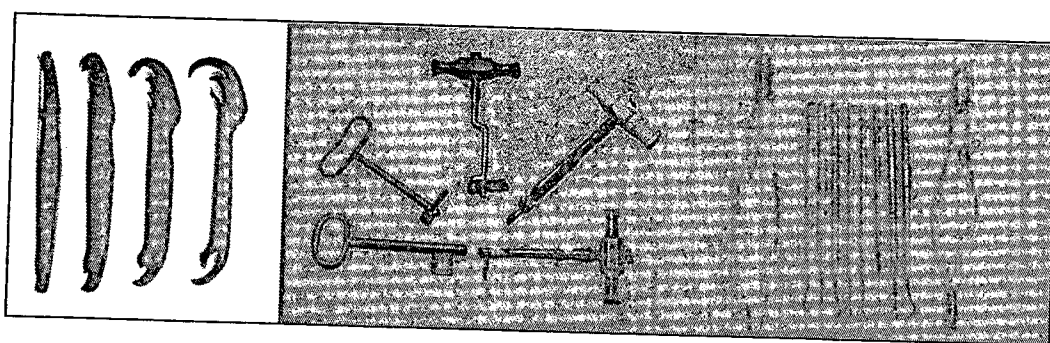


ภาพ 6 ฟันปลอม “bling”

ที่มา: <http://www.dentalassistant.net/pictorial-history/>

ในยุโรปช่วงศตวรรษที่ 13 ปรากฏว่ามีการทันตกรรมโดย barber-surgeons ในช่วงศตวรรษที่ 14 ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส Guy de Chauliac ยังคงกล่าวถึงความเชื่อที่ว่าแมงกินฟันเป็นสาเหตุของฟันผุ (Wikipedia, 2012)

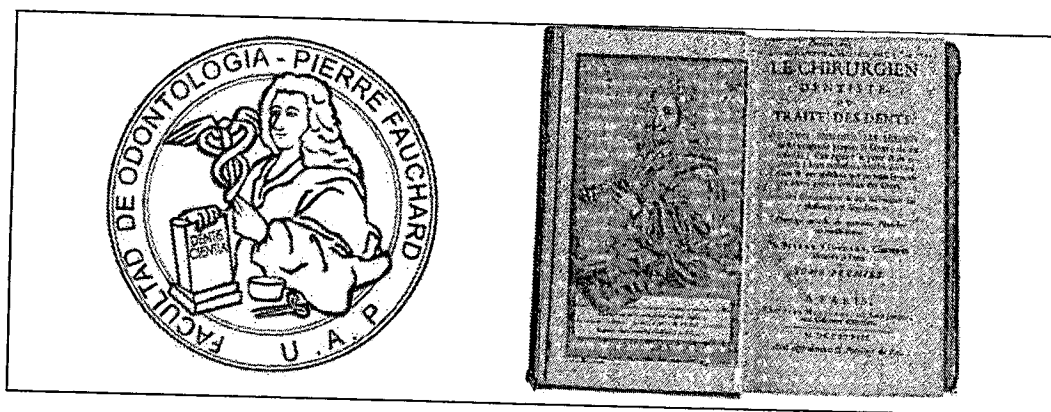
ในช่วงยุคกลาง ช่วงศตวรรษที่ 16-19 การทันตกรรมจะกระทำโดยแพทย์ทั่วไปหรือช่างตัดผม ซึ่งช่วงแรกๆนี้การรักษาฟันจะทำได้ด้วยการถอนฟันเพื่อกำจัดความปวดออกไป เครื่องมือที่ใช้ช่วงแรก เรียกว่า Dental pelican ต่อมาในศตวรรษที่ 18 ตอนปลาย ได้มีการคิดค้น Dental key ขึ้นมาและถูกแทนที่ด้วยคีมถอนฟันในศตวรรษที่ 20 (Wikipedia, 2012)



ภาพ 7 อุปกรณ์ทางทันตกรรมในยุคต่างๆ: dental pelican, dental key และ dental forceps เรียงตามลำดับ (ซ้ายไปขวา)

ที่มา: <http://www.dentalassistant.net/pictorial-history/>

อาจกล่าวได้ว่า ยุคริเริ่มการทันตแพทยศาสตร์เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 17 โดยแพทย์ชาวฝรั่งเศส Pierre Fauchard ซึ่งเป็นบิดาของการทันตแพทยสมัยใหม่ ในช่วงนี้ได้มีการพัฒนารูปแบบของฟันปลอม มีการเริ่มใช้วัสดุอุดฟันเพื่อรักษาอาการฟันผุและแสดงให้เห็นว่ากรดจากน้ำตาล “tartaric acid” เป็นสาเหตุของการเกิดฟันผุ (Wikipedia, 2012)

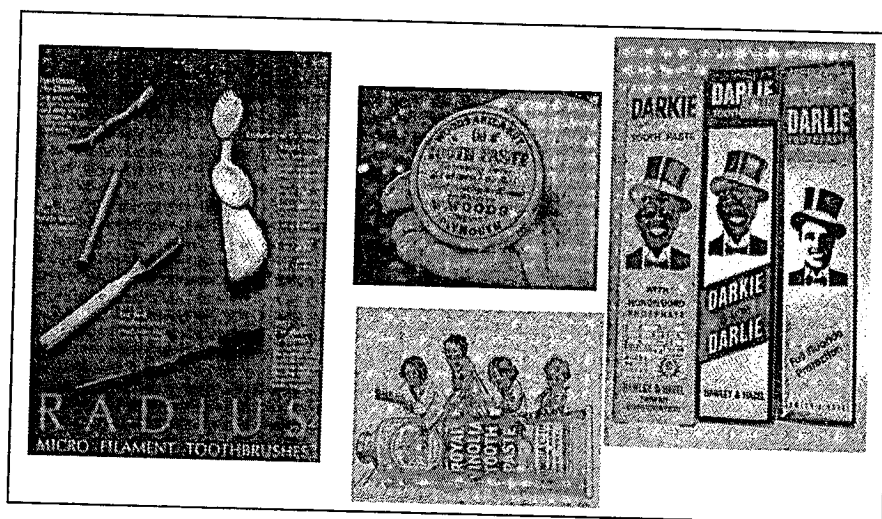


ภาพ 8 บิดาของการทันตแพทยสมัยใหม่ “Pierre Fauchard”

ที่มา: <http://www.uap.edu.py> และ <http://www.hagstromerlibrary.ki.se/>

ส่วนอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากนั้น แปรงสีฟันอันแรกปรากฏขึ้นเมื่อศตวรรษที่ 11 ในประเทศจีน ทำจากขนหมูไซบีเรียซึ่งถูกเลี้ยงในสภาพอากาศที่หนาวเย็นเพื่อกระตุ้นให้มีขนเยอะๆจนที่ได้จะถูกนำมามัดเข้ากับด้ามจับที่ทำจากไม้ไผ่หรือไม้ทั่วไป ในช่วงยุคมีดของยุโรป วิธีดูแลสุขภาพปากและฟันคือการใช้ปลายมีดต่างไม้จิ้มฟัน เมื่อแปรงสีฟันขนหมูมาถึงยุโรปในช่วงศตวรรษที่ 15 หลายคนเห็นว่าขนหมูแข็งเกินไปและยังคงนิยมวิธีจิ้มฟันแบบเดิมบางคนใช้ขนม้าหรือสัตว์ประเภทอื่นแต่ขนเหล่านี้ก็นุ่มจนขจัดเศษอาหารไม่ค่อยได้ อย่างไรก็ตามช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ในอังกฤษเริ่มมีการผลิตแปรงสีฟันขนหมูออกจำหน่ายเชิงพาณิชย์ กระทั่ง ค.ศ. 1938 จึงมีการนำแปรงในลอนสังเคราะห์ออกวางจำหน่ายเป็นครั้งแรกในสหรัฐฯแต่ผู้ใช้ยังรู้สึกว่ามันแข็งเกินไปอยู่ดี ในที่สุดกว่าจะมีแปรงในลอนแบบนุ่มๆก็ล่วงเข้าทศวรรษ 1950 ส่วนยาสีฟันมีการค้นพบสูตรยาสีฟันครั้งแรกในหลุมฝังศพของชาวอียิปต์ย้อนไปเมื่อ 4,000 ปีที่แล้ว สูตรนี้ประกอบด้วยน้ำส้มกับผงหินขัดซึ่งมีฤทธิ์ทำลายสารเคลือบฟันทำให้ฟันผุได้ง่าย ชาวโรมันมีสูตรยาสีฟันคล้ายกับชาวอียิปต์และให้ผลคล้ายคลึงกันแต่ส่วนผสมที่ต่างออกไปคือบัสสวาระแอมโมเนียที่พบในบัสสวาระอาจมีฤทธิ์ต่อต้านฟันผุ ปัจจุบันยังมีสารประกอบแอมโมเนียในยาสีฟันหลายขนาน

ยาสีฟันมีทั้งคุณและโทษเรื่อยมาจนถึงศตวรรษที่ 19 เริ่มมีพัฒนาการรวดเร็วขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เริ่มมียาสีฟันสมัยใหม่ออกมาพอมีการนำฟลูออไรด์มาผสมในยาสีฟันในปี ค.ศ. 1956 สถิติของโรคฟันผุก็ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (สรรสาระ, 2549)



ภาพ 9 วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพช่องปาก :แปรงสีฟัน ยาสีฟัน

3. วิวัฒนาการงานทันตสาธารณสุขในประเทศไทย

ในสมัยโบราณเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักแสวงหาการรักษาจากหมอพื้นบ้านหรือหมอพระที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันหรือชุมชนใกล้เคียง โดยปกติแล้วหมอพื้นบ้านจะรักษาอาการเจ็บป่วยโดยใช้สมุนไพร เวทมนตร์คาถา ส่วนคนทั่วไปเรียนรู้การใช้การแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรจากเพื่อนบ้านหรือจากวัด สำหรับอาการปวดฟัน ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านใช้เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดตามธรรมชาติจนกระทั่งฟันนั้นร่วงหรือหลุดไปเอง (Komabayashi, et al., 2007)

ส่วนพัฒนาการทันตสุขภาพไทย เริ่มต้นช่วงปี พ.ศ. 2380-2466 โดยก่อนมีพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 การประกอบอาชีพทางทันตกรรมคงเรียกว่า “การช่างฟัน” ผู้ให้การบำบัดรักษาโรคฟันเป็นชาวต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย ได้แก่ ชาวจีน ญี่ปุ่น แวกศรีลังกาและฝรั่ง ด้านความรู้ในการรักษาคงได้รับการถ่ายทอดมาเป็นทอดๆ ไม่มีการศึกษาอบรม เปิดร้านทำฟันให้บริการถอนฟันและตัดฟันให้เรียบเสมอกัน ต่อมาวิชาการแพทย์สมัยใหม่ถูกนำมาเผยแพร่อย่างมากโดยหมอสอนศาสนาและคณะมิชชันนารี ตั้งแต่รัชกาลที่ 3 (โกเมศ วิชชาวุธ, 2545; กรมการแพทย์ทหารบก, 2554)

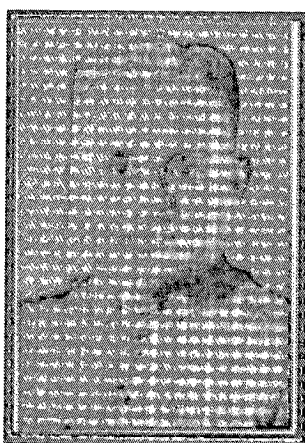
สมัยรัชกาลที่ 5 ในปี พ.ศ. 2431 ได้ทรงตั้งโรงพยาบาลถาวรขึ้นที่ตำบลวังหลัง เพื่อรักษาผู้ป่วยทั่วไปเช่นเดียวกับอารยประเทศ ต่อมาได้พระราชทานนามว่า โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งที่โรงพยาบาลแห่งนี้ได้มีการรักษาโรคฟันด้วย โดยใน พ.ศ. 2434 นายแพทย์ ยอร์ช บี แมคฟาร์แลนด์ ชาวอเมริกา สำเร็จการศึกษาวชิชาแพทยและทันตแพทย์จากสหรัฐอเมริกาได้เข้ามาทำงานเป็นแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช และเปิดคลินิกทำฟันเป็นการส่วนตัวนอกเวลาราชการด้วย ต่อมาท่านผู้นี้ได้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลศิริราชและเป็นผู้วางรากฐานการแพทย์ให้กับโรงพยาบาล จึงนำไปสู่การได้รับพระราชทานบรรดาศักดิ์เป็น พระอาภิวชิยาคม ปีพ.ศ. 2436 มีการตั้งองค์กรการกุศลขึ้น คือ สภาอุณาโลมแดง (สภาภาษาด) มีหน้าที่จัดส่งเครื่องยา อาหาร เสบียง ของใช้ต่างๆ ไปช่วยเหลือทหารในสนามรบ ปีพ.ศ. 2443 ตั้งกองแพทย์ขึ้นในกรมยกบัตร เปิดทำการรักษาพยาบาล เมื่อ 7 มกราคม พ.ศ. 2443 ใน พ.ศ. 2452 มีการจัดตั้งสถานพยาบาลของสภาภาษาดขึ้น ในตอนแรกอยู่ในความควบคุมของ กระทรวงกลาโหม ซึ่งกระทรวงกลาโหมจึงได้ใช้เป็นทั้งรักษาพยาบาลทหาร เรียกว่า กองพยาบาลทหารบกกลาง ต่อมาได้ใช้เป็นทั้งศึกษาอบรมด้านการแพทย์แก่ทหารและพยาบาลด้วย โดยตั้งโรงเรียนการแพทย์ทหารบกขึ้น ณ ที่แห่งนี้ มีการอบรมในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย โดยชาวต่างประเทศที่ทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช คือ Dr.Rex และ Dr.Dew Petersen (โกเมศ วิชชาวุธ, 2545; กรมการแพทย์ทหารบก, 2554)

ในสมัยรัชกาลที่ 6 พ.ศ. 2460 พันเอกหลวงวาทิตยาวิวัฒน์ (วาด แยมประยูร) สอบชิงทุนเล่าเรียนหลวง ไปศึกษาต่อวิชาแพทย์ที่มหาวิทยาลัยชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อจบวิชาแพทย์ ได้ศึกษาวชิชาทันตแพทย์เพิ่มเติม เดินทางกลับมาประเทศไทยเมื่อพ.ศ. 2469 เริ่มแรกรับราชการเป็นแพทย์และสอนนักเรียนแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงนี้เริ่มมีทันตแพทย์ที่สำเร็จปริญญาจากต่างประเทศมาเปิดร้านให้บริการทันตกรรมในเขตพระนคร และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างช้าๆตามหัวเมืองใหญ่ๆ จนถึง พ.ศ. 2466 จึงเริ่มมีการควบคุมการให้บริการทันตกรรม โดยรัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติการแพทย์ ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 เพื่อเป็นการคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน ยกมาตรฐานทางการทันตแพทย์ไทยให้ดีขึ้น (โกเมศ วิชชาวุธ, 2545; กรมการแพทย์ทหารบก, 2554)

โรงพยาบาลศิริราช มีแก้อี้อำพันที่ทันสมัยมาใช้งานและมีการถ่ายเอกซเรย์ฟันด้วย พ.ศ. 2474 ได้รับพระราชทานบรรดาศักดิ์เป็น "หลวงวาทิตยาวิวัฒน์" ขณะนั้นในกองเสนารักษ์มีการรักษาโรคฟันอยู่แล้วบ้าง โดยนายทหารเสนารักษ์ที่ได้รับการอบรมมา พันเอกหลวงวาทิตยาวิวัฒน์ได้ช่วยพัฒนาให้ดีขึ้น ท่านได้พยายามขอจัดตั้งคณะทันตแพทย์ขึ้นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีก

ครั้งต่ออธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศาสตราจารย์ เอ.จี. เอลลิส พ.ศ.2478-2479) แต่ไม่ประสบผล ต่อมา จอมพล ป.พิบูลย์สงคราม อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในขณะนั้น ได้เปลี่ยนแผนให้ตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์ ขึ้นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแทน เมื่อ 16 ม.ค. 2483 และให้ พ.อ.หลวงวาทวิทยาวัฒน์ เป็นคนบตี แผนกทันตแพทยศาสตร์ คนแรกของประเทศไทย

งานทันตสาธารณสุขในยุคต้นๆ สังกัดแผนกสุขภาพิบาลโรงเรียน กระทรวงธรรมการ มีหน้าที่ให้บริการทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน ปี พ.ศ. 2466 จึงเริ่มให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป (เมื่อสภาการศึกษาไทยขอความร่วมมือมา) เมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 จึงอยู่ภายใต้การบริหารงานของกองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัยในระยะต่อมา) เมื่อมีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2515 งานทันตกรรมจึงยกฐานะขึ้นเป็นกองทันตสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์และอนามัย จนถึง พ.ศ. 2517 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารราชการ กระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง กองทันตสาธารณสุขจึงโอนมาสังกัดกรมอนามัยจนถึงปัจจุบัน (โกเมศ วิชชาวุธ, 2545; กรมการแพทย์ทหารบก, 2554)



ภาพ 10 บิดาแห่งการทันตแพทย์ไทย : หลวงวาทวิทยาวัฒน์ (วาด แยมประยูร)

ที่มา: กรมการแพทย์ทหารบก, www.top3thailand.com/arm/dent

4. ยุทธศาสตร์ด้านทันตสุขภาพ

กลยุทธ์และมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากในอดีต กระทรวงสาธารณสุข กำหนดกลยุทธ์หลักในการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520- 2524) มีการกำหนดแผนพัฒนาสาธารณสุขเป็นครั้งแรก

รวมถึงแผนพัฒนาการทันตสาธารณสุข มุ่งเน้นนโยบายด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เริ่มมีการรับนักเรียนเข้าศึกษาหลักสูตรทันตภิบาล ณ วิทยาลัยสาธารณสุข จ.ชลบุรี

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) เน้นการพัฒนากลวิธีสนับสนุนการดำเนินงานทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งคำนึงถึงการขาดแคลนทันตบุคลากร จึงเริ่มกำหนดนโยบายทันตแพทย์คู่สัญญาขึ้น และประเทศไทย ได้รับนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 จากองค์การอนามัยโลก มาปรับเป็นนโยบายระดับชาติ

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีนโยบายเน้นด้านกลวิธีให้มีการปฏิบัติเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการติดตามผลประเมินผลเสริมให้งานทันตสาธารณสุขผสมผสานกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพและริเริ่มนโยบายงานเฝ้าระวังทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับโรงเรียน ด้านการบริการมีการอบรมเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในการบำบัดเบื้องต้นและดูดหินน้ำลาย เพื่อรองรับการบริการจากโครงการเฝ้าระวังด้วย การที่กระทรวงศึกษาจัดบรักษายาบาลสำหรับนักเรียน สปช. คนละ 30 บาท และอนุมัติให้โรงเรียนสามารถชิงบวสดูการศึกษาซื้อแปรงสีฟัน ได้เอื้อให้งานดำเนินงานในพื้นที่เป็นไปอย่างคล่องตัวภายใต้การประสานทรัพยากรภาคสาธารณสุขและภาคศึกษาธิการ การจัดตั้งกองทุนแปรงสีฟันในโรงเรียนและหมู่บ้านถือเป็นการสนับสนุนการแปรงฟันถูกวิธี เป็นการป้องกันโรคที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุดอย่างยั่งยืน และเพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนสนใจสุขภาพช่องปาก จึงได้มีการกำหนดจัดรณรงค์ทั่วประเทศใน พ.ศ. 2532 โดยส่วนกลางร่วมกับภาคเอกชน สนับสนุนทรัพยากรบางส่วน (มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ม.ป.ป.)

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ริเริ่มแนวคิดเรื่อง "การพยายามเก็บรักษาฟันไว้ชั่วชีวิต" โดยพัฒนางานบริการทันตกรรมให้มีคุณภาพดีขึ้น เช่น แทนที่จะถอนฟันเมื่อพบว่าฟันเป็นโรค เปลี่ยนเป็นพยายามรักษาเก็บฟันไว้แทน โดยการอุดหรือรักษาคงรากฟัน เป็นต้น และพัฒนางานบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ ยังคงใช้กลวิธีเฝ้าระวังฯ ในโรงเรียนประถมศึกษา โดยเพิ่มวิธีการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เด็กอายุ 6 ปี และเพิ่มเป้าหมายเด็กก่อนวัยเรียนและหญิงมีครรภ์ในสถานพยาบาล ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลในโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู เป็นการแจกแปรงให้เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่หนึ่ง (อายุ 1.5-2 ปี) เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ส่วนโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-3 ปี ประกอบด้วย การให้ทันตสุขภาพศึกษาและ

ตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ทันตสุขศึกษาผู้ปกครองและแจกแปรงสำหรับเด็กที่มารับวัคซีนและจ่ายยา น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่โรคฟันผุมีความชุกสูง

ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4-9 ได้กำหนดกลวิธีและมาตรการส่งเสริมทันต-สุขภาพและป้องกันโรค เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กอย่างเป็นระบบการจัดการเกือบทั้งหมดเป็นดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก สามารถประมวลให้เห็นภาพวิวัฒนาการที่สำคัญ 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 พ.ศ. 2513 - 2527 ใช้รูปแบบบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีแก่นักเรียนประถมศึกษา เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จประกอบด้วยกิจกรรม การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะการถอนฟันและอุดฟันทันตกรรมป้องกันโดยการเคลือบฟลูออไรด์การป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นต้น

ระยะที่ 2 พ.ศ. 2528-2544 เริ่มดำเนินการรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา

ระยะที่ 3 พ.ศ. 2535-2544 เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 0-3 ปี ประกอบด้วยการให้ทันตสุขศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ การให้ทันต-สุขศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กที่โรงพยาบาลของรัฐ การมอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง- 2 ปี) และการให้ยา น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันทั้งในกลุ่มเด็กที่ผ่านมารัฐได้ให้นำนั้หน้ามาตรการและกิจกรรมดำเนินการที่กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นจุดหลัก ทำให้แนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยรุ่น(กลุ่ม 12 ปีและกลุ่ม 15-18 ปี) มีแนวโน้มในทิศทางที่ไม่เพิ่มขึ้นยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่กลุ่มเด็กเล็กเริ่มมีโครงการส่งเสริมป้องกันอย่างชัดเจนเมื่อ 10 ปีกว่าๆ มานี้ยังพบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กกลับสูงเพิ่มขึ้นโดยตลอด แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2554)

ในปี พ.ศ. 2548 ทันตแพทยสภาได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในทศวรรษหน้า เพื่อจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 มีการผนวกการปฏิรูประบบสุขภาพการพัฒนาหลักประกันสุขภาพและขยายแนวคิดจาก “สุขภาพ” เป็น “สุขภาพะ” รูปแบบของแผนมีแนวคิดหลักการ เป้าหมายเชิงกลไกและกระบวนการที่มุ่งการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทุกระดับ

ในการพัฒนาศักยภาพร่วมสร้างและจัดการระบบสุขภาพเป็นการระดมพลังเพื่อการสร้างสุขภาพ (All for Health) สืบเนื่องจากการเกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน ทิศทางงบประมาณด้านสุขภาพรวมทั้งเงินเดือนของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรตรงลงพื้นที่เป็นกระจายอำนาจด้านการคลังที่มุ่งให้เกิดการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพตอบสนองพื้นที่มากกว่าจะตอบสนองส่วนกลางเส้นทางงบประมาณที่บริหารโดยสปสช. แทนกระทรวงสาธารณสุขและการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยยุบรวมกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส.) และเปลี่ยนเป็นสำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (สรส.) แม้จะสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ตั้งขึ้นในเวลาต่อมา แต่บทบาทต่างไปจากเดิมจึงขาดกลไกในการประสานและสนับสนุนส่วนภูมิภาค มีผลลดทอนศักยภาพการบริหารจัดการและสนับสนุนระบบโดยรวมและอำนาจบังคับบัญชาในการสั่งการและควบคุมส่วนภูมิภาค

ทิศทางดังกล่าวกระทบต่อการจัดทำแผนทันตสาธารณสุขแบบเดิม (กำหนด/สั่งการ/บริหารงบประมาณ/และติดตามกำกับจากส่วนกลาง) การจัดทำแผนทันตสาธารณสุขจึงหยุดไปถึงแม้จะมีการจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563 แต่ไม่ได้ระบุถึงกลไกและบทบาทของโครงสร้างระดับต่างๆ ลักษณะเป็นกรอบเชิงวิชาการมากกว่าจะเป็นแผนยุทธศาสตร์ การปรับเปลี่ยนบทบาทของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางที่มีตำแหน่งทันตแพทย์รวมกองทันตสาธารณสุขตั้งแต่ระยะเปลี่ยนผ่านสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องเร่งพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการให้บริการจัดทำเกณฑ์คุณภาพ/มาตรฐาน/คู่มือดำเนินงาน/และตัวชี้วัดการดำเนินงานในแต่ละระดับรวมทั้งพัฒนารูปแบบดำเนินงานเมื่อสปสช. บริหารงบประมาณอย่างเบ็ดเสร็จตั้งแต่ พ.ศ. 2549 กองทันตสาธารณสุขปรับบทบาทมาบริหารโครงการแนวตั้ง (vertical program) และปรับบทบาทมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ประสานกรมกองวิชาการมาร่วมกำหนดแนวทางของนโยบายและตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดโดยเขตตรวจราชการ) เมื่อสปสช. มีทิศทางนโยบายลดจำนวนโครงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารแนวตั้งระดับประเทศและปรับการบริหารงบประมาณระดับพื้นที่ (area based) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตอบสนองปัญหาของพื้นที่ (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2554)

การดูแลสุขภาพทางเลือก

1. ความหมายของการดูแลสุขภาพทางเลือก

ความหมายของการแพทย์ทางเลือกนั้นขึ้นกับเวลาและสถานที่ ในระยะเวลาแตกต่างกันการแพทย์ทางเลือกมีความหมายแตกต่างกันไป เช่น ในประเทศไทยสมัยรัชกาลที่ 4 มีหมอฝรั่งนำการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาใช้ในสยามประเทศ คนไทยเราเรียกการแพทย์แผนตะวันตกในตอนนั้นว่า การแพทย์ทางเลือก เมื่อในสถานที่ต่างกันจะมีความหมายแตกต่างกัน เช่น ในประเทศอินเดีย จะใช้การแพทย์แผนอินเดียเป็นการแพทย์หลักของประเทศอินเดีย เช่น การแพทย์อายุรเวท ถือเป็นการแพทย์แผนปัจจุบันของอินเดีย ถูกต้องตามกฎหมาย เพราะประชาชนทั้งประเทศยอมรับที่จะใช้เป็นหลัก ประเทศจีน มีการใช้การแพทย์แผนโบราณของจีนเป็นหลัก ถือเป็นการแพทย์กระแสหลักของจีนเช่นเดียวกัน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติ (World Health Organization: WHO) มีการค้นพบเมื่อปี ค.ศ.1962 ว่าโรคชนิดต่างๆของมนุษย์โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อเจ็บปวด โรคประสาท และโรคข้อกระดูก หากรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดจะไม่สามารถทำให้อาการหายโดยสิ้นเชิง จึงตั้งหัวข้อการวิจัยเพื่อรวบรวมและคัดเลือกวิธีการรักษาที่ดีซึ่งได้พบวิธีประเภทที่ไม่อาศัยการทานยา แล้วตั้งชื่อให้การแพทย์ชนิดนี้ว่าการแพทย์ทางเลือก ในปีค.ศ. 2001 มีการประชุมของประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกและได้ให้คำจำกัดความของการแพทย์ทางเลือก (Complementary And Alternative Medicine: CAM) ว่า "กลุ่มลักษณะการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์พื้นบ้านในประเทศนั้นและไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพระบบหลัก" นักวิชาการชาวอังกฤษได้ให้ความหมายของการแพทย์ทางเลือกว่าเป็นการแพทย์นอกแบบแผน (Unorthodox therapies) ศูนย์การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือกแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ให้คำนิยามว่า คือกลุ่มของระบบการแพทย์การปฏิบัติและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพต่างๆ ที่ไม่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนปัจจุบัน (WHO, 2001)

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำนิยาม การแพทย์ทางเลือกไว้ว่า คือเทคนิคการดูแลสุขภาพหรือวิธีการทางการแพทย์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน เน้นการบำบัดโดยศาสตร์หรือองค์ความรู้ซึ่งต้องฝึกอบรมพิเศษเฉพาะทาง นอกเหนือจากการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย โดยเทคนิคเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายรุนแรงหรือไม่ใช้เภสัชภัณฑ์ที่เป็นสารเคมีและเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากสังคมและวัฒนธรรมอื่น (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ส่วนหนึ่งของนักวิชาการไทย การแพทย์ทางเลือกหมายถึง รูปแบบ

ของการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยต่างๆ ที่ไม่เน้นเฉพาะการใช้ยาหรือการใช้สารเคมีใดๆ หรือการผ่าตัด ทั้งนี้บุคคลสามารถมีสิทธิเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายๆ วิธีที่คิดว่าสอดคล้องกับชีวิตและความต้องการของตนเอง โดยไม่ใช่ตัวแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ผูกขาดกำหนดรูปแบบวิธีการรักษาแต่เพียงผู้เดียว (ลือชัย ศรีเงินยวง, 2549)

กล่าวโดยสรุป การแพทย์ทางเลือกอาจเริ่มมาจากการเชื่อปรัชญาการสังเกตและบางครั้งยังไม่ได้ผ่านการทดลองพิสูจน์ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์อย่างไรก็ตาม การรักษาทางการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรใดๆ ที่นำมาใช้ เมื่อมีการพิสูจน์ว่าได้ผลจริงและปลอดภัยตามหลักวิทยาศาสตร์แล้ว จะได้รับการยอมรับและนำมาใช้ทั่วไปจนกลายเป็นการแพทย์ทางเลือกได้ ซึ่งความหมายของการแพทย์ทางเลือกมีผู้นิยามไว้หลากหลาย แต่ต่างให้ความนัยและความหมายที่ว่า คือรูปแบบการแพทย์ใดๆ ที่ไม่ใช้การแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน หรือโดยทั่วไปไม่มีให้บริการอยู่โรงพยาบาลหรือเป็นรูปแบบการวินิจฉัย การรักษาและ/หรือการป้องกันที่มาเสริมกับการแพทย์กระแสหลัก โดยใช้แนวคิดทางการแพทย์ที่แตกต่างออกไป เพื่อตอบสนองการบรรลุทางสุขภาพที่การแพทย์ปัจจุบันไม่สามารถตอบสนองได้ หรือช่วยเสริมให้การแพทย์ในระบบมาตรฐานมีความสมบูรณ์มากขึ้น เพื่อเติมเต็มการให้บริการให้บริการทางการแพทย์

2. ความจำเป็นของการดูแลสุขภาพทางเลือก

พัฒนาการของเทคโนโลยีอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมก่อให้เกิดมลภาวะ เป็นเหตุให้ร่างกายของเราเจ็บป่วย แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ยากที่จะรักษาหายได้ด้วยยาแผนปัจจุบัน หากไม่มีการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการรักษาควบคู่กันไป ยิ่งไปกว่านั้นความเครียดในการทำงานหรือการแข่งขันในสังคม ทำให้มีอาการต่างๆ ที่การแพทย์ทั่วไปไม่สามารถสังเกตเห็นหรือรักษาได้ แต่การดูแลสุขภาพทางเลือกกลับมีบทบาทสำคัญในกรณีดังกล่าว สำหรับโรคเรื้อรัง การรักษาด้วยยาบางทีแค่เพื่อยืดเวลาชีวิตหรือผ่อนคลายความเจ็บปวดอย่างชั่วคราวเท่านั้น โดยเชิงลึกแล้ว อาจจะเป็นการให้เวลาเชื้อโรคในการระบอบอย่างช้าๆ แต่ไม่อาจจะรักษาโรคได้จากต้นเหตุเลย (อย่างเช่นโรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคนอนไม่หลับ โรคหายใจเฉียบพลันและอาการปวดหัว เป็นต้น) และการใช้เป็นเวลานานยังทำให้เกิดดื้อยา ในแง่การแพทย์ทางเลือกเข้ามามีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ไม่เหมือนกับการแพทย์ทั่วไปนั่นคือ การแพทย์ทางเลือกไม่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญมารักษาและไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากครอบครัวไหนมีผู้ป่วย จะเป็นการเพิ่มภาระแก่ครอบครัวนั้น ไม่ว่าจะเป็นทางภาระงานหรือความรู้สึกก็ตาม แต่ความประหยัดความง่ายในการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกสามารถแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้และการรักษาด้วยตัวเองเป็นข้อได้เปรียบอีกข้อหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก เพราะผู้ป่วยเองจะมีโอกาสทำความเข้าใจกับ

ต้นสายปลายเหตุของโรคโดยตรง รับรู้สถานการณ์ของการรักษาและสามารถปรับปรุงการรักษาจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งดีกว่าและมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาด้วยคนอื่น (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านจึงได้พัฒนา ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์พื้นบ้านขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545 – 2548 มีนโยบายให้ประเทศสมาชิกส่งเสริมการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านเข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพของชาติ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพ และงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเหมาะสม มีการสนับสนุนให้มีงานวิจัยต่างๆ และจัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมให้เป็นมาตรฐานในองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน เพื่อเป็นการแสดงถึงประสิทธิผล คุณภาพและความปลอดภัยของการแพทย์พื้นบ้าน สนับสนุนในการเก็บรักษาองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพร เพื่อสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพ (WHO, 2002)

ในประเทศที่ยากจน มีการส่งเสริมให้มีหน่วยงานที่มีบทบาทระดับชาติเพื่อส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มียาราคาย่อมเยาสำหรับการรักษาโรคที่พบบ่อย เนื่องจากบางครั้งการแพทย์พื้นบ้านเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพเพียงแหล่งเดียวที่ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา สามารถจ่ายค่ารักษาได้ เช่น ในประเทศกานา เคนยาและมาลี มีงานศึกษาวิจัยที่พบว่า ค่ารักษามาลาเรียด้วยยา Pyrimethamine/ Sulfadoxine นั้นมีราคาหลายดอลลาร์ คิดเป็นมูลค่ามากกว่ารายได้ประชากรต่อหัวต่อปีในประเทศกานาและเคนยา ซึ่งมีรายได้ประมาณ 6 เหรียญสหรัฐต่อซึ่งในปัจจุบันนี้ การใช้บริการการแพทย์ดั้งเดิม (รวมถึงการแพทย์เสริม และการแพทย์ทางเลือก) กำลังเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง ประชากรร้อยละ 80 อาจพึ่งพาการแพทย์แผนเดิมสำหรับความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ส่วนประเทศที่มีรายได้สูง มีความนิยมใช้บริการเพิ่มขึ้น โดยประชากรถึงร้อยละ 65 ได้เคยใช้บริการ ปรากฏการณ์การแพทย์พื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบยารักษาโรค การป้องกันดูแลสุขภาพตนเอง ยาสามัญประจำบ้าน หรือในรูปของอาหารเสริม อาหารเสริมสุขภาพ มีมูลค่าการตลาดของการแพทย์พื้นบ้านกว่า 83 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศที่กำลังพัฒนาเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนประเทศอุตสาหกรรม ไม่ว่าจะเป็นแคนาดา สหรัฐอเมริกาฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมัน ประชากรมีการใช้การแพทย์พื้นบ้านถึง 70-90 เปอร์เซ็นต์ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2002)

กระแสความตื่นตัวเรื่องการแพทย์ทางเลือกในสังคมไทยเริ่มก่อตัวชัดเจนและแพร่หลายมากขึ้นตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2530 โดยเริ่มต้นจากการนำสมุนไพรมาใช้ มีการรื้อฟื้นภูมิปัญญาการแพทย์แบบพื้นบ้าน รวมถึงการแสวงหารูปแบบและวิธีการรักษาหลายอย่างจากต่างประเทศโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชนได้นำกระแสแนวคิดการฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพ กลับมาสู่ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมอย่างเป็นทางการ จึงมีการรับเอานโยบายการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเริ่มต้นในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ด้วยภารกิจการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพมาตรฐาน นับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 รัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลได้แถลงนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรต่อรัฐสภา ในวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2535 ความว่า "...ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้ากับระบบบริการสาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม.." (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยใน พ.ศ. 2542 ได้จัดทำโครงการผสมผสานองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อการบริการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้แก่ประชาชน ปีพ.ศ.2544 ได้จัดทำโครงการนำร่องศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่ครบวงจรในส่วนภูมิภาค ต่อมาปีพ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขจึงก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้น พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สถานบริการของรัฐทั้งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้องจัดบริการการแพทย์แผนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปีพ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาโดยแพทย์แผนไทยมากขึ้น สำหรับในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาการผสมผสานและได้นโยบายมากำหนดไว้ในแผนงานที่เกี่ยวข้อง 3 แผนงานคือ 1) แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน 2) แผนงานวิจัยระบบสาธารณสุข และ 3) แผนงานวิจัยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สำหรับสำนักงานคณะกรรมการ การสาธารณสุขมูลฐานรับผิดชอบ ในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาดังกล่าวสมุนไพรนับเป็นเทคโนโลยีพื้นบ้านที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของประชาชนไทยและเป็นวิทยาการที่

เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐาน (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

3. ประเภทของการแพทย์ทางเลือก

3.1 จำแนกตามการนำไปใช้ (เทวัญ ธาณิรัตน์ , 2549)

3.1.1 Complementary Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้เสริมหรือใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.1.2 Alternative Medicine คือ การแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้ทดแทนการแพทย์แผนปัจจุบันได้ โดยไม่ต้องอาศัยการแพทย์แผนปัจจุบัน

ตาราง 1 แสดงตัวอย่างประเภทการแพทย์ทางเลือก จำแนกตามการนำไปใช้

ชื่อ	ลักษณะ
Acupressure (กดจุด)	การใช้มือและนิ้วมือในการกดจุดตำแหน่งที่สำคัญของร่างกายเพื่อให้เกิดพลังชีวิตในการรักษาพยาบาล
Acupuncture (ฝังเข็ม)	คล้ายกับการกดจุดแต่เป็นการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์คือเข็มฝังลงในตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้เกิดพลังไหลเวียนทั่วร่างกาย
Aromatherapy (สุนทรบำบัด)	เป็นการบำบัดรักษาด้วยน้ำมันหอมระเหยซึ่งได้จากพืชเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจะเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆเช่นการนวด
Ayurvedic Medicine (อายุรเวท)	เป็นการบำบัดรักษาที่มีรากฐานจากประเทศอินเดียมานานกว่า 5,000ปี เช่น การฝึกโยคะและทำสมาธิโดยอาจให้การรักษาอื่นๆร่วมด้วยเช่น สมุนไพรบำบัด การนวดด้วยน้ำมันและกำหนดชนิดอาหารเพื่อการสลายพิษจะนำไปสู่ความสมดุลของร่างกาย
Body Work	เป็นการบำบัดเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยเฉพาะบนกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยวิธีการฝึกให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เหมาะสมเช่นการนวด (Message), จี้กง (Guigong), Reflexology, Shiatsu และไทเก๊ก (Tai Chi)
Chinese Herbs (สมุนไพรจีน)	การบำบัดด้วยสมุนไพรจีนจะใช้ร่วมกับการฝังเข็มหรือการกดจุดเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย
Chiropractic (ไคโรแพรกติก)	เป็นการบำบัดโดยอาศัยหลักการที่ร่างกายสามารถบำบัดตนเองและทำให้เกิดความสมดุลซึ่งระบบประสาทของร่างกายจะเป็นตัวควบคุม การบำบัดด้วยวิธีนี้จะใช้มือบีบนวดบริเวณกระดูกสันหลัง ข้อต่างๆและกล้ามเนื้อเพื่อให้ระบบกล้ามเนื้อประสาทและกระดูกทำงานได้อย่างราบรื่น
Herbal Therapies (สมุนไพรบำบัด)	เป็นการบำบัดด้วยการใช้พืชสมุนไพรทั้งในรูปแบบธรรมชาติและสารสกัดยาเตรียมต่างๆ เช่น เม็ดแคปซูล ชีผึ้งหรือครีมเป็นต้น
Homeopathy	เป็นการบำบัดโดยอาศัยหลักการ "Like Cure Like" สารที่เป็นต้นเหตุของอาการเจ็บป่วยในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นที่บำบัดอาการเดียวกันที่เกิดขึ้นในคนไข้ เป็นการเตรียมที่เจือจางในผู้ที่แข็งแรงแล้วส่งผลปรับเปลี่ยนยาเตรียมให้เหมาะสม

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อ	ลักษณะ
Hydrotherapy (ธาราบำบัด)	การบำบัดด้วยน้ำ (ธาราบำบัด) โดยใช้น้ำแข็งของเหลวและไอน้ำเพื่อบรรเทาอาการต่างๆของการติดเชื้ออาการปวดเรื้อรังและเฉียบพลันปัญหาการไหลเวียนของโลหิตและอื่นๆการรักษาคะหมายรวมถึงการห่อหุ้ม การใช้สเปรย์ การสวนล้างการอบไอน้ำและชาวน้ำ รวมถึงการใช้ทั้งความร้อนและความเย็น
Mind/Body Medicine (กายกับใจ)	จะเป็นการบำบัดด้วยหลายๆวิธีที่เชื่อมโยงระหว่างจิตใจและร่างกายซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบฮอร์โมนประสาทและภูมิคุ้มกันเช่นการสะกดจิตการฝึกสมาธิโยคะ ฯลฯ
Naturopathic Medicine	การบำบัดโดยอาศัยหลักการสรีระและจิตใจสามารถรักษาโรคซึ่งผู้ให้การรักษาจะใช้วิธีต่างๆ เช่น Homeopathy,Herbal Remedies, การใช้สมุนไพรจีน, Spinal Manipulation, โภชนาการ ,Hydrotherapy, การนวดและการออกกำลังกายในการรักษาโรค
Nutrition and Diet (โภชนาบำบัด)	การบำบัดด้วยโภชนาการหรืออาหารเป็นการควบคุมชนิดของอาหารที่รับประทานตามโรคที่เป็น
Osteopathy	การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเพื่อให้ร่างกายสามารถทำงานได้ปกติวิธีการรักษานี้จะใช้ร่วมกับการบำบัดปัจจัยทางจิตรูปแบบความเป็นอยู่และโภชนาการเพื่อขจัดความเจ็บป่วยและทำให้มีสุขภาพดี ผู้ทำการรักษาจะต้องสำเร็จวิชาชีพแพทย์และได้รับการฝึกฝนต่อในสาขาานซึ่งจะเป็นการแพทย์แผนปัจจุบัน

ที่มา: สุสวง จิตีลัตยากร, วารสารอาหารและยา, 2541, หน้า 72-75

3.2 จำแนกตามกลุ่มของการแพทย์ทางเลือก จำแนกออกเป็น 5 กลุ่มตาม National Center of omplementary And Alternative Medicine (NCCAM) ดังนี้ (เทวัญ ธาณิรัตน์ , 2549)

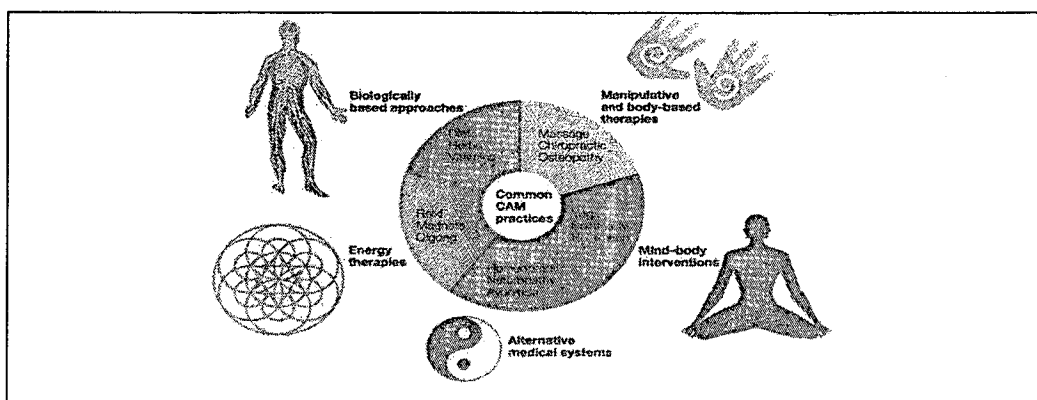
3.2.1 Alternative Medical Systems คือ วิธีการตรวจรักษาวินิจฉัยและการบำบัดรักษาที่มีหลากหลายวิธีการ ทั้งด้านการให้ยา การใช้เครื่องมือมาช่วยในการบำบัดรักษาและหัตถการต่างๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณของจีน (Traditional Chinese Medicine) การแพทย์แบบอายุรเวช ของอินเดีย เป็นต้น

3.2.2 Mind-Body Interventions คือ วิธีการบำบัดรักษาแบบใช้กายและใจ เช่น การใช้สมาธิบำบัด โยคะ ชีกง เป็นต้น

3.2.3 Biologically Based Therapies คือ วิธีการบำบัดรักษาโดยการใ้สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่น สมุนไพร วิตามิน Chelation Therapy ,Ozone Therapy หรือแม้กระทั่งอาหารสุขภาพ เป็นต้น

3.2.4 Manipulative and Body-Based Methods คือ วิธีการบำบัดรักษา โดยการใช้หัตถการต่างๆ เช่น การนวด การตัด การจัดกระดูก Osteopathy หรือ Chiropractic เป็นต้น

3.2.5 Energy Therapies คือ วิธีการบำบัดรักษาที่ใช้พลังงานในการ บำบัดรักษา ทั้งที่สามารถวัดได้และไม่สามารถวัดได้ในการบำบัดรักษา เช่น การสวดมนต์บำบัด พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล เวกิ โยเร เป็นต้น



ภาพ 11 กลุ่มของการแพทย์ทางเลือก จำแนกตาม National Center of Complementary And Alternative Medicine (NCCAM)

ที่มา: <http://www.iaph2008.org/wp-content/uploads/2011/03/Complementary-and-Alternative-Medicine-Overview.jpg>211154

สำหรับประเทศไทย ศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่ได้รับความนิยมแบ่งได้ 3 กลุ่ม เรียงตามลำดับความนิยม ยกตัวอย่างดังนี้ (หมอชาวบ้าน, 2551)

กลุ่มที่ 1 การนวด, ออกกำลังกาย, โยคะ, บำบัดด้วยการดื่มน้ำผลไม้, ทำสมาธิ

กลุ่มที่ 2 การอดอาหาร, เปลี่ยนวิถีชีวิต, อาหารธรรมชาติ, สมุนไพร

กลุ่มที่ 3 การฝังเข็ม, การล้างพิษ, โภชนาการบำบัด, การบำบัดลำไส้ใหญ่, อาหารเสริม อาหารแมคโครไบโอติก (ปรัชญาความเชื่อเรื่องอาหารผสมผสานกับแนวทางการดำเนินชีวิตจากจีน คือ ทฤษฎีหยิน-หยาง) และการสร้างจินตภาพ (guided imagery)

ทางด้านทันตกรรมมีการใช้การแพทย์ทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้ (วีตเตอร์ส ไคเจสท์, 2546)

กลิ่นปาก (Halitosis or bad breath): การมีกลิ่นปากเป็นอาการที่ทำให้ขาดความมั่นใจ เกิดได้หลายสาเหตุ โดยอาจเกิดจากการกินอาหารที่ใส่เครื่องเทศกลิ่นแรง การเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจหรือเกิดจากโรคเหงือกและฟัน การใช้การแพทย์ทางเลือก ได้แก่

สมุนไพร (Herbal therapies): สูตรแรก ให้ใช้ใบฝรั่งสดเคี้ยวแล้วอมไว้หลังอาหาร หรือ สูตรสอง หั่นใบฝรั่งเป็นฝอย คั่วพอเหลือง ชงกับน้ำร้อน ใช้อมและบ้วนปาก หรือสูตรที่สาม ให้อมดอกกานพลูเป็นประจำจนกว่ากลิ่นปากจะหมดไป

โฮมีโอพาธี (Homeopathy): ใช้โพแทสเซียมฟอสเฟต เพื่อแก้การรู้สึกขมในปากตอนตื่นนอน

นอนกัดฟัน (Bruxism or teeth-grinding): ปัญหาการนอนกัดฟันอาจส่งผลให้ข้อต่อขากรรไกรทำงานผิดปกติได้เช่นเดียวกับข้ออักเสบหรือทำให้ขากรรไกรได้รับการกระทบกระเทือน ในที่สุดจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ เช่น มีเสียงดังเวลาอ้าปากและปวดขากรรไกร บางครั้งอาการปวดแผ่ร้าวเหมือนปวดศีรษะ ปวดหู ปวดไซนัส หรืออาจปวดร้าวไปถึงไหล่ โดยทั่วไปอาการดังกล่าว หันตแพทย์หรือแพทย์รักษาได้ แต่การบำบัดทางเลือกต่างๆ อาจช่วยลดสาเหตุและอาการปวดที่เกิดขึ้นได้ เช่น

ฝังเข็ม: เส้นพลังที่ใช้ฝังเข็มเพื่อระงับอาการปวดอยู่ในแนวลำไส้ใหญ่และกระเพาะอาหาร บริเวณหัวใจและกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งช่วยให้สงบ เน้นการฝังเข็มตามเส้นพลังที่ควบคุมอวัยวะเหล่านั้น

ฝึกจิต: เชื่อว่าการหดผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อที่ใบหน้าและขากรรไกร ช่วยให้อาการปวดและนอนกัดฟันลดลงหรือหายไป

ออกสตีโอพาธี: ด้วยการนวดเบาๆ ลงไปตามแนวด้านข้างของขากรรไกรที่ละข้าง อย่างนุ่มนวลต่อเนื่อง ช่วยให้อาการปวดและนอนกัดฟันลดลงจนสามารถคืนขากรรไกรให้กลับเข้าที่

นวด: สำหรับกรณีส่วนใหญ่มีผลในทางเสริมการรักษา หลังจากการทำออกสตีโอพาธีเพื่อจัดขากรรไกรให้เข้าที่แล้ว

กดจุด: ใช้แรงกดที่จุดห่างจากตำแหน่งหน้าหูประมาณ 2 นิ้วมือ บริเวณตรงแอ่งว่าใต้กระดูกแก้ม

ฝ้าขาวในปาก (thrush): เกิดจากเชื้อราแคนดิดา แอลบิแคน (*Candida albican*) เชื้อราที่ชอบอาศัยในที่อุ่นอับชื้น เห็นเป็นขุยสีขาว ฝ้าขาวในปากพบบ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ คน

อ้วน ผู้ป่วยเบาหวาน หญิงมีครรภ์ ผู้ที่ใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาสเตียรอยด์ ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะผู้ที่ใส่ฟันปลอมสามารถเกิดฝ้าขาวในช่องปากได้ การใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น

ธรรมชาติบำบัด: อาจมีการแนะนำให้ดื่มน้ำดื่มน้ำตาล แป้งขัดขาว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟและซ็อกโกแลต เพิ่มปริมาณอาหารจำพวกผัก ถั่วและธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี กระเทียม และโยเกิร์ตที่เติมเชื้อแบคทีเรียแลคโตฟิลัส (acidophilus)

สมุนไพร: ใช้หัวกระชายสด 5 หัวและหญ้าไต้ไบ 1 ต้น ล้างสะอาด สับใส่หม้อเติมน้ำให้ท่วม ต้มนาน 10 นาที ทิ้งไว้ให้อุ่น นำมาอมแล้วกลืน ใช้ครั้งละครึ่งถ้วยกาแฟ วันละ 3 เวลา หรือ บำบัดด้วยน้ำมันหอม ใช้ยาบ้วนปากจากน้ำมันทีทรี (tea tree) 3 หยดและน้ำมันเมอร์ท (myrrh) 1 หยด ผสมในน้ำครึ่งแก้วคนให้เข้ากัน อมกลั้วปาก วันละ 3 ครั้ง

แผลในปาก (mouth ulcers or aphthous ulcers): หรือที่เรียกว่าแผลร้อนใน ลักษณะเป็นแผลเล็กๆตื้นๆ รูปกลมหรือรูปไข่ มักจะมีอาการปวด พบได้บริเวณริมฝีปากด้านใน กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือที่อื่นๆในช่องปาก แผลในปากเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ แต่อาจบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังทรมานหรืออยู่ในภาวะเครียด การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี การแปรงฟันแรงเกินไป หรืออาจเกิดจากเชื้อไวรัสก็ได้ การใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น

สมุนไพร: นำผักหวาน ผักบุ้ง ผักกระเฉดและใบตำลึงอย่างละเท่าๆกัน ต้มเอาน้ำดื่ม ครั้งละ 1 แก้ว วันละ 3 เวลา หรือใช้ใบกะเม็งตัวผู้(ดอกเหลือง) ใบกะเม็งตัวเมีย (ดอกขาว) 4-5 ใบ เคี้ยวอมไว้หรือเติมหัวน้ำมัน (essential oil) เช่น มะนาว ทีทรี(tea tree) คาโรโมไมล์ (camomile) เสงจ(sage) หรือเฟนเนล (fennel) ลงไป 2-3หยดต่อน้ำอุ่น 1 แก้ว

โฮมิโอพาธี: ใช้กรดไนตริก 6 (Nitric acid 6) เมื่อเจ็บแสบแผล หรือใช้บอแร็กซ์ 6 (Borax 6) หากเป็นแผลที่เพดานอ่อน มีเลือดออก ปวดแสบปวดร้อนในปากระหว่างกินอาหาร

ธรรมชาติบำบัด: นักบำบัดถือว่าแผลในปากเกิดจากร่างกายอ่อนแอ เครียด หรือกินอาหารที่มีคุณค่าไม่เพียงพอ จึงแนะนำให้กินผักผลไม้สดเพื่อชำระล้างระบบต่างๆของร่างกาย หากมีสาเหตุมาจากการขาดวิตามินบี 2 ให้กินจมูกข้าวสาลีร่วมกับผักให้มากขึ้นหรือกินอาหารเสริมจำพวกวิตามินซี

ฟันผุและเหงือกอักเสบ (Caries and Gingivitis): เป็นโรคในช่องปากที่พบบ่อย โรคฟันผุอาจเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก สามารถเป็นได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต หากไม่ดูแลจะลุกลามทำให้เกิดหนองหรือฝีที่ปลายรากฟัน ส่วนเหงือกอักเสบลักษณะเหงือกจะเป็นสีแดงคล้ำอัมมว มีเลือดออกได้ง่าย หากมีอาการมากๆอาจทำให้สูญเสียฟันได้ ซึ่งสองโรคนี้สามารถป้องกันหรือบรรเทาได้

โดยการหมั่นดูแลทำความสะอาดในช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอหรือดูแลด้วยแพทย์ทางเลือก ดังนี้

สมุนไพร: ถ้ามีอาการเหงือกบวม ปวดเสียวฟัน ให้ใช้สีเสียดเทศ 30 กรัมและพิมเสน 5 กรัม บดเป็นผงผสมกัน ทาถูหลังแปรงฟันทุกครั้ง ถ้าปวดฟันให้ใช้กานพลู ตำพอแหลกผสมเหล้าขาวเล็กน้อย ใช้อุดฟันหรือทาบริเวณเหงือกที่ปวด

การแพทย์แผนโบราณ : ใช้เกลือแกงปั่น อมไว้สักครู่ก่อนแปรงฟัน จะช่วยรักษาฟันและเหงือกได้เป็นอย่างดี

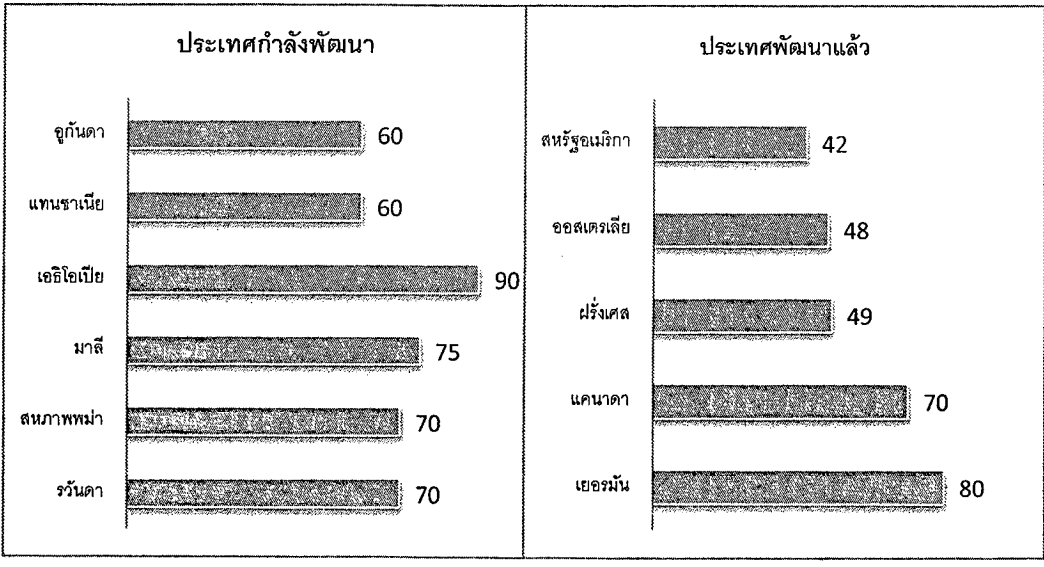
โสมมีโอพาร์: ถ้ารากฟันเป็นหนองอย่างเฉียบพลัน มีอาการบวมแดง ปวดตุบๆ ให้ใช้เบลลาดอนนา 200 (Belladonna 200) ทุกชั่วโมง ถ้าหนองเริ่มระบายแล้ว ให้ใช้ซิลิเซีย (Silicea) ถ้าเป็นหนองเรื้อรัง ให้ใช้เฮพาร์ ซัลฟ 30/200 (Hepar. Sulph. 30/200) ส่วนกรณีก่อนและหลังถอนฟัน ให้ใช้อาร์นิกา 30 (Arnica 30) เพื่อป้องกันอาการช็อก เลือดออกหรือความเสี่ยงการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด หลังถอนฟันถ้ามีเศษฟันที่ถอนออกไม่หมดให้ใช้ซิลิเซีย 6 (Silicea 6) วันละ 4 ครั้ง จะช่วยดันเศษฟันขึ้นใหม่ที่ผิวเหงือกได้ (รีดเดอร์สไคเจสท์, 2546)

4. ยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ทางเลือก

4.1 องค์การอนามัยโลก (WHO)

ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านจึงได้พัฒนายุทธศาสตร์ด้านการแพทย์พื้นบ้านขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545- 2548 (WHO, 2002) มีนโยบายให้ประเทศสมาชิกส่งเสริมการผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านเข้าไปในระบบการดูแลสุขภาพของชาติ เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพ และงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเหมาะสม มีการสนับสนุนให้มีงานวิจัยต่างๆ และจัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมให้เป็นมาตรฐานในองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน เพื่อเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพและคุณภาพและความปลอดภัยของการแพทย์พื้นบ้าน สนับสนุนในการเก็บรักษาองค์ความรู้การแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพร เพื่อสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและคุณภาพในประเทศที่ยากจน มีการส่งเสริมให้มีหน่วยงานที่มีบทบาทระดับชาติเพื่อส่งเสริมการแพทย์แบบดั้งเดิม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มียาราคาย่อมเยา สำหรับการรักษาโรคที่พบบ่อย เนื่องจากบางครั้งการแพทย์พื้นบ้านเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพเพียงแหล่งเดียวที่ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา สามารถจ่ายค่ารักษาได้ เช่น ในประเทศกานา เคนยาและมาลี มีงานศึกษาวิจัยที่พบว่า ค่ารักษามาลาเรียด้วยยา Pyrimethamine/ Sulfadoxine นั้นมีราคาหลายดอลลาร์ คิดเป็นมูลค่ามากกว่ารายได้ประชากรต่อหัวต่อปีในประเทศกานาและเคนยา ซึ่งมีรายได้ประมาณ 6 เหรียญสหรัฐต่อปี

ปริมาณการใช้บริการการแพทย์ดั้งเดิม รวมถึงการแพทย์เสริม และการแพทย์ทางเลือกกำลังเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางประชากรร้อยละ 80 อาจพึ่งพาการแพทย์แผนเดิมสำหรับความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ส่วนประเทศที่มีรายได้สูง มีความนิยมใช้บริการเพิ่มขึ้น โดยประชากรถึงร้อยละ 65 ได้เคยใช้บริการ ปรากฏการณ์การแพทย์พื้นบ้านเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบยารักษาโรค การป้องกันดูแลสุขภาพตนเอง ยาสามัญประจำบ้านหรือในรูปของอาหารเสริม โดยเฉพาะอาหารเสริมสุขภาพมีมูลค่าการตลาดของการแพทย์พื้นบ้านกว่า 83 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในประเทศที่กำลังพัฒนาเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นด้วยการแพทย์พื้นบ้าน ส่วนประเทศอุตสาหกรรม ไม่ว่าจะเป็นแคนาดา สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมัน ประชากรมีการใช้การแพทย์พื้นบ้านถึง 70-90 เปอร์เซ็นต์ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2550; WHO, 2002)



ภาพ 12 แผนภูมิปริมาณการใช้การแพทย์พื้นบ้านในประเทศกำลังพัฒนาและการแพทย์ทางเลือกในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ที่มา: ดัดแปลงจาก The world medicines situation, 2011; Traditional medicines: global situation, issues and challenges, Geneva : WHO press.

4.2 ประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์การพัฒนาเอกชนได้นำกระแสแนวความคิดการฟื้นฟูภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านสุขภาพกลับมาสู่ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมอย่างเป็นทางการ จึงมีการรับเอานโยบายการส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care: PHC) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ด้วยภารกิจการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพมาตรฐาน (สำเนียง รัตนวิไล, 2550; ประพจน์ เกตุรากาส และคณะ, 2551; สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

นับตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 ถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 รัฐบาลไทยได้มีนโยบายสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลได้แถลงนโยบายด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรต่อรัฐสภา ในวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2535 ความว่า "...ให้มีการผสมผสานการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้ากับระบบบริการ สาธารณสุขของชุมชนอย่างเหมาะสม..." โดยในปีพ.ศ. 2542 ได้จัดทำโครงการผสมผสานองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อการบริการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งให้แก่ประชาชน ในปี พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาโดยแพทย์แผนไทยมากขึ้น

สำหรับในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาการผสมผสานและได้นำนโยบายมากำหนดไว้ในแผนงานที่เกี่ยวข้อง 3 แผนงานคือ แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน แผนงานวิจัยระบบสาธารณสุข และแผนงานวิจัยวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สำหรับสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานรับผิดชอบในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีกลวิธีการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ

1. สนับสนุนและพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีพื้นบ้าน อันได้แก่ การแพทย์แผนไทย เภสัชกรรม แผนไทย การนวดไทย สมุนไพร และเทคโนโลยีพื้นบ้าน เพื่อใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน
2. สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยใช้สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน การนวดไทย ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้เป็นไปอย่างถูกต้องเป็นระบบสามารถปรับประสานการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันได้

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 นับเป็นจุดเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย เนื่องจากการพัฒนาที่ผ่านมาแม้จะมีความเจริญเติบโตก้าวหน้าทางเศรษฐกิจแต่กลับพบว่ามีปัญหาทางด้านสังคมมาก โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจริยธรรม อาชญากรรม ยาเสพติด ฯลฯ ทำให้มีการเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาของประเทศไทยโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและได้มีการกำหนดให้มีสนับสนุนการพัฒนาแพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยการพัฒนางานองค์ความรู้และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ เชื่อถือ แผนพัฒนาการสาธารณสุขกำหนดให้มียุทธศาสตร์การเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยมียุทธวิธีสนับสนุนการพัฒนาเภสัชกรรมและการแพทย์แผนไทยอย่างและกำหนดให้มีงานบริการการแพทย์แผนไทยและแนวอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานวิชาการและการบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพเท่าเทียมมาตรฐานสากล มุ่งสู่การพึ่งตนเองและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (สำเนียง รัตนวิไล, 2550; ประพจน์ เกตวรากาส และคณะ, 2551; สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ได้ัญเชิญปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนและการอยู่ดีมีสุขของคนไทยและได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาคอนให้มีคุณภาพและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง โดยมีการปฏิรูประบบสุขภาพในการพัฒนาแพทย์ทางเลือกแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยได้กำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยสังคมทุกส่วนและทุกระดับมีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทันทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้อย่างมีสุขภาพะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง (สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553; ประพจน์ เกตวรากาส และคณะ, 2551; สำเนียง รัตนวิไล, 2550)

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 นี้ยังรวมถึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ โดยให้มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพทางปัญญาของระบบสุขภาพ เน้นการแพทย์แผนไทย สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกทั้งจากภูมิปัญญาไทยและสากล มีการจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีกลไกการบริหารที่เป็นอิสระและคล่องตัว (องค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข) ใช้การจัดการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สถาบันวิชาการทุกแห่งมุ่งวิจัยเพื่อแก้ปัญหาที่มีลำดับความสำคัญสูงมีการจัดตั้งสถาบันวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นองค์การมหาชนโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนไม่น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของงบประมาณของรัฐด้านสุขภาพสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชนมีการใช้ยาสมุนไพรที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและเป็นไปตามหลักวิชาการอย่างประหยัดคุ้มค่าในการให้บริการโดยในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 และ 5 ของมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลตามลำดับและกำหนดให้มีการส่งเสริมการนำภูมิปัญญาและองค์ความรู้ทุกด้านโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเข้าใจทางจิตสังคมมาใช้ในการจัดระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร ให้มีการยกระดับภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้ทัดเทียมกับภูมิปัญญาสากลโดยการสร้างระบบการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็งและผสมผสานเข้าสู่ระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ (สำเนียงรัตน์วิไล, 2550; ประพจน์ เกตุรากาส และคณะ, 2551; สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 มีการดำเนินนโยบายต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 โดยให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคมจากทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของแผนฯ พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่การปฏิบัติรวมทั้งการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้และกำหนดให้มีแนวทางการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ โดยในการพัฒนาดังกล่าว สมุนไพรนับเป็นเทคโนโลยีพื้นบ้านที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของประชาชนไทยและเป็นวิทยาการที่เหมาะสมในงานสาธารณสุขมูลฐาน (สำเนียงรัตน์วิไล, 2550; ประพจน์ เกตุรากาส และคณะ, 2551; สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาฉบับที่ 10 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทยว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงเพื่อสร้างให้สุขภาพดีบริการดีสังคมดีชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง” กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างความหลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกรวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ในการบูรณาการการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติโดยเป็นส่วนหนึ่งในระบบประกันสุขภาพ พัฒนารับยาสมุนไพรผลิตภัณฑ์สุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้ปลอดภัยมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองอย่างเป็นระบบ พัฒนาสถาบันการศึกษาระบบการศึกษาระบบการเรียนรู้และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน เร่งรัดส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศให้สามารถพึ่งตนเองในด้านยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ตรวจและการรักษาโรคได้มากขึ้น และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้วยการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีและการวางแผนทรัพยากรทางการแพทย์(สำนักวิชาการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553; ประพนธ์ เกตรางาส และคณะ, 2551; สำเนียง รัตนวิไล, 2550)

แผนยุทธศาสตร์ชาติการพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550-2554 ได้ก่อเกิดในแผนพัฒนา ฉบับที่ 10 นี้ โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน พ.ศ. 2550 นับเป็นแผนแม่บทฉบับแรกของประเทศไทยที่ใช้กำหนดทิศทางการดำเนินการครอบคลุมทั้งบริบทของการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไทโดยมีผู้แทนจากหน่วยงานและองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐเอกชนประชาชนและชุมชนมีกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานด้านการแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกในประเทศไทยพร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ได้แก่ หมอพื้นบ้าน, หมอแผนไทย, บุคลากรสาธารณสุข, นักวิชาการ, ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยระบบการแพทย์หลัก 3 ระบบ ได้แก่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในส่วนที่เป็นข้อจำกัดของการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพในทุกระดับ เพราะการพึ่งตนเอง

ด้านสุขภาพเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจระดับฐานรากและระดับประเทศให้เข้มแข็ง ทำให้ชุมชนและสังคมไทยเป็นสังคมแห่งภูมิปัญญา (สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก, 2553; ประพจน์ เกตุรากาศ และคณะ, 2551; สำเนียง รัตนวิไล, 2550)

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2558) มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและขับเคลื่อนให้บังเกิดผลในทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้นในทุกระดับ ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลในทุกมิติอย่างบูรณาการและเป็นองค์รวมและยึดวิสัยทัศน์ พ.ศ. 2570 ดังนี้ “คนไทยภาคภูมิใจในความเป็นไทยมีมิตรไมตรีบนวิถีชีวิตแห่งความพอเพียงยึดมั่นในวัฒนธรรมประชาธิปไตยและหลักธรรมาภิบาลการบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานที่ทั่วถึงมีคุณภาพสังคมมีความปลอดภัยและมั่นคงอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีเกื้อกูลและเอื้ออาทรซึ่งกันและกันระบบการผลิตเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมมีความมั่นคงด้านอาหารและพลังงานอยู่บนฐานทางเศรษฐกิจที่พึ่งตนเองและแข่งขันได้ในเวทีโลกสามารถอยู่ในประชาคมภูมิภาคและโลกได้อย่างมีศักดิ์ศรี ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปิดตลาดบริการสุขภาพนั้นรัฐบาลได้มีนโยบายในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2547 – 2551) และต่อมาได้ผลักดันแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2553 – 2557) โดยกำหนดให้มีบริการที่เป็นแหล่งรายได้หลักเข้าสู่ประเทศจำนวน 4 ผลผลิตหลักคือ

1. บริการรักษาพยาบาล: เน้นคุณภาพการรักษาให้เป็นเลิศแก่ชาวต่างประเทศโดยไม่กระทบการรักษาสุขภาพของคนในประเทศเอง
2. บริการส่งเสริมสุขภาพ: เน้นการผลักดันบริการเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพทั้งการนวดแผนไทยและธุรกิจสปาสู่สากล
3. บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก: เพื่อดึงชาวต่างประเทศเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศ โดยใช้การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรมากขึ้น เป็นการลดการพึ่งพาการนำเข้ายาจากต่างประเทศและเป็นการเผยแพร่เอกลักษณ์และภูมิปัญญาไทยสู่นานาชาติ
4. ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย: เน้นการสนับสนุนสมุนไพรที่มีคุณภาพและศักยภาพให้เข้าสู่ตลาดเครื่องสำอางตลาดยาและอาหารเสริมสุขภาพ

โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาประเทศไทยให้เป็นจุดศูนย์กลางบริการสุขภาพของโลกด้วยการใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมอย่างคุ้มค่า โดยคาดว่าจะสร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยประมาณ 4 แสนล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปีมียุทธศาสตร์การ

ดำเนินงานหลักๆประกอบด้วย การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจสุขภาพ, การส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล และการส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์เชิงรุกมากยิ่งขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

จากรายงานฉบับสมบูรณ์ “โครงการศึกษาเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคบริการของประเทศ” ซึ่งถูกเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้นำเสนอยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาบริการด้านสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยควรให้ความสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสาขาบริการสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

1.1 สร้างความชัดเจนในเชิงนโยบาย

1.2 เพิ่มอุปทานของบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับคนในประเทศไทย และเพื่อรองรับความต้องการของชาวต่างชาติได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อภาระต่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของคนไทย

2. ยุทธศาสตร์ในการสร้างรายได้จากการให้บริการสุขภาพ

2.1 ส่งเสริมให้ชาวต่างชาติได้รับความสะดวกมากขึ้นในการเข้ามาใช้บริการสุขภาพด้วยการปรับปรุงกระบวนการและขั้นตอนในด้านการตรวจคนเข้าเมือง เช่น การให้วีซ่าเพื่อการรักษาพยาบาลที่ให้ความสะดวกในการต่อวีซ่าเป็นพิเศษถ้ามีความจำเป็นด้านการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกกับคนไข้ชาวต่างชาติที่ต้องการมารับบริการด้านรักษาพยาบาลในประเทศไทย รวมถึงผลักดันให้มีการเจรจาต่อรองกับประเทศคู่ค้าในการจัดหาความตกลงเขตการค้าเสรีเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยจากประเทศคู่ค้าที่มาใช้บริการสุขภาพกับสถานพยาบาลในประเทศไทยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐได้เช่นเดียวกับกรณีที่ใช้บริการในประเทศคู่ค้าเอง

2.2 ส่งเสริมบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีศักยภาพในการสร้างรายได้ และมีบุคลากรเพียงพอหรือสามารถผลิตเพิ่มได้ง่ายและรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น ส่งเสริมบริการด้านสปาบ้านพักผู้สูงอายุ นวดแผนไทย/นวดเพื่อบำบัดรักษาและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่างๆ เช่น สมุนไพร เป็นต้น

2.3 ส่งเสริมการลงทุนในด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ประกอบการชาวไทยในต่างประเทศ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วกฎกติกาด้านการลงทุนในประเทศพัฒนา

แล้วจะไม่จำกัดการเข้าไปลงทุนและการถือหุ้นของคนต่างชาติแต่จะมีกฎกติกาที่เข้มงวดในการรับคนต่างชาติเข้าไปทำงาน ด้วยเหตุผลดังกล่าวในการส่งเสริมการลงทุนของผู้ประกอบการชาวไทยในธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในต่างประเทศ ภาครัฐจึงควรมีการผลักดันในประเด็นสำคัญได้แก่ เจรจาต่อรองให้ผู้ประกอบการอาชีพบริการด้านสปาและนวดแผนไทย/นวดเพื่อบำบัดรักษาฯลฯ ที่มีทักษะเป็นที่ต้องการของต่างชาติสามารถเข้าไปประกอบอาชีพในต่างประเทศได้โดยสะดวก เพื่อส่งเสริมการแผ่ขยายของธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของไทยในต่างแดน โดยอาจมีการรับรองมาตรฐานวิชาชีพพร้อมกัน (Mutual Recognition) จัดทำมาตรฐานวิชาชีพของวิชาชีพที่ต้องการส่งออกให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล โดยอาจดำเนินการร่วมกันระหว่างกรมพัฒนาฝีมือแรงงานกรมพัฒนาธุรกิจการค้าและกระทรวงสาธารณสุข (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2553)

การดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพร

1. วิวัฒนาการของการบำบัดโรคด้วยสมุนไพร

การแพทย์ชนิธิ์ใช้ยาสมุนไพร (Herbal Medicine) หรือ เฮอรัลบัลลิซึ่ม (Herbalism) หรือ การแพทย์พฤกษศาสตร์ (Botanical Medicine) เป็นการใช็พืชสมุนไพรชนิดต่างๆ อาศัยคุณค่าในเชิงการรักษาโดยการแพทย์สมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาอารยธรรมสมัยใหม่ ไม่มีศิลปะการเยียวรักษาโรคแบบอื่นใดที่มีประวัติการใช้ประโยชน์มายาวนาน มีรายละเอียดและความหลากหลาย เป็นรูปแบบการแพทย์ที่เก่าแก่ที่มนุษยชาติเคยใช้มาเนื่องจากเมื่อความจำเป็นบังคับให้คนยุคดึกดำบรรพ์ ต้องสังเกตรับรู้ถึงความหลากหลายของพืชที่มีให้ใช้สอย พืชที่มาเป็นปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เมื่อเกิดความเจ็บป่วยได้รับบาดเจ็บ มนุษย์สมัยนั้นไม่มีทางเลือกอื่นๆ มากนัก จึงต้องหันไปหาพืชเพื่อรักษาตัว นอกเหนือจากที่ใช้ผลิตภัณฑ์จากสัตว์หรือพิธีกรรมไสยศาสตร์ หมอยยุคดึกดำบรรพ์รักษาคนป่วยด้วยการสวดภาวนา ด้วยพิธีกรรมและยาที่ทึ่ทำขึ้นจากสมุนไพรในท้องถิ่น การใช้พืชเพื่อการแพทย์ดูเหมือนจะมีพื้นฐานอยู่บนสันชาติญาณที่ได้รับการพัฒนาอย่างสูง ซึ่งได้ชักนำให้หมอยุคโบราณหรือผู้เยียวยาประจำเผ่า ไปพบพืชที่ใช็ได้เหมาะเจาะและได้รู้ถึงคุณประโยชน์ของสมุนไพร การบำบัดโรคโดยใช้สมุนไพร ถูกพัฒนาขึ้นมาด้วยวิธีลองผิดลองถูก จากการสังเกตสัตว์ป่า ชนเผ่าแต่ละเผ่าแต่ละเชื้อชาติต่างเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจถึงประโยชน์ของพืชที่ขึ้นอยู่บริเวณท้องถิ่นของตนในเชิงการรักษาโรคเรื่อยมา โดยระบบการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดในโลกที่รู้จักกัน คือ ระบบการแพทย์ของจีน อินเดีย และอียิปต์ยุคโบราณ มีอายุกว่า 5,000 ปี ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรมากมายในปัจจุบัน มีพื้นฐานมาจากตำราโบราณดังต่อไปนี้ (สุวิษญ์ ปรัชญาปารมิตา, 2541)

ยุคก่อนคริสตกาล: ประมาณสี่พันปีก่อนคริสตกาล จากจารึกบนดินเหนียวที่บันทึกด้วยอักษรรูปलिपिของชาวซูเมเรียน ซึ่งมีถิ่นอาศัยในบริเวณเมโสโปเตเมียตอนใต้แถบลุ่มแม่น้ำไทกริส-ยูเฟรติส ทำให้ทราบว่าชาวซูเมเรียนใช้ผืน ไรม์ มัสตาร์ด ชะเอมและกำมะถัน เป็นยารักษาโรค ต่อมาชาวบาบิโลเนียน ได้เพิ่มเติม กระเทียม อบเชย ผักชี หญ้าฝรั่ง และสมุนไพรอื่นๆ เข้ามาสมทบในบัญชีพืชสมุนไพรของชาวซูเมเรียนด้วย

อินเดีย: อายุรเวท เป็นระบบการแพทย์ที่เก่าแก่เท่าที่มนุษย์ได้รู้จักและใช้รักษาผู้คนในอินเดียมากกว่า 4,000 ปี, คัมภีร์พระเวท (Vedas) ซึ่งเดิมเขียนขึ้นด้วยภาษาสันสกฤต บันทึกอ้างถึงพืชที่ใช้รักษาโรคไว้มากมาย, ฤคเวท (Rigveda) คัมภีร์โบราณของศาสนาฮินดูลงรายการพืชที่เป็นตัวยาเอกไว้กว่า 1,000 ชนิด, จักร สมะหิตา (Chakra Samhita) ตำราสมุนไพรของอินเดียฉบับรวม ระบุถึงวิธีการรักษาโรคด้วยสมุนไพรเอาไว้กว่า 500 วิธี

อียิปต์: การแพทย์สมุนไพรของอียิปต์พัฒนาขึ้นในทำนองเดียวกับจีนและอินเดีย ข้อมูลกว้างขวางเกี่ยวกับการเยียวยารักษาโรคโดยใช้สมุนไพรมีพบอยู่ในเอกสารที่เรียกว่า เอเบอร์ปาปิรุส (Ebers Papyrus) ที่มีอายุเก่าแก่ตั้งแต่สมัย 1,600 ปีก่อนคริสตกาล เอกสารนี้บอกสูตรการปรุงยาเอาไว้ประมาณ 800 ขนาน เช่น ขนानที่ใช้ว่านหางจระเข้, แอนนิซีด (aniseed), เปปเปอร์มินท์, เฟนเนล (fennel), น้ำมันละหุ่ง, หญ้าฝรั่ง, กระเทียมและอื่นๆ อีกมากมาย ที่วิหารโบราณที่คาร์นัคมีภาพสลักบรรยายถึงพืชที่ใช้เป็นยาชนิดต่างๆ ขณะถูกนำกลับจากซีเรียมายังอียิปต์

กรีก: ฮิปโตเครติส (Hippocrates มีชีวิตอยู่ในช่วง 377 - 460 ปีก่อนคริสตกาล) แพทย์ชาวกรีก เป็นคนแรกที่ทำอาชีพในการรักษาโรคให้ห่างมาจากความเชื่อของไสยศาสตร์และจัดมันไว้เป็นศาสตร์แขนงหนึ่ง ฮิปโปเครติส บรรยายถึงประโยชน์ในการเยียวยารักษาโรคของพืชประมาณ 400 ชนิด มีทั้งที่ใช้สำหรับเป็นยาขับปัสสาวะ ยาระบาย น้ำมันทาผิว แก้เคล็ดขัดยอก ฯลฯ ซึ่งสมุนไพรบางชนิดยังคงนำมาใช้กันอยู่ในปัจจุบัน อาทิ เสจ (sage), มินท์ (mint), มักวอร์ท (mugwort), เวอร์บีนา (verbena) เป็นต้น

โรมัน: การแพทย์ของโรมันซึ่งมีรากฐานมาจากการแพทย์ของกรีก ในเวลาต่อมาได้กลายมาเป็นรากฐานของการแพทย์ของยุโรปส่วนใหญ่ บุคคลสำคัญของการแพทย์สมุนไพรของโรมัน คือ กาเลน (Galen: มีชีวิตในสมัยประมาณปี.ศ. 130-200) และไดออสโคริเดส (Dioscorides: คริสต์ศตวรรษที่ 1) ไดออสโคริเดสได้เขียนคำแนะนำในด้านเภสัชกรรมเอาไว้เล่มหนึ่งชื่อ De Materia Medica ซึ่งกล่าวถึงพืชกว่า 600 ชนิด ผลงานของไดออสโคริเดส, กาเลน และธีโอเฟรสตัส (Theophrastus: ประมาณ 371-287 ปีก่อนคริสตกาล) เป็นพื้นฐานของการใช้

สมุนไพรของยุโรปมาจนกระทั่งถึงศตวรรษที่ 16 นับตั้งแต่ประมาณ ค.ศ. 400-1500 คริสตจักรแคธอลิกได้ควบคุมความรู้ด้านการแพทย์ในยุโรปเอาไว้เกือบทั้งหมด ตลอดยุคมืด(ค.ศ.641- 1096) หลักการรักษาโรคด้วยสมุนไพรของกาเลนและไดออสโคริดิส ได้รับการสถาปนาเป็นหลักที่มั่นคง ในขณะที่วัดวาอารามทั้งหลายต่างทำสวนสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ในขณะเดียวกันยาพื้นบ้านและวิธีการใช้สมุนไพรได้กลายมาเป็นสิ่งที่อยู่ในแวดวงความรู้ของสามัญชน

อาหรับ: ได้ค้นพบงานด้านการแพทย์ของกรีกยุคคลาสสิกในช่วงยุคมือของยุโรป มีการเพิ่มเติมเอาพืช อย่างเช่น การบูร หญ้าฝรั่งและผักขม เข้ามารวมอยู่ในตำราเภสัชกรรมที่มีอยู่ต่อมา หลังสงครามครูเสดระหว่างชาวคริสต์และอิสลาม ความรู้เรื่องยาสมุนไพรของอาหรับได้ฝังรากลงในยุโรป

ยุโรป: ยุคที่ยิ่งใหญ่ของสมุนไพร เริ่มขึ้นตอนต้นรัชสมัยของพระนางอลิซาเบธที่ 1 ของอังกฤษ (ค.ศ. 1551 –1603) มีการเขียนตำราเด่นๆ ขึ้นมามากมาย เช่น จอห์น พาร์กินสัน (John Parkinson) ผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรชาวอังกฤษ เป็นผู้เขียนตำรา Theatrum Botanicum มีรายละเอียดเกี่ยวกับพืช 3,800 ชนิด ความยาว 1,800 หน้า ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ.1640 ต่อมา นิโคลาส คัลเปเปอร์ (Nicholas Culpeper) ได้เผยแพร่ The Complete Herbal (ชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า The English Physician) ประกอบด้วยข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติทางยาของสมุนไพรนับร้อยๆชนิด

อเมริกา: พืชและสมุนไพรที่ชาวอังกฤษนำมาทวีปอเมริกา เป็นส่วนสำคัญสำหรับความอยู่รอดของคนเหล่านี้ การตั้งถิ่นฐานในดินแดนใหม่ เนื่องจากพืชเหล่านี้ปลูกไม่ได้ผลดีในอเมริกา จึงต้องหันไปอาศัยพืชพื้นถิ่นที่ค้นพบ ถึงแม้ว่าการใช้สมุนไพรในสหรัฐอเมริกา จะถดถอยลงในศตวรรษที่ 20 เนื่องจากก้าวหน้าด้านแพทยศาสตร์และเคมีเภสัช แต่ปัจจุบันกลับจะได้รับความนิยมขึ้นมาอีกครั้ง เหตุผลที่ทำให้เกิดสภาพการณ์เช่นนี้ ได้แก่ ขบวนการสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) การที่มีอาหารบำรุงสุขภาพและสมุนไพรเสนอออกมาให้หาซื้อกันได้มากขึ้น บุคคลต่างปรารถนาในการที่จะเป็นคนควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แต่ที่สำคัญที่สุดคือ การตระหนักว่า ตลอดเวลานับพันปี สมุนไพรสามารถใช้แก้ปัญหาด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์อย่างได้ผลเสมอต้นเสมอปลายและมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทย: รากฐานของวิชาสมุนไพรไทยได้รับอิทธิพลจากประเทศอินเดียเป็นส่วนใหญ่ สืบเนื่องตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์ชนชาติไทยได้อพยพถิ่นฐานมาจากบริเวณเทือกเขาอัลไตประเทศจีน มาจนถึงประเทศไทยในปัจจุบัน จึงมีส่วนได้รับอิทธิพลทางวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ตลอดจนการบำบัดรักษาโรคจากประเทศอินเดียเป็นจำนวนมาก ซึ่งปรากฏ

หลักฐานชัดเจนว่าได้อาศัยคัมภีร์อายุรเวทของอินเดียเป็นบรรทัดฐาน คือ การวินิจฉัยโรค ส่วนชื่อสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคมีคำชื่อของภาษาบาลีสันสกฤตอยู่มาก เช่น คำว่า มะลิ (ภาษาสันสกฤตว่า มัลล) เป็นต้น ในปีพุทธศักราช 1800 ตรงกับรัชสมัยของพ่อขุนรามคำแหงมหาราช ซึ่งนับเป็นยุคทองของสมุนไพรไทย สวนป่าสมุนไพรของพระองค์ใหญ่โตมากอยู่บนยอดเขาศรีมาศ อ. ศรีมาศ จ. สุโขทัย มีเนื้อที่หลายร้อยไร่ ปัจจุบันยังคงได้รับการอนุรักษ์ไว้ เป็นป่าสงวนเพื่อเป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าของผู้ที่สนใจจนมาถึงในรัชกาลของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงเห็นว่าสมุนไพรเป็นทั้งยาและอาหารประจำครอบครัวชาติจะเจริญมั่นคงได้ก็ด้วยครอบครัวเล็กๆที่มีความมั่นคงแข็งแรง มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ จึงทรงมีพระกรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินโครงการตามพระราชดำริสวนสมุนไพรขึ้น ในปีพุทธศักราช 2522 ทรงมีพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้มีการรวบรวมศึกษาค้นคว้า ในเรื่องเกี่ยวกับสมุนไพรทุกด้าน เช่น ด้านวิชาการทางชีววิทยาทางการแพทย์ การบำบัดการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะพืชที่เป็นประโยชน์ก่อให้เกิดโครงการพระราชดำริ สวนป่าสมุนไพรขึ้นมากมายหลายแห่ง อีกทั้งยังมีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อหาสาระสำคัญของสมุนไพรที่มีพิษทางเภสัชมาสกัดเป็นยาแทนยาสังเคราะห์ที่ใช้กันในปัจจุบัน

2. สมุนไพรกับการสาธารณสุขไทย

สมุนไพร (Medicinal Plant หรือ Herb) กำเนิดจากธรรมชาติและมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในมิติทางสุขภาพอันหมายถึงทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค สมุนไพรชนิดหนึ่ง จะเป็นพืชหรือส่วนหนึ่งของพืชที่มีคุณค่า เนื่องจากมีคุณสมบัติในทางยาหรือคุณสมบัติในด้านกลิ่น รส ความหมายของยาสมุนไพรในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้ระบุว่า "ยาสมุนไพร หมายความว่า ยาที่ได้จากพฤกษชาติสัตว์หรือแร่ธาตุซึ่งมิได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ" (สุวิชัย ปรัชญาปารมิตา, 2541) สมุนไพรสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานส่วนใหญ่เป็นพืชสมุนไพรพืชหรือต้นไม้มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ส่วน คือ ราก ลำต้น ใบ ดอกและผล ส่วนของพืชเหล่านี้มีรูปร่างลักษณะโครงสร้างและบทบาทต่อพืชที่แตกต่างกัน การนำสมุนไพรมาใช้เป็นยาต้องคำนึงถึงธรรมชาติของสมุนไพรแต่ละชนิดพันธุ์สมุนไพรสภาวะแวดล้อมในการปลูกฤดูกาลและช่วงเวลาเก็บสมุนไพรนับเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพของ (โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2554) โดยยาสมุนไพรเดี่ยวเป็นยาสมุนไพรที่เพิ่งได้รับการส่งเสริมให้ใช้กันอย่างแพร่หลายในช่วงสิบปีมานี้

ในอดีตช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-4 ไม่ได้มีการกำหนดแผนการพัฒนาแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน จนกระทั่งมาเริ่มต้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) กำหนดให้มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก ในคำประกาศอัลมา อตา พ.ศ. 2521 (Alma-Ata Declaration ค.ศ.1979) ในปี พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดทำโครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ทำให้เกิดการตื่นตัวต่อการใช้สมุนไพรอย่างแพร่หลาย มีการกำหนดให้มีการพัฒนายาสมุนไพร อยู่ในกลวิธีและมาตรการดำเนินงานของการสาธารณสุขมูลฐาน 8 ประการ เกี่ยวกับการจัดหาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน ส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เพราะมีราคาถูกหรือสามารถจัดหาได้โดยไม่เสียเงิน มีประสิทธิภาพและได้มีการยอมรับอยู่แล้วจากตัวประชาชนในชนบทเองตลอดจนสามารถแก้ปัญหาโรคง่าย ๆ ได้ด้วย ทั้งนี้ให้ดำเนินการคัดเลือกชนิดของสมุนไพรต่างๆ ที่มีคุณภาพดี ไม่มีพิษภัย, ดำเนินการแพร่พันธุ์ จัดหา ผลิตเป็นยาสมุนไพร และส่งเสริมความรู้ด้านการใช้ยาสมุนไพรแก่ประชาชน โดยใช้อาสาสมัคร

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กำหนดให้มีแผนงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีมาตรการการสาธารณสุขมูลฐานให้สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตยา การจัดหา การกระจายยาและการใช้ยาให้เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ในการสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมยาแผนโบราณและแผนปัจจุบัน ตลอดจนเพื่อการส่งออก มีแผนงานสาธารณสุขมูลฐานกำหนดให้มีการพัฒนาการดำเนินงานกองทุนยาและสนับสนุนการใช้สมุนไพร โดยส่งเสริมการจัดตั้งสวนสาธิตสมุนไพรในศูนย์ฝึกอบรมพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน 4 แห่ง ในโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย วัดและโรงเรียน จำนวน 144 แห่ง และส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรเพื่องานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 81 กลุ่ม ด้านแผนงานยาและชีววัตถุ กำหนดให้มีงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน อุตสาหกรรมผลิตยา การส่งออก โครงการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา กำหนดเป้าหมายคัดเลือกสมุนไพรไม่น้อยกว่า 5 ชนิดมาพัฒนาอย่างจริงจัง คือ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน ว่านหางจระเข้ เสลดพังพอน ชุมเห็ดเทศ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้กำหนดให้มีแนวทางมาตรการการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การศึกษาและสาธารณสุข โดยได้กำหนดให้มีแนวทางการพัฒนาสาธารณสุข 4 ประการ ดังนี้ 1) ความครอบคลุมและความเป็นธรรม 2) การพัฒนาที่มีบูรณาการ 3) ความสอดคล้องกับพื้นที่ 4) การพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขไป

พร้อมๆ กับความเปลี่ยนแปลงทางสังคมบนรากฐานของศักยภาพการพึ่งตนเองที่ประชาชนและชุมชนนั้นๆ มีอยู่ เช่น การรักษาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ฯลฯ มีการพัฒนาสุขภาพและพละนาถัย ดังนี้ "พัฒนาภูมิปัญญาทางด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร และการนวด ประสานเข้ากับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามโครงการทศวรรษพัฒนาการแพทย์แผนไทย นับเป็นการเริ่มการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ส่งผลให้เกิดการยอมรับและสนับสนุนการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร เข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพของไทย อย่างเป็นรูปธรรม"

ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นจุดเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย มีการเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาของประเทศไทย โดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เนื่องมาจากการพัฒนาที่ผ่านมา แม้จะมีความเจริญเติบโตก้าวหน้าทางเศรษฐกิจแต่กลับพบว่า มีปัญหาทางด้านสังคมมากโดยเฉพาะปัญหาทางด้านจริยธรรม อาชญากรรม ยาเสพติด ฯลฯ และได้มีการกำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้วยวิธีการสนับสนุนการพัฒนาแพทย์แผนไทยให้สามารถผสมผสานในระบบสาธารณสุข โดยการพัฒนาองค์ความรู้และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานของบุคลากรและสถานบริการแพทย์แผนไทยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ พัฒนาเวชภัณฑ์และระบบอุตสาหกรรมยาไทย โดยทบทวนและพัฒนาสูตรตำรับยาแผนโบราณ สูตรยาสามัญประจำบ้าน และพัฒนายาไทยแบบครบวงจร โดยการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จัดทำตำเนียบตำราการแพทย์แผนไทย ตลอดจนสนับสนุนพัฒนาพืชผักสมุนไพร และการอนุรักษ์และประยุกต์ใช้ความหลากหลายทางชีวภาพ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ัณิเชิญปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ ควบคู่ไปกับกระบวนการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 8 เน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนและการอยู่ดีมีสุขของคนไทย กำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาคนให้มีคุณภาพและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง มีการปฏิรูประบบสุขภาพในการพัฒนาแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ รวมทั้งให้มีการฝึกอบรมถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลต่อการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก เริ่มถูกกำหนดในภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ โดยมีความเชื่อมโยงเพื่อความเข้มแข็งและมีคุณภาพ

ของระบบสุขภาพ ด้วยกระแสสุขภาพกำลังตื่นตัวกับการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นยา อาหาร เครื่องสำอาง เป็นผลให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ในรูปแบบของการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพหรือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือ สปาไทย การนวดไทยที่มีเอกลักษณ์ของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จึงมีนโยบายการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย: สมุนไพรไทยสู่สากล (Thai Herbs for Global Health) จึงเป็นช่วงที่สังคมไทยเริ่มตื่นตัวในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคมและมีการพัฒนาสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐานสามารถผลักดันในการแข่งขันของประเทศสูงขึ้น ส่งผลให้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยเป็นต้นมา

ต่อเนื่องมาถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ยังคงอัญเชิญ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นแนวปฏิบัติในการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และให้ความสำคัญต่อการรวมพลังสังคมจากทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนของแผนฯ พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานตามแผนอย่างต่อเนื่อง ในแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และกำหนดให้มีแนวทางการพัฒนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ โดยพัฒนาการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย ที่มุ่งการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสรรค์มูลค่าทางเศรษฐกิจ จัดการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา และพัฒนาบุคลากรที่สามารถผสมผสานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์สมัยใหม่ (สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

ในปัจจุบันอยู่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ทางกระทรวงสาธารณสุขเตรียมออกกฎกระทรวงเพื่อยกระดับมาตรฐานโรงงานผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐานจีเอ็มพี ปรับหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนยาสมุนไพร และแก้ไขกฎหมายยาให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของอาเซียน เพื่อหนุนการส่งออกสมุนไพรไทยสู่ตลาดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการส่งเสริมให้ใช้ในโรงพยาบาลด้วย ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน นอกจากนี้เมื่อกล่าวถึงยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ด้วยการ

พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวชุมชนและลดปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งมุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพการใช้ประโยชน์จากยาสมุนไพรเพื่อการป้องกันและการรักษาเบื้องต้นและการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสื่อสารสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะระบบบริการขั้นพื้นฐานควบคู่กับการส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมทั้งการผลิตการกระจายด้านสาธารณสุขค่าตอบแทนและการอำนวยความสะดวกในชีวิตความเป็นอยู่เพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสมรวมทั้งการใช้มาตรการการเงินการคลังเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

3. สมุนไพรไทยกับประชาคมอาเซียน

นับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นวันเริ่มต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจ การพาณิชย์และอุตสาหกรรม วุฒิสภา ได้จัดเวทีสัมมนาเรื่อง “โอกาสสมุนไพรไทยภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอนาคตสมุนไพรไทยมีโอกาสเติบโตในตลาดโลก เนื่องจากปัจจุบันทั่วโลกมีแนวโน้มหันมาให้ความสนใจใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เพราะได้จากธรรมชาติและให้ประโยชน์ไม่ด้อยกว่ายาที่ได้จากการสังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประเทศไทยเป็นแหล่งที่มีสมุนไพรคุณภาพดีมากแห่งหนึ่งของโลก ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานดูแลเรื่องการส่งเสริมพัฒนาสมุนไพรไทยร่วมกัน ได้แก่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตั้งแต่การศึกษาวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทยใช้เป็นยา เครื่องสำอาง อาหารเสริมสุขภาพ พัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพร การรับรองคุณภาพมาตรฐานสมุนไพรและควบคุมมาตรฐานการผลิตของโรงงานสมุนไพรให้ได้มาตรฐานจีเอ็มพี (GMP: Good Manufacturing Practice) ซึ่งในการเตรียมการให้พร้อมเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงฯ โดย อย. ได้ดำเนินการพัฒนาสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพมาตรฐานเพื่อให้สามารถส่งออกไปจำหน่ายในตลาดประชาคมอาเซียนได้ใน 3 เรื่องใหญ่ ได้แก่ 1) การเตรียมออกกฎกระทรวงสาธารณสุข ยกกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานจีเอ็มพี ซึ่งขณะนี้ผ่านมติคณะรัฐมนตรีแล้ว อยู่ระหว่างรอออกฎะกฏ 2) การปรับแก้หลักเกณฑ์การรับขึ้นทะเบียนยาสมุนไพรให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของประชาคมอาเซียน โดยให้ผู้ประกอบการ

มีส่วนร่วมวางหลักเกณฑ์การพัฒนายาสมุนไพรให้เป็นสากล และ 3) แก้ไขพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ให้มีความทันสมัยและไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสมุนไพร

นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มรายการยาสมุนไพรไทยในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากเดิมมีเพียง 19 รายการ เป็น 72 รายการใช้ในระบบการรักษาพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งจะเป็นแหล่งอ้างอิงว่าสมุนไพรไทยมีคุณภาพมาตรฐานและมีการใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งใน พ.ศ. 2552 มีการใช้ยาสมุนไพรรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศเกือบ 400 ล้านบาท ทั้งนี้ ข้อมูลล่าสุดเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 มีโรงงานผลิตยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานจีเอ็มพีในประเทศ 27 แห่ง และมีโรงงานผลิตยาแผนโบราณที่ได้มาตรฐานจีเอ็มพีของอาเซียนแล้ว 15 แห่ง (คณะกรรมการการเศรษฐกิจการพาณิชย์และอุตสาหกรรม วุฒิสภา, 2554)

อย่างไรก็ตาม ความรู้ในการใช้สมุนไพรเดี่ยวมาจากการรวบรวมประสบการณ์การใช้สมุนไพรของชาวบ้านและมีการศึกษาวิจัยโดยมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่รองรับสมุนไพรบางตัวมีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ยืนยันสรรพคุณมานานแล้ว แต่ยังไม่มีการนำไปใช้อย่างจริงจัง ยาสมุนไพรเดี่ยวส่วนใหญ่มักใช้รักษาโรคและอาการที่ไม่ซับซ้อน

4. สมุนไพรในทางทันตกรรม

การดูแลสุขภาพช่องปากได้มีการศึกษาวิจัยถึงสรรพคุณของสมุนไพรออกมามากมาย สามารถจำแนกการใช้สมุนไพรได้ดังนี้

4.1 กลุ่มสมุนไพรรักษาอาการปวดฟัน

อาการปวดฟัน มีสาเหตุจากฟันผุเนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีพอ เช่น แปรงฟันไม่สะอาด มีเศษอาหารติดค้างอยู่ตามซอกฟัน ทำให้แบคทีเรียที่อยู่ช่องปากเจริญเติบโตแล้วทำการเปลี่ยนแปลงและน้ำตาลจากในเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ให้กลายเป็นกรด ซึ่งกรดจะทำลายฟันให้ผุกร่อนทีละน้อยจากชั้นเคลือบฟันสู่เนื้อฟันจนทะลุถึงชั้นโพรงประสาทฟันเกิดอาการปวดฟันหรือเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันอักเสบ ถ้าปล่อยไว้ปลายรากฟันจะอักเสบเป็นหนอง ทำให้ปวดฟันอย่างรุนแรง แก้มบวม อาจมีไข้และต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอบวมและปวด ซึ่งในเบื้องต้นสามารถใช้สมุนไพร ช่วยบรรเทาอาการได้ เนื่องจากสมุนไพรกลุ่มนี้จะทำให้เกิดอาการชา ระงับความเจ็บปวด สมุนไพรสำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ แก้ว, ข่อย, ดาวเรือง, กานพลู, ผักคราดหัวแหวน, ผักชี, มะอึก, ลำโพงดอกขาว และเกลือ เป็นต้น

4.2 กลุ่มสมุนไพรป้องกันและรักษาอาการโรคเหงือก/โรคปริทันต์

โรคเหงือกอักเสบเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อเชื้อโรคที่สะสมรอบๆตัว พบว่าเกือบทุกคนจะเป็นโรคเหงือกอักเสบอาจมาบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไปโดยปกติเหงือกจะทำหน้าที่ห่อหุ้มและป้องกันอันตรายให้แก่กระดูกและฟันโดยมีเอ็นยึดกับรากฟันเอาไว้ขอบ

เหงือกที่บริเวณคอฟันจะมีลักษณะบางผิวเรียบไม่ยึดกับตัวฟันทำให้เกิดเป็นร่องเหงือกเล็กประมาณ 2-4 มิลลิเมตร ส่วนของเหงือกที่อยู่ต่ำลงมาจะยึดกับกระดูกเบ้าฟันส่วนของเหงือกยึดนี้มีความแข็งแรงกว่าเหงือกที่อยู่บริเวณขอบเหงือกและถ้าสังเกตให้ดีจะเห็นว่ามีลักษณะขรุขระเล็กน้อยไม่เรียบเหมือนขอบเหงือก ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของฟันขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของตัวฟันและอวัยวะที่อยู่รอบๆ ซึ่งทำหน้าที่ยึดฟันและพยุงฟันให้คงอยู่ในขากรรไกรอวัยวะที่อยู่รอบๆตัวฟันมีชื่อเรียกรวมกันว่าอวัยวะปริทันต์ซึ่งประกอบด้วยเหงือกเอ็นยึดปริทันต์เคลือบรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน ถ้าสังเกตดูที่เหงือกของเราจะเห็นว่าสีชมพูและซีด แต่ถ้าเกิดโรคมีการอักเสบหรือมีการติดเชื้อจะมีสีแดงเรียบเป็นมันหรือเป็นสีม่วงคล้ำถ้าเมื่อเหงือกมีการอักเสบและติดเชื้อจะมีหนองเกิดขึ้นโดยเฉพาะบริเวณขอบเหงือกถ้าลองกดดูจะเห็นว่ามีหนองไหลออกมาอย่างไรก็ตามในบางคนอาจจะมีเหงือกสีคล้ำได้เช่นคนผิวดำคนที่สูบบุหรี่เป็นประจำนานๆหรืออาจจะพบได้ในคนที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีเป็นประจำนานๆ

สมุนไพรในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ในการยับยั้งกำจัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของโรคเหงือกหรือมีฤทธิ์ในการเสริมสร้างความแข็งแรงของหลอดเลือดฝอยที่เหงือกสมุนไพรสำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ มะขามป้อม, มะกอก, มะนาว, ฟ้าทะลายใจ และใบบัวบก

4.3 กลุ่มสมุนไพรรักษาอาการแผล อากาการอักเสบในช่องปาก

หรือเรียกว่าแผลร้อนใน เป็นแผลเล็กๆตื้นๆ รูปกลมหรือรูปไข่ มักมีอาการปวดพบได้บริเวณริมฝีปากด้านใน กระพุ้งแก้ม ลิ้น หรือที่อื่นๆในช่องปาก แผลในปากเกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ แต่อาจบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังทรุดโทรมหรืออยู่ในภาวะเครียด การใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี การแปรงฟันแรงเกินไปหรืออาจเกิดจากเชื้อไวรัส สมุนไพรสำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ บัวบก, พญายอ และว่านหางจระเข้ เป็นต้น

4.4 กลุ่มสมุนไพรป้องกันและรักษาอาการของกลิ่นปาก

การมีกลิ่นปาก เป็นอาการที่ทำให้ขาดความมั่นใจ เกิดได้หลายสาเหตุ โดยอาจเกิดจากการกินอาหารที่ใส่เครื่องเทศกลิ่นแรง การเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจหรือเกิดจากโรคเหงือกและฟัน สมุนไพรตัวสำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ ข่อย, เกลือ, พลู, ฝรั่ง, ชา และสมอไทย

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณ ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนของประเทศ

สหรัฐอเมริกา ในช่วงระยะแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนามาใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ“อวกาศของชีวิต” (Life Space) คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่า” บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ” อธิบายคำกล่าวนี้ได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตนและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ ประกอบกับในขณะนั้นการจัดบริการด้าน สาธารณสุขเพื่อป้องกันโรคมักจะไม่ค่อยได้ผล ถึงแม้ว่า การไปรับบริการนั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยมาก มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปบริการถึงที่อีกด้วย แต่มีประชาชนจำนวนน้อยที่ไปรับบริการ จึงเกิดคำถามที่ว่า ทำไมประชาชนจึงไม่ค่อยสนใจพฤติกรรมป้องกันโรค และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลทำให้ประชาชนปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่ง เชื่อว่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรก ปี ค.ศ.1954 โดย Godfrey Hochbaum ซึ่งพัฒนาตามแนวความคิดของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า“โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” นั่นคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลมากนัก ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่อยู่อาศัยในวิชาชีพคิดก็ตาม แต่เนื่องจาก Irwin M. Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนนี้มากขึ้น คนทั่วไปจึงคุ้นเคยกับชื่อนี้มากกว่าคนอื่น (Conner and Norman, 2005; เบญจมาศ ศรีสุขเพ็ง, 2550)

ต่อมาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ Rosenstock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานในระยะแรกของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีอิทธิพลผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายความสะดวกความเจ็บปวดและ

ความอาย เป็นต้น ในช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล่าวคือบุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น
3. การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัตินั้น
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น

การวิจัยในระยะต่อมา พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม (modifying variables), สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค มีรายละเอียดดังนี้ (Glanz and Lewis, 2002; Conner and Norman, 2005; เบญจมาศ ศรีสุขเพ็ง, 2550)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือความง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต โดยการประเมินความรุนแรงของโรคอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อน้ำที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วย

แล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษซึ่งทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์จะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

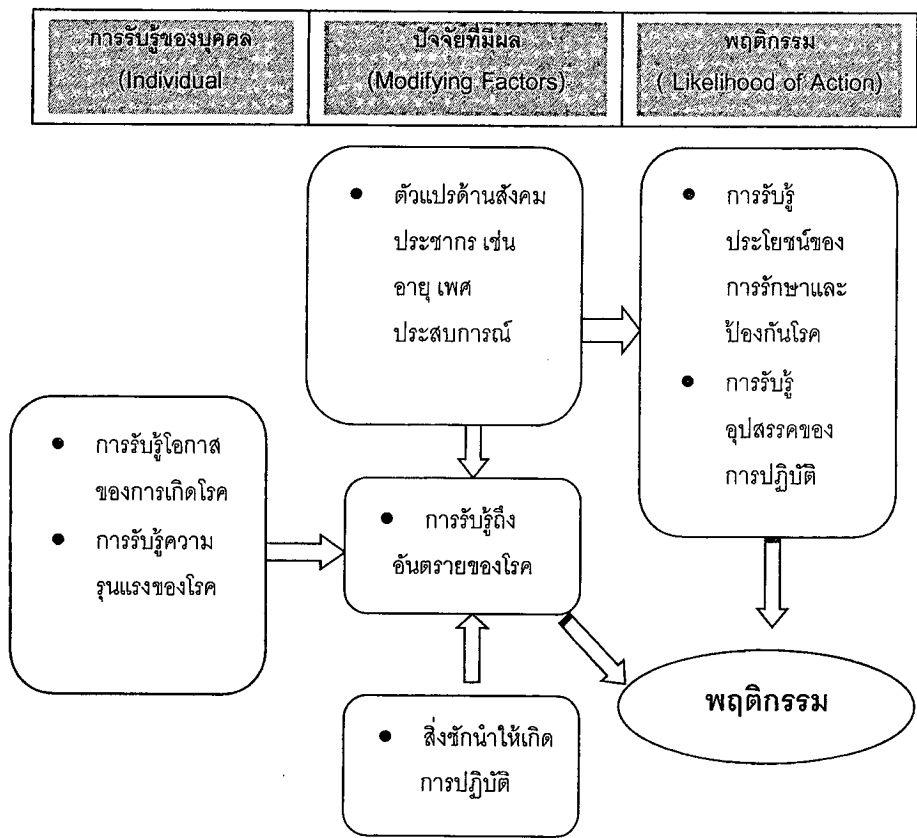
6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ประสบการณ์ เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทัศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น (Conner and Norman, 2005; เบญจมาศ ศรีสุขเพ็ง, 2550)

8. การรับรู้ความสามารถของตนเอง(Self efficacy) คือ ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการทำสิ่งใดๆ โดยทั่วไปคนเรามักไม่พยายามทำอะไรใหม่ๆ หากคิดว่าไม่สามารถทำได้ ถึงแม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ก็ตาม (Conner and Norman, 2005)



ภาพ 13 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model)

ที่มา: ดัดแปลงจาก Mark Conner and Paul Norman, 2005; Glanz K. Rimer B.K. and Lewis F.M., 2002

แบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) ถูกนำไปประยุกต์ใช้ด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในสามประเด็นต่อไปนี้ 1) พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย หรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การรับวัคซีน การคุมกำเนิด 2) พฤติกรรมการเจ็บป่วย เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และ 3) การประยุกต์ใช้ทางคลินิก ได้แก่ เหตุผลของการมาพบแพทย์ เป็นต้น (Conner and Norman, 2005) แนวคิดนี้นำมาใช้อธิบายได้ดีในงานป้องกันโรค แต่เนื่องจากการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องทำควบคู่กันไปหรือสนับสนุนกัน แนวคิดนี้จึงจำเป็นต้องนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน ดังตัวอย่างการประยุกต์ใช้ แบบแผนความเชื่อสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงตัวอย่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ปัจจัย	การปฏิบัติ
1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)	เยาวชนเชื่อว่าสามารถได้รับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs), เชื้อ HIV หรือเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)	เยาวชนเชื่อว่าผลที่ตามมาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs), เชื้อ HIV หรือความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ สำคัญเพียงพอที่จะหลีกเลี่ยง.
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน (Perceived Benefits)	เยาวชนเชื่อว่าการแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยจะช่วยป้องกันจากการได้รับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs), เชื้อ HIV หรือเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)	เยาวชนทราบถึงอุปสรรคตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย เช่น ถุงยางอนามัยอาจจำกัดความรู้สึก หรือลำบากใจที่จะบอกคู่นอนให้ใช้ถุงยางอนามัย และพบวิธีที่จะลดหรือจำกัดอุปสรรคเหล่านั้นได้
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)	เยาวชนได้รับสิ่งที่ช่วยกระตุ้นเตือนความจำ เช่น ข้อความในจดหมายข่าวของโรงเรียน, ข้อความสั้นๆ ที่พิมพ์บนเครื่องเขียน
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)	เยาวชนมีเชื่อมั่นในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกสถานการณ์.

ที่มา: แปลจาก <http://www.etr.org/recapp/theories/hbm/Resources.htm>

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ และพีระพงศ์ วงศ์อุปราช (2552) ทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย พบว่า รูปแบบการแพทย์ทางเลือกที่ใช้มากที่สุด คือ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพร การนวด การควบคุมอาหาร การบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ การปรับวิถีการดำเนินชีวิต สำหรับปัจจัยการทำงานการใช้แพทย์ทางเลือกในด้านสังคมประชากร พบว่าตัวแปรคือ การเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และเพศ ส่วนตัวแปรทางด้านความพึงพอใจที่ทำนายพฤติกรรมการใช้แพทย์ทางเลือก พบว่าเป็น ปัจจัยด้านความพึงพอใจในประสิทธิผล และ ความปลอดภัย

วลัยพร อดออมพานิช (2550) กล่าวว่า ผักพื้นบ้านของไทยมีคุณค่าในหลายมิติ มีการใช้ประโยชน์ได้หลายรูปแบบซึ่งสอดคล้องในวิถีชีวิตคนไทยมานาน ทั้งอาหาร ยารักษาโรค การใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ และเนื่องจากผักพื้นบ้านมีสรรพคุณด้านสมุนไพร จึงนำมาเป็นส่วนประกอบของยารักษาโรคแผนโบราณ (ยาต้ม ยาดอง ยาลูกกลอน เป็นต้น) เช่น รักษากลุ่มอาการไข้ด้วย บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร ย่านาง รักษากลุ่มอาการไอ มีเสมหะ ด้วยการใช้ขิง ดีปลี เพกา มะขาม มะนาว รักษาอาการแพ้ อักเสบด้วย ตำลึง พญายอ และผักบุ้งทะเล ส่วนการศึกษาของ พรรณเพ็ญ เครือไทย และคณะ (2554) มีการใช้หัวถั่วพู รากผักขาว เป็นส่วนประกอบในตำรับยาพื้นบ้านล้านนาเพื่อรักษาโรคมะเร็งเต้านมเต้านม

นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์ (2553) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้อยาสสมุนไพรในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้อยาสสมุนไพรที่ส่งจ่ายโดยแพทย์แผนปัจจุบัน คือ ความต้องการใช้อยาสสมุนไพรของผู้ป่วยมีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมา คือ การส่งเสริมการใช้อยาสสมุนไพรจากครอบครัว และ ทศนคติ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด

ณัฐชา ชุมมานนท์ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับ ความภักดีในการสั่งซื้อสมุนไพรไทยออนไลน์ ผลการสำรวจผู้ที่เคยสั่งซื้อสมุนไพรไทยแบบออนไลน์ พบว่า การสร้างความภักดีในการสั่งซื้อสมุนไพรไทยออนไลน์ได้นั้น ต้องทำให้ลูกค้ามีทัศนคติที่ดี การบริการและสินค้าต้องมีคุณภาพ ส่วนการสร้างทัศนคติที่ดีนั้น ต้องมีความเชื่อมั่นในผู้ประกอบการออนไลน์ ประสพการณ์การสั่งซื้อสมุนไพรออนไลน์ในอดีต ส่วนความเชื่อมั่นในผู้ประกอบการออนไลน์เกิดจาก การให้ข้อมูล ระบบการสั่งซื้อ การให้บริการและสินค้าที่มีคุณภาพ

การศึกษาศถานการณ์ การอนุรักษ์และการสืบทอด ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในชุมชนล้านนา โดยศูนย์วิจัยสมุนไพรภาคเหนือ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ม.ป.ป.) ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่กล่าวว่าลูกหลานไม่สนใจที่จะเรียนรู้

นอกจากนี้ หมอพื้นบ้านยังมีทักษะและศักยภาพในการปลูกพืชสมุนไพรไว้ในบริเวณบ้าน เป็นจำนวน 271 ชนิด โดยพืชสมุนไพรที่นำมาปลูกมากที่สุดคือ ฮ่อสะพายควาย ไพล เพ็ชรสังฆาต ทองพันชั่ง ฟ้าทะลายโจร เหงือกปลาหมอ หนามเกิดเกล้า เสลดพังพอน สะเพาลม ส้มขึ้น รวงเย็น รวงควา บัวรด้า บัวราชว บอระเพ็ด เปล้าหลวง ตะไคร้ ตะไคร้หอม มะแตก และมะเดื่อเหิน จากข้อมูลการใช้ประโยชน์และการอนุรักษ์พืชสมุนไพรในชุมชนสะท้อนให้เห็นว่า ในชุมชนล้านนา ยังมีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาโดย Theodorou, et.al. (2009) เรื่อง Factors influencing prescribing behavior of physicians in Greece and Cyprus :results from a questionnaire based survey พบว่า ประสิทธิภาพของยา, ความปลอดภัยในการใช้ยา เป็นสิ่งที่สำคัญลำดับต้นๆ ในการสั่งใช้ยาของแพทย์และมีความเชื่อว่ายาตัวใหม่นั้นไม่จำเป็นต้องดีเสมอไป แหล่งข้อมูลหลักเกี่ยวกับข้อมูลการสั่งใช้ยา ได้แก่ วารสารทางการแพทย์ ตำราทางการแพทย์ การนำเสนอในการประชุมวิชาการ และผู้แทนของบริษัทยา

รักษเกียรติ จิรินทร์ และคณะ (2549) ทำการศึกษา เรื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทย: กรณีศึกษาทางแพทย์แผนไทย ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ต่องานบริการการแพทย์แผนไทยโดยรวมทั้ง 7 มิติ ได้แก่ ความพึงพอใจทั่วไป ความชำนาญในการให้บริการการแพทย์แผนไทย กิริยามารยาทของผู้ให้บริการ ทักษะการสื่อสาร ค่าใช้จ่าย เวลาที่ต้องใช้ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ (ค่าเฉลี่ย 3.88, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความพึงพอใจแบ่งเป็น ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ อาชีพ โดยพบว่าอาชีพรับจ้างจะมีระดับความพึงพอใจสูงสุด ปัจจัยด้านลักษณะการใช้บริการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการมารับบริการ โดยพบว่าผู้รับบริการที่มารับบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพจะมีระดับความพึงพอใจสูงสุด

การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อภิรดี สุขศักดิ์, อุไร หัตถกิจ และเพียร เกษตรสมบูรณ์, 2547) จากผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวม พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก สู่การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในระดับบางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง โดยการใช้ธรรมะ ความเชื่อ ความศรัทธาทางศาสนา เป็นวิธีการปฏิบัติที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในระดับปฏิบัติเป็นประจำ/ทุกครั้ง และภูมิปัญญาตะวันออกที่พยาบาลปฏิบัติในระดับบ่อยครั้ง/เป็นส่วนใหญ่ คือ การนวดไทย ส่วนวิธีการปฏิบัติพยาบาลที่

ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกอื่น ๆ เช่น อาหารและสมุนไพร สมุนไพร โยคะ ไทเก๊ก ชี่กง และพลังบำบัด พยาบาลมีการผสมผสานสู่การพยาบาลในโรงพยาบาลในระดับเป็นบางครั้ง/นานๆ ครั้ง และระดับน้อยมาก/ไม่ปฏิบัติเลย ผลการศึกษานี้ยังพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกสู่การปฏิบัติพยาบาล

ใจแก้ว แถมเงิน (2555) ทำการศึกษาการพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมการเลือกซื้อผู้บริโภคมีประสบการณ์ในการใช้น้อยกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ซื้อเพื่อใช้เอง จากร้านค้าทั่วไป ค่าใช้จ่ายในการซื้อน้อยกว่า 500 บาท ความถี่ในการซื้อ 1 เดือน/ครั้ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้อที่สำคัญที่สุดคือ ความรู้สึกปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์ รองลงมาคือ ราคาที่เหมาะสมกับคุณภาพ สถานที่ตั้งร้านค้ามีความสะดวกในการซื้อ และพนักงานขายมีความรู้เกี่ยวกับสินค้าเป็นอย่างดี ด้านกลยุทธ์ทางการตลาดผลิตภัณฑ์มีกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้บริโภคเพศหญิง อายุ 20-40 ปี รายได้ปานกลาง การศึกษาระดับปริญญาตรี กลยุทธ์ด้านผลิตภัณฑ์ มุ่งเน้นผลิตสินค้าให้มีคุณภาพตามหลักภูมิปัญญา มีคุณสมบัติโดดเด่น ผลิตภัณฑ์มีความหลากหลายให้เลือก ปรับปรุงพัฒนาบรรจุภัณฑ์ให้สวยงามมากขึ้น กลยุทธ์การตั้งราคา เน้นการตั้งราคาให้เหมาะสมกับคุณภาพสินค้า ใช้กลยุทธ์การตั้งราคาตามต้นทุน กลยุทธ์ด้านช่องทางการจัดจำหน่าย รักษาช่องทางการจัดจำหน่ายเดิมและขยายช่องทางการจัดจำหน่ายให้มากขึ้น กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมการตลาด ควรมีกิจกรรมสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการเพื่อทำให้ผู้บริโภครู้จักและเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์

จากการศึกษา Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey (Thomas and Coleman, 2004) พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 6.5 เคยได้รับการรักษาอย่างน้อยหนึ่งในห้าของการรักษาหลักของการแพทย์ทางเลือก (ฝังเข็ม โยมีโอพาธี ไคโรแพรกติก การจัดกระดูก ยาสมุนไพร) และมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งระหว่างการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกกับตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจสังคม

จากงานวิจัย เจลบัวบกยัดติดเยื่อบุเมือกในช่องปาก (สุชาดา ประเสริฐวิทยาการ, 2541) ได้การทดลองนำเจลบัวบกมาเปรียบเทียบกับยาหลอกและยาที่ขายในท้องตลาดในกลุ่มอาสาสมัคร 100 คนโดยให้อาสาสมัครทายา 3 ครั้ง คือ หลังอาหารเช้า, เย็นและก่อนนอนแล้ววัดขนาดของแผลเป็นมิลลิเมตรในความแรง 0.5, 1 และ 2% ซึ่งผลการทดลองพบว่าเจลบัวบกทำให้

ขนาดของแผลลดลงอย่างเห็นได้ชัดโดยยังมีสารสกัดของใบบัวบกมากขึ้นก็จะทำให้แผลหายได้เร็วขึ้นทำให้อาการปวดแผลหายเร็วกว่าการใช้ยาที่ขายตามท้องตลาดด้วย

การพัฒนาสูตรตำรับ การออกฤทธิ์ทางชีวภาพและการทดสอบประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากที่มีสารสกัดจากใบฝรั่ง (กรกนก อิงคินันท์ และคณะ, 2544) พบว่า น้ำยาบ้วนปากที่พัฒนามีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *Staphylococcus aureus* และ *Streptococcus mutans* ดีกว่า น้ำยาบ้วนปากยี่ห้อ Listerine แต่น้อยกว่า ยี่ห้อ Chlorhexidine ส่วนประสิทธิภาพการลดกลิ่นปากเมื่อเทียบกับ น้ำยาบ้วนปากยี่ห้อ Listerine สามารถลดกลิ่นปากได้นาน 2 ชั่วโมงและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประสิทธิภาพการลดกลิ่นปาก เมื่อสำรวจความชื่นชอบต่อน้ำยาบ้วนปากที่พัฒนา มีคุณลักษณะทั่วไปเป็นที่ชื่นชอบของอาสาสมัคร ยกเว้นสี ซึ่งอาสาสมัครเห็นว่าเข้มเกินไป นอกจากนี้ เมื่อให้อาสาสมัครเลือกระหว่างสองผลิตภัณฑ์ น้ำยาบ้วนปากที่พัฒนายังเป็นทางเลือกที่พึงประสงค์ของอาสาสมัคร 7 ใน 10 คน

การใช้ชิบยาสมุนไพรเสริมการรักษาโรคปริทันต์ที่หลงเหลืออยู่ (ชุตินา ยอดสุวรรณ, 2546) จากการศึกษาพบว่า ชิบยาสมุนไพรที่ประกอบด้วยสมุนไพรใบบัวบกและเปลือกทับทิมช่วยเสริมการรักษาโรคปริทันต์ที่หลงเหลืออยู่ โดยเพิ่มระดับการยึดเกาะในกลุ่มผู้ป่วยปกติกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ยกเว้นในผู้ป่วยเบาหวาน

การศึกษาของ กิตติ ต.รุ่งเรือง, พิราภรณ์ วิเชียรโรจน์ และสุชาดา ชุตินาวพันธ์ (2550) เรื่อง ฤทธิ์ต้านแบคทีเรียของสารสกัดจากเปลือกมังคุดต่อเชื้อก่อโรคปริทันต์อักเสบ พบว่า สารสกัดจากเปลือกมังคุดมีฤทธิ์ต้านเชื้อพอร์ไฟโรโมนเนส จินจิवालิส และ เชื้อแทนเนอเรลลา ฟอร์ไซเทีย แต่ไม่มีผลต่อเชื้อแอคติโนแบคทีลัส แอคติโนไมซีเตมโคมิแทนส์ ด้านประสิทธิภาพการฆ่าเชื้อก่อโรคปริทันต์ มีค่าใกล้เคียงกับคลอร์เฮกซิดีน ซึ่งเป็นยาระงับเชื้อที่นิยมในการรักษาทางปริทันต์ แสดงให้เห็นว่าสารสกัดจากเปลือกมังคุดมีประสิทธิภาพสูงในการฆ่าเชื้อก่อโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาสารตัวใหม่เพื่อใช้ในการป้องกันและรักษาโรคต่อไป

การศึกษาประสิทธิภาพของน้ำลายเทียมจากวุ้นหางจระเข้ผสมไฮลิทอลและฟลูออไรด์ในการป้องกันเหงือกอักเสบและอาการปากแห้งในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับการฉายรังสีและเคมีบำบัด (นวกมล สุริยันต์ และคณะ, 2551) สรุปได้ว่า น้ำลายเทียมวุ้นหางจระเข้ผสมไฮลิทอลและฟลูออไรด์ มีประสิทธิภาพในการใช้ลดปัญหาการมีน้ำลายน้อย การรับรส และการมีปริมาณเชื้อที่กระพุ้งแก้มและโคนลิ้น และต้นทุนของน้ำลายเทียมฯ เท่ากับ 100 บาท/ลิตร หรือวันละ 25 บาทเมื่อใช้ปริมาณ 4 วัน/ลิตร

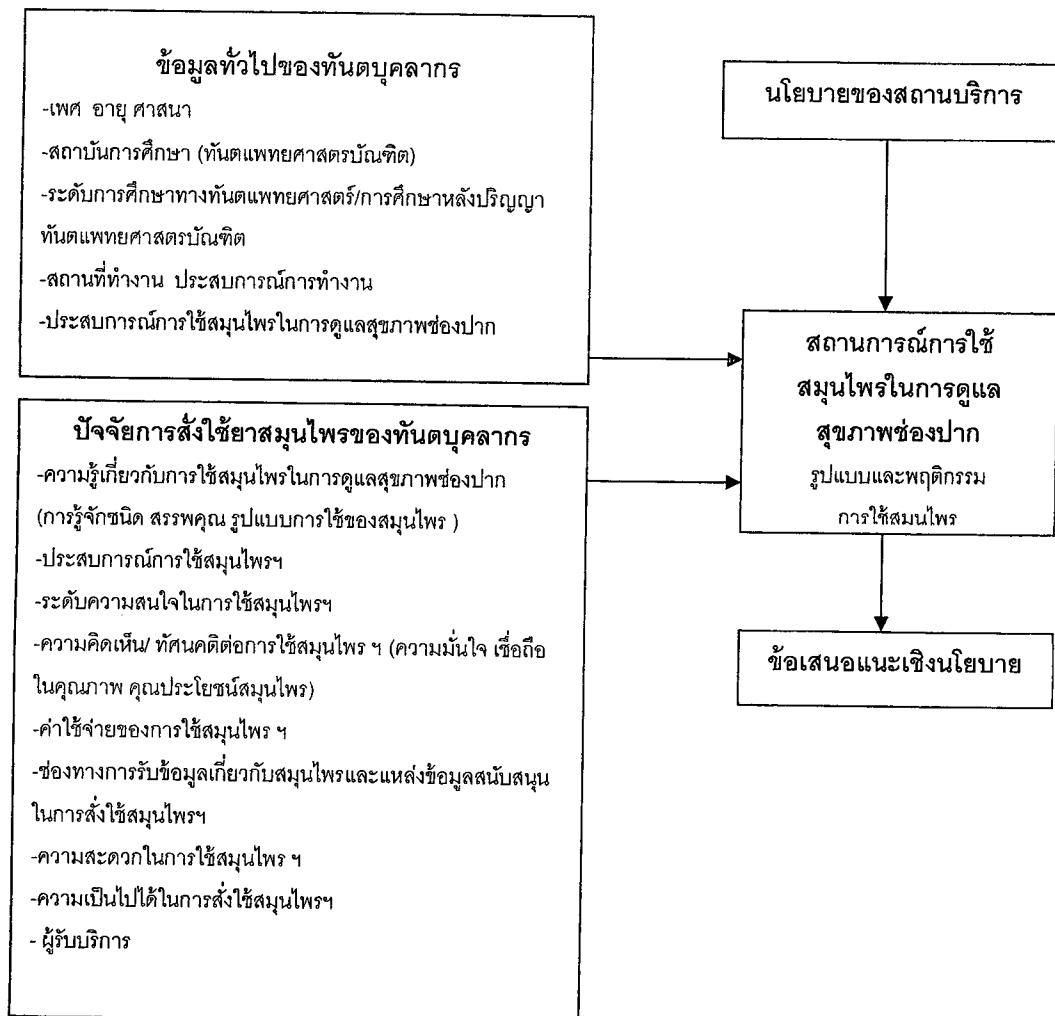
มาลี จงธนากร, ใจนุช กาญจนภู และสุภารัตน์ คำแดง (2551) ทำการศึกษาฤทธิ์ด้านจุลชีพของสารสกัดสมุนไพรต่อ *Enterococcus faecalis* โดยศึกษาในสมุนไพร 4 ชนิด ได้แก่ ใบพลู ใบฝรั่ง ใบข่อย และเปลือกมังคุด ผลปรากฏว่า สารสกัดจากใบพลูและเปลือกมังคุดมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อ *E. faecalis* ส่วนสารสกัดใบฝรั่งกับใบข่อยไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้ง สำหรับฤทธิ์ฆ่าเชื้อ *E. faecalis* มีเฉพาะสารสกัดจากใบพลู

การศึกษา ผลของสารสกัดกระชายต่อเซลล์มะเร็งช่องปากชนิดสความัสและเซลล์สร้างเส้นใยเนื้อเยื่อของ ขจรเกียรติ เจนบดินทร์ และคณะ (2551) พบว่า หลังจากทดสอบเป็นเวลา 20 ชั่วโมงที่ความเข้มข้นของสารสกัดเหง้ากระชายสดในแอลกอฮอล์ทำให้เซลล์มะเร็งช่องปากชนิดสความัสเริ่มตายร้อยละ 50 ส่วนจำนวนเซลล์สร้างเส้นใยเนื้อเยื่อลดลงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าสารสกัดเหง้ากระชายสดที่ความเข้มข้นดังกล่าวมีพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปากชนิดสความัสมากกว่าเซลล์สร้างเส้นใยเนื้อเยื่อ

การศึกษา “ประสิทธิผลของยาทาบัวบกเฉพาะที่ในการรักษาไลเคนเพลนัสในช่องปากของ กัทลี กิตติประสาร และคณะ (2551) เมื่อเปรียบเทียบออราเบสใบบัวบก ออราเบสไตรแอมซิโนโลน อะเซโทไนด์ และ ยาหลอก กลับพบว่า ออราเบสใบบัวบกมีประสิทธิภาพการลดความรุนแรงของโรคต่ำกว่าออราเบสไตรแอมซิโนโลน อะเซโทไนด์ ซึ่งลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรักษาไลเคนเพลนัสในช่องปากชนิดผื่น และ/หรือ ชนิดถลอก

ในการศึกษาของ Ernst (2002) เรื่อง The Risk-Benefit Profile of Commonly Used Herbal Therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava พบว่า ginkgo (แปะก๊วย) อาจมีผลข้างเคียงในการเกิดอาการเวียนศีรษะ St. John's wort จำเป็นต้องระมัดระวังการเกิดปฏิกิริยากับยาแผนปัจจุบันหลายชนิดเมื่อใช้ร่วมกัน ginseng (โสม) มีงานวิจัยสนับสนุนเกี่ยวกับประสิทธิภาพการใช้ทางคลินิกที่ยังไม่ชัดเจน Echinacea อาจมีประโยชน์ในการรักษาอาการหรือป้องกันอาการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน แต่ข้อมูลดังกล่าวยังไม่ชัดเจน เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงยังไม่มียาสมุนไพรใดที่ไม่มีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์หรือสามารถเชื่อถือได้อย่างชัดเจน การวิจัยครั้งต่อไปจำเป็นต้องสร้างแนวทางการใช้สมุนไพรที่ชัดเจนเพื่อสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพช่องปากจากธรรมชาติ เช่น ยาสีฟันหรือน้ำยาบ้วนปากสมุนไพร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 14 แผนภาพกรอบแนวคิดในการวิจัย