

เวชศาสตร์เขตเมือง

ไวภูณัฐ สถาปนาวัตร พบ.*

อนันต์ มโนมัยพิบูลย์ พบ.,วท.ม.**

บทคัดย่อ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ เพื่อที่จะพัฒนางานวิชาการ และงานวิจัยขององค์กรให้ก้าวหน้า โดยเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์เขตเมือง ซึ่งเวชศาสตร์เขตเมืองนั้น จัดเป็นศาสตร์ใหม่ที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในอนาคตที่พัฒนาไปสู่การเป็นสังคมเมืองมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ในปัจจุบันยังมีความคลุมเครือและลักษณะภารกิจที่ไม่ชัดเจน จึงได้ทำการศึกษาทบทวนในเรื่องที่เกี่ยวข้อง จากแหล่งข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการประชุมนำเสนอเรื่องเวชศาสตร์เขตเมืองในวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์ทางด้านเวชศาสตร์เขตเมืองของวิทยาลัยต่อไป

Abstract

Urban Medicine

Waigoon Stapanavatr MD*

Anan Manomaipiboon MD, MSc (clinical epidemiology)**

*Department of Surgery, BMA Medical College and Vajira Hospital

**CEU, BMA Medical College and Vajira Hospital

Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital had already set the vision and mission to develop the knowledge and research in urban medicine for more than 4 years. Urban medicine is a new medical science that prepared for social changing. However, the definition and specification are not clear. The knowledge and evidence in this topic was reviewed and summarized for further strategic planning.

บทนำ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นองค์กรที่กำลังพัฒนาตนเองจากการให้บริการทางการแพทย์ ไปสู่การเป็นองค์กรที่ให้การศึกษและเป็นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ การพัฒนาองค์ความรู้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะสถาบันการศึกษาจะต้องสามารถ

รวบรวมข้อมูลปัญหาต่างๆ ของสังคม และสามารถนำเสนอสังคมให้ทราบถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ วิทยาลัยได้ตั้งวิสัยทัศน์ และพันธกิจไว้ว่าจะทำการพัฒนาให้วิทยาลัยมีความเข้มแข็งทางวิชาการ งานวิจัยที่เน้นไปยังเวชศาสตร์เขตเมือง^{1,2} ซึ่งหมายความว่าบุคลากรทางการแพทย์ของวิทยาลัย และบัณฑิตแพทย์ที่จบจากวิทยาลัยฯ จะต้องมีความรู้และพร้อมที่จะให้การดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในเขตเมือง ทิศทางที่มุ่งไปสู่

* ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

** ศูนย์ส่งเสริมการวิจัยวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เวชศาสตร์เขตเมืองนี้แม้จะมีความน่าสนใจมาก เนื่องจากในปัจจุบันทางราชบัณฑิตสถานและแพทยสภา รวมไปถึงหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ยังไม่ได้มีการกำหนดนิยามและลักษณะของภารกิจในศาสตร์ดังกล่าวอย่างชัดเจน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว คณะแพทยศาสตร์บางแห่ง ได้กำหนดยุทธศาสตร์ทางด้านนี้เอาไว้โดยตรง บางแห่งก็กำหนดไว้เป็นเพียงองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการทำงานของแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตัวอย่างคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบอสตัน ซึ่งเป็นคณะแพทยศาสตร์ชั้นนำแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของคณะที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์เขตเมืองไว้ดังนี้ “The vision: to become the model for the **urban health center** of the 21st century”³

การที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ได้ตั้งพันธกิจในเรื่องของเวชศาสตร์เขตเมือง เป็นเสมือนการกำหนดแนวทางการพัฒนาให้นักศึกษาแพทย์อยู่ท่ามกลางอาจารย์แพทย์ที่พัฒนางานวิจัยด้านเวชศาสตร์เขตเมืองให้ก้าวหน้า เมื่ออาจารย์แพทย์มีการดูแลรักษาผู้ป่วยเขตเมืองอย่างมีคุณภาพมากขึ้น นักศึกษาแพทย์ซึ่งเป็นผู้เรียน ย่อมซึมซับเอาทัศนคติและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากอาจารย์แพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางใดที่เกิดความประทับใจในทางที่ดี จะชักนำให้นักศึกษาแพทย์เกิดการคล้อยตามไปได้ง่าย การพัฒนาให้อาจารย์เกิดการดูแลผู้ป่วยเวชศาสตร์เขตเมืองที่ดีเท่ากับเป็นการพัฒนาทักษะของนักศึกษาแพทย์ไปเพื่อการดูแลผู้ป่วยเขตเมือง ซึ่งอาจจะขัดกับแนวทางการพัฒนาในวงการแพทยศาสตร์ศึกษาของประเทศไทย ซึ่งพยายามจะผลิตแพทย์เพื่อดูแลสังคมชนบทให้มาก ถึงขนาดจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้นักเรียนมัธยมปลายของจังหวัดต่างๆ มาเรียนแพทย์ แล้วกลับไปใช้ทุนในถิ่นฐานเดิม จึงเป็นเรื่องที่นำให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งว่าปรัชญาที่ต้องการพัฒนาให้แพทย์มีทักษะการดูแลสังคมเมืองมากกว่าสังคมชนบท จะทำให้นักศึกษาแพทย์มีทิศทางเป็นอย่างไรเหมาะสมหรือไม่ ถ้ามีแล้ว หลักสูตรควรเป็นแบบใด โดยในตอนแรกนี้จะได้นำเสนอในขั้นตอนแรกก่อนว่า การกำหนดพันธกิจไว้ดังนี้จะก่อให้เกิดปรัชญาการผลิตแพทย์ที่เหมาะสมหรือไม่ จะทำให้สังคมเมืองเสื่อมถอยจากสังคมชนบทมากขึ้นหรือไม่

ความหมายของเวชศาสตร์เขตเมือง

คำว่าเวชศาสตร์เขตเมือง (urban medicine) ถือได้ว่าเป็นคำศัพท์ที่ใหม่มาก จนถึงปัจจุบัน (พฤษภาคม 2548) ยังไม่ได้มีการกำหนดความหมายของเวชศาสตร์เขตเมืองไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรที่จะเข้าใจในนิยามของรากศัพท์ของคำว่า “เมือง”

(urban) ก่อน เมื่อดูความหมายของคำว่า “urban” จะพบว่า มีศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้^{2,4,5}

1. Urban (adjective): occurring in or characteristic of a city or town, relating to a city; หมายถึง เกี่ยวกับเมือง เป็นลักษณะของเมือง ซึ่งอยู่ในเมือง
2. Urbanize (verb): to make urban in nature or character; หมายถึง เปลี่ยนลักษณะชนบทเป็นลักษณะเมือง ทำให้มีลักษณะเป็นเมืองใหญ่ ทำให้เป็นนคร
3. Urbanism (noun) หมายถึง ชีวิตในเมือง วิถีชีวิตในเมืองใหญ่ การทำให้มีลักษณะนคร
4. Urbanite (noun): a city dweller; หมายถึง คนเมือง ชาวนคร
5. Urbanization (noun): making or becoming urban in character or appearance; หมายถึง การเปลี่ยนแปลงจากความเป็นชนบทมาเป็นเมืองใหญ่
6. Urbanologist (noun) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับปัญหาเมืองใหญ่
7. Urbanology (noun): the branch of knowledge that deals with urban areas or urban life; หมายถึง สาขาวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับเขตเมืองและการดำรงชีวิตในเมือง

สำหรับความหมายของคำว่า Medicine (noun): the scientific study of diagnosis, treatment or preventing of illness and injury ราชบัณฑิตฯ ได้ให้ความหมายว่าแพทยศาสตร์ เวชศาสตร์ ยา สารที่ใช้เป็นยา และการบำบัดโรคด้วยยา⁶ เพราะฉะนั้นเมื่อดูจากความหมายของทั้งสองคำที่มาประกอบกันแล้ว “Urban medicine” หรือ เวชศาสตร์เขตเมือง ควรจะมีความหมายโดยรวม ว่าเป็นการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะในเขตเมือง หรือชุมชนเมือง ซึ่งคงต้องมีการกำหนดรายละเอียดลงไปให้มากกว่านี้ เพราะคำว่าเขตเมือง หรือชุมชนเมือง แต่ละแห่งมีความหมาย และสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน

นิยามและความหมายของคำว่า “เมือง”

ในส่วน of คำว่า เมือง มีนิยามที่กว้างและหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่แล้วจะเน้นที่ ความหนาแน่นของประชากร และลักษณะทางสังคม เป็นหลัก สำหรับในประเทศไทยได้มีการกล่าวถึงเขตชุมชนเมือง ในเรื่องของกรปกครองส่วนท้องถิ่นมาตั้งแต่ 70 ปีที่แล้ว⁶ โดยในปี พ.ศ. 2476 ได้มีการตราพระราชบัญญัติระเบียบราชการบริหารแห่งราชอาณาจักรไทย และกำหนดให้เทศบาลเป็นองค์กรบริหารรูปหนึ่งของราชการบริหารส่วนท้องถิ่นในเขตชุมชนเมือง และมีการตรา พระราชบัญญัติ

จัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกกว่าด้วยการจัดระเบียบบริหารปกครองตนเองของเทศบาล ต่อมาในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดตั้งท้องถิ่นได้ขึ้นเป็นเทศบาลไว้ 3 ประการ ได้แก่

1. จำนวนของประชากรในท้องถิ่นนั้น
2. ความเจริญทางเศรษฐกิจของท้องถิ่น โดยพิจารณาจากการจัดเก็บรายได้ตามที่กฎหมายกำหนด และงบประมาณรายจ่ายในการดำเนินการกิจการของท้องถิ่น

3. ความสำคัญทางการเมืองของท้องถิ่น โดยพิจารณาถึงศักยภาพของท้องถิ่นนั้นว่าจะ สามารถพัฒนาความเจริญได้รวดเร็วมากน้อยเพียงใด

จากกฎหมายการปกครองส่วนท้องถิ่นของประเทศไทย ทำให้ทราบว่าเขตเมือง เป็นเรื่องที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์มาเป็นระยะเวลานานแล้ว ถ้าพื้นที่ใดมีเทศบาลจะบ่งบอกว่าพื้นที่

ดังกล่าวจัดเป็นเขตชุมชนเมือง สำหรับในต่างประเทศมีการกำหนดนิยามของเขตเมือง หรือเขตชนบท ที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ยังไม่มีนิยามที่เป็นมาตรฐานสากล แต่ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญหนาแน่นของประชากร หรือการใช้ประโยชน์ของที่ดิน (ผังเมือง) เป็นหลักในการแบ่ง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะกำหนดไว้ว่าต้องมีประชากรไม่ต่ำกว่า 1,000 คนต่อตารางไมล์⁷ หรือเท่ากับ 1,000 คน/2.56 ตร.กม. หรือ 390 คน/ตร.กม. นั้นเอง ซึ่งจากข้อมูลของกรุงเทพมหานคร⁸ พบว่า ทุกเขตในกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรหนาแน่นมากกว่าเกณฑ์ของคำว่าเมืองโดยที่เขตหนองจอกมีความหนาแน่นของประชากรต่ำสุดมีความหนาแน่น 434 คนต่อตร.กม. นอกจากนี้ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ตารางกิโลเมตรในกรุงเทพมหานคร ยังมากกว่าความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ของประเทศไทยโดยรวมถึง 35 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 1 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร พื้นที่ ความหนาแน่น จำแนกตามเขต ในเขตกรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2546)⁸

ลำดับที่	สำนักงานเขต	ประชากร			พื้นที่ -ตร.กม.-	ความหนาแน่น -คน/ตร.กม.-
		รวม	ชาย	หญิง		
1	พระนคร	78,351	38,646	39,705	5.536	14,153
2	ดุสิต	151,511	82,514	68,997	10.665	14,206
3	หนองจอก	102,564	50,526	52,038	236.261	434
4	บางรัก	60,775	29,665	31,110	5.536	10,978
5	บางเขน	175,190	85,202	89,988	42.123	4,159
6	บางกะปิ	147,434	68,311	79,123	28.523	5,169
7	ปทุมวัน	98,532	48,589	49,943	8.369	11,773
8	ป้อมปราบฯ	73,240	36,605	36,635	1.931	37,929
9	พระโขนง	100,878	47,525	53,353	13.986	7,213
10	มีนบุรี	109,241	52,403	56,838	63.645	1,716
11	ลาดกระบัง	126,792	61,064	65,728	123.859	1,024
12	ยานนาวา	92,649	44,910	47,739	16.662	5,560
13	สัมพันธวงศ์	36,127	18,273	17,854	1.416	25,513
14	พญาไท	90,492	46,086	44,406	9.595	9,431
15	ธนบุรี	177,938	87,259	90,679	8.551	20,809
16	บางกอกใหญ่	86,134	41,886	44,248	6.180	13,938
17	ห้วยขวาง	79,871	37,804	42,067	15.033	5,313
18	คลองสาน	108,426	52,853	55,573	6.051	17,919
19	คลองเตย	103,020	49,304	53,716	29.479	3,495
20	บางกอกน้อย	155,251	76,510	78,741	11.944	12,998
21	บางขุนเทียน	118,611	57,289	61,322	120.687	983
22	ภาษีเจริญ	140,254	67,347	72,907	17.834	7,864
23	หนองแขม	119,380	56,618	62,762	35.825	3,332
24	ราษฎร์บูรณะ	97,690	47,698	49,992	15.782	6,190
25	บางพลัด	117,561	55,914	61,647	11.360	10,349

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร พื้นที่ ความหนาแน่น จำแนกตามเขต ในเขตกรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2546)⁸ (ต่อ)

ลำดับที่	สำนักงานเขต	ประชากร			พื้นที่ -ตร.กม.-	ความหนาแน่น -คน/ตร.กม.-
		รวม	ชาย	หญิง		
26	ดินแดง	157,896	75,313	82,583	8.354	18,901
27	บึงกุ่ม	141,017	65,966	75,051	24.311	5,801
28	สาทร	107,136	52,148	54,988	9.326	11,488
29	บางซื่อ	159,217	76,661	82,556	11.545	13,791
30	จตุจักร	171,868	82,720	89,148	32.908	5,223
31	บางคอแหลม	114,638	55,908	58,730	10.921	10,497
32	ประเวศ	130,383	62,595	67,788	52.490	2,484
33	คลองเตย	134,802	65,600	69,202	12.994	10,374
34	สวนหลวง	115,086	54,251	60,835	23.678	4,860
35	จอมทอง	172,815	83,912	88,903	26.265	6,580
36	ดอนเมือง	154,832	77,060	77,772	36.803	4,207
37	ราชเทวี	102,663	50,269	52,394	7.126	14,407
38	ลาดพร้าว	114,067	52,886	61,181	21.557	5,291
39	วัฒนา	82,098	39,122	42,976	12.565	6,534
40	บางแค	180,136	85,514	94,622	44.456	4,052
41	หลักสี่	120,760	59,583	61,177	22.841	5,287
42	สายไหม	155,252	74,410	80,842	44.615	3,480
43	คันนายาว	81,048	38,314	42,734	25.980	3,120
44	สะพานสูง	77,482	36,068	41,414	28.124	2,755
45	วังทองหลาง	109,942	51,183	58,759	19.865	5,534
46	คลองสามวา	109,156	52,518	56,638	110.686	986
47	บางนา	102,125	49,001	53,124	18.789	5,435
48	ทวีวัฒนา	58,004	27,449	30,555	50.219	1,155
49	ทุ่งครุ	97,164	46,138	51,026	30.741	3,161
50	บางบอน	84,660	41,019	43,641	34.745	2,437
รวม		5,782,159	2,796,409	2,985,750	1,568.737	3,686

สำหรับนิยามในทางสังคมวิทยา จะมีการแบ่งชุมชนออกเป็น 2 แบบ ได้แก่ ชุมชนชนบท (rural) และเมือง (urban) โดยราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายของคำว่า ชนบทและเมืองไว้ดังนี้⁴

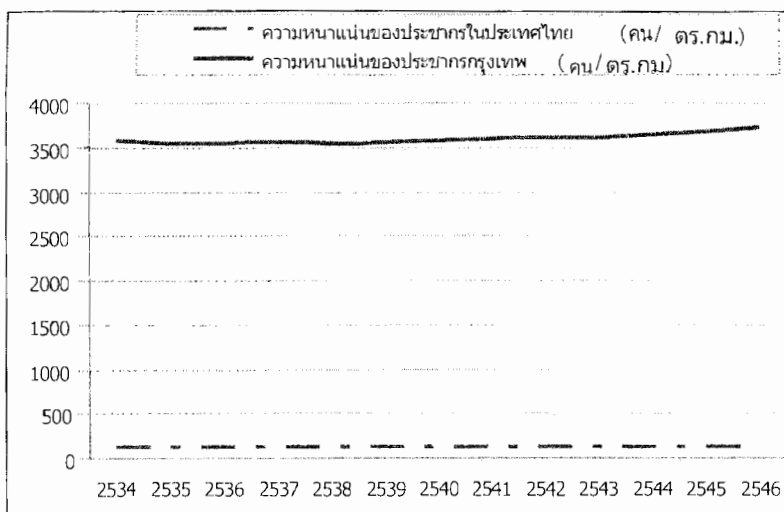
1. ชนบทหมายถึงส่วนที่อยู่นอกเขตเมืองหรือเขตเทศบาล มีประชากรที่เลี้ยงชีพด้วยการเกษตรกรรมเป็นสำคัญ มีระเบียบสังคมที่สอดคล้องกับลักษณะชุมชนแบบหมู่บ้าน ตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มก้อน หรือกระจัดกระจายตามลักษณะภูมิประเทศหรือตามประเพณีนิยม

2. เมือง เป็นชุมชนแบบหนึ่ง เช่น ในสหรัฐอเมริกา ชุมชนเมือง ก่อน พ.ศ. 2453 หมายถึงเขตที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 8,000 คนขึ้นไป แต่หลังจากปี พ.ศ. 2453 หมายถึงเขตที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 2,500 คนขึ้นไป ส่วนในประเทศไทย

กำหนดให้เขตเทศบาล ที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป เป็นเขตเมือง

ความเป็นมาของเมืองและปรากฏการณ์ “มหานคร”

ถ้าย้อนกลับไปดูประวัติศาสตร์ของมนุษย์ทั้งโลกแล้ว เราจะพบว่าเมืองแบบนครหรือมหานครเป็นประสมการณ์ใหม่ของมนุษย์ เพิ่งแพร่หลายมาในช่วงประมาณ 200 กว่าปีมานี้เอง ตลอดเวลาหลายพัน หรือหลายหมื่นปีที่มนุษย์เราอยู่ในโลกนี้ ไม่ได้อาศัยอยู่ในเมืองหรือในนครมาก่อน นครหรือเมืองขนาดใหญ่ที่รู้จักกันทุกวันนี้ เป็นผลผลิตของลัทธิอุตสาหกรรมนิยม หลังจากเกิดการปฏิวัติอุตสาหกรรมแล้ว ถึงได้เกิดนครหรือเมืองขนาดใหญ่อย่างนี้ขึ้นมา ในโลกสมัยโบราณมีเมืองบางเมืองที่มีประชากรถึงล้าน



แผนภูมิที่ 1 แสดงความหนาแน่นของประชากรของประเทศไทยเทียบกับความหนาแน่นของประชากรของกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2546⁸

คนมาก่อนเหมือนกัน แต่ว่าลักษณะเมืองแบบนั้นเป็นเมืองที่เป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรม ศูนย์กลางทางการค้าหรือศูนย์กลางของจักรวรรดิ ซึ่งมีอยู่น้อยมาก เมื่อศึกษาจำนวนประชากรของโลกในช่วง 200 ปีผ่านมามีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนของประชากรในเขตเมืองต่อประชากรโลกในปี ค.ศ. 1800 เพิ่มจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 9 ใน ค.ศ. 1900 และเพิ่มเป็นร้อยละ 50 ใน ค.ศ. 2000 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2005 สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 65 และจะเพิ่มสูงขึ้นมากขึ้นเรื่อย ๆ⁹ หมายความว่าประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของโลกจะมีวิถีชีวิตของเขตเมือง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจกับการเปลี่ยนแปลงนี้ เพราะปัญหาของสังคม, เศรษฐกิจหรือแต่สุขภาพล้วนแต่มีความใกล้ชิดกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากชนบทไปเป็นสังคมเมือง เมื่อวิเคราะห์จากประเด็นเหล่านี้ทำให้ปรัชญาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร มีความเหมาะสมอย่างยิ่งกับอนาคต

ในด้านการกระจายตัวของประชากรปรากฏว่า ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา เราจะพบว่าปรากฏการณ์เมืองหรือปรากฏการณ์นครขนาดใหญ่ขยายตัวจากโลกตะวันตกไปทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชีย ในโลกตะวันออกเราจะพบว่าการเติบโตของเมืองหรือนครขนาดใหญ่เกิดแพร่หลายทั่วไปหมด นครที่ประชากรอยู่สืบล้านคนสมัยก่อนมีอยู่เพียงไม่กี่แห่งในโลกนี้ ปัจจุบันนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในหลายต่อหลายประเทศด้วยกันในเอเชีย ซึ่งทำให้ความเป็นประเทศชนบทลดน้อยลงไปประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มที่ประชากรในเขตชนบท จะลดน้อยลงอย่างรวดเร็ว และเมืองต่างๆ จะกลายเป็น

เมืองอภิมหานคร (mega city) มากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าเมืองอภิมหานครที่มีประชากรมากกว่า 10 ล้านคนเพิ่มขึ้น 35 เมืองในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วจะมีเพิ่มขึ้นเพียง 8 เมือง⁹

จริงๆ แล้วมนุษย์เรายังคงมีความรู้ในการจัดการชีวิตตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เรียกว่าเมืองได้ไม่ยอียดดีเท่าไรนัก เพราะฉะนั้นจึงต้องเผชิญปัญหาหลายอย่างที่จัดการได้ลำบาก เช่น การจราจรติดขัด ซึ่งปัญหานี้ไม่ใช่เกิดขึ้นเฉพาะในประเทศไทยอย่างเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชียหรือในเขตที่กำลังเป็นนครอย่างรวดเร็วก็มีปัญหาเรื่องการจราจรติดขัดเช่นกัน การมีชีวิตอยู่ในนครหรือในเมืองมีปัญหาที่แก้ได้ยาก หรือไม่รู้จักแก้ อย่างไรอยู่ก็มากมายทีเดียว การบริโภคอย่างมากมายของคนที่อยู่ในเมือง การที่เขาออกมาแออัดอยู่ในเมืองในพื้นที่ที่มีขนาดเล็กนั้นก็ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม มีมลพิษต่างๆ มากมาย ปัญหายุขยก็เป็นปัญหาเหมือนการจราจรติดขัด ในเขตชนบทนั้น ส่วนใหญ่ทั้งหมดของขยะจะถูกปล่อยให้มันย่อยสลายตัวไปตามธรรมชาติ ซึ่งไม่ก่อเกิดปัญหา เพราะประชากรไม่มาก มีพื้นที่กว้างขวาง อีกทั้งประเภทของขยะที่เกิดขึ้นในเขตในชนบทก็มักจะเป็นประเภทที่ย่อยสลายตัวได้ง่าย แต่ว่าในเขตเมือง ทุกวันนี้ กรุงเทพมหานครสามารถเก็บขยะได้ประมาณ 4 ใน 5 ส่วน ของขยะที่มีอยู่ทั้งหมดในกรุงเทพ ที่เหลืออีก 1 ใน 5 ส่วน นั้นเป็นขยะที่ถูกทิ้งให้สลายตัวไปตามธรรมชาติ แต่ว่าไม่เหมือนกับในชนบทเพราะว่ามีความแออัดมาก เพราะฉะนั้นขยะ 1 ใน 5 ส่วน ของกรุงเทพมหานครเลยก่อให้เกิดกลิ่น เกิดโรค เกิดความสกปรกกรุงรังมากมาย ซึ่งเป็นปัญหาเหมือนในเมืองใหญ่ทั่วโลก

ตารางที่ 2 แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมืองในทวีปต่างๆ⁹

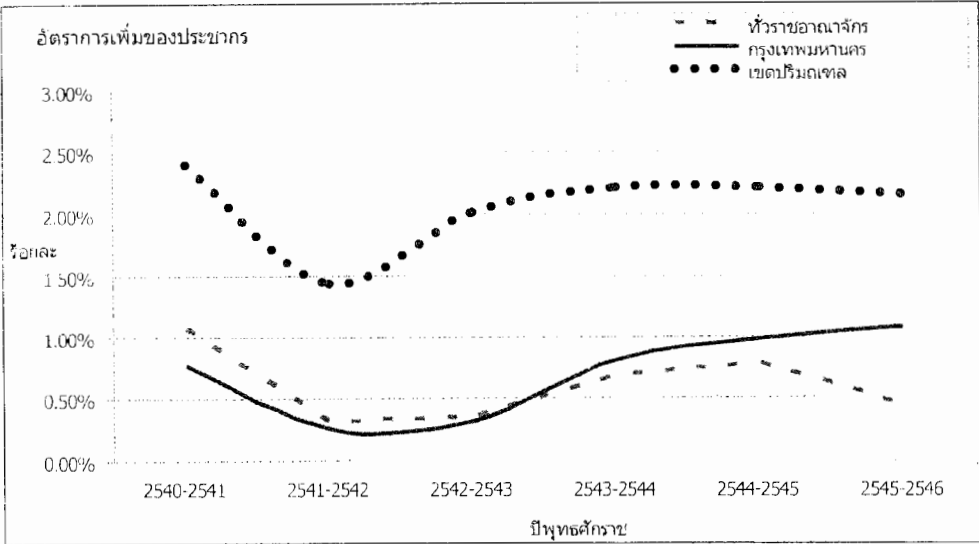
Region	1950		1975		2000		2025	
	Total population	% urban population	Total population	% urban population	Total population	% urban population	Total population	% urban population
Africa	218.8	13.2	401.1	24.4	813.1	37.7	1495.8	54.0
Asia	1367.7	16.0	2255.4	26.4	3636.3	38.1	4960	54.3
Europe	319.9	54.8	473.1	67.1	539.8	78.7	718.2	82.9
Latin America	163.9	40.9	324.0	60.4	463.7	74.8	709.8	84.2
North America	166.0	64.6	326.8	76.5	296.1	86.4	369.6	85.6
Oceania	12.6	64.5	21.3	71.6	32.7	78.2	41.0	81.1
Former USSR	180.0	39.4	255.0	60.5	315.0	76.3	308.1	73.5
World	2501.2	28.6	3967	39.3	6253.1	49.6	8294.3	64.1

ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในกรุงเทพมหานคร และเมืองปริมณฑลรอบข้าง ทำให้ความหนาแน่นของประชากรทั้งหมดในบริเวณกรุงเทพมหานครและปริมณฑลนี้สูงมาก โดยสามารถพิจารณาได้จากการเพิ่มของประชากรโดยรอบของพื้นที่เมืองปริมณฑล ซึ่งขณะนี้มียอดการเพิ่มมากกว่ากรุงเทพมหานครถึงสองเท่า ในขณะที่กรุงเทพมหานครเองก็ยังคงเพิ่มมากอยู่ เมื่อเทียบกับประเทศไทยโดยรวม¹⁰ (แผนภูมิที่ 2) การเพิ่มขึ้นของประชากรเป็นปัญหาที่สำคัญของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพราะจะนำไปสู่

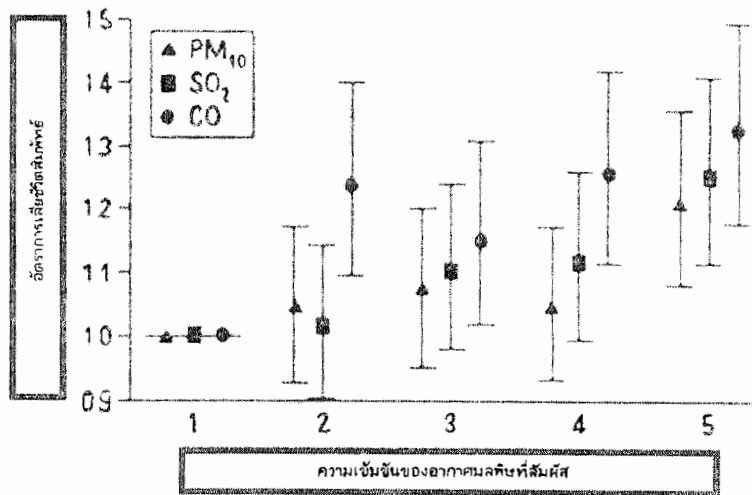
การใช้ทรัพยากรต่างๆ เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะ น้ำ และอากาศมากขึ้น รถติดเพิ่มขึ้น ทำให้ปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาเฉพาะของกรุงเทพมหานครที่นำมาสู่โรคภัยไข้เจ็บ

ปัญหาสุขภาพในเขตเมือง

แม้ว่าประชาชนในเขตเมืองจะอาศัยอยู่ใกล้สถานพยาบาลมากกว่าเขตชนบท นอกจากนี้ยังมีจำนวนสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลในปริมาณที่มากกว่า รวมไปถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์



แผนภูมิที่ 2 แสดงอัตราการเพิ่มของประชากรในช่วง พ.ศ. 2540-2546 เปรียบเทียบระหว่าง ประเทศไทย, เขตปริมณฑลและกรุงเทพมหานคร (แหล่งข้อมูล: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)¹⁰



แผนภูมิที่ 3 แสดงความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากโรคทางเดินหายใจเมื่อสัมผัสกับอากาศพิษในเขตเมือง¹⁴

แพทย์ที่เจริญมากกว่า แต่อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ของประชาชนเขตเมืองก็ยังสูงกว่าชนบทมาก ไม่เว้นแม้แต่ในเด็กที่อาจเข้าใจว่าเด็กที่เกิดอยู่ในเขตเมืองน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเด็กในชนบท เพราะมีทั้งสื่อบริการและกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้บริการอยู่มากกว่าชนบทมาก ในปี ค.ศ. 1988 ในสหรัฐอเมริกาได้มีรายงานถึงอัตราการเสียชีวิตของทารกในเมืองใหญ่ของสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตของทารกทั่วประเทศพบว่าการเสียชีวิตของทารกในเมืองใหญ่เท่ากับ 12.2 ต่อ 1,000 คน ในขณะที่ทั้งประเทศเท่ากับ 9.8 ต่อ 1,000 คน แม้ว่าน้ำหนักแรกคลอดของเด็กในเมืองจะมากกว่าเด็กในชนบทอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ประชาชนในเขตเมืองของสหรัฐอเมริกายังคงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับประชาชนเขตชนบท ทั้งที่ประชาชนเขตเมืองมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและเบาหวานสูงกว่าอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในเมืองมีหลายปัจจัยที่ทำให้ประชากรในเขตเมืองมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าประชากรในชนบท มลภาวะทางอากาศถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของเมือง ฝุ่นละอองในอากาศที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้จะมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโมเลกุลเล็กกว่า 10 ไมครอน ซึ่งพบมากจากกระบวนการเผาไหม้¹¹ รายงานหลายชิ้นได้บ่งชี้ถึงการตรวจพบฝุ่นที่มีขนาดเล็กนี้และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของเด็กในเขตเมือง ซึ่งอาจเสียชีวิตเพราะปอดบวม^{12,13} จากการศึกษาในเมืองเซาท์เปาโล ประเทศบราซิลพบความสัมพันธ์ของการเสียชีวิตด้วยโรคทางเดินหายใจและความเข้มข้นของอากาศพิษหลายชนิด คือ คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide, CO) และซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (sulfur dioxide, SO₂)¹⁴ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

สรุป

เวชศาสตร์เขตเมืองแม้จะเป็นคำศัพท์ที่ใหม่มาก ยังไม่มีความรู้ในด้านนี้ที่ชัดเจนในปัจจุบัน แต่จากลักษณะของสังคมเมืองหรือประชากรที่อาศัยในเขตเมือง ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ประชากรของกรุงเทพมหานคร หรือในจังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ กำลังเกิดปัญหาสังคมและสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะ แตกต่างไปจากประชากรทั่วๆ ไปของประเทศไทย การสร้างองค์ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์เขตเมือง เพื่อแก้ไขปัญหาในอนาคตจึงมีความจำเป็นต่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรกรุงเทพมหานคร เนื่องจากข้อมูลจากประเทศพัฒนาต่างๆ ทั่วโลกได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ลักษณะของเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรมาก แม้จะมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้า ก็ไม่สามารถทำให้สุขภาพโดยรวมของประชากรที่อาศัยในเขตเมืองดีขึ้นกว่าของประชากรโดยรวมของทั้งประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. คู่มือการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: พี.เอ.อี.พี.วิ้ง; 2544. หน้า 11-5.
2. เพชร รอดอริย์. เวชศาสตร์เขตเมือง. ใน: โอกาส ไทยพิสุทธกุล, รณกร สิงคาลวณิช, รณยุทธ บุญชู, วินิจ พงศ์ปริตร, สุนธมาลย์ มนัสศิริวิทยา, บรรณาธิการ. 90 ปีวชิรพยาบาล. กรุงเทพฯ; 2545. หน้า 21-5.

3. Boston University School of Medicine. School of Medicine Bulletin 2003/2005; (14 screens). Available at: URL: <http://www.bu.edu/bulletins/MED/item02.html>. Accessed March 18, 2005.
4. ศัพท์บัญญัติอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (รูปแบบซีดีรอม). รุ่น 1.1. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2545
5. Cambridge advance learner's dictionary (computer program). version 1.1 Cambridge university press; 2003
6. นันทวัฒน์ปรมานันท์.การปกครองส่วนท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน; 2545. หน้า 1-25.
7. The center for rural Pennsylvania. Rural is...a new definition; (10 screens). Available at: URL: <http://www.ruralpa.org/news0303.html>. Accessed March 19, 2005.
8. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากร พื้นที่ ความหนาแน่น จำนวนบ้าน จำแนกตามแขวง ในเขตกรุงเทพมหานคร. Available at: URL: [http://203.155.220.217/pipd/07Stat\(Th\)/Stat\(Th\)46/01Admin/01Admin_T/03_pop_dis.htm](http://203.155.220.217/pipd/07Stat(Th)/Stat(Th)46/01Admin/01Admin_T/03_pop_dis.htm). Accessed March 20, 2005.
9. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects: the 1999 revision. New York: United Nations; 2001. p.13-35.
10. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. เปรียบเทียบจำนวนประชากร ความหนาแน่น อัตราการเพิ่มของประชากร ระหว่างประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2534-2546. Available at: URL: [http://203.155.220.217/pipd/07Stat\(Th\)/Stat\(Th\)46/01Admin/01Admin_T/07_density.htm](http://203.155.220.217/pipd/07Stat(Th)/Stat(Th)46/01Admin/01Admin_T/07_density.htm). Accessed March 20, 2005.
11. Anderson HR, Leon AP, Bland JM, Bower JS, Strchan DP. Air pollution and daily mortality in London: 1987-92. BMJ 1996; 312: 665-9.
12. Bobak M., Leon DA. Air pollution and infant mortality in the Czech Republic, 1986-88. Lancet 1992; 340: 1010-14.
13. Woodruff TJ, Grillo J. Schoendorf KC. The relationship between selected causes of postneonatal infant mortality and particulate air pollution in the United States. Environ Health Perspect 1997; 105: 608-12.
14. Conceio GMS, Miraglia SGEK, Kishi HS, Saldiva PHN, Siger JM. Air pollution and child mortality: A time-series study in So Paulo, Brazil. Environ Health Perspect 2001; 109 (suppl3): 347-50.