

การแพทย์แผนไทย ย้อนยุคหรือทันสมัย

Thai Traditional Medicine out-of-date or up-to date

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์*

Dr. Vichai Chokevivat

บทนำ

ปัจจุบันการแพทย์แผนไทยกลับมามีความนิยมอีก หลังจากถูกกีดกันออกไปจากระบบการเรียนการสอนและการบริการสาธารณสุขของทางการเป็นเวลานานกว่าครึ่งศตวรรษ ด้วยเหตุผลสำคัญคือ “ไม่เป็นวิทยาศาสตร์” โลกปัจจุบันวิทยาศาสตร์เจริญก้าวหน้ากว่าในอดีตมากมาย และแนวโน้มมีแต่จะพัฒนาก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป จึงน่าสนใจที่จะพยายามหาคำตอบว่าเหตุใดการแพทย์แผนไทยจึงกลับได้รับการยอมรับอีก และการยอมรับดังกล่าวเป็นเรื่องย้อนยุคหรือทันสมัยกันแน่

(1) วิวัฒนาการของอารยธรรมโลก

ยุคสมัยของอารยธรรมโลกอาจแบ่งได้แตกต่างกัน ศาสตราจารย์กิริติ บุญเจือ ราชบัณฑิตในสาขาปรัชญาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับวิวัฒนาการของอารยธรรมโลกไว้อย่างน่าสนใจในหนังสือ “ปรัชญาหลังนวยุค แนวคิดเพื่อการศึกษาแนวใหม่” โดยแบ่งอารยธรรมของโลกตามกระบวนทัศน์ (Paradigm) ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็น 5 ยุคได้แก่

1. กระบวนทัศน์ดึกดำบรรพ์ (primitive paradigm)
2. กระบวนทัศน์โบราณ (ancient paradigm)
3. กระบวนทัศน์ยุคกลาง (medieval paradigm)
4. กระบวนทัศน์สมัยใหม่ (modern paradigm)
5. กระบวนทัศน์ปัจจุบัน (contemporary paradigm)

เนื้อหาต่อไปนี้ส่วนใหญ่คัดและเก็บความมาจากหนังสือ “ปรัชญาหลังนวยุค แนวคิดเพื่อการศึกษาแผนใหม่” ของศาสตราจารย์กิริติ บุญเจือ ผู้สนใจรายละเอียดเพิ่มเติมควรศึกษาจากหนังสือดังกล่าวโดยตรง⁽¹⁾

*อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สาระสำคัญโดยสังเขปของแต่ละกระบวนทัศน์ สรุปได้ดังนี้

กระบวนทัศน์ดึกดำบรรพ์ เริ่มตั้งแต่มนุษย์ถือกำเนิดขึ้นในโลกเมื่อประมาณ 3 ล้านปีก่อน จนถึงเมื่อประมาณ 3000 ปีมาแล้ว มนุษย์ในยุคนั้นไม่เชื่อว่าโลกมีกฎเกณฑ์ในตัวของมันเอง เชื่อว่า ภัยธรรมชาติต่างๆเกิดจากฤทธิ์อำนาจลึกลับ ชีวิตมนุษย์ในยุคนั้นโดยเฉพาะช่วงแรกๆแตกต่างจากสัตว์ไม่มากนัก

กระบวนทัศน์โบราณ เริ่มเชื่อในเทพเจ้าและเชื่อว่าโลกหรือจักรวาลมีกฎเกณฑ์ในตัวเอง เท่าที่มีหลักฐานที่นับว่าเก่าแก่ที่สุดก็คือผู้นิพนธ์คัมภีร์ไบเบิลหน้าแรก ซึ่งสันนิษฐานกันว่าสั่งสอนกันมา ในหมู่ชาวฮีบรูก่อนโมเสสนานแสนนานและถ่ายทอดต่อกันมา เพิ่งจะจารึกเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อประมาณ 3000 ปีมาแล้ว คัมภีร์ไบเบิลกล่าวว่าพระเจ้าทรงจัดระเบียบบางกฎเกณฑ์ให้กับโลก ทรงเปลี่ยนสภาพของโลกจากกลีภพ (chaos) มาเป็นโลกที่มีกฎเกณฑ์ (cosmos) และเดินตามกฎเกณฑ์ต่อมา ในหมู่ชาวกรีกมีหลักฐานว่า เถลีส (Thales ก่อน ค.ศ.640-545) เป็นคนแรกๆที่คิดว่าโลกมีกฎเกณฑ์ในตัวของมันเอง

กระบวนทัศน์ของปรัชญาแบบโบราณก็คือเชื่อว่าโลกมีกฎเกณฑ์และมนุษย์เราควรรู้กฎเกณฑ์เพื่อแสวงหาความสุขในโลกนี้ผู้มีปรัชญาแบบนี้จะทุ่มเททรัพยากรเพื่อรักษาความสุขในโลกนี้ ดังปรากฏว่าชาวกรีกและชาวโรมันพากันสร้างวังใหญ่โต โรงละครใหญ่โต สนามกีฬาใหญ่โต สถานอาบน้ำร้อนใหญ่โต แต่สร้างวิหารถวายเทพเพียงเล็กๆเท่าที่จำเป็น หากจะสร้างวิหารใหญ่โตบ้างก็เพื่อชื่อเสียงและความเจริญตาเจริญใจในโลกนี้ ยิ่งกว่าจะสร้างเพื่อความสุขในโลกหน้า

กระบวนทัศน์ยุคกลาง เป็นยุคของศาสนา ซึ่งในยุโรปเกิดเมื่อประมาณ 2000 ปีมาแล้ว คือในราวต้นคริสต์กาล แต่ในทางตะวันออกเช่น ในชมพูทวีปและในจีนเกิดขึ้นก่อนประมาณ 500 ปี คือในราวต้นพุทธกาล กระบวนทัศน์ยุคกลางยึดเอาความสุขในโลกหน้าเป็นหลักเพราะเห็นความเป็นอนิจจังของโลกนี้ “แม้จะได้ครอบครองทั้งโลกเป็นกรรมสิทธิ์” (มัทธิว 16:26) ก็ไม่อาจบรรลุความสุขที่แท้ เพราะความสุขในโลกนี้ไม่สมบูรณ์และไม่ถาวร ความสุขแท้และถาวรมีอยู่ในโลกหน้าเท่านั้น จึงมีผู้สละโลกไปบำเพ็ญพรตกันมาก ศาสนสถานอันใหญ่โตมหึมาเกิดขึ้น เช่น มหาวิหาร (cathedral) ต่างๆในยุโรป พุทธคยาในอินเดีย และบุโรพุทโธในอินโดนีเซีย เป็นต้น

กระบวนทัศน์สมัยใหม่ เป็นยุคที่วิทยาศาสตร์เริ่มพัฒนาและเจริญขึ้น ตั้งแต่ประมาณ ค.ศ. 1500 เป็นต้นมา โดยบุคคลสำคัญในยุคฟื้นฟูวิทยาการ (Renaissance) ได้แก่ ฟรานซิส เบคอน (Francis Bacon 1561-1626) เจ้าของคติ “ความรู้คือพลัง” (Knowledge is power) เรเน เดส์การ์ตส์ (Rene Descartes 1596-1650) เจ้าของวาที “ฉันคิด เพราะฉะนั้นฉันเป็นอยู่” (Cogito ergo sum: I think, therefore I am.) จอห์น ล็อก (John Locke 1632-1704) และอิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant 1724-1804) จนกระทั่งถึงยุคของกาลิเลโอ นิวตัน และไอน์สไตน์

กระบวนทัศน์สมัยใหม่เชื่อว่าโลกมีกฎเกณฑ์ และยึดวิทยาศาสตร์เป็นหลักการและวิธีการในการค้นพบกฎเกณฑ์ของโลกด้วยความหวังว่าวิทยาศาสตร์จะแก้ปัญหาทุกอย่างของมนุษย์ได้ โดยอาจจะรักษาโรคได้ทุกชนิด อาจจะสามารถจัดความตายและชะราภาพ มนุษย์ทุกคนสามารถที่

จะเป็นหนุ่มสาวได้ตลอดกาลโดยไม่ต้องกลัวความเจ็บป่วย ชรา และมรณะ นอกจากนั้น วิทยาศาสตร์ยังสามารถวางระเบียบให้สังคมมนุษย์ได้ ให้มีการแบ่งปันปันส่วนความสุขกันอย่าง ยุติธรรม แต่ละคนได้ส่วนแบ่งตามความจำเป็นโดยทำงานแต่น้อยที่สุด และใช้เวลาที่เหลือส่วน ใหญ่ของชีวิตหาความบันเทิงอย่างไร้ความกลัวและความกังวลใดๆทั้งสิ้น โลกนี้น่าจะเป็นสวรรค์ได้ โดยไม่ต้องรอหรือหวังพึ่งโลกหน้า

แต่โลกหาได้เป็นเช่นนั้นไม่ ในทางศาสนา มีบางคนใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ วิพากษ์วิจารณ์ศาสนาว่างมายไร้สาระทำให้เสียเวลาพัฒนาวิทยาศาสตร์ ก่อให้เกิดการโต้แย้งจาก ฝ่ายศาสนาที่มุ่งใช้เหตุผลพิสูจน์ว่าคำสอนของศาสนาทุกข้อมีเหตุผล ผลก็คือเกิดการแตกแยกกัน อย่างกว้างขวางในหมู่ผู้นับถือศาสนาต่างกัน หรือแม้แต่ผู้นับถือศาสนาเดียวกันแต่ต่างนิกายหรือต่าง ลำนักกัน ในการเมืองระหว่างประเทศ แทนที่จะมีการแบ่งสรรทรัพยากรกันอย่างเหมาะสมกลับเกิด สงครามโลกถึง 2 ครั้ง ครั้งแรกคนตายไป 10-20 ล้านคน ครั้งที่สองตายไป 60-100 ล้านคน มีคน บาดเจ็บและพิการอีกพอๆกัน ผู้ตกทุกข์ได้ยากและสูญเสียทรัพย์สินมีมากมายเหลือคณนา ทั้งนี้ ด้วยอาวุธที่มีแต่จะร้ายแรงมากขึ้นจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ แม้สงครามสงบแล้วโลกก็ยัง คงถูกคุกคามจากการสะสมอาวุธจำนวนมากมายมหาศาล ที่สามารถทำลายล้างโลกทั้งโลกลงได้ หลายครั้ง ในด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ วิทยาศาสตร์ที่มุ่งเอาชนะธรรมชาติทำให้มี การนำทรัพยากรมาใช้อย่างไม่บันยะบันยังและสิ่งแวดล้อมโลกถูกทำลายจนหลายส่วนอยู่ในขั้นวิกฤต ในทางสังคมความเชื่อว่าวิทยาศาสตร์เป็นวิธีการหรือหนทางเดียวในการตอบปัญหาทุกอย่างทำให้ ความเชื่อและวิธีการอื่นๆ ถูกปิดกั้นหรือกีดกันออกไป เกิดปัญหาและความขัดแย้งขึ้นมากมาย ใน ที่สุดโลกก็พัฒนาเข้าสู่กระบวนทัศน์ปัจจุบัน จากนวยุค (Modern Era) เข้าสู่ยุคหลังนวยุค (Postmodern Era)

กระบวนทัศน์ปัจจุบัน เริ่มก่อตัวเมื่อ อิมมานูเอล คานท์ ได้เตือนไว้ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19 แล้วว่า “อย่าหลงใหลวิทยาศาสตร์ เพราะวิทยาศาสตร์มิได้ให้ความจริง ให้เพียงสิ่งที่ เป็นประโยชน์ เราต้องใช้วิทยาศาสตร์เพื่อรับใช้มนุษย์ในขอบข่ายของศีลธรรมและศาสนา” อย่างไรก็ตามข้อ ของแนวคิดดังกล่าวยังไม่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่สอง

ศาสตราจารย์ชาลส์ เจนคส์ (Charles Jancks) ได้ศึกษาและเชื่อว่าผู้ที่ใช้คำ “หลังนวยุค” (Postmodern) เป็นคนแรกเป็นนักวิจารณ์วรรณคดีชาวสเปน ชื่อเฟรเดริโก เด โอนิส (Federico de Onis) ในหนังสือที่พิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1934 ศาสตราจารย์ชาลส์ เจนคส์ ซึ่งเป็น ผู้เชี่ยวชาญเรื่องสถาปัตยกรรมหลังนวยุคถือเอาวันที่ 15 กรกฎาคม ค.ศ. 1972 (พ.ศ.2515) เป็น ฤกษ์กำเนิดของลัทธิหลังนวยุคนิยม (Postmodernism) โดย ณ เวลา 15.32 น. ของวันดังกล่าว อาคารคอนโดมิเนียมหลังใหญ่ของโครงการอาคารสงเคราะห์พรตต์ไอโกล (Prutt Iglo Housing Project) ที่เมืองเซนต์หลุยส์ มลรัฐมิสซูรี สหรัฐอเมริกา ได้ถูกเจ้าหน้าที่ของรัฐถล่มราบลงด้วยดิน ระเบิดไดนาไมท์ เพื่อสร้างขึ้นใหม่ด้วยวัสดุประสงค์เดิม อาคารที่ถูกถล่มลงนั้นยังใหม่เอี่ยม ยังไม่ มีใครเข้าอยู่อาศัย เป็นอาคารแข็งแรงทันสมัย ใช้ประโยชน์ได้ดี แต่เพราะอาคารหลังนี้สร้างด้วย

แบบแปลนที่เดินตามแนวคิดนวยุคมากเกินไป นั่นคือ เดินตามหลักวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์ที่ประหยัดสูงสุด และให้ประโยชน์ใช้สอยดีเยี่ยม รูปทรงเรขาคณิตแม่นยำตรงอย่างไม่มีที่ติ แต่เพราะเหตุดังกล่าวนี้เองทำให้ประชาชนในละแวกนั้นทนดูแบบแปลนอันน่าเบื่อหน่ายนี้ไม่ไหว บุกเข้าไปทำลายครั้งแล้วครั้งเล่า เจ้าหน้าที่ต้องทำการซ่อมแซมอยู่หลายครั้ง ที่สุดเจ้าหน้าที่ก็ทนชาวบ้านไม่ไหวเช่นกัน จึงลงมติดึงลอมลงเสียแล้วสร้างใหม่ด้วยสถาปัตยกรรมหลังนวยุค

กระบวนทัศน์ปัจจุบันยอมรับความหลากหลาย (Diversity) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน คือสันติภาพของโลก การอยู่ร่วมกันอย่างเอื้ออาทรต่อกัน บนพื้นฐานแห่งการเคารพศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

แนวคิดหลังนวยุคยอมรับความคิดที่แตกต่าง ปรัชญาสังคมหลังนวยุคจึงเป็นแบบพหุนิยม (Pluralism) ในสังคมที่ดีหลังนวยุค ทุกคนพึงมีโอกาสดำเนินตามที่ตนอยากจะดำเนิน สามารถปรับปรุงความดีของตนเองได้และมีความหวังที่จะได้เท่าด้วยความพยายามของตนสู่สิ่งที่ตนใฝ่ฝันได้ โดยจะต้องควบคู่ไปกับโอกาสที่จะได้เรียนรู้ประวัติศาสตร์ของตนตามความเป็นจริง มิใช่ในบทสรุปที่สังคม ยัดเยียดให้ แนวคิดหลังนวยุคนี้มีอิทธิพลทั้งต่อแนวคิด วิถีชีวิต การเมือง การปกครอง การพัฒนา การแพทย์ วัฒนธรรม และศิลปะทุกแขนงทั่วโลก

ภาพยนตร์ชุดหนึ่งที่สะท้อนกระบวนทัศน์นวยุค และกระบวนทัศน์หลังนวยุคได้อย่างดีคือภาพยนตร์ชุด**ตะลุยจักรวาล (Star trek)** ซึ่งสมมุติว่าวิธีการวิทยาศาสตร์ได้ทำให้ความรู้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก้าวหน้าถึงขั้นสามารถสร้างยานอวกาศ Enterprise (ภารกิจ) เพื่อออกปฏิบัติภารกิจท่องเอกภพสำรวจดวงดาวภายใต้การนำของกัปตันเคิร์ก (Captain Kirk) เพื่อพิสูจน์ว่านวยุคภาพเป็นกฎสากลทั่วเอกภพ กัปตันเคิร์กเป็นผู้เชื่อในนวยุคภาพ เพราะฉะนั้นประสบการณ์ต่างๆ จากการตะลุยจักรวาลครั้งนี้ ตามที่ปรากฏในชุดภาพยนตร์ที่เผยแพร่มาตามลำดับล้วนแต่พิสูจน์ว่านวยุคภาพถูกต้องทั้งสิ้น นักสำรวจชุดนี้กลับมาสู่โลกพร้อมกับความสำเร็จทุกประการตามที่ตั้งเป้าไว้ “ตะลุยจักรวาล” ภาคหนึ่งจบลงด้วยดี

ต่อมาผู้กำกับภาพยนตร์ดังกล่าวสังเกตเห็นว่าแนวคิดของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนไปแล้วอย่างรวดเร็ว กระบวนทัศน์ของมนุษยชาติกำลังเปลี่ยนแปลงไป นวยุคกำลังเปลี่ยนเป็นหลังนวยุค จึงคิดได้ว่ายานเอนเตอร์ไพรส์ควรออกโรงปฏิบัติภารกิจอีกครั้งหนึ่ง ผู้กำกับคนเดิมจึงสร้างภาพยนตร์ชุดใหม่ โดยให้ยานอวกาศลำเดิมออกตะลุยจักรวาลอีกครั้งหนึ่ง โดยนักสำรวจรุ่นใหม่ภายใต้การนำของกัปตันพิคาร์ด (Jean-Luc Picard) ผู้มีความเชื่อในหลังนวยุคภาพของกระบวนทัศน์ที่ 5 ทุกตอนมีคำแถลงนำว่า “...ออกปฏิบัติภารกิจใหม่ เพื่อสำรวจโลกแปลกๆใหม่ๆ เพื่อแสวงหาชีวิตใหม่ และอารยธรรมใหม่ ต้องมีความกล้าหาญพอที่จะเสี่ยงไปในที่ๆไม่เคยมีใครไปถึงมาก่อนเลย” ซึ่งก็หมายถึงหลังนวยุคภาพนั่นเอง

ภาพยนตร์โทรทัศน์ชุดหลังได้ชื่อว่า “ตะลุยจักรวาลโดยชนรุ่นใหม่” (Star trek : The Next Generation) ปรากฏว่าประสบความสำเร็จอย่างงาม ได้รับการต้อนรับอย่างดีเพราะถูกใจคนรุ่นใหม่

ความสำเร็จของภาพยนตร์เรื่องนี้แสดงให้เห็นชัดเจนถึงการเปลี่ยนโฉมกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ในช่วงชีวิตของคนคนหนึ่ง

พระเอกของเรื่องตอนแรกชื่อ ส্পัก (Spock) ซึ่งกัปตันเคิร์กได้มาจากต่างดาว เป็นผู้รอบรู้ วิทยาศาสตร์ดีเยี่ยมสามารถแก้ปัญหาทางเทคนิคได้ทุกอย่าง เป็นตัวอย่างของผู้เข้าถึงนัยุคภาพอย่างสมบูรณ์ กัปตันเคิร์กพอใจในความรู้ความสามารถของเขาและทุกคนก็พอใจด้วย ส่วนพระเอกของเรื่องภาคหลังชื่อเดเทอ (Data) ซึ่งแปลว่าข้อมูลเป็นหุ่นยนต์ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความสามารถทางเทคโนโลยีแบบเดียวกับส্পัก ในแง่นี้จึงเป็นตัวอย่างของผู้เข้าถึงนัยุคภาพอย่างสมบูรณ์แบบ เช่นเดียวกัน แต่เดเทอไม่พอใจกับสภาพของตนเอง เพราะขาดลักษณะที่มีค่ายิ่งของความเป็นมนุษย์ คืออารมณ์ เสรีภาพในการเลือกและสิทธิตัดสินใจตามอำเภอใจ แม้สมรรถภาพเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ขาดตกบกพร่อง ก็เป็นมนุษย์ดีกว่าเป็นหุ่นยนต์ที่ทรงพลัง แต่ทำได้เฉพาะตามโปรแกรมที่ตั้งไว้

ส্পักจึงเป็นตัวแทนของกระบวนทัศน์ที่ 4 หรือนัยุคภาพ ส่วนเดเทอเป็นตัวแทนของกระบวนทัศน์ที่ 5 หรือหลังนัยุคภาพ

ในทางการแพทย์ การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการแพทย์ในแนวทางนัยุคที่ยึดวิทยาศาสตร์เป็นหลัก ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างน่าทึ่ง ทำให้มนุษย์สามารถเอาชนะโรคภัยได้มากมาย โรคระบาดร้ายแรงบางโรค เช่น ไข้ทรพิษถูกขจัดกวาดล้างหมดไปแล้ว โปลิโอกำลังจะถูกขจัดกวาดล้างไปเป็นโรคที่สอง สุขภาพพลานามัยของมนุษย์ในโลกโดยทั่วไปดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ในทางตรงกันข้าม ก็ยังมีโรคภัยอีกจำนวนมากที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังเอาชนะไม่ได้หรือผลการรักษายังไม่ได้ผลดี ที่สำคัญคือ การแพทย์แผนปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบทุนนิยมทำให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างคนมั่งมีจำนวนน้อยและคนยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในโลก คนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือได้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาการในวงการแพทย์ตามที่ควรเพราะปรการกีดกันของเงินตรา นอกจากนั้นการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีแนวโน้มที่จะมีความเป็นวิชาชีพนิยม (Professionalism) มากขึ้นๆ ในขณะที่ประชาชนต้องการเป็นผู้มีสิทธิในการเลือกมากขึ้นด้วย จึงมีความพยายามเพิ่มขึ้นในอันที่จะหลีกเลี่ยงจากระบบการแพทย์ที่บุคลากรในวิชาชีพยังมีอำนาจเหนือคนไข้ โลกที่คลี่คลายจากนัยุคเข้าสู่โลกหลังนัยุคจึงทำให้ประชาชนหันไปใช้ประโยชน์จากการแพทย์ทางเลือกต่างๆ ที่หลากหลาย โดยกระแสดังกล่าวเกิดขึ้นทั่วโลก

การแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในทางการแพทย์ทางเลือก จึงกลับได้รับการยอมรับอีกครั้งหนึ่งตามกระแสโลกที่พัฒนาจากนัยุคเข้าสู่โลกหลังนัยุค การยอมรับการแพทย์แผนไทยในปัจจุบันจึงมิใช่การย้อนยุคแต่เป็นการทันยุคโดยแท้

(2) สองกระแสธารของการแพทย์องค์รวม

เช่นเดียวกับทัศนะของราชบัณฑิตทางสาขาศาสนาในการแพทย์ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเวศ วะสี ได้แบ่งวิวัฒนาการแห่งการคิดของมนุษย์ออกเป็น 5 ยุค คล้ายคลึงกัน ดังนี้

“ยุคที่ 1 แบบสัญชาตญาณ เมื่อมนุษย์ออกมาจากความเป็นสัตว์ใหม่ๆ จากหลักฐานที่พบในทวีปแอฟริกา ซึ่งเชื่อว่าเป็นสถานที่กำเนิดเริ่มแรกของมนุษย์ ภาษาที่นั่นจึงมีความหลากหลายสูงมาก

ยุคที่ 2 แบบไสยศาสตร์ เป็นยุคที่มีพื้นฐานความคิดว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์สามารถดลบันดาลทุกอย่างให้มนุษย์ได้ จึงเกิดเป็นพิธีกรรม การบูชาัญญ เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งต่างๆ ในช่วงวัยเด็กของมนุษย์ก็ผ่านการคิดแบบนี้เช่นกัน

ยุคที่ 3 แบบวัฒนธรรม เป็นยุคที่เริ่มคิดในเชิงเหตุผล มีการอยู่ร่วมกันของกลุ่มชนในสิ่งแวดล้อมหนึ่งๆ มีหลายมิติของความคิด มีเรื่องของความเชื่อ คุณค่า เหตุผล ภูมิปัญญา ศาสนา ใหญ่ๆ เช่น พุทธ คริสต์ อิสลาม ก็เกิดขึ้นในช่วงนี้ จากยุคก่อนที่เป็นการสวดอ้อนวอนขอ ยุคนี้นับว่าต้องลงมือกระทำจึงจะได้ สะท้อนให้เห็นในหลักของศาสนาใหญ่ๆ ที่สอนให้ต้องทำความดีถึงจะได้สิ่งที่ดี ในยุคนี้ความรู้ต่างๆ ยังไม่แยกตัว ศาสนา วิทยาศาสตร์ ศิลปะ ยังรวมกันอยู่

ยุคที่ 4 แบบวิทยาศาสตร์ เป็นยุคที่พัฒนาความคิดในเชิงเหตุผลมากขึ้น เกิดความคมชัดทางความคิด สร้างเป็นความรู้ต่างๆ อย่างรวดเร็วและมากมาย ทำให้โลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในยุคนี้ แต่ความคมก็มีทั้งประโยชน์และโทษ เปรียบกับคนที่มีความคมรอบตัวแต่ประโยชน์น้อย ต้องมีส่วนที่ท้อบ้าง เช่นเดียวกับมิดที่มีส่วนที่อยู่ออยู่จึงสามารถจับและนำไปใช้ประโยชน์ได้

ยุควิทยาศาสตร์นี้มีประโยชน์หลายอย่างที่ปฏิเสธได้ยาก ก่อให้เกิดความเจริญเป็นอย่างมาก ทว่าสิ่งหนึ่งที่นำมาด้วยคือการแยกส่วนของความรู้ในเรื่องของศาสนา ศิลปะ และวิทยาศาสตร์ พร้อมกับการเกิดแนวคิดแบบประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค การคิดแบบแยกส่วน ทำให้โลกกลายเป็นวัตถุนิยมโดยคำนิยามของวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่เน้นความแม่นยำ ความชัดเจน และความสามารถในการวัดซ้ำได้เหมือนเดิม ซึ่งนั่นก็คือเรื่องของวัตถุ วิทยาศาสตร์จึงไปเกี่ยวข้องกับวัตถุ ในขณะที่ธรรมชาติมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม มีมิติที่วัดไม่ได้ เช่น ความดี คุณค่า แนวคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่เน้นแต่ความแม่นยำจึงทำให้โลกใบนี้เอียง เป็นวัตถุนิยมไป กระบวนทัศน์สุขภาพที่เป็นอยู่ในขณะนี้ก็เป็นกระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์หรือกระบวนทัศน์แบบวัตถุนิยม

ยุคที่ 5 แบบบูรณาการ วิวัฒนาการของการคิดทั้งหมดนี้เป็นธรรมชาติที่ทำให้เกิดเป็นยุคสมัยต่างๆ ในขณะนี้มีความชัดเจนว่าจะเข้าสู่ยุคที่ 5 ซึ่งเป็นยุคที่ไม่ได้ปฏิเสธเรื่องของวัตถุ แต่รวมทั้งหมด

สำหรับกระบวนทัศน์สุขภาพที่กำลังจะเปลี่ยนจากแนวความคิดแบบวิทยาศาสตร์มาเป็นแบบบูรณาการจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เพราะกระบวนทัศน์ที่ยังไม่ลงตัวสามารถใช้ประโยชน์ได้ในบางช่วงหรือบางเรื่อง แต่ในที่สุดจะเข้าสู่ความตึบตันเอง เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยปีละกว่า 3 แสนล้านบาทนั้น (80% ประชาชนเป็นผู้จ่าย อีก 20% รัฐเป็นผู้จ่าย) มีแนวโน้มเพิ่มสูง

ขึ้นเรื่อยๆ ประมาณ 10% ต่อปี แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาลดลงได้ คนยังคงเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอีกเป็นจำนวนมาก ยังได้รับการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง เกิดภาระมากขึ้นกับทุกฝ่าย เป็นต้น”(2)

ยุคปัจจุบัน เป็นยุคบูรณาการ และเป็นยุคหลังนวยุค (Postmodern Era) จึงเป็นยุคที่มีการผสมผสานส่วนดีของทุกสิ่งทุกอย่างทั้งในอดีต ปัจจุบัน และที่จะพัฒนาต่อไปในอนาคตมาเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติโดยรวม วิทยาศาสตร์นั้นมีคุณอนันต์ แต่ก็อาจมีโทษมหันต์ จึงควรที่จะนำมาใช้ประโยชน์โดยพยายามควบคุมอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่ปฏิเสธส่วนดีของศาสตร์แขนงอื่นๆ เหตุผลสำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากความคิดแบบแยกส่วนนั้น แม้จะทำให้ประโยชน์ให้แก่มนุษย์ได้มากมาย แต่ก็ไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของมนุษย์ได้ เพราะโดยธรรมชาติแล้วมนุษย์มีสภาพเป็นองค์รวมทั้งในแง่ปัจเจกบุคคลแต่ละคน และในแง่ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ในทางการแพทย์ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และองค์กรต่างๆ ในปัจจุบันจึงให้การยอมรับมิใช่แต่การแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น แต่ได้พยายามแสวงหาการแพทย์ทางเลือกต่างๆ รวมทั้งหันกลับไปหาการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนโบราณของประเทศและท้องถิ่นต่างๆ ทั่วโลก

จุดหักเหสำคัญที่ทำให้ประชาคมโลกหันมาให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนโบราณ (Traditional Medicine) หรือการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม (Indigenous หรือ Folk Medicine) ก็คือการที่องค์การอนามัยโลกได้มีมติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 30 เมื่อ ปี พ.ศ. 2520 ตั้งเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543 (Health for All by the Year 2000) มติดังกล่าวทำให้ข้อโต้แย้งที่มีมายาวนานระหว่างการมุ่งให้บริการทางการแพทย์ที่ดัดเลิกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงยุติลงโดยองค์การอนามัยโลกมีมติเป็นเอกฉันท์ว่า “ประชาชนทุกคนควรมีสิทธิในการได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยสิทธิดังกล่าวครอบคลุมถึงความปลอดภัยของมารดาและทารก เด็กควรจะได้รับสิทธิในการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ แข็งแรงเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี มีการป้องกันทั้งบุคคลและชุมชนจากภัยอันตรายที่แวดล้อม และมีการจัดหาบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้เจ็บป่วย”(3)

ถ้าใช้แต่การแพทย์แผนปัจจุบัน ก็สามารถจัดบริการให้แก่ผู้คนได้เพียงส่วนน้อย เพราะการแพทย์แผนปัจจุบันจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และบุคลากรที่ใช้เวลาในการศึกษาอบรมยาวนาน ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ในโลกไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการแพทย์แผนปัจจุบันให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงได้ ปัญหาดังกล่าวมีการอภิปรายอย่างจริงจังในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2513 แล้วว่า “การแพทย์แผนโบราณควรมีส่วนสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของชุมชนได้อีกทางหนึ่งด้วย”

องค์การอนามัยโลกไม่เพียงเป็นผู้สนับสนุนนโยบายเพื่อส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิมเท่านั้น แต่ได้มีโครงการเพื่อผลักดันงานด้านนี้เป็นการเฉพาะด้วย โครงการดังกล่าวดำเนินการทั้งในด้านการส่งเสริมและกำหนดแนวทางการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณ มีการจัดประชุมสัมมนา และการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนการรวบรวมองค์ความรู้และข้อมูลสมุนไพรของประเทศต่างๆ

โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนทุกวันนี้

ประเทศไทยเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกและได้ร่วมลงนามอย่างเป็นทางการในปฏิญญาที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อ 2543 ด้วย และหนึ่งในแนวทางที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ก็คือ การยอมรับและใช้ประโยชน์จากการแพทย์แผนโบราณของไทย

ช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน มีหนังสือสำคัญเล่มหนึ่งปรากฏในบรรณพิภพ เมื่อปี พ.ศ. 2525 คือ The Turning Point ของ ฟริตซ์ จ็อบ คาปรัว ส.คิวัรักษ์ กล่าวถึงผู้เขียนหนังสือเล่มนี้ว่า “เขาเป็นนักวิทยาศาสตร์ซึ่งเรียนรู้วิถีคิดและวิทยาการแห่งตะวันตกอย่างลึกซึ้ง และสามารถขยายความตื่นลึกหนามบางของวิชาในแขนงต่างๆ ให้คนวงนอกรับรู้ได้อย่างกว้างขวาง พร้อมทั้งเห็นจุดเด่นจุดด้อยจากแง่ของคนวงใน ควบคู่กันไปนั้น เขาก็เห็นคุณค่าของระบบวัฒนธรรมและคุณธรรมของตะวันออก สำหรับ (หนังสือ) เล่มนี้ คาปรัวช่วยให้เราเข้าใจแนวคิดของฝรั่งทั้งหมดอย่างเป็นระบบ และดูจะวิพากษ์วิจารณ์อย่างยุติธรรม โดยชี้ให้เห็นว่า แนวคิดที่ถือว่าเป็นวิทยาศาสตร์นี้มาถึงจุดอดตันอย่างไร”

คาปรัวคือผู้เป็นต้นคิดของคติ “คิดกว้างไกล แต่ทำเพื่อท้องถิ่น” ซึ่งหมายถึง คิดอย่างกว้างไกล แต่ทำอย่างเอื้ออาทรต่อชุมชนในพื้นที่ (Think globally but act locally) ในหนังสือเล่มดังกล่าว นอกจากวิเคราะห์วิจารณ์วิทยาศาสตร์อย่างถึงแก่นแล้ว มีบทหนึ่งเต็มๆ ที่วิพากษ์วิจารณ์การแพทย์แผนปัจจุบันอย่างลึกซึ้ง ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงข้อจำกัดของการแพทย์ตะวันตกและมีอีกหนึ่งบทที่นำเสนอเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม

หนังสือของฟริตซ์ จ็อบ คาปรัว เล่มนี้ กลุ่มผู้นำทางความคิดในประเทศไทย ได้แปลออกสู่พากษ์ภาษาไทยโดยตั้งชื่อว่า “จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ” และชี้แจงว่า “ทัศนะแม่บทเพื่อการปฏิบัติวัฒนธรรมแบบใหม่” หนังสือนี้ในพากษ์ภาษาไทย ตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อต้นปี พ.ศ. 2529 ซึ่งเป็นช่วงเวลาราว 3 ปี เท่านั้น นับแต่ฉบับภาษาอังกฤษได้พิมพ์ออกจำหน่าย⁽⁴⁾ และยังสามารถจัดเสวนาเพื่อศึกษาวิเคราะห์ความคิดที่หนังสือเล่มนี้นำเสนออย่างจริงจัง ทำให้แนวความคิดที่มองวิทยาศาสตร์อย่างวิพากษ์ และการยอมรับเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม ได้รับการเผยแพร่สู่สังคมไทยในสายของผู้นำทางความคิดอิสระคู่ขนานกันมาพร้อมกับสายธารทางความคิดที่ไหลผ่านอย่างเป็นทางการมาจากองค์การอนามัยโลก

(3) การร่วรงรอยของการแพทย์แผนไทย

หัวข้อเรื่องตอนนี้ผู้เขียนเลือกใช้คำว่า “การร่วรงรอย” ของการแพทย์แผนไทย ไม่ใช่คำว่า “การลุ่มจ่ม” หรือ “การลุ่มสลาย” เพราะการแพทย์แผนไทยไม่เคยลุ่มจ่มหรือลุ่มสลายไปจากสังคมไทย เพียงแต่ร่วรงรอยลงไปในช่วงเวลาหนึ่งซึ่งค่อนข้างยาวนาน

อันที่จริงเมื่อการแพทย์แผนตะวันตกเริ่มแพร่เข้ามาในประเทศไทยในสมัยรัชกาลที่ 3 นั้น การแพทย์ตะวันตกเองก็ยังไม่เจริญมากนัก และเผยแพร่อยู่ในวงแคบเท่านั้น แม้หมอมิชชันนารีหลายคนจะเริ่มนำเทคโนโลยีใหม่ๆ ทางทางการแพทย์เข้ามาในประเทศไทยแล้ว เช่น การผ่าตัดตัดแขนพระภิกษุที่ถูกกระเบิดจากไฟพะเนียงจนหายดี และการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษของ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ การผ่าตัดโดยใช้อิเล็คเตอร์เป็นยาสลบครั้งแรก ของนายแพทย์แซมมวล เรโนลด์ เฮาส์ และมีการตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกที่จังหวัดเพชรบุรี โดยนายแพทย์สเติร์จ ตั้งแต่ พ.ศ. 2423 ก่อนตั้งโรงพยาบาลศิริราช 6 ปี

เมื่อเริ่มตั้งโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2429 และนำการแพทย์แผนตะวันตกเข้าไปให้บริการและต่อมามีการเรียนการสอนด้วย แต่ประชาชนคนไทยในกรุงเทพฯ เวลานั้นก็ยังไม่นิยมไปใช้บริการ จนต้องมีการใช้กุศโลบายเพื่อดึงคนไข้เข้าโรงพยาบาล หลังเปิดโรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2431 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เลิก “คอมมิตติจัดการโรงพยาบาล” และตั้งเป็นกรมพยาบาลแทน มีพระองค์เจ้าศรี เสาววงศ์เป็นอธิบดี แพทย์แผนโบราณได้รับเกียรติอย่างสูงในกรมดังกล่าว ได้แก่

1. พระประสิทธิ์วิริยา (หนู) เป็นแพทย์ใหญ่ประจำโรงพยาบาล ต่อมาได้เป็นพระยาประเสริฐศาสน์ธำรง
2. หมอคง เป็นแพทย์รองประจำโรงพยาบาล ต่อมาได้เป็นขุนแพทย์พิเศษ และต่อมาเป็นพระยาพิษณุประสาทเวช
3. หมอนิม เป็นแพทย์รองประจำโรงพยาบาล ต่อมาได้เป็นขุนเวชวิศิษฐ์ และต่อมาเป็นพระยาประเสริฐศาสน์ธำรง⁽⁵⁾

แต่การแพทย์แผนโบราณของไทยในโรงพยาบาลศิริราชกลับร่วรงรอยลงเป็นลำดับ จนยกเลิกการเรียนการสอนไปในที่สุด

มูลเหตุของการร่วรงรอยของการแพทย์แผนโบราณของไทยในสมัยนั้น สรุปสาเหตุสำคัญได้คือ **ประการแรก การปกปิดวิชาและยอมรับแต่พวกพ้อง**

สมเด็จพระกรมพระยาดำรงราชานุภาพทรงเล่าไว้ใน “นิทานโบราณคดี” เรื่องตั้งโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลศิริราชว่า

“ความลำบากข้อแรกเริ่มแต่หาหมอประจำโรงพยาบาล ตามความคิดของกรมการหมายจะเลือกหมอที่ชำนาญการรักษาไข้เจ็บจนมีชื่อเสียง ซึ่งมักจะเป็นหมอหลวงโดยมาก

มาให้รับเงินเดือนเป็นตำแหน่งนายแพทย์ และแพทย์รองประจำโรงพยาบาล แต่เมื่อพระองค์ศรี (พระองค์เจ้าศรีเสาวภาค อธิบดีกรมพยาบาล) ไปเที่ยวตรัสชวนหมอหลวงปรากฏแก่เธอว่าหมอถือตัวกันเป็นต่างพวกใช้วิธีการรักษาและยาที่รักษาโรคร่วมกันแต่ในพวกของตนซึ่งมักเป็นลูกตัวหรือลูกเขย หรือเป็นศิษย์ของหมอที่เป็นตัวครู ต่างพวกต่างรังเกียจกันตามคำที่พระองค์ศรีเธอตรัสว่า “ดูราวกับเห็นพวกอื่นว่าไม่เป็นหมอไปเสียทั้งนั้น”

ฉันเคยทูลถามว่า “ถ้าเช่นนั้นเอาตำราหมอของหลวงใช้เป็นหลักสำหรับโรงพยาบาลไม่ได้หรือ”

เธอตรัสว่า “ได้ลองถามดูแล้ว ต่างคนต่างก็บอกว่า ตำราหลวงนั้นใช้เป็นหลักไม่ได้จริง อ้างเป็นอุททาหรณ์ดังเช่นตำรายา ว่าเมื่อครั้งพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว โปรดให้ประชุมหมอหลวงแต่งตำรายาที่จารึก ณ วัดพระเชตุพนฯ หมอหลวงต่างคนก็ปิดพรางตำรายาของตนเสีย ไม่ได้ไปลงในตำราหลวง คงมีตำราที่แต่งไว้แต่อย่างบรมโบราณอันใครๆก็รู้ด้วยกันหมด แต่วิธีรักษาและยาที่ใช้ในปัจจุบันหาไม่”

เมื่อไม่สามารถจะให้หมอร่วมมือกันได้เช่นนั้น กรรมการก็ต้องให้พระองค์ศรีหาหมอที่มีชื่อเสียงแต่คนหนึ่งเป็นตำแหน่งนายแพทย์ ส่วนแพทย์รองนั้น ให้ นายแพทย์หามา จะเป็นลูกหลานหรือศิษย์ก็ตามสุดแต่ให้โรงพยาบาลใช้วิธีการรักษาใช้และใช้ยาอย่างเดียวกันเป็นสำคัญ

พระองค์ศรีจึงเชิญพระยาประเสริฐสุศาสตร์ธำรง (หนู) เมื่อยังเป็นทีพระประสิทธิวิทย์ยา เป็นหมอมือชื่อเสียงทรงคุ่นเคยยิ่งกว่าคนอื่น เป็นตำแหน่งแพทย์ใหญ่ประจำโรงพยาบาล ส่วนแพทย์รองนั้น พระยาประเสริฐฯ พาหมอหนุ่มๆ ซึ่งเคยเป็นศิษย์มาให้เป็นตำแหน่ง 2 คน ชื่อว่าหมอกงคนหนึ่ง หมอนิมคนหนึ่ง หมอ 2 คนนี้มาทำการประจำอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ยังหนุ่ม ได้เห็นและรักษาโรคต่างๆอยู่เนืองๆ ผิดกับหมอเคลยกศักดิ์ซึ่งได้เห็นใช้ต่อเมื่อเขาหาไปรักษา จึงได้ความชำนาญการรักษายาใช้เชี่ยวชาญ นานมาหมอกงถึงได้เป็นพระยาพิษณุประสาทเวช และหมอนิมก็ได้เป็นพระยาประเสริฐสุศาสตร์ธำรง ขึ้นชื่อเสียงนับถือกันว่าเป็นหมอดีทั้ง 2 คน”

จะเห็นว่าแพทย์แผนโบราณของไทยปกปิดวิชาของตนเองจนแม้พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวโปรดให้ประชุมเขียนตำราเผยแพร่แก่ประชาชนโดยจารึกไว้ที่วัดโพธิ์ บรรดาหมอหลวงต่างก็ยัง “ปิดพรางตำรายาของตนเสีย”⁽⁶⁾

ประการที่สอง การขาดการพัฒนา

เมื่อทรงคิดจะทำยาตำราหลวงเผยแพร่แก่ประชาชนในวงกว้าง สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพพิจารณาแล้วก็ตัดสินพระทัยทำยาฝรั่งแทนที่จะทำยาไทยออกเผยแพร่ ดังได้ทรงเล่าไว้ใน “นิทานโบราณคดี” เรื่อง “ทำยาโอสถศาลา” ดังนี้

“ความคิดที่จะให้มียาดี สำหรับรักษาไข้เจ็บแพร่หลายไปถึงราษฎรตามหัวเมืองนั้น

เห็นพร้อมกันในที่ประชุมว่าต้องมีพนักงานทำยาที่ในกรุงเทพฯ แล้วจ่ายออกไปตามหัวเมือง จึงมอบให้เป็นหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย คือเป็นหน้าที่ของตัวฉันจะต้องจัดการเรื่องนั้น คิดดูมีปัญหาที่จะต้องตัดสิน ๒ ข้อ คือ

ข้อ ๑ ว่าจะควรทำยารักษาโรคอะไรบ้าง ข้อนี้เห็นว่าที่จะทำยารักษาโรคทุกอย่างนั้น เป็นพันวิสัย จะต้องเลือกทำแต่ยาบางขนานสำหรับรักษาความไข้เจ็บซึ่งชาวเมืองมักเป็น กันชุกชุม เช่นยาแก้ไข้จับสั่นและแก้ไข้โรคบิดเป็นต้น และต้องปรึกษาหมอให้เป็นผู้กะว่าควร จะทำยาแก้ไข้โรคอะไรบ้าง

ข้อ ๒ ว่ายาที่จะทำนั้นจะใช้ยาตามตำราฝรั่งดี หรือจะใช้ยาตามตำราไทยดี ในสมัยนั้น ที่ในกรุงเทพฯ บุคคลพวกสมัยใหม่ แม้จนหมอที่รักษาไข้ด้วยยาไทย เชื่อคุณยาฝรั่ง มีขึ้นมาก ฉันคิดเห็นว่ายาที่จะทำจ่ายไปตามหัวเมืองทำยาฝรั่งดีกว่ายาไทย เพราะเหตุใด ฉันจะขอยืมคำอธิบายของนายชิน พุทธิแพทย์ (พระยาดำรงแพทยาคุณ) กล่าวไว้ใน หนังสือดุสิตสมิต เมื่อ พ.ศ. ๒๔๖๖ มาลงไว้ในที่นี้ให้เข้าใจชัดเจนดีกว่าอธิบายความเห็น ของฉันเองซึ่งคิดขึ้นในสมัยนั้น

“แพทย์ยาไทย ใช้ยาที่เป็นพรรณไม้ตามพื้นเมืองมากกว่าอย่างอื่น รวมกันหลายอย่าง ทั้งกากด้วย และต้องกินเป็นจำนวนมากๆ นำเข้าร่างกายเฉพาะทางปากทางเดียวเท่านั้น ซึ่งกินเวลาอันนานตั้งชั่วโหมกว่ายานั้นจะออกฤทธิ์ ถ้าคนไข้ที่กินยาทางปากไม่ได้แล้ว ก็ เป็นอันหมดหนทางที่จะให้ยารักษา

“ส่วนแพทย์ฝรั่ง ใช้ยาที่เป็นโลหธาตุมากกว่าที่เป็นพรรณไม้ และใช้เฉพาะสิ่งที่ต้องการ คือหัวยาเท่านั้น ไม่เมื่อกากเลย ขนาดกินก็เป็นจำนวนน้อยและเก็บไว้ได้นาน อาจใช้ยาทางปาก ก็ได้ ทางทวารก็ได้ ทางผิวหนังก็ได้ ทางหลอดโลหิตก็ได้ ซึ่งอาจจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ ภายในสองสามนาที่ คล้ายคนเดินทางโดยรถไฟและเครื่องบิน อาจถึงที่มุ่งหมายได้สม ประสงค์ทันใจ”

นอกจากเห็นว่ายาฝรั่งรักษาโรคจะดีกว่ายาไทย โดยอธิบายดังกล่าวมา การทำยา สำหรับแจกจ่ายให้แพร่หลาย ทำยาฝรั่งสะดวกกว่าทำยาไทยด้วย เพราะอาจจะทำเป็นยา เม็ดเล็กๆ บรรจุลงกลักหรือใส่ห่อส่งไปตามที่ต่างๆ ได้ง่าย และคนไข้กินเพียงเม็ดหนึ่งหรือ สองเม็ดก็เห็นคุณ อีกประการหนึ่งยาไทยก็มีใช้กันในพื้นเมืองอยู่แล้ว แต่ยาฝรั่งเช่นยา ควินินแก้ไข้จับสั่นเป็นต้น ตามหัวเมืองยังหายาก จึงตกลงว่าจะทำยาฝรั่ง⁽⁷⁾

ปัญหาการไม่พัฒนาทั้งด้านทฤษฎีและรูปแบบของยานี้เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ พลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงตัดสินพระทัย “เลิกการสอนวิชาแพทย์อย่าง ไทยเสียทีเดียว” ดังได้ทรงเขียนเล่าไว้ ดังนี้

“การสอนวิชาแพทย์แผนโบราณ คือสอนให้รู้จักใช้ยาไทยด้วยนั้น เหตุผลที่ได้อ้างไว้ นั้นฟังดูแยบคาย แต่ตามความจริงไม่ได้ประโยชน์อย่างใดเลย การสอนวิชาแพทย์ตาม

แบบไทยนั้นไม่เข้ากันกับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมีนั่งและเสียเวลาไปเปล่าๆ ส่วนยานั้น ยาฝรั่งเขาได้ทำขึ้นอย่างประณีตตามตำราหลวงของประเทศต่างๆ มีคุณภาพลุ่มาเสมอบอกไว้แน่ชัด สอนให้ใช้ได้ง่ายกว่ายาไทย ส่วนยาไทยนั้นเป็นยาส่วนตัวของแพทย์ผู้ใช้นั่นเอง โดยมากมีการปิดบังหวงตำรา แข่งขันกัน เครื่องยาที่เป็นสมุนไพรก็มีต่างๆ กัน ถ้าไม่เป็น ผู้เชี่ยวชาญในทางนั้นก็ไม่ว่าจะไปหาจากไหน และแท้หรือไม่แท้ ดีหรือไม่ดี ก็เหลือที่คนไม่ชำนาญจะรู้ได้ร้านขายยาไทยมีน้อยลงทุกทีจนเกือบจะไม่มีเลยที่ใช้กันอยู่ก็เป็นยาส่วนตัวที่เรียกกันว่ายา กลางบ้าน ซึ่งไม่มีกี่ขนาน เพราะฉะนั้นการที่จะให้แพทย์ที่ได้เรียนไปจากโรงเรียนแพทย์ออกไปหาสมุนไพรเอาเองนั้นข้าพเจ้าเห็นว่าทำไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ข้าพเจ้าจึงเห็นว่าการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณในโรงเรียนแพทย์นี้เป็นการเสียเวลา บัวยการเปล่านั้นเอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันดีกว่า ทั้งนักเรียนก็ไม่ต้องกังวลในเรื่องยาไทย จึงได้เลิกการสอนวิชาแพทย์อย่างไทยเสียทีเดียว ยาไทยมีคุณภาพดีเพียงไร และได้ประโยชน์อย่างน่าพิศวงอย่างไรข้าพเจ้าทราบดี แต่เห็นว่าเอาไว้มิให้แพทย์ที่สนใจในทางนี้ไปเรียนเพิ่มเติมเอาเองต่อไปข้างหน้าดีกว่า”(๘)

ช่วงเวลาที่ยกเลิกการสอนวิชาแพทย์อย่างไทยในโรงเรียนแพทย์ที่ศิริราชน่าจะอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2458 ที่ทรงรับโปรดเกล้าให้เป็นผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัย

การเรียนการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณในโรงเรียนแพทย์จึงสิ้นสุดลงตั้งแต่นั้น และการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบในระดับอื่นก็หาไม่ การเรียนการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณจึงตกอยู่ในสภาพเป็นไปตามยถากรรมซึ่งที่จริงก็เป็นไปตามพระดำริของสมเด็จพระยาชัยนาท นเรนทร ที่ว่า “ให้แพทย์ที่สนใจในทางนี้ไปเรียนเอาเองต่อไปข้างหน้า” นั่นเอง

การแพทย์แผนโบราณของไทยนอกจากไม่มีการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2458 แล้ว ยังถูกกีดกันให้ออกไปจากระบบบริการอย่างเป็นระบบ โดยกฎหมายที่ออกมาตามลำดับดังนี้

1. พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466 ซึ่งตราขึ้นตามคำแนะนำของที่ปรึกษาชาวตะวันตก กำหนดไว้ในมาตรา 10 ว่า

“ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบโรคศิลปะหรือประกาศตนโดยวิธีใดว่าพร้อมที่จะประกอบวิชาชีพประเภทหนึ่งประเภทใด ซึ่งระบุไว้ในมาตรา 3 และห้ามมิให้ผู้ใดรับรักษาคนไข้ บาดเจ็บป่วยไข้เพื่อแสวงผลประโยชน์ หรือสินค่า เพื่อบำเหน็จทดแทน หรือรางวัล โดยทางตรงทางอ้อมสำหรับตนหรือผู้อื่นนอกจากและจนกระทั่ง

ก. ผู้นั้นจะได้ยื่นคำร้องขอทำการนั้นต่อสภาการแพทย์และได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว และนอกจากนี้

ข. ผู้นั้นได้ยื่นใบสำคัญขึ้นทะเบียนให้ลงบัญชีตราสินไว้และได้รับมอบใบสำคัญการลงบัญชีตราสินตามความในกฎเสนาบดีแล้วด้วย”

พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว กำหนดบทเฉพาะกาลไว้ในมาตรา 22 ว่า

“ภายในหกเดือน นับแต่วันที่ใช้พระราชบัญญัตินี้ ให้บุคคลผู้ประกอบโรคศิลปะยื่นคำร้องต่อสภาการแพทย์ขอขึ้นทะเบียนและรับอนุญาต เพื่อสภาการแพทย์จะได้แจ้งให้ผู้ขึ้นทราบบัญชีนั้นได้รับความยินยอมให้ประกอบกิจได้หรือไม่ และโดยลักษณะบังคับอย่างไร

ถ้าระยะเวลาที่ผ่านไปผู้ขึ้นทะเบียนยังขึ้นประกอบโรคศิลปะโดยมิได้ยื่นคำร้องขอ ดังว่าไซ้ร้ ท่านว่าผู้นั้นมีความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษตามบทในมาตรา 17” (โทษตามมาตรา 17 คือ ปรับไม่เกินห้าร้อยบาท หรือจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือทั้งสองสถานด้วยกัน)

พระราชบัญญัติฉบับนี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2466 โดยกำหนดไว้ในมาตรา 2 ว่า “พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้ในมณฑลกรุงเทพฯตั้งแต่วันที่ได้ลงประกาศเป็นต้นไป และเมื่อจะได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้ใช้ในหัวเมืองมณฑลใด ก็จะได้ประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษาให้ใช้ในมณฑลนั้นต่อไป”

การบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ในมณฑลต่างๆประกาศในราชกิจจานุเบกษาลำดับดังนี้

มณฑลราชบุรี มณฑลนครชัยศรี มณฑลปราจีนบุรี ประกาศลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2474 ลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2474

มณฑลอยุธยา ประกาศลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2474 ลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2474

จังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดชัยนาท จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดจันทบุรี จังหวัดระยอง และจังหวัดตราด (สะกดตามประกาศ) ประกาศลงวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2475

จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา ชุมพร นครศรีธรรมราช พัทลุง สตูล สุราษฎร์ธานี ปัตตานี นราธิวาส ยะลา ภูเก็ต กระบี่ ตรัง พังงา และระนอง วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2478

ผลจากพระราชบัญญัติฉบับนี้มีแพทย์แผนโบราณจำนวนน้อยเท่านั้นที่มาขึ้นทะเบียนได้ ทำให้แพทย์แผนโบราณของไทยจำนวนมากในกรุงเทพฯที่ไม่ได้มาขึ้นทะเบียนตามกำหนดกลายเป็น “หมอเถื่อน” ไปและเมื่อกฎหมายนี้มีผลใช้บังคับในเขตหัวเมือง นอกจากจะทำให้หมอส่วนใหญ่กลายเป็น “หมอเถื่อน” ไปทั่วประเทศแล้ว ชาวที่ลี้ภัยไปในบางท้องถิ่นที่กลายเป็นว่าทางการจะจับกุมเมื่อถึงเวลากำหนด ทำให้หมอบางคนเอาตำราและเครื่องมือไปซ่อน ผังหรือทิ้งจนหายสาบสูญไปเป็นจำนวนมาก เพราะโทษปรับได้ถึงห้าร้อยบาทในสมัยนั้นต้องนับว่าสูงมาก และยังมีโทษจำคุกด้วย

2. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ซึ่งแก้ไขปรับปรุงและยกเลิกพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 กำหนดให้การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ถูกจำกัดตัวให้ต้องเป็น “การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำราหรือเรียนสืบต่อกันมา หรือการบอกเล่าสืบต่อกันมา **ที่มีได้อาศัยหลักวิทยาศาสตร์ตามสากลนิยม**” ทำให้การแพทย์แผนโบราณถูกปิดกั้นการพัฒนาแทบจะโดยสิ้นเชิง คำจำกัดความนี้มีการแก้ไขปรับปรุงถ้อยคำต่อมา แต่ก็ยังคงเนื้อหาสาระและหลักการเดิมที่จำกัดวงของการศึกษาว่าเป็นการ “ศึกษาโดยอาศัยความรู้จากตำราหรือการเรียนสืบต่อกันมา **อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์**”

ในขณะที่การแพทย์ตะวันตกสามารถนำศาสตร์ทุกสาขา และเครื่องมือเครื่องใช้ทุกชนิดมาคัดกรองและเลือกใช้ได้โดยไม่มีขีดจำกัด แต่การแพทย์แผนโบราณกลับถูกจำกัดตัวอยู่ในวงแคบๆ เท่านั้น

3. พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาล พ.ศ. 2484 กำหนดว่า “ห้ามมิให้บุคคลใดจัดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่จะได้รับอนุญาต” (มาตรา 6) โดยคำว่าสถานพยาบาลครอบคลุมถึง “สถานที่ที่ใช้หรือกำลังจะใช้เป็นที่รับคนเจ็บไว้รักษาพยาบาล รวมทั้งสถานที่ทำการคลอดลูก” (มาตรา 4) ผู้ฝ่าฝืนมีโทษ “ปรับไม่เกินห้าร้อยบาท หรือจำคุกไม่เกิน 2 เดือน หรือทั้งปรับทั้งจำ” (มาตรา 14) โดยบทบัญญัติของกฎหมายนี้ ทำให้แพทย์แผนโบราณของไทยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพเช่นเดิมต่อไปได้ ทั้งนี้กฎหมายฉบับนี้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2485 มีผลบังคับใน “จังหวัดพระนครและธนบุรี” ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป และได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกาให้มีผลบังคับใช้ทั่วราชอาณาจักร เมื่อพ้นกำหนด 60 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป คือตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2493

4. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เป็นกฎหมายฉบับแรกที่มีบทบัญญัติกำหนดเรื่อง “ยาแผนโบราณ” ไว้เป็นการเฉพาะว่าหมายถึง “ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับเป็นยาแผนโบราณ” ทั้งนี้ได้บัญญัติคำนิยาม “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” เหมือนกับที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ว่าหมายถึง “การประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการเรียนสืบต่อกันมา **อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์**” (มาตรา 4) ปัจจุบันพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เปลี่ยนนิยาม “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ” แล้ว แต่ไม่มีผลเปลี่ยนแปลงนิยามตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เพราะพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 เพียงบัญญัติว่า “ในกรณีที่มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายใดอ้างอิงถึงการประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัตินี้

ให้หมายความว่า เป็นการอ้างถึงการประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะตามพระราชบัญญัตินี้” (มาตรา 6)

กล่าวโดยสรุป การแพทย์แผนโบราณของไทยเริ่มรุ่งโรยเป็นลำดับนับตั้งแต่ก่อตั้งโรงพยาบาลศิริราชและจุดหักเหที่สำคัญคือการยกเลิกการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ที่ศิริราชในปี พ.ศ. 2458 จากนั้นแพทย์แผนโบราณทั้งหลายก็ถูกกีดกันออกไปจากระบบบริการ หมอจำนวนมาก กลายสภาพเป็นหมอเถื่อนตามอำนาจบังคับของกฎหมายที่สามารถขึ้นทะเบียนตามกฎหมายได้ก็ถูกจำกัดการพัฒนาทั้งด้านการแพทย์และเภสัชกรรม การแพทย์แผนโบราณของไทยจึงกลายเป็นการแพทย์นอกระบบที่ยังเป็นประโยชน์และเป็นที่พึ่งสำหรับคนยากคนจน คนในชนบท หรือคนที่อยู่ตามชายขอบของสังคมเท่านั้น

(4) การฟื้นตัวของวงการแพทย์แผนไทย

แม้การแพทย์แผนโบราณของไทยจะถูกกำจัดออกไปจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ และถูกกีดกันออกไปจากระบบบริการของทางราชการ ปล่อยให้การแพทย์แขนงนี้อยู่ในสภาพ ล่องลอยไปตามยถากรรม แต่การแพทย์แผนโบราณของไทย ก็หาได้ถึงกาลแตกสลายจนสูญสิ้นไป ไม่ ประชาชนจำนวนมากโดยเฉพาะในชนบทซึ่งยังเป็นคนส่วนใหญ่ของประเทศยังคงพึ่งพาหมอ และยาแผนโบราณมาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย ทั้งนี้เพราะการแพทย์แผนตะวันตกยังมีข้อจำกัดในตัวเองและไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึง และด้วยข้อดีของการแพทย์แผนโบราณตามที่ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้สรุปไว้ คือ **“พิษเบา เยาวราคา ง่าย ใกล้เคียงบ้าน งานน้อย”**⁽⁹⁾

ในด้านการสืบทอดตำราและความรู้มีสมาคมและโรงเรียนหลายแห่งที่ทำหน้าที่นี้เช่น โรงเรียน และสมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดโพธิ์) สมาคมแพทย์แผนโบราณแห่งประเทศไทย (วัดปริณายก) สมาคมเภสัชและอายุรเวชโบราณแห่งประเทศไทย (วัดสามพระยา) สมาคมแพทย์แผนโบราณวัดมหาธาตุ (คณะ 21) เป็นต้น และแม้จะมีประกาศคณะสงฆ์ห้ามพระสงฆ์สามเณร ประกอบอาชีพเป็นหมอ แต่ก็มีพระภิกษุสงฆ์จำนวนไม่น้อยใช้วิชาแพทย์แผนโบราณดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บไข้ได้ป่วย ที่มีชื่อเสียงมากคือ พระจำรูญ ปานจันทร์ แห่งวัดถ้ำกระบอก สระบุรี ที่มีชื่อเสียงในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด จนได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาบริการชุมชน

ในส่วนของแพทย์แผนปัจจุบัน บุคคลสำคัญที่สุดที่ได้ทุ่มเทศึกษาการแพทย์แผนโบราณของไทยมาอย่างต่อเนื่องยาวนานตราบนานหลายชั่วอายุคนของท่าน คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ซึ่งนับได้ว่าท่านได้ดำเนินตามพระดำริของสมเด็จพระยาชัยนาทนเรนทรที่ว่า “ยาไทยมีคุณภาพดีเพียงไร และได้ประโยชน์อย่างน่าพิศวงอย่างไรข้าพเจ้าทราบดี แต่เห็นว่าเอาไว้มิให้แพทย์ที่สนใจในทางนี้ไปเรียนเพิ่มเติมเอาเองต่อไปข้างหน้า”

อนึ่งสมเด็จพระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยได้ทรงมีพระโอวาทประทานแก่สภานายกและสมาชิกสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปรากฏในลายพระหัตถ์ ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2417 ความว่า **“พวกเราแพทย์แผนปัจจุบัน มายืมเยาะแพทย์แผนโบราณว่า เขาใช้ยาไม่มีหลักวิทยาศาสตร์ แต่ถึงกระนั้นในประเทศสยามก็ได้มีแพทย์แผนโบราณหลายท่านที่ศักดิ์สิทธิ์จริงๆ ด้วยความเชื่อถือในความตั้งใจดี เชื่อว่าสรรพคุณยานั้นมีฤทธิ์จริง ประกอบด้วยความสังเกตอันสุขุมและจริงใจ”**⁽¹⁰⁾

ผลแห่งความเพียรพยายามของศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ทั้งผลงานโดยตรงของท่านและอิทธิพลที่ส่งผลต่อศิษยานุศิษย์จำนวนหนึ่งประกอบกับกระแสโลกที่พัฒนาเข้าสู่กระบวนการทัศน์หลังนวยุค และนโยบายเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์สำคัญหลายเหตุการณ์ที่นำมาสู่การฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย ดังนี้

1. การสัมมนาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง “การแพทย์แผนโบราณ” ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 1-3 ตุลาคม พ.ศ. 2522 เป็นการสัมมนาใหญ่ที่มีแพทย์แผนโบราณและนักวิชาการสมัยใหม่จำนวนมากประชุมร่วมกัน ได้ข้อสรุปเป็นข้อเสนอแนะที่น่าสนใจ คือ

- 1) ให้ส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนโบราณโดยรัฐ โดยให้มีการแก้ไขกฎหมาย และให้รัฐถือเป็นนโยบายและภารกิจที่สำคัญ
- 2) ให้ส่งเสริมการใช้ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณโดยส่งเสริมการปลูก การศึกษา และการใช้สมุนไพร รวมทั้งมีการทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมการผลิต การใช้และการโฆษณา
- 3) เสนอแนวทางผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนโบราณและการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 4) เสนอรูปแบบองค์กรที่จะส่งเสริมการแพทย์และเภสัชกรรมแผนโบราณ โดยสมควรให้มีสถาบันการแพทย์แผนโบราณในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีโรงเรียนเฉพาะและมีตำราที่แน่นอน

การสัมมนาดังกล่าวนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นการประชุมสัมมนาใหญ่ร่วมกันระหว่างแพทย์แผนโบราณและนักวิชาการสมัยใหม่ครั้งแรกในศักราชนับตั้งแต่มีการเลิกการเรียนการสอนการแพทย์แผนโบราณในโรงเรียนราชแพทยาลัยไปเป็นเวลายาวนานถึง 64 ปี

หลังจากนั้นมีการประชุมสัมมนา การก่อตั้งสถาบันและจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการแพทย์แผนโบราณของไทยหลายแห่งหลายโครงการ เช่น

- 1) การสัมมนาของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับวิทยาลัยมหิดล เรื่อง “สมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน” ที่คณะเภสัชศาสตร์ วิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 11-13 กุมภาพันธ์ 2524
- 2) โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน โดยกระทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนขององค์การยูนิเซฟ

- 3) การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสมุนไพรที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ ปี พ.ศ. 2526
- 4) โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง ของกลุ่มคนหนุ่มสาวในองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสาธารณสุข
- 5) โครงการฟื้นฟูการนวดไทย ขององค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขหลายองค์กร
- 6) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพร โดยนักวิชาการในสถาบันต่างๆ เช่น คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ องค์กรเภสัชกรรม สถาบันโรคผิวหนัง และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย เป็นต้น
- 7) การรวมตัวของสมาคมแพทย์แผนโบราณ ในรูปของ “ศูนย์รวมสมาคมการแพทย์แผนโบราณ”
- 8) การดำเนินการด้านสมุนไพรของโรงพยาบาลและสถานือนามัยหลายแห่ง รวมทั้ง การสนับสนุนของรัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีในการทดลองใช้ยาสมุนไพรเดี่ยว 5 ชนิด ได้แก่ ขมิ้นชัน เสดดพังพอน(ตัวเมีย) ชุมเห็ดเทศ ฟ้าทลายใจ และว่านหางจระเข้

2. การก่อตั้ง “วิทยาลัยอายุรเวท (ชีวกโกมารภัจจ์)” โดยมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมแพทย์แผนไทย โดยกระทรวงศึกษาธิการอนุมัติให้จัดตั้งได้ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2525 เป็นโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่มีการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบแห่งแรกนับจากเลิกการเรียนการสอนวิชาแพทย์แผนโบราณในโรงเรียนแพทย์ เมื่อ พ.ศ. 2458 เป็นหลักสูตรผสมผสานการแพทย์ตะวันตกกับการแพทย์แผนไทย รับนักเรียนที่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย เรียนหลักสูตร 3 ปี

3. การแก้ไขกฎหมาย มีการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมกฎหมายเพื่อจัดอุปสรรคต่อการพัฒนาการแพทย์แผนโบราณของไทย ดังนี้

3.1 การแก้ไขพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 ยอมให้มีแพทย์แผนโบราณประยุกต์ เพื่อให้แพทย์อายุรเวทสามารถสอบรับใบประกอบโรคศิลปะได้ กฎหมายดังกล่าวประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530

3.2 ตราพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ยกเลิกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะเดิม เปลี่ยนคำจำกัดความของ “การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณทั่วไป” ซึ่งแต่เดิมกำหนดให้ “ศึกษาโดยอาศัยความรู้จากตำราหรือการเรียนสืบต่อกันมา อันมิใช่การศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์” เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น “การแพทย์แผนไทย” และให้หมายความว่า “การประกอบโรคศิลปะตามความรู้หรือตำราแผนไทยที่ถ่ายทอด

และพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง”

3.3 ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาลโดยยก่างใหม่เป็นฉบับ พ.ศ. 2541 ยอมให้มีการประกอบโรคศิลปะทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบันในสถานพยาบาลเดียวกันได้ โดยตัดข้อห้ามในกฎหมายเดิมที่บัญญัติไว้ในมาตรา 12 ว่า “ผู้ดำเนินการต้องดูแลมิให้มีการประกอบโรคศิลปะทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบันในสถานพยาบาลเดียวกัน”

3.4 การตราพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2543

4. การแก้ไขแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมุนไพร การปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยา เมื่อ พ.ศ. 2537 ยอมให้ยาแผนโบราณมีการพัฒนารูปแบบเหมือนยาแผนปัจจุบัน ได้ 2 รูปแบบ คือ เป็นยาเม็ด และแคปซูล นอกเหนือจากรูปแบบดั้งเดิม 25 รูปแบบ และคณะกรรมการยาได้มีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2542 กำหนดให้ยาสมุนไพรสามารถขึ้นทะเบียนตามการพัฒนาได้เป็น 4 ประเภท คือ 1) สมุนไพรแบบดั้งเดิม 2) สมุนไพรที่ปรับปรุงรูปแบบเป็นยาเม็ดหรือแคปซูล 3) สมุนไพรที่พัฒนาโดยการสกัดหยาบจัดทำเป็นยาเม็ดหรือแคปซูล และ 4) สมุนไพรที่พัฒนาครบขั้นตอนตามแนวทางตะวันตกเป็นยาใหม่

5. การบรรจุยาแผนโบราณเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ นับเป็นครั้งแรกที่มีการบรรจุยาแผนโบราณ 9 ชนิด เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดยเป็นยาสมุนไพรแบบดั้งเดิม 3 ชนิด และประเภทสมุนไพรพัฒนา 6 ชนิด

6. การจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ มีการดำเนินการตามขั้นตอน โดยลำดับดังนี้

1) สืบเนื่องจากข้อเสนอแนะจากการสัมมนาที่ศิริราช เมื่อ 1-3 ตุลาคม 2522 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติเห็นชอบให้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทยขึ้นในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2532

2) ยกฐานะศูนย์ประสานงานการแพทย์แผนไทยและเภสัชกรรมไทยเป็นสถาบันการแพทย์และเภสัชกรรมไทย เป็นหน่วยงานระดับกอง สังกัดกรมการแพทย์ เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2536

3) จัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตามนโยบายปฏิรูประบบราชการของรัฐบาล โดยพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2545 กำหนดให้สถาบัน

การแพทย์แผนไทยมีฐานะเป็นสำนักซึ่งสถานภาพสูงกว่ากอง

ช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างขนานใหญ่เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย สมุนไพรของไทยได้รับการพัฒนาทั้งด้านคุณภาพ รูปแบบ และการศึกษาด้านสรรพคุณ ตลอดจนการพัฒนาด้านการตลาด จนได้รับการยอมรับมากขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก สมุนไพรของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ มีชื่อเสียงไปทั่วประเทศและได้เผยแพร่ไปยังต่างประเทศบางประเทศด้วย การนวดไทยได้มีการพัฒนาทั้งในด้านการเรียนการสอน และมาตรฐานการให้บริการ จนเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศและต่างประเทศ หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมากให้ความสนใจงานด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันการแพทย์แผนไทยภายใต้การนำของ แพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ อภิสาศิษย์คนหนึ่งของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ที่มีศรัทธา เชื่อมมั่น และมุ่งมั่นทำงานพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างทุ่มเทและต่อเนื่องเป็นระบบยาวนานเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งจากภาครัฐและเอกชน และทำให้รัฐบาลเห็นความสำคัญจนยกฐานะขึ้นเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน

การแพทย์แผนไทยเปรียบได้กับพืชพรรณไม้ที่ถูกขุดรากถอนโคนออกไปจากเมืองหลวงและเมืองใหญ่ แต่ยังคงขึ้นระเกะระกะอยู่ตามท้องที่ห่างไกลในชนบท จึงกลับมีการปรับปรุงสายพันธุ์และแพร่พันธุ์ใหม่อีกครั้งหนึ่ง นับได้ว่าการแพทย์แผนไทยได้กลับฟื้นตัวขึ้นแล้ว อยู่ที่ว่าจะฟื้นฟูให้เฟื่องฟูต่อไปอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- 1) ศาสตราจารย์ กীরติ บุญเจือ, **ปรัชญาหลังนวยุค แนวคิดเพื่อการศึกษาแผนใหม่** สำนักพิมพ์ ดวงกมล กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งแรก 2545
- (2) ศ.นพ.ประเวศ วะสี, **จุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพไทย** ตีพิมพ์ใน มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ บรรณาธิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พิมพ์ครั้งแรก กรกฎาคม 2545 น. 10-16
- (3) **Traditional Medicine and Health Care Coverage**, edited by Robert H.Bannerman, John Burton, Chen Wen-Chien, WHO, Geneva, 1983
- (4) พระประชา ปสนนัธมโม และคณะ, **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ** เล่ม 1-3 สำนักพิมพ์โกมลคีมทอง กรุงเทพฯ 2529
- (5) **“โรงศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลแห่งแรก”**, ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์, รศ.นพ.จรัส เกียรณพงษ์ และคณะบรรณาธิการ หน่วยพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ 2525 น. 42-55
- (6) สมเด็จพระมหารัชมังคลาจารย์ **“เรื่องตั้งโรงพยาบาล”** นิทานโบราณคดี สำนักพิมพ์ดอกหญ้า กรุงเทพฯ 2537 น. 213-230
- (7) เรื่อง **“ทำยาไอศศาลา”** เพ็งอ้ง น. 234-238
- (8) พลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร สารศิริราช ฉบับพิเศษ 60 ปี ศิริราช พฤษภาคม 2493 ตีพิมพ์ซ้ำใน สารศิริราช ปีที่ 37 ฉบับที่ 11 พฤศจิกายน 2528 น. 955
- (9) อวย เกตุสิงห์, **สมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน** เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง “สมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน” คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 11 กุมภาพันธ์ 2524
- (10) **พระราชหัตถเลขา สมเด็จพระบรมราชชนก ถึง สภานายกและสมาชิกสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2471** ตีพิมพ์ใน ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหาดลอดุลยเดชกรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพิมพ์ไทยเกษม กรุงเทพฯ 2508 น. 245