



เวชศาสตร์เขตเมือง (Urban Medicine)

สาธิต คุระทอง พ.บ. อ.ว.อายุรศาสตร์ อ.ว.อายุรศาสตร์โรคไต อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

¹ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: sathit@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2016; 59(1): 1-4

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2016.22>

บทนำ

วชิรเวชสารได้ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบันก้าวเข้าสู่ปีที่ 60 เป็นเวลาอันยาวนาน นับตั้งแต่ท่านปฐมบรรณาธิการ อ.นพ. ภาสกร เกษมสุวรรณ ได้ก่อตั้งขึ้น¹ ภายใต้บรรณาธิการทั้งสิ้น 20 ท่าน วชิรเวชสารประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการเป็นวารสารประจำโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อีกทั้งหลังจากเปลี่ยนสถานภาพเข้าสู่การเป็นโรงเรียนแพทย์โดยเต็มตัวในชื่อ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แห่งมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วชิรเวชสารมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการจำนวนมากและหลากหลาย รวมทั้งใช้ในการเลื่อนตำแหน่งวิทยฐานะและประกอบการขอตำแหน่งวิชาการของบุคลากรภายในและภายนอกสถาบันเป็นจำนวนมาก²

ในปีที่ 60 วชิรเวชสารจะมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ โดยเปลี่ยนชื่อของวารสารเป็น “วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง” ชื่อภาษาอังกฤษจาก “Vajira Medical Journal” เป็น “Vajira Medical Journal of Urban Medicine” เพื่อตอบโจทย์วิสัยทัศน์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลซึ่งมุ่งหมายที่จะเป็นคณะแพทย์ชั้นนำของประเทศ ที่มีความโดดเด่นด้านเวชศาสตร์เขตเมือง และเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล และมีพันธกิจ คือ “มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรให้เข้มแข็ง มีชื่อเสียงสมกับมงคลนาม ภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล สร้างองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพ โดยเน้นเวชศาสตร์เขตเมือง จัดการศึกษาที่ได้มาตรฐานระดับชาติและสากล เพื่อผลิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีคุณภาพ คุณธรรมและมีจิตสาธารณะ ให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงและปลอดภัย และธำรงรักษาไว้ซึ่งศิลปวัฒนธรรมอันดีงามของชาติ และภูมิปัญญาท้องถิ่น”³

ปัจจุบัน วชิรเวชสารถูกจัดอยู่ในกลุ่มวารสารวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เป็นที่ยอมรับระดับชาติ (approved national journals) ของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) และ เป็นวารสารที่ สกอ. แนะนำให้ใช้เพื่อลงตีพิมพ์วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทและตีพิมพ์เผยแพร่วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกสำหรับมหาวิทยาลัยที่ได้เน้นการวิจัยรวมถึงผลงานของนักวิชาการด้วย โดยจัดให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI (TCI-1) การปรับเปลี่ยนชื่อของวารสารยังมีจุดมุ่งหมายที่จะยกระดับเข้าสู่ระดับนานาชาติ โดยแสดงให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายและขอบเขตที่ชัดเจนของเนื้อหา

สิ่งที่เปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ชัด ไม่เพียงแต่ชื่อของวารสาร แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาให้เป็นไปตามพันธกิจของคณะฯ โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพเกี่ยวกับเวชศาสตร์เขตเมือง ทั้งวิทยาศาสตร์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก ซึ่งรวมถึง ระบาดวิทยา สมุนไพรวิทยา พยาธิกำเนิด การวินิจฉัย และการดูแลรักษาโรค อันเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง

เวชศาสตร์เขตเมือง

เวชศาสตร์เขตเมืองเป็นศาสตร์สาขาใหม่ในด้านการแพทย์และสุขภาพสำหรับประเทศไทย แม้จะเคยมีผู้ให้คำนิยามของเวชศาสตร์เขตเมืองมาก่อน⁴⁵ แต่เป็นการเรียบเรียงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ โดยไม่เคยมีการจัดทำประชาพิจารณ์อย่างเป็นทางการจนกระทั่ง เมื่อต้นปี พ.ศ. 2559 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลได้มีการประชุมเพื่อกำหนดนิยามของเวชศาสตร์เขตเมืองไว้ว่า “เวชศาสตร์เขตเมืองเป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการจัดการปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะและมีความโดดเด่นที่เกิดขึ้นในเมือง ควบคู่ไปกับสภาพทางสังคม ในบริบทเฉพาะของเมือง ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากคุณลักษณะของเมือง โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาประชาชนและผู้ป่วย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ”

จึงมีความจำเป็นที่บรรณาธิการวารสารจะต้องให้คำนิยามเฉพาะรวมทั้งขอบข่ายของเวชศาสตร์เขตเมือง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้นิพนธ์พิจารณาให้ความสนใจในการเผยแพร่หรือตีพิมพ์ต้นฉบับ รวมทั้งปรับปรุงเนื้อหาของบทความให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกับเป้าหมายของวารสารต่อไปดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพ โรคหรือภาวะที่เป็นปัญหาเฉพาะ ควรพยายามเน้นให้เห็นความสำคัญของปัญหานั้น ๆ ในบริบทของเขตเมือง โดยอาจเน้นเรื่องความชุกหรืออุบัติการณ์ที่สูงในชุมชนเมืองอย่างมีนัยสำคัญ หรืออาจเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบเห็นได้ชัดต่อสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง (significant health impact)

ตัวอย่างเช่น โรคไข้เลือดออก ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีความเสี่ยงสำคัญในบริบทของเขตเมือง ได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร ปริมาณฝน รวมทั้งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย⁶ มากกว่าที่จะเกี่ยวข้องกับสภาพภูมิอากาศเขตร้อนเท่านั้น (tropical medicine)

นอกจากนี้ โรคบางชนิด แม้จะมีความชุกหรืออุบัติการณ์ต่ำในชุมชนเมือง แต่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง เช่น โรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งแม้จะมีอุบัติการณ์ที่ต่ำมาก จนไม่พบเป็นเวลาหลายปี แต่เนื่องจากการเกิดโรคจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก รวมทั้งเกิดการแพร่ระบาดได้ เนื่องจากมีสุนัขจรจัดในเมืองจำนวนมาก เป็นต้น

ผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์ (globalization) และการปรับเปลี่ยนลักษณะให้เป็นรูปแบบชาวตะวันตก (westernization) ส่งผลให้กรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁷ เกิดการย้ายถิ่นทั้งจากภายในและต่างประเทศ เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น ความแออัด ความยากจน สิ่งเสพติด อาชญากรรม ความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน นำไปสู่ผลกระทบเชิงลบอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนเมือง รวมทั้งเกิดเป็นกลุ่มโรคใหม่ซึ่งเริ่มรู้จักกันในชื่อของ “โรคคนเมือง” หรือ “โรคเขตเมือง” ส่งผลกระทบรุนแรงมากยิ่งขึ้นต่อประชากรชาวกรุงในศตวรรษที่ 21 โดยอาจแบ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ออกดังนี้

1.1 กลุ่มโรคติดต่อ แบ่งเป็นโรคระบาดพบได้บ่อยในสภาวะแวดล้อมของเมืองใหญ่และกลุ่มโรคอุบัติใหม่ (emerging infectious disease) โดยพบการแพร่ระบาดของโรคเก่า เช่น โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วง ไข้เลือดออก เอชไอวี และโรคอุบัติใหม่ เช่น การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 ในปี 2552⁸ ส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ โรคติดต่อไวรัสเมอร์ส โรคมือเท้าปาก รวมทั้งการอุบัติของปัญหาการดื้อยาได้⁹ จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การอพยพย้ายถิ่นทั้งภายในประเทศ ต่างประเทศ และประเทศเพื่อนบ้าน (เช่น โรคเท้าช้าง ซึ่งพบว่า คนงานพม่าที่อพยพเข้ามาแถบชายแดนมีพยาธิธนาโรคเท้าช้างอยู่ถึงกว่าร้อยละ 3¹⁰) ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากร หากไม่สามารถควบคุมติดตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในคนเมืองได้อย่างกว้างขวาง และส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครในระยะยาว

1.2 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ การขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักต่อโรคคนเมือง ร่วมกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของคนเมือง เช่น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพต่ำ ขาดการออกกำลังกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ และบริบทสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ความแออัด

สถานที่ทำงานไม่ถูกสุขลักษณะ สวนสาธารณะและพื้นที่สีเขียวไม่เพียงพอ และขาดการบริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ส่งผลให้โรคเอ็นซีดีเหล่านี้มีความชุกสูงที่สุดในประชากรชาวกรุงเทพมหานครเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นของประเทศไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิต โรคเมเริง และโรคในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

1.3 ภัยพิบัติ โดยเน้นภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ส่งผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ภัยพิบัติแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภัยพิบัติที่มนุษย์สร้างขึ้น

ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ตัวอย่างเช่น มหาอุทกภัยในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2526, 2438 และ 2554 เป็นต้น ภัยธรรมชาติอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น อัคคีภัย ภัยแล้งหรือทุพภิกขภัย (droughts) พายุฝนฟ้าคะนองและฟ้าผ่า ที่พบได้น้อยสำหรับกรุงเทพมหานคร ได้แก่ แผ่นดินไหว คลื่นใต้น้ำ (tsunami)¹¹ การระเบิดของภูเขาไฟ พายุหมุน เป็นต้น

ภัยพิบัติที่มีสาเหตุมาจากมนุษย์ เช่น อุบัติเหตุต่าง ๆ เกิดขึ้นโดยมนุษย์ หรือมีมนุษย์เป็นต้นเหตุ ซึ่งอาจเกิดจากความมั่งกายน้อย ขาดความรับผิดชอบ เช่น คำนวณและมลภาวะพิษจากโรงงาน การทิ้งขยะและสิ่งปฏิกูลลงในแหล่งน้ำ ไฟป่าจากการเก็บหาของป่า

ในยุคปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลให้ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมากขึ้นตามไปด้วย เช่น กรณีการระเบิดของเครื่องปฏิกรณ์พลังงานนิวเคลียร์ แม้จะยังไม่พบในกรุงเทพฯ แต่มีรายงานผู้ได้รับบาดเจ็บจากชิ้นส่วนของเครื่องปฏิกรณ์พลังงานนิวเคลียร์ ที่ถูกทำลายอย่างไม่ถูกวิธีหลายรายงาน

นอกจากนี้ การกระทำของมนุษย์ยังส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้นและพบได้บ่อยขึ้นอีกด้วย เช่น เอลนีโญ ซึ่งมาจากภาษาสเปน คือ El Niño เกิดการเปลี่ยนแปลงในอุณหภูมิผิวน้ำทะเลและมหาสมุทรสูงขึ้น¹² ก่อให้เกิดภัยพิบัติแล้งร้าย เช่น อุทกภัย ภัยแล้ง ไฟไหม้ป่า หรือการรบกวนสภาพอากาศในหลายภูมิภาค โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่อยู่ในบริเวณอ่าวไทย ซึ่งเป็นน่านน้ำที่อยู่ในทะเลจีนใต้ มหาสมุทรแปซิฟิก ได้รับผลกระทบตามไปด้วย

2. สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ควรเน้นศึกษาหรือรายงานถึงปัจจัยเสี่ยงหรือเหตุอันเกิดจากบริบทเฉพาะของสังคมเมือง เช่น ความแออัด ความแออัด ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรค ภาวะ หรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ องค์ประกอบทางสังคมเมืองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก

2.1 ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยซึ่งเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของประชากรในสังคมเมือง เช่น การเพิ่มขึ้นของคนวัยชรา กลุ่มอายุที่สูงมากขึ้น การเป็นจุดศูนย์รวมของประชากรเชื้อชาติ สัญชาติ ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการอพยพย้ายถิ่นฐานเพื่อมาทำงาน หรือมาท่องเที่ยวในระยะยาว น้ำหนักและรูปร่างของบุคคล พบโรคอ้วนลงพุง โรคและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องได้มากขึ้น ระดับการศึกษาซึ่งพบผู้ที่มีการ

ศึกษาสูงขึ้น เช่น ปริมาณตรีหรือสูงกว่า แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถพบประชากรกลุ่มด้อยโอกาสซึ่งมีโอกาสในการศึกษาต่ำกว่าได้เช่นกันเดียวกัน ความหลากหลาย (diversity) นี้พบได้ทั้งในมุมมองของการศึกษาและรายได้ของประชากร

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยทางด้านจิตใจอาจเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของเมือง เช่น ปัญหาความเครียดจากการแออัดแอ่งแอ่ง ความเร่งรีบในสังคมเมือง ส่งผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อสุขภาพ¹³ ความเชื่อด้านสุขภาพของคนเมือง แม้ผู้คนในสังคมเมืองจะใช้บริการของการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น ลดความเชื่อผิด ๆ ที่เคยเชื่อกันโดยไม่ได้รับการพิสูจน์ แต่ในทางกลับกัน บุคคลในสังคมเมืองจำนวนมาก เลือกใช้บริการทางการแพทย์แผนทางเลือก เช่น แผนไทยหรือการใช้สมุนไพรร่วมด้วย รวมทั้งการรับรู้ทางสุขภาพซึ่งประชากรส่วนใหญ่ในสังคมเมืองยังปล่อยปละละเลยและไม่ตระหนักถึงประโยชน์ของสุขภาพ ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ในทางกลับกัน ประชากรส่วนหนึ่งโดยเฉพาะในชนชั้นกลางซึ่งมีการศึกษาสูง อาจพบการห่วงใยหรือเอาใจใส่สุขภาพมากเกินไปจนความพอดี

พฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยภายในของประชากรที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากสามารถสร้างเสริมสุขภาพที่ดีได้โดยการส่งเสริมพฤติกรรมบวกที่เป็นประโยชน์ และลดหรือละเว้นพฤติกรรมลบอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาหารในรูปแบบอาหารจานด่วน (fast food) หรืออาหารตะวันตก (westernization) ล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ ประกอบกับการขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายได้ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง

พฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้น บ่อยครั้งจะมีสาเหตุมาจากพื้นฐานทางสังคม ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู การศึกษา รวมทั้งสิ่งแวดล้อม เกิดปัญหาทางสังคม อาชญากรรมต่าง ๆ นำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.2 ปัจจัยภายนอก นอกเหนือจากประชากร สังคมเมืองยังประกอบไปด้วยองค์ประกอบอื่นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2 ส่วนหลัก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยเชิงระบบ

สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การอาศัยอยู่ร่วมกันของประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำ ทำให้เกิดชุมชนแออัดและลักษณะที่อยู่อาศัยซึ่งไม่ถูกสุขลักษณะ ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่น โรคติดเชื้อและเกิดการระบาดได้ สถานที่ทำงานที่เน้นผลผลิตมากเกินไป อาจปล่อยปละละเลยในปัจจัยสุขภาพ นำมาซึ่งโรคในสถานที่ทำงาน เช่น office syndrome หรือ occupational diseases ต่าง ๆ¹⁵ มลภาวะต่าง ๆ ที่พบในชุมชนเมือง ไม่ว่าจะเป็นทางอากาศ เช่น ฝุ่นควัน เหมม่า หรือทางน้ำ เช่น ภาชนะน้ำเสียในคูคลองต่าง ๆ ล้วนส่งผลกระทบต่อประชากรในเขตเมืองไม่มากนักน้อยปริมาณลดจำนวนมาก รวมทั้งภาวะการจราจรติดขัดในท้องถนนของ

เมืองขนาดใหญ่ นำมาซึ่งมลภาวะทางอากาศ มลภาวะทางเสียง

สารพิษต่าง ๆ อาจปนเปื้อนและนำมาซึ่งมลภาวะต่าง ๆ โดยสารพิษเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคลในสังคมเมือง เช่น พิษสารตะกั่ว ซึ่งแม้จะพบได้น้อยลงในอากาศเนื่องจากมาตรการควบคุมสารตะกั่วในน้ำมันเชื้อเพลิง แต่ยังสามารถพบได้ในสีซึ่งทาผนังหรือเพดานของอาคารเก่า ๆ หรือแม้กระทั่งพิษจากแคดเมียม ซึ่งอาจพบได้จากการใช้เหล็กดัดฟันที่ไม่ได้มาตรฐาน

ปัจจัยเชิงระบบซึ่งเป็นองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในบริบทเฉพาะของสังคมเมือง ได้แก่ ระบบการแพทย์และสาธารณสุข ระบบครอบครัว ระบบการศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา เป็นต้น

ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างและหลากหลาย ตั้งแต่สิทธิประกันสุขภาพพื้นฐานของประชาชน ประกันสังคม ไปจนถึงสิทธิการรักษาของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ในคนชั้นกลางขึ้นไป มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของการใช้สิทธิการประกันสุขภาพของบริษัทประกันต่าง ๆ หรือแม้แต่ชำระเงินเอง โดยใช้บริการสุขภาพของเอกชนหรือช่องทางพิเศษ (พรีเมียม) นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงกลุ่มบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพพื้นฐานโดยรัฐ เช่น กลุ่มชาวต่างด้าวที่โยกย้ายเข้ามาอยู่หรือทำงานไม่ว่าจะถูกกฎหมายหรือไม่ก็ตาม และกลุ่มนักท่องเที่ยว โดยเฉพาะในช่วงที่มีการกำเนิดของประชาคมอาเซียนในปัจจุบัน¹⁶

ทั้งนี้ การศึกษาทั้งในด้านระบาดวิทยา สมรรถภาพวิทยา พยาธิกำเนิด จึงควรมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยภายในและภายนอกอันเป็นบริบทเฉพาะดังที่ได้กล่าวมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ (modifiable) เช่น พฤติกรรมของบุคคลหรือชุมชน สิ่งแวดล้อมรอบตัวในบริบทของสังคมเมือง

3. การป้องกันและการดูแลรักษา ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในบริบทของสังคมเมือง ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

3.1 เน้นการดูแลแบบองค์รวม (holistic) โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดย 1) ทางร่างกาย เน้นความแข็งแรงสมบูรณ์ มีสมรรถนะทางกายดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ 2) ทางจิตใจ เน้นการมีสุขภาพจิตที่ดี อารมณ์ดีแจ่มใส ผ่อนคลายไม่ตึงเครียดเกินไป มีความสามารถในการรับมือกับความเครียดและปรับตัวได้ดี 3) ทางสังคม มองไปถึงกลุ่มรวมของมนุษย์ โดยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข สันติภาพ มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และ 4) ทางจิตวิญญาณ เน้นการเข้าใจธรรมชาติ เข้าใจความจริงแห่งชีวิตและสรรพสิ่ง เกิดแรงศรัทธาต่อตนเอง มีความหวังในชีวิต และเกิดความรอบรู้ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างสมบูรณ์

3.2 เน้นผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง (patient-centered) ประชาชนในเขตเมืองจะต้องมีสติปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข ดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า มีความรู้ทางสุขภาพ และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง วัยเด็ก

ในเขตเมืองจะต้องมีสติปัญญา มีทักษะทางอารมณ์และสังคมดี ประชาชนในเขตเมืองจะมีอายุยืนยาว ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ในขณะที่ผู้ป่วยในเขตเมืองจะต้องมีความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของโรคและการดูแลรักษาเบื้องต้น ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพและการบำบัดรักษาโรค

3.3 เน้นการดูแลเชิงรุก รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง คือ การส่งเสริมสุขภาพของประชากร อันหมายถึงความสมดุลของสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคมามากกว่าการรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสุขภาพ เน้นปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยสร้างคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อลดภาระของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ลดความแออัด การรอคอย การเดินทาง ลดค่าใช้จ่าย และมุ่งสู่การส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการเจ็บป่วย ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ รับผิดชอบภาวะสุขภาพส่วนตัวได้

3.4 เน้นการบริการแบบผสมผสาน (integrated care) มีการผสมผสานการดูแลรักษาหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เช่น การแพทย์แผนไทย แผนทางเลือกอื่น ๆ

3.5 เน้นความเชื่อมโยงและเครือข่าย (network) เช่น การเชื่อมโยงในแนวนอน (horizontal) หรือแนวตั้ง (vertical) ของระบบการดูแลสุขภาพในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งมีความต่อเนื่องของการดูแล (continuum of care)

3.6 เน้นการแพทย์พอเพียง ตามแนวทางของเศรษฐกิจพอเพียง อันเป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระราชดำรัสแก่ชาวไทยและกรุงเทพมหานคร นำมาประยุกต์ใช้ในการแพทย์ โดยยึดหลักทางสายกลาง แนวทางการสืบค้นและรักษา โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคุ้มค่า คุ้มค่า การนำทรัพยากรมาใช้ให้ได้ประสิทธิภาพสูงที่สุด

สรุป

ในปี พ.ศ. 2559 วชิรเวชสารจะเปลี่ยนชื่อเป็น “วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง” (Vajira Medical Journal of Urban Medicine) เพื่อให้เข้ากับวิสัยทัศน์และพันธกิจของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลและเพื่อผลักดันวารสารเข้าสู่ระดับนานาชาติ โดยมีจุดประสงค์ในการเผยแพร่ตีพิมพ์บทความอันเกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์เขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะและมีความโดดเด่นที่เกิดขึ้นในเขตเมือง ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์พฤติกรรมและสภาพแวดล้อมทางสังคม ในบริบทเฉพาะของเมือง ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากคุณลักษณะของเมือง เน้นการส่งเสริมสุขภาพที่ดี การป้องกันโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม เชิงรุก โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ เน้นการแพทย์ผสมผสาน มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง รวมทั้งตั้งอยู่บนรากฐานของความพอเพียง

เอกสารอ้างอิง

1. ภาสกร เกษมสุวรรณ. บรรณาธิการแถลง. วชิรเวชสาร. 2500; 1(2):ก-ข
2. สาธิต คุระทอง. บรรณาธิการแถลง: ก้าวสู่ปีที่ 57 วชิรเวชสาร/ วชิรเวชสาร. 2556;57(1):1-3.
3. สาธิต คุระทอง. เวชศาสตร์เขตเมืองและวชิรเวชสาร. วชิรเวชสาร. 2556;57(3): 137-8.
4. เพชร รอดอารีย์. เวชศาสตร์เขตเมือง. ใน: โอกาส ไทยพิสุทธิกุล, รจนการ สิงคาลวณิช, รณยุทธ บุญชู, วินิจ ังศ์ปริตร, สมลมาลย์ มนัสศิริวิทยา, บรรณาธิการ. 90 ปี วชิรพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2545. หน้า 21-5.
5. ไกคุณธุ์ สถาปนาวัตร, อนันต์ มโนมัยพิบูลย์. เวชศาสตร์เขตเมือง. วชิรเวชสาร 2548;49(2):109-16.
6. Toan DT, Hoat LN, Hu W, Wright P, Martens P. Risk factors associated with an outbreak of dengue fever/dengue haemorrhagic fever in Hanoi, Vietnam. Epidemiol Infect. 2015 Jun; 143(8):1594-8.
7. Charoenca N, Kungskulniti N, Mock J, Hamann S, Vathesatogkit P. How Thailand's greater convergence created sustainable funding for emerging health priorities caused by globalization. Glob Health Action. 2015 Aug 31;8:28630.
8. Trakulsrichai S, Watcharananan SP, Chantaratita W. Influenza A (H1N1) 2009 reinfection in Thailand. J Infect Public Health. 2012 Apr;5(2): 211-4.
9. Honda R, Watanabe T, Sawaitayotin V, Masago Y, Chulasak R, Tanong K, et al. Impacts of urbanization on the prevalence of antibiotic-resistant Escherichia coli in the Chaophraya River and its tributaries. Water Sci Technol. 2016;73(2):362-74.
10. Satimai W, Jiraamonnimit C, Thammapalo S, Choochote W, Luene P, Boitano JJ, et al. The impact of a national program to eliminate lymphatic filariasis in selected Myanmar immigrant communities in Bangkok and Ranong Province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2011 Sep;42(5):1054-64.
11. Isaranuwatthai W, Guerriere D, Andrews GJ, Coyte PC. Two years post-tsunami in Thailand: who still needs assistance? Int Health. 2013 Jun;5(2):106-18.
12. Anyamba A, Chretien JP, Small J, Tucker CJ, Linthicum KJ. Developing global climate anomalies suggest potential disease risks for 2006-2007. Int J Health Geogr. 2006 Dec 28;5:60.
13. Tawatsupa B, Lim LL, Kjellstrom T, Seubsman SA, Sleigh A, The Thai Cohort Study Team. The association between overall health, psychological distress, and occupational heat stress among a large national cohort of 40,913 Thai workers. Glob Health Action. 2010 May 13;3.
14. Egusa G, Watanabe H, Ohshita K, Fujikawa R, Yamane K, Okubo M, Kohno N. Influence of the extent of westernization of lifestyle on the progression of preclinical atherosclerosis in Japanese subjects. J Atheroscler Thromb. 2002;9(6):299-304.
15. Tunsaringkarn T, Siriwong W, Rungsiyothin A, Nopparatbundit S. Occupational exposure of gasoline station workers to BTEX compounds in Bangkok, Thailand. Int J Occup Environ Med. 2012 Jul;3(3):117-25.
16. Veerman R, Reid T. Barriers to health care for Burmese migrants in Phang Nga province, Thailand. J Immigr Minor Health. 2011 Oct;13 (5):970-3.