

Western Influences and the Evolution of Medical Practices and Public Health in Pre-1932 Siam

Nattanee Satchanawakul
Faculty of Liberal Arts, Mahidol University

Received: August 25, 2024

Revised: November 11, 2024

Accepted: November 20, 2024

Abstract

Western concepts, particularly scientific knowledge and medical technology, have profoundly influenced the evolution of modern Siam/Thailand. The introduction of "Western medicine and public health knowledge," especially the use of innovations, dramatically reduced sickness and mortality rates, contributing to a healthier population and, consequently, economic growth, by increasing the workforce. This intertwining of medical science with individual, community, societal, and state development marked a significant shift in Thai medical and public health practices.

In truth, preventing mortality was a novel concept in Siam, largely introduced by missionaries who performed modern medical services along with their dissemination of religious teachings. The acceptance of Western technology led to transformative changes in medicine and public health, including advancements in treatment methods, tools, and pharmaceuticals, eventually culminating in the establishment of "Western-style hospitals."

Furthermore, the early development of medical practices and public health in Siam was shaped by the cultural negotiation between Western influences and indigenous beliefs, particularly the concept of merit and charity. This research highlights how Western influence shifted medical and public health paradigms in Siam, laying the

groundwork for modern healthcare practices in Thai society that came later.

Keywords

modern medicine, Thai public health, western influence, the concept of merit and charity

อิทธิพลตะวันตกกับการเปลี่ยนแปลงวิถีทางการแพทย์ และสาธารณสุขสยามในยุคก่อน พ.ศ. 2475

ณัฐณี สัจฉกุล

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

นับตั้งแต่แนวคิดแบบตะวันตกเช่นความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ส่งอิทธิพลต่อสยาม/ประเทศไทยในปัจจุบัน ได้มีผลอย่างสำคัญต่อการเพิ่มพูน “ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตก” โดยเฉพาะการนำวิทยาการมาช่วย “ลด” อัตราการป่วยและตายได้อย่างน่าตื่นตาตื่นใจ เมื่อราษฎรเสียชีวิตน้อยลง รัฐก็ได้อันสืบเนื่องจากมีแรงงานมากขึ้น เศรษฐกิจของรัฐกระเตื้องเติบโตตามมา วิทยาการทางการแพทย์และงานสาธารณสุขจึงสัมพันธ์กับทั้งระดับปัจเจก ชุมชน สังคม ไปจนระดับรัฐ

จริง ๆ แล้ววิธีป้องกันไม่ให้เห็นเสียชีวิตนับเป็นเรื่องใหม่ในสยาม จึงต้องยกความชอบให้กับคณะมิชชันนารีที่ให้บริการรักษาด้วยความรู้แบบสมัยใหม่ไปพร้อมกับการเผยแพร่ศาสนา เมื่อสยามยอมรับเอาวิทยาการจากตะวันตกเข้ามาใช้ โลกทัศน์ของสยามด้านการแพทย์และสาธารณสุขจึงเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ตั้งแต่วิธีการรักษา การใช้เทคโนโลยี เครื่องมือ ตำรับยา จนกระทั่งเล็งเห็นประโยชน์ของการตั้ง “โรงพยาบาลแบบตะวันตก” ยิ่งไปกว่านั้น พัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขยุคแรกเริ่มล้วนจัดตั้งขึ้นบนพื้นฐานความเชื่อเรื่องบุญกุศลหรือการสงเคราะห์ อันเป็นการแสดงถึงวิถีการต่อรองทางวัฒนธรรมระหว่างวัฒนธรรมตะวันตกกับพื้นถิ่นอย่างน่าสนใจ

บทความวิจัยนี้เติมเต็มความรู้ว่าองค์ความรู้แบบตะวันตกเปลี่ยนวิธี
คิดและวิถีของพัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของสังคมสยาม
อย่างไรบ้าง อันเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างวิถีการแพทย์และงาน
สาธารณสุขแบบสมัยใหม่ของสังคมไทยต่อมา

คำสำคัญ

การแพทย์สมัยใหม่, การสาธารณสุขไทย, อิทธิพลตะวันตก,
แนวคิดเรื่องบุญกุศลและการสงเคราะห์

บทนำ

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2398 กับการลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริง ชนชั้นนำสยามต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ เกี่ยวเนื่องกับความเป็นตะวันตก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงภายในครั้งใหญ่ด้านเศรษฐกิจและระบบการเมืองของสยาม การมาถึงของนักเจรจาชาวอังกฤษ เซอร์ จอห์น เบาว์ริง (Sir John Bowring) ทำให้เกิดวิถีเศรษฐกิจตามระบบสากลแบบใหม่ นั่นคือตลาดการค้าเสรีและระบบการเงินที่ยืดหยุ่นเข้าหาตลาดโลก ซึ่งมาแทนที่การค้าระบบเก่าของสยามที่เคยเน้นวิธีผูกขาดและความเข้มงวด การเผชิญหน้าในด้านเศรษฐกิจนับเป็นการปะทะครั้งสำคัญที่แสดงถึงฐานะทางอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างตะวันตกกับสยาม (Wannamethee, 1990)

เศรษฐกิจสยามเปลี่ยนจากการผลิตเพื่อหล่อเลี้ยงตลาดภายในเป็นการผลิตเพื่อการส่งออกและสนองตอบความต้องการทั่วโลก หลังจากลงนามในสนธิสัญญาทางการค้า ไม้สัก ข้าว ดีบุก และยางกลายเป็นสินค้าส่งออกหลักสี่รายการสำหรับผู้บริโภคชาวตะวันตก เป้าประสงค์สูงสุดของการนำความเป็นตะวันตกเข้ามาเปลี่ยนแปลงสยามและในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คือการรักษาเส้นทางการค้าไปยังจีนเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่เศรษฐกิจโลกเท่านั้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบเศรษฐกิจแบบดั้งเดิมของสยาม เมื่อพรมแดนการค้าเปิด ทำให้เทคโนโลยี การย้ายถิ่น และประเด็นเรื่องประชากรยังถูกปรับเปลี่ยนไปตามกระแสโลกเพื่อรองรับกับเศรษฐกิจแบบเสรีอีกด้วย ชนชั้นนำสยามบางกลุ่มได้ให้ความสนใจเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างกระตือรือร้น (Cowan, 1967) โดยเฉพาะในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2394-2411) และในยุคต่อมาตั้งแต่ พ.ศ. 2411 เมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ขึ้นครองราชสมบัติ ช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็นช่วงสำคัญที่คลื่นกระแสอิทธิพลตะวันตก

หลังไหลเข้าสู่สังคมสยามหรือบริเวณที่กลายมาเป็นประเทศไทยปัจจุบันแทบทุกมิติ

อิทธิพลตะวันตกในสังคมสยามพบได้ในความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ดาราศาสตร์ สิ่งประดิษฐ์ การพิมพ์ การคมนาคม ไปจนกระทั่งเรื่องการแพทย์ และการสาธารณสุข (McGilvary, 1912; Nawigamune, 1987; Thomson, 1875) ทั้งนี้ อิทธิพลตะวันตกด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเกิดขึ้นมาแล้วก่อนหน้าที่จะมีการลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริงประมาณสามทศวรรษ โดยเข้ามาปฏิสัมพันธ์กับสังคมสยามนับตั้งแต่ทศวรรษ 2370 เมื่อแดน ปิซ แบรดลีย์ หรือหมอบรัดเลย์ นับเป็นมิชชันนารีคณะที่ 3 มาถึงสยามเมื่อ พ.ศ. 2378

หมอบรัดเลย์ได้ตั้งโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรครวมทั้งแจกยาฟรีแก่ประชาชน ต่อมา พ.ศ. 2381 เกิดไข้ทรพิษระบาดในกรุงเทพฯ หมอบรัดเลย์เป็นผู้เริ่มการปลูกฝีป้องกันทรพิษเพื่อป้องกันโรคและพัฒนาเป็นการปลูกฝีทั่วประเทศด้วย นับแต่นั้นมาการแพทย์แผนตะวันตกจึงเริ่มมีบทบาทต่อการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมเรื่อยมา ในขณะที่ชนชั้นนำสยามเริ่มปรับตัวและยอมรับต่อแนวคิดการแพทย์ตามวิถีตะวันตกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

บทความวิจัยนี้มุ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางประวัติศาสตร์ การแพทย์และงานสาธารณสุขในสยาม ตั้งแต่ทศวรรษ 2430 ถึงก่อน พ.ศ. 2475 สำหรับทศวรรษ 2430 ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญที่คลื่นกระแส อิทธิพลตะวันตกหลังไหลสู่สังคมสยามหรือบริเวณประเทศไทยปัจจุบัน เพื่อเข้าใจบทบาทการแพทย์ตะวันตกที่มีอิทธิพลต่อความคิดราชสำนักและชนชั้นนำสยาม จนนำไปสู่การตั้งโรงพยาบาลแห่งแรก และต่อมาที่มีโรงพยาบาลหลายแห่งในเขตเมือง ตลอดจนการสร้างศาลาโอสถในเขตภูมิภาค ซึ่งนโยบายด้านการแพทย์จะดำเนินต่อไปเช่นนี้จนกระทั่งเกิดการปฏิวัติสยามใน พ.ศ. 2475 แนวคิดและวิธีการขยายโรงพยาบาลจึงจะเปลี่ยนไปอีก

รูปแบบหนึ่ง สัมพันธ์กับบริบททางการเมืองแบบใหม่ที่เน้นการกระจายอำนาจไปยังส่วนภูมิภาคมากยิ่งขึ้น มากกว่าจะมุ่งพัฒนาในเขตพื้นที่ส่วนกลาง เช่นที่ผ่านมา การวิเคราะห์การเปิดรับการแพทย์แผนตะวันตกระหว่างทศวรรษ 2430 จนถึงก่อน พ.ศ. 2475 จะช่วยเติมความรู้และชี้ให้เห็นถึงจุดเปลี่ยนและวิธีการต่อระหว่างวัฒนธรรมตะวันตกและวัฒนธรรมดั้งเดิมของสังคมสยามในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์โดยศึกษาจากประเด็นการแพทย์และสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างสังคม การเมือง เศรษฐกิจกับการแพทย์และสาธารณสุขของสยามระหว่างทศวรรษ 2430 ถึง พ.ศ. 2475
2. วิเคราะห์อิทธิพลตะวันตกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวคิดกับวิธีการแพทย์และการสาธารณสุขในสังคมสยาม

บททวนวรรณกรรม

หากกล่าวถึงประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขของสยาม/ไทยที่ผ่านมา อาจแบ่งกลุ่มประเภทการศึกษาออกเป็น 2 ช่วงเวลา ช่วงแรกคือก่อน พ.ศ. 2545 และหลัง พ.ศ. 2545 สำหรับช่วงก่อน พ.ศ. 2545 จำเป็นต้องกล่าวถึงโครงการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นทางวิชาการที่มีต่อประเด็นเรื่องประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย เมื่อ พ.ศ. 2544 จัดขึ้นที่ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จากข้อคิดเห็นในวันนั้นได้รับการพัฒนามาเป็นหนังสือ “พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขไทย” (Chuengsatiansap &

Muksong, 2005) ซึ่งได้สรุปเส้นทางการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขก่อน พ.ศ. 2545 ไว้ค่อนข้างน่าสนใจว่า งานศึกษาส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่ศึกษาเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณ กลุ่มศึกษาอัตชีวประวัติบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงจากแพทย์แผนโบราณสู่แพทย์สมัยใหม่

ขณะที่งานศึกษาในยุคหลัง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาจะเริ่มเห็นถึงงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปครั้งสำคัญของระบบสุขภาพไทยปรากฏขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น การศึกษาเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย (Jongudomsuk (2004); Jindawatthana and Pipatrotchanakamol (2004); Chokwiwat (2015); Tunmuntong (2010); Limpanyalert (2020); Pokpermddee, 2010) โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2545 ถือเป็นปีที่คนไทยทุกกลุ่มมีสิทธิทางสุขภาพอยู่ในระบบใดระบบหนึ่งอย่างถ้วนหน้า และถือเป็นช่วงเวลาของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือที่เข้าใจกันว่าเป็นนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคได้ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม งานศึกษาจำนวนมากหลัง พ.ศ. 2545 มักเป็นการศึกษาเรื่องเชิงเทคนิคและนโยบายด้านการแพทย์และสุขภาพ (เช่น การให้บริการกำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ เทคโนโลยีทางสุขภาพ ฯลฯ)

ขณะที่งานศึกษากลุ่มประวัติศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ช่วง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ยังคงจำกัดเฉพาะกลุ่มนักวิชาการที่สนใจเรื่อง การแพทย์และสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ ซึ่งพบว่ามีการศึกษาหลายชิ้นที่น่าสนใจมาก เช่น งานเรื่อง “เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย” (Puaksom, 2007) เรื่อง “รอยเวลา : เส้นทางการประวัติศาสตร์สุขภาพ” (Anuphongphat et al., 2013) หรือ “ประวัติศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ไทย” (Muksong, 2018) ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงมากขึ้นอย่างชัดเจนระหว่างปัจจัยการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมกับบริบททางการแพทย์และสาธารณสุขไทย งานเหล่านี้ถูกใช้เป็นงาน

วิชาการที่ช่วยวางรากฐานความเข้าใจและอธิบายจุดเริ่มต้นของการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ได้เป็นอย่างดี ซึ่งนอกจากผลงานกลุ่มนี้แล้วพบว่ามีวิทยานิพนธ์เรื่อง "การรับรู้วิทยาการทางการแพทย์แผนตะวันตกของสังคมสยาม พ.ศ. 2371-2470" (Sengphol, 2022) ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากการแพทย์แผนเดิมสู่การแพทย์แผนตะวันตก ซึ่งชี้ให้เห็นพัฒนาการทางการแพทย์ก่อนการมาของแนวคิดตะวันตกอันเกิดจากการผสมผสานรากฐานของการแพทย์จากจีนกับอินเดีย และการรับการแพทย์แผนตะวันตกที่ประสบความสำเร็จในการขยายงานการแพทย์ด้วยมิติความรู้ การใช้กฎหมาย คำสั่งราชการ และการควบคุม ซึ่งมีเนื้อหาบางส่วนใกล้เคียงกับงานวิจัยชิ้นนี้ แต่อย่างไรก็ตาม งานชิ้นดังกล่าวไม่ได้เน้นศึกษาบทบาทของอิทธิพลตะวันตกที่ปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และการต่อรองทางระหว่างวัฒนธรรมตะวันตกกับวัฒนธรรมดั้งเดิมของรัฐสยามที่มีผลต่อการเปลี่ยนวิถีทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ อันเป็นวัตถุประสงค์หลักของบทความวิจัยนี้ที่ช่วยเติมเต็มความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยในยุคดังกล่าวให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดหลักของการวิจัย: โซนประชิด (Arts of the contact zone)

แมรี หลุยส์ แพรทท์ (Mary Louise Pratt) อธิบายถึงพื้นที่ทางสังคมที่เมื่อวัฒนธรรมอันแตกต่างกัน มาปฏิสัมพันธ์ ประสาน และปะทะต่อผู้ซึ่งกันและกัน โดยที่สถานะสังคมนั้น ๆ อยู่ภายใต้สถานะที่ไม่เท่ากัน (Pratt, 1991) จนเกิดปรากฏการณ์ของ “โซนประชิด” หรือที่แพรทท์เรียกว่า Arts of the contact zone (Pratt, 1991; Tantuvanit, 2015)

ปรากฏการณ์ของ “โซนประชิต” คือ การมีวัฒนธรรมหนึ่งทีเหนือกว่าอีกวัฒนธรรมหนึ่ง เช่น วัฒนธรรมของผู้ปกครองกับผู้ใต้ปกครอง ภายใต้สภาวะของอาณานิคม สองวัฒนธรรมในพื้นที่ที่มีการต่อรองทางการเมือง หรือภาวะอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมศูนย์กลางอำนาจกับวัฒนธรรมบริเวณชายขอบ ทั้งนี้ เมื่อวัฒนธรรมแตกต่างกันมาปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแล้ว จะเกิดกระบวนการที่วัฒนธรรมรองมีแนวโน้มเกิดการปะทะ ต่อรอง หรืออาจต่อต้าน จนกระทั่งนำไปสู่ “การแปลงวัฒนธรรม” (transculturation) (Pratt, 1992) อันเกิดจากการดูดซับเปลี่ยนแปลง และตีความวัฒนธรรมที่เหนือกว่าตามวิถีของตนและเพื่อประโยชน์บางอย่างของตนเอง ซึ่งนั่นคือผลลัพธ์ที่ตามมาหลังจากเกิดปรากฏการณ์ของโซนประชิต

ในช่วงเวลาการก่อตัวของเศรษฐกิจระบบใหม่ แนวคิดเรื่องความเป็นสมัยใหม่ การเปิดรับวัฒนธรรมตะวันตก ไปจนกระทั่งการสร้างรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์สยาม อย่างน้อยเมื่อมีการลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริงเมื่อพุทธศักราช 2398 อย่างเป็นทางการแล้วนั้น (Bowring, 1857) ถือว่าเป็นสัญญาณสำคัญที่ยืนยันว่าดินแดนบริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปัจจุบันที่สยามเป็นส่วนหนึ่ง กำลังได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตก (Western cultures) ทั้งด้านการเมืองและสังคมวัฒนธรรมที่เข้ามาปฏิสัมพันธ์กับวัฒนธรรมดั้งเดิมหรือพื้นถิ่น (indigenous cultures) อย่างมีอวงเลียงได้ (Lieberman, 1990) โดยการรับอิทธิพลจากตะวันตกนี้นับว่าอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ไม่เท่ากันระหว่างประเทศมหาอำนาจที่เป็นเจ้าอาณานิคมกับสยามที่อาจเรียกว่ามีสภาวะกึ่งอาณานิคม ดังนั้น ปรากฏการณ์ของโซนประชิตจึงค่อย ๆ ก่อตัวขึ้นทีละน้อยในทุกมิติของการพัฒนาสังคมสยาม รวมถึงพื้นที่ของการพัฒนาเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกิดการปฏิสัมพันธ์ ปะทะ ยอมรับ หรือต่อรองระหว่างแนวคิดการแพทย์แผนดั้งเดิมกับการแพทย์ตามแบบแผนตะวันตก ซึ่งการอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

สังคม การเมือง และเศรษฐกิจ กับการแพทย์และสาธารณสุขของสยาม ระหว่างทศวรรษ 2430 ถึง พ.ศ. 2475 พร้อมกับวิเคราะห์ถึงอิทธิพลตะวันตก ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวคิดกับวิธีการแพทย์และการสาธารณสุขต่อ กลุ่มชนชั้นนำสยามอย่างละเอียด จะช่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ ทางการแพทย์ของสังคมสยาม และชี้ให้เห็นถึงลักษณะการต่อรองระหว่าง วัฒนธรรมการแพทย์แบบตะวันตกกับวัฒนธรรมการแพทย์ดั้งเดิมที่ถูกแทนที่ ส่วนใหญ่ แต่ก็ยังคงเหลือร่องรอยของความคิดแบบดั้งเดิมที่หลงเหลือปรากฏอยู่

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่มีการดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นทีละขั้น (stepwise approach) เริ่มจากการ รวบรวมงานวิจัย วิทยานิพนธ์ หรือหนังสือ ที่เป็นหลักฐานชั้นรอง (secondary sources) ใช้วิธีการสืบค้นแบบต่อเนื่อง (snowball search) คือการสืบค้นจากเอกสาร วรรณกรรม หรือบทความที่มีผู้เขียนเดียวกัน และดูรายการอ้างอิงของเอกสารที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาอย่างครบถ้วนมากที่สุด

ส่วนการค้นคว้าเอกสารประเภทหลักฐานชั้นต้น (primary sources) จะเน้นไปที่กลุ่มเอกสารในสมัยรัชกาลที่ 5 จนถึงก่อน พ.ศ. 2475 จากหอจดหมายเหตุแห่งชาติ หนังสือราชกิจจานุเบกษา เพื่อศึกษาคำสั่ง กฎหมาย หนังสือโต้ตอบระหว่างบุคคลหรือหน่วยงาน รวมถึงบันทึก เหตุการณ์ทางราชการเกี่ยวแก่การแพทย์และสาธารณสุขเป็นสำคัญ ซึ่งการวิเคราะห์หลักฐานจะใช้วิธีศึกษาวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (historical research method) ที่เน้นการวิพากษ์และตีความหลักฐานชั้นต้นมาประกอบ การศึกษา เพื่อเข้าถึงมุมมอง วิถีคิด และเส้นทางประวัติศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุขไทย

ผลการวิจัย

ความสำคัญของการแพทย์แบบตะวันตกในฐานะเครื่องมือ “เพิ่ม” ประชากร และ “ลด” โรคระบาด

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสังคมสยามนับตั้งแต่
ทศวรรษ 2430 หรือในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว
(พ.ศ. 2411 - 2453) นอกจากจะมองเห็นการก่อตัวของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์
เพื่อให้ผู้ปกครองที่กรุงเทพฯ เข้าถึงประชากรและทรัพยากรในพื้นที่หัวเมือง
ห่างพระเนตรพระภรณ์ได้โดยตรง ยังเห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างเศรษฐกิจ
สยามกับเศรษฐกิจระดับโลก (Kesboonchoo Mead, 2019) และเห็นถึงการ
สลายสถานะความเป็นไพร่ให้กลายเป็น “ประชากรหรือกำลังคน” ซึ่ง
กลายเป็นปัจจัยทางสังคมอันจำเป็นเร่งด่วนที่ช่วยให้รัฐมีแรงงานมากพอ
สำหรับการผลิตสินค้าตามที่ต้องการ (Praditsil, 1990; Susayanha,
2009) กำลังคนที่ถูกแปรสภาพเหล่านี้ได้กลายเป็นแรงงาน กองกำลังทหาร
และเป็นผู้จ่ายภาษีให้แก่รัฐภายใต้ระบบการปกครองใหม่ด้วย

เมื่อจำนวนประชากรกลายเป็นสิ่งค้ำยันสถานะและการดำรงอยู่ของ
รัฐนับตั้งแต่ทศวรรษ 2430 ความรู้ทางการแพทย์แบบสมัยใหม่จึงทวี
ความสำคัญตามมา ในฐานะที่เป็น “เครื่องมือ” ที่จะช่วย “เพิ่มจำนวน” และ
“ลดอัตราการตาย” ของประชากร ซึ่งเป็นทรัพยากรหลักที่รัฐต้องการในเวลานั้น

ความรู้ทางการแพทย์แบบสมัยใหม่ยังถูกพิสูจน์ว่าเป็นสิ่งจำเป็น
อย่างยิ่งต่อมิติสังคม เมื่อพบว่าสถานการณ์โดยรวมของสยามมักประสบกับ
ปัญหาเรื่องการขาดแคลนประชากรอยู่เสมอ (Praditsil, 1990) ดังเช่นในช่วง
พ.ศ. 2393 – 2444 สยามมีประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 1 ล้านคนเท่านั้น ทั้ง ๆ ที่
กินระยะเวลายาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ นับว่าเป็นอัตราการเพิ่มของประชากร
ที่ต่ำมาก (Kaweewongprasert, 1985) ขณะที่การควบคุมหัวเมืองเพื่อให้
ประชากรทั้งในปริมนทลและส่วนภูมิภาคกลายเป็นส่วนหนึ่งของกรุงเทพฯ

ยังคงเป็นกระบวนการที่ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้ในเวลาอันสั้น ความต้องการต่อจำนวนประชากรจึงเป็นปัจจัยที่เร่งกระบวนการก่อตัวของการแพทย์แบบสมัยใหม่และระบบสาธารณสุขแบบตะวันตก ที่ใช้เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์เพื่อลดการตาย เพิ่มจำนวนคน และทำให้ร่างกายเป็นพลังสำคัญในการสร้างชาติและรัฐ (Praditsil, 1990; Puaksom, 2009) ซึ่งเวลานั้นการแสวงหาวิธีการหยุดยั้งโรคระบาดคือหัวใจสำคัญที่จะบรรลุลวัตถุประสงค์ตามที่กล่าวมาทั้งหมด

แม้ว่าโรคระบาดจะอยู่คู่สังคมดั้งเดิมมาอย่างช้านาน แต่ผลสืบเนื่องจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้คนต่างแดน การเดินทางโยกย้ายข้ามทวีป และการขยายตัวทางการค้าอย่างรวดเร็วอย่างน้อยตั้งแต่ทศวรรษ 2360 ทำให้พบการระบาดของโรคบางชนิดที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในสังคมสยาม การระบาดของโรคยังกระจายอย่างรวดเร็วและขยายไปในพื้นที่ที่ห่างไกลมากขึ้น ความรุนแรงของโรคทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ดังนั้น การแก้ปัญหาโรคระบาดจึงเป็นการบรรเทาปัญหาการขาดแคลนประชากรของรัฐไปในตัว

การระบาดของโรคดังเช่นอหิวาตกโรค ที่มักเรียกว่าโรคป่วงใหญ่หรือโรคลงราก (cholera) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียส่งผลให้มีอาการท้องร่วงและอาเจียนรุนแรง ตามมาด้วยอาการขาดน้ำและเสียชีวิต อหิวาตกโรคถือเป็นโรคที่มีมาช้านาน มักระบาดเป็นประจำในบริเวณประเทศอินเดียปัจจุบันและอนุทวีปเอเชียใต้ แต่ไม่เคยระบาดออกนอกพื้นที่ ทว่า การเดินทางติดต่อด้านค้าขายที่สะดวกรวดเร็วทำให้เกิดการระบาดไปยังนอกพื้นที่ การระบาดของอหิวาตกโรคครั้งแรกในสยามจึงเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการระบาดในที่อื่นทั่วโลก (*Chronicles of Yonok* (National Library Version), 1961; Pollitzer, Swaroop & Burrows, 1959) ดังที่บันทึกไว้ว่า “อหิวาตกโรคในแบบที่รุนแรงปรากฏขึ้นตามชายฝั่งจากกัลกัตตาถึงมัทราสและซีลอน ในช่วงหลังจาก พ.ศ. 2362 โรคระบาดได้กระจายในพม่า และ พ.ศ. 2363 ในสยาม ซึ่งถูกโรคอหิวาตกโรคทำลายอย่างยับเยิน...” (Macnamara, 1892)

การระบาดครั้งนี้ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตในพระนครและพื้นที่ใกล้เคียงกว่า 30,000 คน จากนั้นการระบาดรุนแรงยังตามมาอีกสามระลอกใหญ่คือใน พ.ศ. 2392 มีการระบาดติดต่อกันนานกว่า 7 เดือน และมีผู้เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 40,000 คน จากนั้น พ.ศ. 2416 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 6,660 คน และระบาดอีกครั้งใน พ.ศ. 2424 (Kaweewongprasert, 1985) ครั้งหลังสุดนี้ส่งผลรุนแรงจนทำให้รัฐจำเป็นต้องจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวขึ้นจำนวน 48 แห่งทั่วกรุงเทพฯ เพื่อรักษาผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ จึงมักถือกันว่าการระบาดของอหิวาตกโรคเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปกครองสยามหันมาสนใจบำรุงกิจการสาธารณสุขและนำไปสู่การก่อตั้งโรงพยาบาลถาวรของรัฐแห่งแรกใน พ.ศ. 2431 (Anuphongphat et al., 2013)

นอกจากอหิวาตกโรคแล้ว ยังมีไข้ทรพิษ (smallpox) และกาฬโรค (plague or black death) ที่ถือว่าเป็นสามโรคสำคัญที่สยามต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงอยู่เสมอ (Muksong, 2018) สำหรับไข้ทรพิษหรือชาวบ้านในภาคกลางเรียกกันว่า “ฝีดาษ” ดร.แดน บีช แบรดลีย์ (Dan Beach Bradley) ได้กล่าวถึงการระบาดของโรคไว้ว่า “ระบาดในหมู่ประชาชนชาวสยามเป็นเวลาสามสี่เดือนทุก ๆ ปีไม่มีเว้น...แทบจะเป็นไปไม่ได้ที่มีครอบครัวได้อยู่ที่นี้เป็นหลายปีโดยไม่เคยมีโรคฝีดาษมาเยี่ยมเยือน...ชาวเมืองจำนวนมากอดเหลือเียวบางลงเพราะถูกโรคนี้ทำลายล้าง” (Bradley, 1986) ฝีดาษเป็นอีกโรคหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการหนาวสั่น เป็นไข้ และเกิดตุ่มพองเม็ดเล็กขึ้นตามตัว ชาวเมืองแขนเสีย ขาลีบ ตาบอด เป็นฝีในอกในท้องจำนวนมาก รอดบ้างตายบ้าง จึงเป็นที่มาของการเริ่มปลูกฝีหรือให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคและลดอัตราการตายลง (Bradley, 1855; The Editor of the Boston Medical and Surgical Journal, 1839; “Smallpox and Vaccination in Siam,” 1915)

ส่วนกาฬโรคหรือโรคห่าในบริเวณประเทศไทยปัจจุบันเกิดขึ้นมาอย่างน้อยตั้งแต่สมัยอยุธยาตอนต้น (ประมาณ พ.ศ. 1893) ตรงกับช่วงเวลาที่บริเวณยุโรปมีการระบาดอยู่ และจะปรากฏการระบาดในสยามครั้งใหญ่อีกครั้งเมื่อเข้าสู่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2437) อันมีจุดเริ่มต้นของโรคมาจากจีนและเกาะฮ่องกง ถึงขนาดมีการตั้งด่านกักกัน (quarantine) ที่เกาะไผ่ใกล้ปากแม่น้ำเจ้าพระยาเพื่อกั้นโรค (Department of Fine Arts, 2019; Pollitzer, 1951) จากนั้นการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวในบริเวณสยามยังเกิดขึ้นซ้ำเป็นระยะ ๆ ยาวนานกว่า 40 ปีต่อมา (Puaksom, 2007; “Siam: Report from Bangkok. History of Plague Outbreak,” 1905) อหิวาตกโรค ไช้ทรพิษ และกาฬโรค เป็นสามโรคระบาดสำคัญที่นำไปสู่ของการเสียชีวิต อันส่งผลให้จำนวนประชากร ไม่ขยายตัวนับตั้งแต่สมัยรัตนโกสินทร์ตอนต้นมา

ดังนั้น ภาพรวมก่อนทศวรรษ 2430 ที่จะมีการพัฒนางานด้านสาธารณสุขตามวิถีตะวันตก นอกจากการแก้ไขปัญหาและการเยียวยาผู้ป่วยจากโรคระบาดที่เป็นภัยร้ายแรงเฉพาะหน้าแล้ว “การดูแลสุขภาพ” หรือ “การรักษาความป่วยไข้” แก่ราษฎรยัง “ไม่ถึงเป็นหน้าที่โดยตรงของรัฐ” การจัดการโรคระบาดจึงเป็นภารกิจด้านสุขภาพอนามัยหนึ่งเดียวของรัฐเท่านั้น ทำให้เป็นการทำงานเพื่อรับมือกับกรณีคับขัน เฉพาะหน้า และไม่มีระบบที่แน่นอน จนกระทั่งทศวรรษ 2430 เป็นต้นมา จึงเริ่มเกิดการก่อตัวขึ้นของแนวคิดด้านบริการสุขภาพแบบสมัยใหม่ แม้ว่าส่วนหนึ่งเป็นเพราะสยามเพิ่งผ่านช่วงเวลาของการสูญเสียในการระบาดของอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2424 แต่กระนั้น จุดเปลี่ยนแปลงสำคัญของระบบการแพทย์และการสาธารณสุขแบบใหม่ของรัฐสยามจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากขาด “องค์ความรู้ทางการแพทย์จากตะวันตก”

การเปิดรับองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกของชนชั้นนำสยามกับ บทบาทมิชชันนารี

มิชชันนารีจากประเทศตะวันตกถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ชักนำความรู้และบริการทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาในสยามโดยเฉพาะมาสู่กลุ่มชนชั้นนำสยาม แม้ว่าการเผยแผ่ศาสนาและการศึกษาคือเป้าหมายใหญ่ของมิชชันนารี แต่อีกหนึ่งภารกิจสำคัญคือทำให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนผู้ได้รับความเจ็บป่วย งานรักษาพยาบาลจึงมีฐานะเป็นภารกิจหลักในการแสวงบุญของมิชชันนารีตามท้องถิ่นทุรกันดารทั่วโลกรวมถึงสยาม ดังที่เจคอบ ทอมลิน (Jacob Tomlin) หนึ่งในมิชชันนารีนิกายโปรเตสแตนต์กลุ่มแรกที่เดินทางมายังกรุงเทพฯ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2371 สมัยแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) บันทึกไว้ว่า “พรของพระเจ้าอยู่กับการทำงานอันอ่อนน้อมของเราในแผนการแพทย์ด้วยเป็นเวลาหลายเดือนที่ห้องนี้แออัดทุกวันด้วยกลุ่มคนป่วยที่ไร้เรี่ยวแรงนำเวทนา... ด้วยพลังและความดีงามของแพทย์ได้แสดงสัญญาณต่อคนนอกศาสนาที่น่าเวทนาเหล่านี้... ผู้ชนจำนวนมากได้รับการฟื้นฟูจากโรคร้ายแรงในเวลาไม่กี่วัน” (Tomlin, 1831)

ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อจูงใจผู้คนให้เข้ารับนับถือศาสนาคริสต์ผ่านการให้หนังสือ ยารักษาโรค และบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วย ทำให้มีกลุ่มเล็ก ๆ เริ่มรู้จักและยอมรับต่อวิธีการของการแพทย์ตะวันตกโดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นนำสยาม วิธีการส่วนใหญ่มักเริ่มจากได้รับอนุญาตให้รักษาชาวบ้านทั่วไปหรือไพร่พล (เชลย ทาส) ก่อน เมื่อเห็นว่ารักษาหายจึงจะมีโอกาสได้รักษาคณะชั้นสูงขึ้นไป (The Historical Account of Part 31, 1950) นับตั้งแต่มิชชันนารีคณะแรกเดินทางเข้ามาในสยามจนกระทั่งสิ้นแผ่นดินพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2394-2411) รวมแล้วกว่า 40 ปีที่ผ่านมาพบว่ามิชชันนารีเข้ามาในสยามจำนวน 86 คน ทั้งหมดนี้นับเป็นแพทย์จำนวน 6 คน (Kaweewongprasert, 1985) เมื่อกลุ่มชนชั้นนำสยาม

ได้เรียนรู้กระบวนการรักษาตามตะวันตกที่ละน้อยจากมิชชันนารีเหล่านี้ ทำให้เริ่มเปิดรับและวิธีการแพทย์แบบใหม่จึงค่อย ๆ ซึมซับสู่สังคมด้วย

แพทย์มิชชันนารีสองคนสำคัญที่มีบทบาทต่อการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมสยาม แน่นนอนว่าคนแรกต้องกล่าวถึง นายแพทย์แดน บีช แบรดลีย์ หมอบริดเลย์นับเป็นมิชชันนารีคนแรกที่ 3 มาถึงสยามเมื่อ พ.ศ. 2378 หลังเข้ามาได้ไม่นานนักก็ได้ตั้งโรงเพื่อรักษาโรคและแจกยาฟรีแก่ประชาชน (Gherunpong et al., 1982) สามปีต่อมาจึงเกิดใช้ ทรพิษระบาดในกรุงเทพฯ (พ.ศ. 2381) หมอบริดเลย์กลายเป็นผู้เริ่มการปลูก ทรพิษเพื่อป้องกันโรคและพัฒนาเป็นการปลูกฝิ่นในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ริเริ่มการผ่าตัดด้วยวิธีการทางการแพทย์แบบตะวันตกเป็นครั้งแรกใน สยาม (Anuphongphat et al., 2013) หมอบริดเลย์ได้พิมพ์หนังสือที่มีชื่อว่า “หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder” ระหว่าง พ.ศ. 2387-2388 ซึ่งเป็นเสมือนเวทีแนะนำความรู้เรื่องการแพทย์แผนตะวันตกในสยาม ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องการทำน้ำยาล้างแผล การรักษาแผลสด การปลูกฝิ่นป้องกันไข้ ทรพิษ การรักษาไข้จับสั่น การกำเนิดของยาควินิน การทำงานของหัวใจ ปอด และเส้นโลหิต รวมทั้งความรู้ทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่ถือว่าเป็นองค์ ความรู้ที่ก้าวหน้ามากสำหรับสังคมไทยในขณะนั้น (Puaksom, 2018)

ความสามารถทางการแพทย์ของบริดเลย์ทำให้ความรู้การแพทย์ แผนตะวันตกเริ่มเป็นที่รู้จักและได้รับความนิยม โดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นสูงใน กรุงเทพฯ มีชนชั้นนำหลายคนเชิญหมอบริดเลย์ไปรักษาที่บ้านหรือในวัง อย่างเช่นกรณีของพระราชชนนีของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (ขณะที่พระองค์ยังคงเป็นพระภิกษุอยู่) กับพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้า เจ้าอยู่หัว (Sawasdee, 1988) ซึ่งทั้งสองพระองค์ถือเป็นตัวอย่างชนชั้นนำ สยามที่เปิดรับและสนใจในความรู้แบบตะวันตกหลากหลายด้านรวมถึงด้าน การแพทย์ด้วย

ขณะที่นายแพทย์ซามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House) เป็นอีกหนึ่งมิชชันนารีคนสำคัญที่เข้ามายังกรุงเทพฯ หลังหมอบรัดเลย์ ประมาณ 12 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกเริ่มลงหลักปักฐานในหมู่ชนชั้นนำของกรุงเทพฯ แล้ว และข่าวการมาของ “หมอฝรั่ง” คนใหม่ก็ได้สร้างความสนใจและมีผู้คนไปขอรับการรักษากันอย่างไม่ยอมรอ หมอเฮาส์ได้เปิดคลินิกในเรือนแพขนาดเล็กหน้าสำนักงานมิชชันนารีซึ่งเป็นที่ทำการเดิมของหมอบรัดเลย์ (Charulaksananan & Werawatkanon, 2011) ตอนนั้นคนไข้มักเจ็บป่วยเนื่องจากการทะเลาะวิวาทหรือการเป็นแผลเรื้อรัง หมอเฮาส์จึงตัดสินใจนำเอายาระงับความรู้สึกด้วยอีเทอร์ (ether) เข้ามาใช้ในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกกับคนไข้หญิงสูงอายุวัย 84 ปี (ประมาณ พ.ศ. 2391) ซึ่งผลการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงและเป็นที่น่าพอใจ ด้วยเหตุนี้ หมอเฮาส์หรือ “หมอเทา” ตามที่ชาวบ้านเรียกจึงกลายเป็นหมอฝรั่งที่มีชื่อเสียงคนหนึ่งในยุคนั้น

หมอเฮาส์ยังมักจัดปาฐกถาและการทดลองในเรื่องสรีรวิทยา ดาราศาสตร์ วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ซึ่งได้รับความสนใจจากชาวบ้านและชนชั้นสูงในราชสำนักจนมีการเชิญให้ไปแสดงการทดลองในวัง ด้วยกิจกรรมเหล่านี้เองทำให้หมอเฮาส์เป็นหมอฝรั่งที่มีความสัมพันธ์อันดีกับขุนนางเจ้านาย และราชสำนักตั้งแต่ปลายรัชกาลที่ 3 มาจนรัชกาลที่ 5 เนื่องด้วยความสนใจที่มีร่วมกันในเรื่องความรู้สมัยใหม่จากโลกตะวันตก เช่น วิทยาศาสตร์ ดาราศาสตร์ รวมถึงการแพทย์ (Unhanandana, n.d.) ดังเช่นที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว มักเรียกหาหมอเฮาส์เพื่อชักชวนมาสนทนาเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์อยู่เสมอและเฮาส์ยังได้ทำหน้าที่ล่ามให้แก่พระองค์ในการตกลงสนธิสัญญาเบาว์ริงด้วย (Kiehl et al., 2009) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าชนชั้นนำสยามเริ่มยอมรับความเหนือกว่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และองค์ความรู้ของตะวันตกอย่างชัดเจน

การที่มีขงชนนารีมีส่วนช่วยชีวิตคนจำนวนไม่น้อยจากการระบาดของไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค ทำให้บทบาทของมิชชันนารีกับงานด้านการแพทย์เริ่มขยายตัวทั้งในเขตพระนครและออกไปยังส่วนภูมิภาค ดังเช่นที่ปรากฏว่าระหว่าง พ.ศ. 2404 - 2454 คณะมิชชันนารีได้ขยายงานด้านการแพทย์ออกไปนอกกรุงเทพฯ หลายจังหวัด ซึ่งเพชรบุรีเป็นพื้นที่แรกที่มีการจัดตั้งโรงพยาบาลของมิชชันนารีขึ้น เนื่องจากเดิมเป็นพื้นที่ที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวอนุญาตให้คณะมิชชันนารีนิวยอร์กโปรเตสแตนต์อยู่อาศัย เผยแผ่ศาสนา ตั้งโรงเรียน และรักษาชาวบ้านด้วยวิทยาการแพทย์สมัยใหม่ (Feltus, 1924) ต่อมาจึงตั้งเป็นโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2423 โดยนายแพทย์ อี.เอ.สเตอร์จ (E.A. Sturge) ก่อนที่จะล้มป่วยและตัดสินใจเดินทางกลับสหรัฐอเมริกาไป (Board of Foreign Missions, 1884; Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2022) จึงถือได้ว่าโรงพยาบาลที่เพชรบุรีได้เกิดขึ้นก่อนที่จะมีโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรกใน พ.ศ. 2431 เสียอีก (เปิดทำการก่อนโรงศิริราชพยาบาล 8 ปี) (Wells, 1958)

หลังจากนั้นการรักษาของมิชชันนารีได้ขยายไปสู่พื้นที่อื่น ๆ มากขึ้น โดยที่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองสยามให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้ ดังเช่นในพื้นที่เชียงใหม่ประมาณ พ.ศ. 2429 คณะกรรมการกลางเพลสโบทีเรียนสหรัฐอเมริกา (Board of Foreign Missions) ได้อนุมัติเงิน 10,000 เหรียญสหรัฐมาสร้างโรงพยาบาล (Camp, Thongsawat & Suttilagana, 2007) แต่ทว่าจำนวนเงินยังคงไม่เพียงพอที่จะสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ทั้งหมด คณะมิชชันนารีในเชียงใหม่จึงปรับปรุงสถานที่จำหน่ายยาเดิมให้กลายเป็นโรงพยาบาลและให้ชื่อว่า “โรงพยาบาลอเมริกันมิชชัน” ตั้งอยู่ทางตะวันตกของแม่น้ำปิง ได้เปิดทำการใน พ.ศ. 2431 (หลังจากมีโรงศิริราชพยาบาลแล้ว) เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยและทำการผ่าตัด ปีต่อมา นายแพทย์เจมส์ ดับบลิวแมคเคน (Dr. James W. McKean) เข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล จึงได้ต่อเติมเพื่อสร้างห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สำหรับผลิตวัคซีนไข

ทรพิช โดยได้รับเงินอุดหนุนจากมิสซิสไซรัส เอช แมคคอร์มิก (Mrs. Cyrus H. McCormick) (McCormick Hospital, 2022) กระทั่งใน พ.ศ. 2463 ได้ย้ายจากที่ดินริมแม่น้ำปิงไปสร้างที่ใหม่จนกลายเป็นโรงพยาบาลแมคคอร์มิกในปัจจุบัน พร้อมกับได้รับเงินอุดหนุนโรงพยาบาลบางส่วนจากเจ้าแก้วนารัฐและพระราชชายาเจ้าดารารัศมีด้วย

นอกจากโรงพยาบาลที่เพชรบุรีและเชียงใหม่แล้ว มิชชันนารียังช่วยขยายงานรักษาออกไปยังพื้นที่อื่น ๆ เช่น ลำปาง ลำพูน ราชบุรี แพร่ น่าน เชียงราย พิชณุโลก นครศรีธรรมราช และตรัง ด้วยเหตุนี้ งานรักษาพยาบาลของมิชชันนารีกลายเป็นงานที่ประสบผลสำเร็จยิ่งกว่างานการเผยแพร่งานศาสนา (Kaweewongprasert, 1985) การขยายตัวข้างต้นถือเป็นการเปลี่ยนแปลงธรรมเนียมการรักษาผู้ป่วยในสังคมสยามด้วย จากเดิมหมอจะต้องเดินทางไปรักษาผู้ป่วยที่บ้าน เปลี่ยนมาเป็นที่ผู้ป่วยเดินทางไปพบหมอเองตามสถานพยาบาลขนาดย่อม ซึ่งการอนุญาตให้มิชชันนารีปฏิบัติการกิจในพื้นที่ทั้งในเมืองและหัวเมืองต่าง ๆ นับว่าเป็นอิทธิพลสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองสยามสนใจต่อแนวคิดและวิธีการสร้างสถานพยาบาลตามอย่างตะวันตกขึ้นในเวลาต่อมา และมองว่าการสร้างโรงพยาบาลเอาอย่างตะวันตกจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยเร่งสร้างความเจริญแก่บ้านเมืองและบำรุงสุขให้แก่ประชาชน ดังที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวกล่าวเมื่อมีพระประสงค์ให้สร้างโรงศิริราชพยาบาลว่า “การทำแต่เล็กน้อยนี้เพราะมีประสงค์ที่จะให้แล้วโดยเร็ว การต่อไปก็ได้วางแผนไว้ที่จะทำให้เป็นใหญ่โต ภูมิความสุขสบายแก่คนที่มาอยู่ได้ เมื่อเห็นการว่าจะเจริญขึ้นเพียงใด ก็ขยายที่ทางนั้นให้เจริญขึ้นทุกที่” (The Royal Thai Government Gazette, 1887a) ซึ่งเห็นได้ว่าการแพทย์และสาธารณสุขค่อย ๆ ทวีความสำคัญต่อมิตติการเมือง ความมั่นคงของรัฐ และสังคมของสยามมากขึ้น

นอกจากนี้ ประสบการณ์ของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) ที่ได้ทอดพระเนตรโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยและโรงพยาบาลรักษาคคนเสียจริตแบบตะวันตกที่จัดตั้งขึ้นในสิงคโปร์ระหว่างการเสด็จประพาสต่างประเทศครั้งแรกของพระองค์ใน พ.ศ. 2429 (King Chulalongkorn, 1925) ได้นำไปสู่การจัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกของสยามขึ้นนั้น ยังเป็นตัวอย่างสำคัญที่ช่วยอธิบายว่าการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับการเมืองอย่างสำคัญ เพราะการเร่งพัฒนาการแพทย์ตามอย่างตะวันตกถือเป็นสิ่งแสดงสถานะของควมมีอารยะของสยามด้วย ทำให้ในปีเดียวกันนี้เอง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ มีคำสั่ง “ว่าด้วยกอมิติผู้จัดการโรงพยาบาล” เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในการก่อตั้ง “โรงพยาบาลวังหน้า” หรือ “โรงพยาบาลใหญ่วังหลัง” และยังเรียกกันอีกชื่อหนึ่งว่า “ศิริราชพยาบาล” ทำหน้าที่จัดการเรื่องการรักษาคนป่วยไข้ จัดทำให้เป็นทานแก่อณาประชาราษฎร์ และรักษาให้ทั่วถึงกันโดยไม่เลือกหน้าว่าเป็นผู้ใด (The Royal Thai Government Gazette, 1887b) แรกเริ่มมีมติให้ตั้งโรงพยาบาลขึ้นหนึ่งแห่งก่อน หากมีประโยชน์ค่อยขยายกิจการภายหลัง

โรงพยาบาลวังหน้า: “ก้าวแรก” ของสถานบริการสาธารณสุขแบบตะวันตกกับการผนวกแนวคิดดั้งเดิมเรื่องการกุศล

ประวัติศาสตร์การแพทย์และงานสาธารณสุขของสยามในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2431 – 2449 พบว่ารัฐได้มุ่งมั่นอย่างมากต่อการจัดตั้งโรงพยาบาลในเขตพระนครเป็นหลัก โดยความมุ่งมั่นของรัฐในการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตก สะท้อนออกมาอย่างชัดเจนจากการเร่งสร้างโรงพยาบาล ทั้ง ๆ ที่เป็นกิจการที่ต้องอาศัยเงินบำรุง และการเสียสละทรัพย์จำนวนมาก โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ปกครองและชนชั้นนำของสังคมสยาม (The National Archives of Thailand, 1903)

รวมถึงการขอแรงสนับสนุนจากกลุ่มพ่อค้าคหบดี และชาวต่างประเทศที่พ้อมีกำลังทรัพย์หรือสิ่งของเป็นสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ การแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตกถูกต่อรองและผสมเข้ากับฐานความเชื่อแบบพุทธศาสนาเรื่องการกุศลผลบุญอย่างน่าสนใจ การนำความเชื่อตามหลักพุทธศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องกับกิจการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสองประการสำคัญด้วยกัน ประการแรก ฐานความเชื่อเรื่องการกุศลช่วยให้รัฐสามารถระดมทุนและจัดหางบประมาณที่เพียงพอสำหรับตั้งสถานบริการสาธารณสุขในยุคแรกได้ ประการถัดมาคือความเชื่อเรื่องบุญกุศลหรือการสงเคราะห์มีส่วนช่วยขยายองค์ความรู้และดึงดูดความสนใจต่อการแพทย์แผนตะวันตกให้เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในสังคมสยาม โดยเฉพาะการเริ่มสร้างความรู้สึกรักนึกคิดในกลุ่มผู้ปกครอง ข้าราชการ คหบดี ในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นกลุ่มแรก ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะปฏิสัมพันธ์ และถ่ายทอดความรู้ต่อการแพทย์สมัยใหม่กับชาวบ้านในพื้นที่นั้น ๆ อีกทีหนึ่ง ดังปรากฏว่าการสร้างโรงพยาบาล โอสถศาลา ศาลาพยาบาล มักเป็นการเรียกรายเงินหรือสิ่งของบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธาทั้งสิ้น พื้นที่โรงพยาบาลแบบตะวันตกจึงนับว่าเป็นสถานที่ทำบุญแห่งหนึ่ง (Rajanubhab, 1958) หรือเรียกได้ว่ากลายเป็นพื้นที่รวมตัวของผู้ใจบุญ ตามที่เอกสารบอกเปิดโรงพยาบาลวังหน้า โรงพยาบาลรัฐแห่งแรกของสยามระบุไว้ว่า “โรงพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งในพระราชกุศล ทรงสละพระราชทรัพย์ให้ตั้งขึ้นเพนทานในการรักษาโรคแลป้องกันความทุกข์ยากของชนทั้งหลาย...มิให้หมอกฤคนพยาบาล เรียกว่าค่ารักษาแก่คนไข้เลยเพนอันขาด ยกไว้แต่ผู้มีสิทธิ์ทษาใน ส่วนพระราชกุศลอันนี้” (The Royal Thai Government Gazette, 1888)

ซึ่งการสร้างโรงพยาบาลแห่งแรกก็ได้สะท้อนความเชื่อต่อรากฐานแนวคิดเรื่อง บุญกุศลและการสงเคราะห์ในบรรดากลุ่มชนชั้นนำ สยาม ข้าราชการ และ พ่อค้าคหบดีอย่างชัดเจน ดังเช่นพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ได้โปรด ให้หรือโรงเรียน ไม้ และเครื่องใช้ต่าง ๆ จากงานพระเมรุของสมเด็จพระเจ้าลูก ยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ ไปประกอบร่างเป็นโรงพยาบาลวังหน้า พร้อมกับพระราชทานเงินจำนวน 200 ชั่งเศษ หรือประมาณ 16,000 บาท (1 ชั่ง ประมาณ 80 บาท) การก่อสร้างเริ่มจากการสร้างเรือนคนไข้ ประกอบด้วยเรือนใหญ่ 3 หลังและเรือนเล็ก 3 หลัง ไว้สำหรับดูแลคนไข้ หมออยู่อาศัยและเก็บเครื่องยา (The Royal Thai Government Gazette, 1887a) หลังการก่อสร้างไปแล้ว 2 เดือนจึงได้เงินสมทบเพิ่มเติมจากเงินมรดก ของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ที่สิ้นพระชนม์ด้วย โรคบิดจำนวน 700 ชั่ง (56,000 บาท) โดยเงินส่วนนี้ได้นำมาทำตึกสำหรับ สอนวิชาแพทย์ (The Royal Thai Government Gazette, 1887a) จากนั้น ได้เงินสมทบอีก 30 ชั่ง (2,400 บาท) จากทรัพย์สินบริจาคของพระองค์เจ้า เสาวภาคนารีรัตน์ผสมกับการสมทบเพิ่มเติมจากพระบาทสมเด็จพระ จุลจอมเกล้าฯ ต่อมาได้รับอีก 10 ชั่ง (800 บาท) จากชาวอังกฤษในสยาม ทำให้สามารถสร้างเรือนเล็กเพิ่มอีก 2 หลัง หลังแรกให้ชื่อว่า “ตึกเสาวภาค” สร้างเป็นที่อยู่คนไข้พิเศษ อีกหลังหนึ่งที่ได้รับเงินบริจาคจากชาวอังกฤษให้ชื่อ ไว้ว่า “วิกตอเรียวอร์ด” (Victoria Ward/Building) ตามจุดมุ่งหมายของ ผู้บริจาคที่ต้องการให้เป็นที่ระลึกในวาระที่สมเด็จพระราชินีนาถวิกตอเรีย ครองราชสมบัติครบ 50 ปี ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาลวังหน้าหรือศิริราชพยาบาล จึงสร้างเสร็จและเปิดทำการในวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และถือเป็น สัญลักษณ์สำคัญของการเริ่มเปลี่ยนแปลงวิธีการแพทย์และสาธารณสุขให้ เป็นแบบสมัยใหม่ในสังคมสยามหรือประเทศไทยมาจนปัจจุบัน และ ขณะเดียวกันได้สอดประสานแนวคิดเรื่องการกุศลตามหลักคิดแบบพุทธ ศาสนาที่เข้าไปต่อรองในพื้นที่ของความเชื่อที่มีต่อการแพทย์และสาธารณสุข แบบตะวันตกด้วย

เมื่อเกิดเป็นโรงศิริราชขึ้นแล้ว ต่อมาได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลเพิ่มอีกหลายแห่งในบริเวณพื้นที่ศูนย์กลางของรัฐอย่างกรุงเทพฯ และปริมณฑล (เขตพระนครและธนบุรี) ที่ยังคงอาศัยหลักคิดเรื่องกุศลผลบุญเพื่อส่งเสริมภารกิจด้านการแพทย์แบบตะวันตก ดังเห็นได้จากการขยายตัวของโรงพยาบาลจัดตั้งในยุคนั้น เช่นการตั้ง “โรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย” ที่ก่อตั้งใน พ.ศ. 2431 ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นบูรพาพยาบาล เพราะตั้งอยู่ใกล้กับวังบูรพาภิรมย์ (Anuphongphat et al., 2013) จากนั้นมีการก่อตั้งโรงพยาบาลรัฐใกล้วัดเทพศิรินทราวาสที่ต่อมารู้จักในชื่อ “เทพศิรินทร์พยาบาล” ขึ้นเป็นแห่งที่สามใน พ.ศ. 2432 ใช้เป็นที่สำหรับแจกจ่ายยาไทยยาฝรั่ง มีหมอและพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วย (The Royal Thai Government Gazette, 1889) ในปีเดียวกันยังมี “บางรักพยาบาล” หรือโรงพยาบาลหมอเฮสต์ ซึ่งรัชกาล 5 อนุญาตให้โทมัส เฮয়ারด์ เฮสต์ (Thomas Heyward Hays) ใช้บ้านหลวงที่ปากถนนสีลมต่อกับถนนเจริญกรุงสำหรับจัดตั้งโรงพยาบาลและให้หมอเฮสต์เป็นผู้จัดการเพื่อให้บริการรักษาชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในย่านสีลม เจริญกรุง บางรัก และสี่พระยา ต่อมาได้โอนเข้าเป็นของกรมพยาบาลในปี 2434 จนกระทั่งภายหลังได้กลายเป็นโรงพยาบาลเลิดสินในปัจจุบัน (Lerd Sin Hospital, 2022) ตามมาด้วย “โรงพยาบาลสามเสน” ที่ก่อตั้งในปีเดียวกันโดยโอนอุปกรณ์เครื่องใช้มาจากโรงพยาบาลเทพศิรินทร์ และภายหลังจะถูกยุบรวมกับวชิรพยาบาลใน พ.ศ. 2455 (Anuphongphat et al., 2013) ขณะที่โรงพยาบาลรัฐสำหรับรักษาโรคเฉพาะทางแห่งแรกได้ก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2432 เช่นกัน คือ “โรงพยาบาลคนเสียจริต” ตั้งอยู่ใกล้ป้อมป้องปัจจามิตร และต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่ยาย และยังมีที่ตั้ง “โรงพยาบาลหญิงหาเงิน” ใน พ.ศ. 2440 แต่ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลกลางใน พ.ศ. 2458 (Klang Hospital, (2022) สำหรับรักษาหญิงโสเภณี ตามพระปณิธานของสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรีเพื่อเป็นการป้องกันโรคภัยและรักษาความสะอาดของบ้านเมือง (Chuengsatiansup & Anuphongphat, 2018) ในปีเดียวกันนี้เอง (พ.ศ. 2440) ได้มีการเสนอขอตั้ง

บ้านพยาบาลหรือโรงพยาบาลบางกอกเนิร์สซิงโฮม (BNH) เพื่อรักษาชาวต่างชาติโดยไม่หวังกำไร โดยมาจากการระดมทุนของชุมชนชาวอังกฤษพร้อมกันนั้นพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวยังสมทบทุน 960 บาทช่วงแรกตั้งและให้อุดหนุนเดือนละ 80 บาท ซึ่งการก่อตั้งโรงพยาบาลทั้งหมดล้วนแล้วแต่ได้รับการสนับสนุนจากการบริจาคของพระบรมวงศานุวงศ์และเจ้านายทั้งชายและหญิงอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ การให้บริการของโรงพยาบาลในช่วงแรกยังมีทั้งแพทย์แผนโบราณและแพทย์ตะวันตกผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามที่ได้บันทึกไว้ว่า “โรงพยาบาล [เช่นโรตทิงแฮมโรงพยาบาลและโรงพยาบาลริมป้อมมหาไชย] จะรับรักษาโรคทุกอย่างไม่ว่าโรคอันใด การรักษานั้นถ้าจะชอบยาไทยก็ใช้ยาไทย ถ้าชอบยาอย่างหมอฝรั่งก็มีใช้ได้ตามปรารถนา” (Royal Thai Government Gazette, 1888) ซึ่งผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหล่านี้เป็นชนชาติใดพูดภาษาใดก็ได้ เมื่อเข้ามาอยู่โรงพยาบาลจะจัดอาหารให้ครบ 3 มื้อ มีที่หลับนอนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและการอาศัยแบ่งแยกหญิงกับชายออกจากกัน การให้บริการรักษาในเวลานั้นมีตั้งแต่การคลอดบุตร ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ ดูแลคนที่เป็นโรคเรื้อรังและการตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไปที่เพียงแต่มารับยาและกลับบ้าน (Royal Thai Government Gazette, 1888) โดยกลุ่มหลังนี้นับรวมถึงการตรวจชาวบ้านที่มีอาการทางจิตหรือเสียจริตด้วย เมื่อมีผู้มารักษาอาการทางจิตมากขึ้นจึงเป็นที่มาของการตั้งโรงพยาบาลสำหรับผู้เสียจริตโดยเฉพาะ ส่วนบริการผ่าตัดจะมีเพียงที่โรตทิงแฮมพยาบาลและโรงพยาบาลบางรักของหมอเฮลส์เท่านั้น

อีกบริการสาธารณสุขที่ควรกล่าวถึงในยุคนี้คือ “สภาอุณาโลมแดง แห่งชาติสยาม” เกิดขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. 2436 ตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือด้าน สาธารณสุขแก่ทหารที่ปฏิบัติหน้าที่ในวิกฤติ รศ. 112 อันเป็นความขัดแย้งว่า ด้วยเรื่องเขตแดนด้านแม่น้ำโขงระหว่างสยามและฝรั่งเศส แรกเริ่มก่อตั้งพระ จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานเงินพระคลังข้างที่ให้จำนวน 80,000 บาท โดยผู้ที่ดำเนินการสภาการกุศลนี้ล้วนเป็นสตรีชั้นสูงที่เป็นเจ้านายฝ่ายใน หรือภรรยาข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ทั้งสิ้น (Gherunpong et al., 1982) การเกิดขึ้นของสภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยามได้สะท้อนวิถีคิดเรื่องการ บำเพ็ญกุศลกับงานสาธารณสุขสมัยใหม่ในหมู่ชนชั้นสูงเช่นกัน เพื่อช่วย บำรุงรักษาชีวิตมนุษย์ภายใต้บริบททางสังคมที่กำลังกลายเปลี่ยนที่ชนชั้น นำสยามเริ่มหันมาให้ความสำคัญ (Pariwattitram, 1991) ซึ่งสอดคล้องไปกับการขยายตัวของความรู้ว่าด้วยการแพทย์การสาธารณสุขแบบตะวันตกดังที่ กล่าวมา

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมของสภาอุณาโลมแดงฯ ได้ซบเซาลงเมื่อ สิ้นสุดกรณีพิพาทตามพื้นที่ชายแดน เมื่อเปลี่ยนเข้าสู่รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงต้องการรื้อฟื้นงานกาชาดของสยามที่เคยถูกเริ่ม มาแล้ว แต่พระองค์เห็นว่างานกาชาดไม่ควรทำแต่เฉพาะช่วงเวลาสงคราม เท่านั้นแต่ควรรวมถึงการสาธารณสุขในหมู่คนทั่วไปด้วย ด้วยเหตุนี้จึงเห็นว่า สภากาชาดต้องมีโรงพยาบาลของตนเองจึงนำไปสู่การตั้งโรงพยาบาลใน พ.ศ. 2457 โดยใช้ชื่อว่าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (the Royal Cremation Ceremony of Phraya Rachanakul (Ruen Sayamanon), 1939) โดยถือว่า งานของสภากาชาดมีบทบาทเป็นกำลังเสริมด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของรัฐบาลซึ่งยังไม่เพียงพอกับความต้องการในยุคสมัยนั้น (Pariwattitram, 1991) หลังจากนั้นได้มีการตราพระราชบัญญัติว่าด้วยสภากาชาดสยาม ฉบับแรกใน พ.ศ. 2461 มีกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนงานด้าน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้และบาดเจ็บในช่วงเวลาสงครามและยามสงบ

อีก 2 ปีถัดมากรมการกาชาดระหว่างประเทศได้ประกาศรับรองสภากาชาดสยาม ใน พ.ศ. 2463 และใน พ.ศ. 2464 สันนิบาตกาชาดก็ก็มีมติรับสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิก

โดยรวมแล้ว กิจการโรงพยาบาลเพื่อบริการด้านสุขภาพยังขยายตัวไม่มากนักด้วยอุปสรรคสองประการ *ประการแรก* คือประชาชนไม่ค่อยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพราะยังไม่คุ้นเคย เป็นวัฒนธรรมใหม่ และมองว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยอาการหนัก จนเกิดภาพลักษณ์ว่าโรงพยาบาลคือสถานที่ที่เต็มไปด้วยผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ซึ่งก็เป็นอีกหนึ่งปรากฏการณ์ที่แสดงถึงการเผชิญหน้าระหว่างความเชื่อเดิมกับความเชื่อจากตะวันตกในบริบทของการแพทย์และสาธารณสุข และประการที่สองคือการขาดแคลนงบประมาณ ซึ่งส่งผลต่อการขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรตามมาด้วย (Wisuth-umporn, 2018) จากสถิติจำนวนคนไข้แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้มาใช้บริการที่โรงศิริราชพยาบาลจำนวนค่อนข้างน้อย ใน พ.ศ. 2433 มีคนไข้ตลอดทั้งปีเพียง 1,017 คนเท่านั้น แม้สิบลกว่าปีต่อมาหรือในปี 2445, 2446 และ 2448 ยังคงมีคนไข้จำนวนใกล้เคียงกันคือ 916 คน 1,095 คน และ 1,557 คน ตามลำดับ (Muksong, 2018)

นอกจากปัจจัยเรื่องงบประมาณจึงมีผลต่อพัฒนาการที่ล่าช้าแล้ว ยังส่งผลให้การสร้างโรงพยาบาลของรัฐตามหัวเมืองโดยใช้วิทยากรทางการแพทย์แบบตะวันตกนั้นเกิดขึ้นได้อย่างยากยิ่ง เพราะในพื้นที่ส่วนภูมิภาครัฐยังมองว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบหลักของเอกชนหรือคนในท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม รัฐยังคงใช้ประโยชน์จากแนวคิดเรื่องการกุศลเพื่อผลักดันงานด้านสาธารณสุขเช่นเดิม โดยเฉพาะการผลักดันให้เป็นภารกิจของกลุ่มคณะมิชชันนารี ข้าราชการ พ่อค้าในแต่ละพื้นที่ อีกส่วนหนึ่งคือการผลักดันให้ส่วนภูมิภาคเริ่มรู้จักใช้จ่ายตามแผนตะวันตกมากขึ้นผ่านบทบาทโอสถศาลา

งานสาธารณสุขและสถานบริการในส่วนภูมิภาค

ก. โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค

นับว่าในช่วงทศวรรษ 2430 ถึงก่อน พ.ศ. 2475 รัฐสยามยังไม่มีนโยบายในการจัดตั้งโรงพยาบาลในพื้นที่หัวเมืองอย่างเป็นทางการเป็นกิจลักษณะ รัฐเพียงแต่ส่งเสริมให้หัวเมืองหาเงินสร้างโรงพยาบาลเองผ่านการบริจาคจากข้าราชการและประชาชนในพื้นที่เพื่อจัดซื้อที่ดินและก่อสร้างโรงพยาบาลเองเป็นส่วนใหญ่ หรือบางพื้นที่มีเงินใช้จ่ายบางส่วนที่มาจากการเก็บภาษีโรงเรือน โดยไม่ต้องใช้จ่ายจากงบประมาณแผ่นดิน อีกแนวทางหนึ่งคือรัฐส่วนกลางสนับสนุนให้มิชชันนารี ตั้งโรงพยาบาลในหัวเมืองโดยรัฐให้งบประมาณอุดหนุนบางส่วน ซึ่งเป็นการง่ายกว่าการที่รัฐบาลต้องลงทุนสร้างขึ้นใหม่ จึงยังเป็นการยืนยันอย่างชัดเจนว่าโรงพยาบาลหัวเมืองยังคงเป็นเรื่อง “กุศลสาธารณทาน” (The Royal Thai Government Gazette, 1927) และมหาดไทยเองก็ไม่มีแนวคิดที่จะขยายโรงพยาบาลตามหัวเมืองดังข้อความตอบหนังสือขอเงินเพื่อตั้งโรงพยาบาลในมณฑลชุมพร พ.ศ. 2449 ว่า “เรื่องนี้เงินไม่มีจะให้และไม่มีทางที่จะช่วยพยายามหาเงินให้ได้อย่างไรด้วย ควรตอบไปว่า โรงพยาบาลเปนสาธารณทาน ถ้าเทศาเห็นจำเป็นจะต้องมีควรคิดเป็นเรื่องการเรียไรตลอดถึงการบำรุงต่อไปด้วย อย่าให้เกี่ยวข้องกับเงินหลวงจะเป็นการดี” (The National Archives of Thailand, 1906) งบประมาณจึงยังคงเป็นปัญหาใหญ่ที่ทำให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจำนวนไม่มากนัก (Borirakvechakarn. et al., 1934) โดยรวมรัฐส่วนกลางมีแนวทางให้เทศบาลที่อยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ รับผิดชอบงานบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในท้องที่ของตนเอง ให้การช่วยเหลือการป้องกันโรคตามโอกาสเน้นการจัดให้มีแพทย์ประจำเมือง และการสนับสนุนให้จัดตั้งโอสถศาลาลำสำหรับขยายของรัฐ ซึ่งบทบาทของโอสถศาลามีส่วนสำคัญในการจัดหายารักษาโรคตามตำรับตะวันตกแก่พื้นที่ห่างไกลด้วยเช่นกัน นโยบายลักษณะนี้

จะดำเนินไปตลอดสมัยรัชกาลที่ 5 และรัชกาลที่ 6 ถึงก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475

การจัดตั้ง “โอสถศาลา” สำหรับจำหน่ายยาเพื่อรักษาอาการป่วยไข้กลายเป็นสถานบริการด้านการแพทย์ที่สำคัญที่สุดตามหัวเมืองต่าง ๆ ของรัฐในยุคนี้ (Kaweewongprasert, 1985) โดยเริ่มต้นประมาณ พ.ศ. 2438 ตามนโยบายส่งเสริมการตั้งสถานที่ขายยามากกว่าการตั้งโรงพยาบาลหัวเมือง บรรดาโอสถศาลาส่วนภูมิภาคนี้ กรมพยาบาลจะรับผิดชอบส่งหมอไปประจำส่วนการหาสถานที่และงบประมาณในการก่อสร้างดำเนินการโดยเทศบาลภายใต้สังกัดของกระทรวงมหาดไทย (National Archives of Thailand, 1895) โดยกระจายไปในหลายพื้นที่ เช่น ฉะเชิงเทรา กรุงเทพฯ ปราชินบุรี พิษณุโลก อุทัยธานี (National Archives of Thailand, 1895; National Archives of Thailand, 1897a; National Archives of Thailand, 1898; National Archives of Thailand, 1897b) อย่างไรก็ตาม กิจการโอสถศาลาในช่วงแรกประสบปัญหาการขาดทุนบางแห่งจำเป็นต้องปิดกิจการลง (National Archives of Thailand, 1905) จากนั้นใน พ.ศ. 2445 รัฐได้หนุนให้เปิดกิจการในรูปแบบคล้ายเดิมอีกครั้งในอีกชื่อหนึ่งว่า “โอสถสภา” โดยทำงานควบคู่ไปกับโอสถศาลา กระทั่ง พ.ศ. 2450 มีคำสั่งให้รวมโอสถสภากับโอสถศาลารัฐบาลเข้าเป็นอันเดียวกัน (National Archives of Thailand, 1907) มีพระเจ้าลูกยาเธอพระองค์เจ้าประวิตรวิวัฒน์ดม (พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหลวงปราจิณกิติบดี) เป็นประธานซื้อยาจากต่างประเทศ มีบันทึกถึงการจัดตั้งโอสถสภาไว้ว่า “ทุกวันนี้ยารักษาโรคที่เป็นยาดีมีคุณมากมายหลายขนาน แต่หากว่ายาเหล่านั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลายออกไปถึงราษฎรที่อยู่ตามบ้านป่าเมืองไกล ความเจ็บไข้ในท้องที่เหล่านั้น จึงเปนเหตุให้ถึงอันตรายได้มาก...จึงโปรดเกล้าให้ตั้งโอสถสภา...” (Royal Thai Government Gazette, 1902) ดังนี้ ทำให้มีการส่งยาฝรั่งหรือที่เรียกว่ายาแผนปัจจุบันไปจำหน่ายตามหัวเมืองต่าง ๆ เช่น ควินิน โคลโรดินแก้อหิวาตกโรค ยาแก้ไข้

ยาแก้บิด ฯลฯ ซึ่งก็ได้รับความนิยมจากประชาชนอย่างมากในช่วงปีแรก (Kaweewongprasert, 1985) ส่วนหนึ่งเป็นไปได้ว่ายาของโอสถสภาพยายามจำหน่ายในราคาที่ถูกแต่ยังคงคุ้มกับต้นทุน ประกอบกับพ่อค้าและข้าราชการในพื้นที่มักชอบซื้อยาเพื่อนำไปแจกจ่ายให้เป็นทานแก่ราษฎรที่ป่วยใช้เพื่อการกุศล (Royal Thai Government Gazette, 1902)

แม้ว่าการขยายตัวของโอสถสภายังคงเป็นไปด้วยความล่าช้า เห็นได้จากจำนวนของโอสถสภาใน พ.ศ. 2464 มีรวมกันทั่วประเทศเพียง 43 แห่งเท่านั้น (Satitniramai & Unahakate, 2021) แต่กระนั้น ต้องยอมรับว่าโอสถสภาที่จัดขึ้นด้วยพื้นฐานแนวคิดเรื่องการทำบุญทำทาน มีบทบาทเป็นที่พึ่งพิงให้กับประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างสำคัญ เพราะโอสถสภาหลายแห่งไม่ได้มีหน้าที่เพียงขายยาเท่านั้นแต่มีลักษณะเสมือนเป็นโรงพยาบาลขนาดย่อมแต่จะมีแค่แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น ไม่มีการรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาล (Kaweewongprasert, 1985; Hfocus, 2022) และยังถือเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยกระจายตำรับยาสมัยใหม่เป็นที่รับรู้แก่ชาวบ้านในชนบทภูมิภาคมากขึ้น

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

อิทธิพลของการแพทย์แบบตะวันตกที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการเมืองการปกครองของสยามให้ก่อร่างเป็นรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ที่เร่งตั้งทรัพยากรคน งบประมาณ และอำนาจทางการเมืองแบบรวมศูนย์ไว้ที่กรุงเทพฯ โดยเฉพาะความต้องการทรัพยากรคนหรือกำลังคนเพื่อมาส่งเสริมเศรษฐกิจแบบพาณิชยกรรม ได้นำไปสู่ “การเร่งพัฒนางานสาธารณสุขแบบตะวันตก” เพื่อลดอัตราการตาย โดยสาเหตุที่มาจากโรคระบาดของอหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ และกาฬโรค

แต่กระนั้นก็ตาม การป้องกันไม่ให้เกิดคนตายเป็นเรื่องใหม่ของสังคมสยามในเวลานั้น การมาของคณะมิชชันนารีก็การถ่ายทอดความรู้ด้านการสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ อย่างเช่น บทบาทของนายแพทย์แดน บีช แบรดลีย์ และนายแพทย์ชามูเอล เรโนลด์ เฮาส์ จึงกลายเป็นองค์ความรู้สำคัญที่ช่วยให้ชนชั้นนำสยามสามารถเรียนรู้และปรับตัวให้ทันต่อระบบสาธารณสุขและการแพทย์แบบสมัยใหม่ ความรู้ดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของสยามประเทศตั้งแต่วิธีการรักษา การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือ กระทั่งตำรับยารักษาด้วยความรู้ทางการแพทย์จากตะวันตก และโดยเฉพาะการริเริ่มสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่แห่งแรกโดยรัฐ

โรงพยาบาลแห่งแรกของสยามที่ก่อตั้งขึ้นบริเวณศูนย์กลางของรัฐอย่างพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล (พระนครและฝั่งธนบุรี) คือ “โรงพยาบาลวังหน้า” หรือที่เรียกกันว่า “ศิริราชพยาบาล” ขณะที่พื้นที่ส่วนภูมิภาคยังคงอยู่ระหว่างการกระชับอำนาจทางการเมืองและดึงการบริหารจัดการเข้าสู่ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ ทำให้งานสาธารณสุขยังคงพัฒนาไปอย่างเชื่องช้า โดยเป็นลักษณะของการตั้งโอสถศาลาบางพื้นที่เท่านั้น การรักษาแบบตะวันตกยังเป็นหน้าที่ของมิชชันนารีที่ให้บริการแก่ราษฎรในพื้นที่ห่างไกล

การริเริ่มสร้างโรงพยาบาล ทำให้รัฐมีความจำเป็นต้องจัดตั้งหน่วยงานเพื่อกำกับดูแลกิจการที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะ กรมพยาบาลจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อดูแลงานด้านก่อสร้าง บริหาร ควบคุม และรักษาสุขภาพแก่สังคมและรัฐโดยรวม การยอมรับค่านิยมตะวันตกและพัฒนาการของสังคมที่เปลี่ยนแปลง ยังได้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาแพทยศาสตร์ตามอย่างตะวันตก และการเปิดที่ทางให้ราษฎรคนธรรมดาทั่วไปเริ่มมีโอกาสเข้าสู่อาชีพแพทย์ได้เนื่องจากความต้องการแพทย์ประจำตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งเดิมที่ส่วนใหญ่มีเพียง “แพทย์เชลยศักดิ์” หรือคนธรรมดาทั่วไปที่ทำหน้าที่รักษาคนในแต่ละชุมชนด้วยใจรักไม่ว่าจะด้วยวิธีการดั้งเดิม แผนจีน หรือแบบตะวันตก

ในภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า นับตั้งแต่การก่อตั้งโรงพยาบาลแห่งแรก อันเป็นสัญลักษณ์ของการพัฒนารัฐเข้าสู่การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ใน ทศวรรษ 2430 จนถึงก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากรัฐ สมบูรณาญาสิทธิราชย์สู่การปกครองแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ เป็นประมุขใน พ.ศ. 2475 รัฐสยามกับชนชั้นนำที่กรุงเทพฯ ถือเป็นผู้เล่นหลัก ในการรับแนวคิดตะวันตกมาเพื่อปรับเปลี่ยนและออกแบบองค์ความรู้ วางรากฐาน และพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ให้แก่ราษฎรและ สังคม ช่วงแรกองค์ความรู้ด้านสาธารณสุข วิทยาการทางการแพทย์ และ บทบาทแพทย์ในสังคมมีลักษณะผสมผสานและปะปนระคนกันของ (1) การรักษาแบบท้องถิ่นดั้งเดิม (2) อิทธิพลจากตำรับยาและวิธีการแบบ แพทย์แผนจีน ที่ผสมผสานกับ (3) การเปิดรับการแพทย์สมัยใหม่เข้าสู่สังคม โดยความรู้ การทดลอง และการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ได้รับการ พัฒนาอย่างชัดเจนในพื้นที่ศูนย์กลางการปกครองอย่างกรุงเทพฯ เป็นสำคัญ มากกว่าพื้นที่ส่วนภูมิภาคที่ตั้งอยู่ห่างไกลออกไป

แม้ว่าการสร้างโรงพยาบาลตามวิถีตะวันตก ตลอดจนเงินบำรุงเพื่อ ดูแลรักษาสถานพยาบาลทั้งหมดในยุคสมัยนี้ กลายเป็นตัวอย่างวัฒนธรรม ตะวันตกที่ถูกนำไปต่อรองกับความเชื่อเดิมเรื่องบุญกุศล เรียกได้ว่าการสร้าง โรงพยาบาลตามวิถีตะวันตกเกิดขึ้นได้จากการใช้ประโยชน์เรื่องความเชื่อเดิม เกี่ยวกับ “จิตศรัทธา” และการ “ลงขัน” ร่วมกัน นำโดยเหล่าราชสำนักสยาม และพระบรมวงศานุวงศ์ที่ได้พระราชทานเงินตั้งต้น รวมถึงการบริจาคของ กลุ่มมิชชันนารี พ่อค้าหบดี ชาวต่างชาติ หรือราษฎรทั่วไปที่พอมีฐานะคน ละเล็กละน้อยตามแต่ศรัทธา มากกว่าที่จะเป็นการลงทุนจากงบประมาณของ รัฐโดยลำพังก็ตาม แต่กล่าวได้ว่าโรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดเรื่อง กุศลสาธารณทาน ได้กลายเป็นเครื่องมือทางการเมืองรูปแบบหนึ่ง que แสดงถึง ความเจริญของบ้านเมือง ขณะที่ความเชื่อเรื่องการกุศลยังทำให้เกิดการ รวมกลุ่มผู้มีจิตศรัทธาเข้ามาช่วยผลักดันและขยายการรับรู้ต่องานการแพทย์

และสาธารณสุขแบบตะวันตกไปสู่พื้นที่อื่น ๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ดั่งนี้การต่อรองให้แนวคิดการกุศลเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตกของชนชั้นนำสยาม ทำให้เกิดขยายตัวของวิถีการแพทย์และงานสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในยุคนี้ที่น่าสนใจ จนกลายมาเป็นรากฐานสำคัญของงานการแพทย์ในยุคปัจจุบันด้วย

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และขอขอบคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอ

References

- Anuphongphat, N., Chokwiwat, W., Chuengsatiansup, K. (2013). *Roi Wela: A journey through the history of health*. Sukhasala.
- Board of Foreign Missions. (1884). *Forty-Seventh Annual Report of the Board of Foreign Missions of the Presbyterian Church in the United States of America*. Edward O' Jenkins' Sons.
- Bowring, J. (1857). *The Kingdom and People of Siam: With a Narrative of the Mission to that Country in 1855* (Vol. 2). John W. Parker and Son, West Strand.
- Borirakvechakarn. Waithayawithikan. Chethawaithakan. Sanitraksat. Wichianphatthayakom, Phayungwetchasart. Rattanawetsakha. Sornsukit, & Chuayuaseng, Y. (1934). *Public Health and Public Administration*. The University of Moral and Political Sciences.
- Bradley, D. B. (1855). *A narrative of the introduction and successful propagation of vaccina in Siam - 1840 & 1844*. E.B.C.F.M. Press.
- Bradley, W. L. (1986). *Siam then*. Thai Khadi Research Institute.
- Camp, B., Thongsawat, P., & Sutilagsana, S. (2007). *American Threads in the Lanna Fabric: U.S. Involvement in Northern Thailand, 1867-2007*. U.S. Consulate General.
- Charulaksananan, S., & Werawatkanon, T. (2011). Dr. House: The first anesthesiologist in Siam. *Thai Journal of Anesthesiology*, 37(1), 2.
- Chokwiwat, W. (2015). *Legend of The Golden Card: History of the Creation of Thailand's Universal Health Coverage System*. Heart To Heart Foundation.
- Chronicles of Yonok (National Library Version). (1961), Silpa Bannakarn.

- Chuengsatiansup, K., & Anuphongphat, N. (2018). *The 100th anniversary of Thai public health*. Society and Health Institute.
- Chuengsatiansap, K., & Muksong, C. (Eds.). (2005). *Knowledge on the history of medicine and public health in Thailand* (2nd edition). Health Systems Research Institute (HSRI). <http://www.shi.or.th/product/7/>
- Chulalongkorn, King. (1925). *Letters of His Majesty's travels abroad during the reign of King Rama V: Visits to Singapore, the first visit to Batavia, and visit to India*. Rongphim Sophon Phiphatthanakon.
- Cowan, W. L. (1967). The role of Prince Chuthamani in the modernizing of Siam. *Journal of the Siam Society*, 55(1), 41-59.
- Department of Fine Arts. (2019). *Black death during the reign of King Rama V*. Department of Fine Arts.
- Feltus, G. H. (1924). *Samuel Reynolds House of Siam: Pioneer Medical Missionary 1847-1876*. Fleming H. Revell Company.
- Gherunpong, C., Sriwathananon, Y., Charoensetmaha, P., Yutthawisut, K., Phongphanitanon, W., Thepsupharangsikun, D., & Namchan, P. (1982). *History of Medicine in the Rattanakosin Era*. Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital.
- Hfocus, (2022, March 15) 'Suk Sala' Healthcare Facilities of the Past, Hfocus. <https://www.hfocus.org/content/2015/10/11092>.
- Jindawatthana, A., & Pipatrotchanakamol, S. (2004). *Seeing Through 30 Baht Treat All Diseases: The Foundation of Universal Healthcare Coverage*. Academic Welfare Project Praboromarajchanok Institute.
- Jongudomsuk, P. (Ed.). (2004). *Until It Becomes Universal Healthcare Coverage*. National Health Security Office (NHSO).

- Kaweewongprasert, P. (1985). *The role of the state in public health issues (1782 - post-political transformation 1932)* [Master's thesis, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University].
- Kesboonchoo Mead, K. (2019). *The rise and decline of Thai absolutism*. Same Sky Books.
- Kiehl, W. P., Rusch, K., & Tobias, B. (Eds.). (2009). *The Eagle and the Elephant: Thai-American Relations since 1833* (5th ed.). Royal Thai Embassy.
- Klang Hospital. (2022). *Getting to Know the Hospital*. Metropolitan Administration. <http://www.klanghospital.go.th/index.php/2008-11-25-16-35-17.html>
- Lerd Sin Hospital. (2022, March 23). *Founder*. Lerd Sin Hospital. <https://bit.ly/3wvizD9>
- Lieberman, V. (1990). Wallerstein's system and the international context of early modern Southeast Asian history. *Journal of Asian History*, 24(1), 70-90.
- Limpanyalert, A. (2020). *Between the Lines: A Historical Record of 'The Golden Card Epic'*. Phabphim.
- Macnamara, N. C. (1892). *Asiatic cholera: History up to July 15, 1892, causes and treatment*. Macmillan and Co.
- McCormick Hospital. (2022). *History of the Establishment of McCormick Hospital*. <https://www.mccormickhospital.com/web/aboutus>
- McGilvary, D. (1912). *A Half Century Among the Siamese and the Lao: An Autobiography* (B. C. Bradley, Ed.). Fleming H. Revell Company.
- Muksong, C. (2018). *The history of medicine and public health in Thailand*. Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University.

- National Archives of Thailand. (1895). *ST 8.1/2, Box 1, Opening of Osot Sala in 3 More Sub-Districts [July 30 - August 2, 1895].*
- National Archives of Thailand. (1897a). *ST 8.1/5, Box 1, Establishment of Osot Sala in Prachin Buri [May 1, 1896 - September 7, 1897].*
- National Archives of Thailand. (1897b). *ST 8.1/3, Box 1, Establishment of Osot Sala in Uthai Thani [September 9, 1895 - August 27, 1897].*
- National Archives of Thailand. (1898). *ST 8.1/4, Box 1, Phraya Sri Suriyarat will establish Osot Sala in Monthon Pitsanulok [February 5, 1895 - February 21, 1898].*
- National Archives of Thailand. (1903). *ST 8.2/24, Box 1, Giving and donating money to maintain the hospital. [24 June 1902 - 25 April 1903].*
- National Archives of Thailand. (1905). *ST 8.1/20, Box 1, Discontinue Osot Sala of Department of Nursing [March 14, 1902 - October 17, 1905].*
- National Archives of Thailand. (1906). *ST 8.2K/16, Establishment of Monthon Chumphon Provincial Hospital [May 10 - 28, 1906].*
- National Archives of Thailand. (1907). *ST 8.1/63, Merger of Osot Sapha and Osot Sala [February 24, 1905 - May 13, 1907].*
- Nawigamune, A. (1987). *First in Siam.* Saengdaet.
- Pariwattitram, S. (1991). *The Thai red cross society: founding and development (1893-1942)* [Department of History, Faculty of Arts, Chulalongkorn University].
- Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2022). *Development of Public Health in Phetchaburi Province.*
<http://www.pbro.moph.go.th/struture/history.html>

- Pokpermdée, P. (Ed.). (2010). *Behind the Sculpture of Public Health: 20 Behind the Scenes of Driving Thailand's Health System*. New Leadership in Public Health Network.
- Pollitzer, R. (1951). Plague studies: 1. A summary of the history and a survey of the present distribution of the disease. *Bulletin of the World Health Organization*, 4, 479. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/266229/PMC2554113.pdf?sequence=1>
- Pollitzer, R., Swaroop, S., & Burrows, W. (1959). *Cholera*. World Health Organization Monograph Series No. 43. World Health Organization.
- Praditsil, C. (1990). *The political economy of family planning in Thailand: A study on policy process* [Master's thesis, Faculty of Political Science, Thammasat University].
- Pratt, M. L. (1991). Arts of the contact zone. *Profession*, 33-40.
- Pratt, M. L. (1992). *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. Routledge.
- Puaksom, D. (2007). Of germs, public hygiene, and the healthy body: The making of the medicalizing state in Thailand. *The Journal of Asian Studies*, 66(2), 311-344. <https://doi.org/10.2307/20203160>
- Puaksom, D. (2018). *Infectious Diseases, Body, and Medicalizing State: History of Medicine in Modern Thai Society*. Illumination Editions.
- Puaksom, D. (Ed.). (2009). Community Health: History and Memories, The first witness seminar for the history of the Thai health system on September 19, 2008. Society and Health Institute.
- Rajanubhab, D. (1958). *Historical Anecdotes*. Khlang Witthaya.

- Royal Cremation Ceremony of Phraya Rachanakul (Ruen Sayamanon) at Wat Thepsirintharawat on May 28, 1939. (1939). Siam Akson Kit Printing.
- Royal Thai Government Gazette. (1887a, August 22). Hospital matters [News of His Majesty the King's Royal Donations as Hospital Funds, and News of Hospital Construction]. *Royal Thai Government Gazette*, 5(20), 158.
- Royal Thai Government Gazette. (1887b, May 5). Concerning the hospital committee. *Royal Thai Government Gazette*, 4(5), 34.
- Royal Thai Government Gazette. (1888, June 2). Announcement of the establishment of a hospital [His Majesty King Chulalongkorn is graciously established it as a great offering to the people, situated by the West Bank of the River]. *Royal Thai Government Gazette*, 5(5), 42.
- Royal Thai Government Gazette. (1889, March 9). Announcement of the Department of Nursing [Announcement of the opening of a hospital near Wat Thep Sirinthrawat for treating patients without medicine costs]. *Royal Thai Government Gazette*, 6(49), 424.
- Royal Thai Government Gazette. (1902, May 25). Royal Proclamation establishing Osot Sapha. *Royal Thai Government Gazette*, 19(8), 114.
- Royal Thai Government Gazette. (1902, November 6). Reporting Ministry of Interior about distributing medicine to sick people as charity. *Royal Thai Government Gazette*, 27(ONG), 1843.
- Royal Thai Government Gazette. (1927, May 22). Announcement of the Ministry of Interior regarding donations to Ranong Provincial Hospital. *Royal Thai Government Gazette*, 44(578), 3536.

- Satitniramai, A., & Unahakate, I. (2021). *Capital, Palace, Treasury and Feudalism: The Battlefield of Thai Socioeconomics and Democracy that Has Not Settled Down*. Matichon Publishing.
- Sawasdee, S. (1988). *Medicine and Public Health (1913-1925)* [Master's thesis, Department of History, Faculty of Graduate Studies, Thammasat University].
- Sengphol, P. (2022) Siamese Perception of Western Medicine from, 1827-1927. [Master of Arts History Thesis, Silpakorn University].
- Siam: Report from Bangkok. History of Plague Outbreak. (1905). Public Health Reports (1896-1970), 20(28), 1442-1444. <https://www.jstor.org/stable/4555559>
- Smallpox and Vaccination in Siam: A Remarkable Educational Campaign. (1915). *The Hospital*, 57(1494), 419.
- Susayanha, A. (2009). *Changes of the phrai system and their effects on Thai society in the reign of King Chulalongkorn*. Sangsan Books.
- Tantuvanit, N. (2015). "We are all others." *Journal of Sociology and Anthropology*, 34(1), 4.
- The Editor of the Boston Medical and Surgical Journal. (1839). Vaccination and smallpox in Siam. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 21(12), 185-188. <https://doi.org/10.1056/nejm183910300211201>
- The Historical Account of Part 31 on the Chronicles of American Missionaries arriving in Thailand. (1950). Kan Phim Thai Samakki.
- Thomson, J. (1875). *The Straits of Malacca, Indo-China and China or Ten Years Travels, Adventures and Residence Abroad*. Sampson Low, Marston, Low, and Searle.

- Tomlin, J. (1831). *Journal of a Nine Month's Residence in Siam*. Frederick Westley and A. H. Davies, Stationers' Hall Courts.
- Tunmuntong, S. (2010). *Universal Healthcare Coverage: 30 Baht Treat All Diseases, 2002-2009*. Research Support Fund Office.
- Unhanandana, M. (n.d.) *History of Medical Missionary in Thailand*. Christian Education Division of the Church of Christ in Thailand.
- Wannamethee, P. S. (1990). *Anglo-Siamese Economic Relations: British Trade, Capital and Enterprise in Siam, 1856-1914* [MPhil thesis]. London School of Economics and Political Science.
- Wells, K. E. (1958). *History of Protestant Work in Thailand, 1828-1958, Volume 1*. Church of Christ in Thailand.
- Wisuth-umporn, P. (2018). *Thirteen decades of Siriraj Hospital and Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 1888-2018: 130 years hospital of the land*.
<https://www2.si.mahidol.ac.th/siriraj130years/ebook>

Author

Nattanee Satchanawakul, PhD

Faculty of Liberal Arts, Mahidol University

E-mail: nattanee.sat@mahidol.edu