เส้นทางต่อสู้ ของ**มาลาเรีย** ในประวัติศาสตร์ไทย

มา
ลา
เรีย

กรมควบคุมโรค
กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

ชื่อเรื่อง	เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรีย ในประวัติศาสตร์ไทย
ผู้เขียน	แสงทอง จันทร์เฉิด
บรรณาธิการ	พญ.กรองทอง ทิมาสาร
	มณี สุขประเสริฐ
ผู้ประสานงาน	พรรณพร กะตะจิตต์
	ลาวัณย์ อาทร
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๔๑๑๗-๒
พิมพ์ครั้งที่ ๑	กันยายน ๒๕๖๒
จำนวนพิมพ์	๒,๐๐๐ เล่ม
ศิลปกรรม	แสงไทย นิติไกรนนท์
พิมพ์ที่	บริษัท P.N.S. Creation Limited Partnership
	ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอส ครีเอชั่น
	เลขที่ ๑๐๘/๑๘-๑๙ หมู่ ๓ ถนนรัตนาธิเบศร์ ต.ไทรม้า
	อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
	โทร ๐๒-๙๒๑-๘๑๐๓-๔ Fax ๐๒-๙๒๑-๘๑๐๓
จัดพิมพ์โดย	กองนวัตกรรมและวิจัย ชั้น ๑ อาคาร ๑๐
	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
	ถนนติวานนท์ กรุงเทพฯ ๑๑๐๐๐
	โทร. ๐๒ ๕๙๐ ๓๒๕๓
	เว็ปไซต์ : https://ird.moph.go.th/th/site/office/view/irem

ลิขสิทธิ์ของ	กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

แสงทอง จันทร์เฉิด.

เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรีย ในประวัติศาสตร์ไทย.-- นนทบุรี : กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๒.

๒๔๘ หน้า.

๑. มาลาเรีย. I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๖.๙๓๖๒

ISBN ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๔๑๑๗-๒

เส้นทางต่อสู้
ของมาลาเรีย

ในประวัติศาสตร์ไทย

กองนวัตกรรมและวิจัย
กรมควบคุมโรค

บอกกล่าวเล่าขาน

มีคำกล่าวว่า การจะมองไปข้างหน้าได้ไกลเพียงใด เราจำเป็นต้องศึกษาย้อนกลับไปในประวัติศาสตร์ ประวัติศาสตร์จะช่วยให้เรามองเห็นภาพใหญ่ มองเห็นทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และพลวัตรของการเปลี่ยนแปลงนั้น เราจึงจำเป็นต้องศึกษาประวัติศาสตร์ของเรื่องราวต่างๆอย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง เปรียบเช่นสายน้ำ ที่เราต้องมองเห็นตลอดทั้งลำน้ำ จึงจะรู้จักและเข้าใจบริบทของแม่น้ำนั้น มิใช่การมองเห็นภาพตัดขวางเพียงช่วงตอนใดช่วงตอนหนึ่ง

ในวาระ ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทย ที่เพิ่งครบรอบไปเมื่อปี พ.ศ.๒๕๖๑ ที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดคุณูปการหลายประการ อาทิ กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง “หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ” ขึ้น โดยมุ่งหวังให้เป็นแหล่งรวบรวมและเรียนรู้เรื่องราวประวัติศาสตร์ด้านสุขภาพ “เส้นทางการต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย” จึงเป็นหนังสือที่กรมควบคุมโรคต้องการบอกเล่าให้ผู้อ่านมองเห็นเฉกเช่นมองเห็น “ลำน้ำทั้งสาย” การต่อสู้นี้ยาวนานหลายร้อยปีในหน้าประวัติศาสตร์ไทย บางช่วงเราก็อาจชนะ บางช่วงก็เพลี่ยงพล้ำ แต่เราจะเห็นองคาพยพ ความเป็นพลวัตรของการเปลี่ยนแปลง บทเรียนมากมาย ที่เกิดขึ้น ล้วนเป็นประโยชน์กับผู้ที่ขบคิด มองเห็น และนำมาปรับแก้ไขให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งยังเป็นเสมือน “จดหมายเหตุทางประวัติศาสตร์สุขภาพ” เพื่อบอกเล่าสู่ผู้คนรุ่นต่อไป

แม้ว่าศึกสงครามการต่อสู้กับมาลาเรียในอดีตได้สิ้นสุดลง แต่เนื่องจากยังมีปัญหามาลาเรียอยู่ในพื้นที่ โดยเฉพาะตะเข็บชายแดนทางภาคตะวันออกและภาคตะวันตก รวมทั้งมีปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยา จึงถือได้ว่าภารกิจยังไม่เสร็จสิ้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคได้ประกาศที่จะกำจัดการแพร่เชื้อโรคมาลาเรีย (Malaria Elimination) ให้หมดไปจากประเทศไทย ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ซึ่งถือเป็นคำสัญญาที่พวกเราชาวสาธารณสุขต้องร่วมแรงร่วมใจ อย่างมุ่งมั่น ทุ่มเท ที่จะกระทำภารกิจสำคัญนี้ให้สำเร็จลุล่วงเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนไทยและมวลมนุษยชาติ

กรมควบคุมโรคหวังว่า "เส้นทางการต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย" จะเป็นหนังสือเชิงประวัติศาสตร์ที่อ่านสนุกเข้าใจง่าย และสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้ที่ปฏิบัติงานในแวดวงของมาลาเรีย จะมองเห็นคุณค่าและความยิ่งใหญ่ของงานที่ตนทำอยู่ หรือผู้ที่อยู่นอกวงการมาลาเรีย ก็จะได้แง่คิดและมุมมองที่สามารถนำไปปรับใช้กับการปฏิบัติงาน สร้างผลงานที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนไทยต่อไป

สุดท้าย กรมควบคุมโรคหวังเป็นอย่างยิ่งว่า "มาลาเรีย" โรคร้ายที่เคยคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากมายในอดีต จะเป็นเพียงเรื่องราวในประวัติศาสตร์ให้ผู้คนเล่าขานกล่าวถึง ด้วยปัญหาจากมาลาเรียจะสิ้นสุดลงในเวลาอันใกล้นี้

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
อธิบดีกรมควบคุมโรค

คำนิยม

ดิฉันได้รับต้นฉบับของหนังสือ "เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย" ที่กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรคจัดทำขึ้นและส่งมาให้อ่านและขอให้ดิฉันเขียนคำนิยมให้ จริงๆแล้วดิฉันก็มีส่วนสนับสนุนให้ข้อมูลจากเอกสารวิชาการต่างๆที่มีอยู่และจากความทรงจำ ในฐานะที่อยู่ในแวดวงมาลาเรียมาหลายสิบปี มีความเห็นว่าหนังสือเล่มนี้มีคุณค่ามากในด้านวิชาการมาลาเรียและในด้านประวัติศาสตร์ด้วย เพราะมีอาจารย์ ดร.ชาติชาย มุกสงซึ่งเป็นนักประวัติศาสตร์ตัวจริงร่วมงานด้วย จึงทำให้ผู้อ่านได้ทราบถึงประวัติศาสตร์ความเป็นมาของโรคนี้ตั้งแต่สมัยดึกดำบรรพ์ที่มนุษย์เรายังไม่รู้จักเชื้อโรคต่างๆและเชื้อมาลาเรียเสียอีก โดยคิดว่าโรคนี้เกิดจากภูติผีปีศาจ ดิฉันยังไม่เคยเห็นหนังสือเกี่ยวกับมาลาเรียเล่มใดที่มีการรวบรวมรายละเอียดที่ลึกซึ้งและครอบคลุมห้วงเวลายาวนานขนาดนี้มาก่อน

หนังสือเล่มนี้ได้รวมประวัติศาสตร์มาลาเรียทั้งในระดับโลกและเจาะลึกเฉพาะในเมืองไทย โดยย้อนไปไกลมากถึงสมัย กรุงศรีอยุธยาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ดิฉันมั่นใจว่าผู้อ่านคงต้องตื่นตาตื่นใจกับหนังสือเล่มนี้อย่างมาก นอกจากจะรู้เรื่องมาลาเรียแล้ว ยังจะได้ทราบเรื่องสาธารณสุขของไทยและวิวัฒนาการต่างๆ โดยที่ไม่น่าเบื่อเพราะวิชาการที่หนักเกินไป ถึงแม้ว่าโรคนี้จัดเป็นโรคเก่าแก่ของมนุษยชาติแต่งานควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างจริงจังตามแผนใหม่ในประเทศไทยมีอายุประมาณ ๗๐ ปี เท่านั้น แต่ถ้าเทียบกับโรคที่เกิดใหม่หรือพบใหม่ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ แล้วก็ถือว่ามาลาเรียเก่าแก่มาก จากความสำเร็จของงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียทำให้เรากำลังก้าวเข้าสู่การกำจัดกวาดล้างมาลาเรียแล้ว หลายคนอาจสงสัยว่าโรคนี้ยังมีอยู่อีกหรือ เพราะจำนวนผู้ป่วยมีน้อยมากไม่ถึงหมื่นรายในแต่ละปี คนรุ่นใหม่ก็แทบไม่รู้จักโรคนี้แล้ว จำนวนผู้เสียชีวิตก็มีแค่เป็นเลขสองหลัก

ในแต่ละปี ซึ่งในไม่ช้าก็จะเหลือเลขหลักเดียวและเป็นศูนย์แล้ว เทียบไม่ได้กับสถิติป่วยตายจากอุบัติเหตุในช่วง ๗ วันอันตรายในช่วงเทศกาลสงกรานต์ แต่กว่าจะลดโรคลงได้ถึงขนาดนี้ก็มีประวัติยาวนาน และแน่นอนมีทั้งอุปสรรคนานาชนิดในช่วงต่างๆ และผู้อ่านก็จะเพลิดเพลินไปกับรายละเอียด ขั้นตอนความเป็นมาของวิธีคิดของมนุษยชาติที่หาทางต่อสู้เอาชนะโรคนี้ การพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ ความอุตสาหะของผู้มีส่วนในการต่อสู้กับโรคนี้ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ภาคสนามซึ่งเปรียบเหมือนทหารในแนวหน้า และในขณะเดียวกันจะได้เห็นการดิ้นรนเพื่อเอาชีวิตรอดของเชื้อมาลาเรียกับยุงก้นปล่อง ตลอดจนมีเกร็ดประวัติศาสตร์ซึ่งไม่สามารถหาอ่านจากที่ใดได้

ดิฉันมั่นใจว่าหนังสือเล่มนี้จะทรงคุณค่าในด้านความทรงจำและการค้นคว้าไม่เฉพาะสำหรับผู้อ่านในวันนี้ แต่จะมีคุณค่ายิ่งสำหรับผู้อ่านซึ่งเป็นคนในอนาคตซึ่งในตอนนั้นโลกนี้คงไม่มีโรคมาลาเรียแล้ว

ดิฉันขอแสดงความชื่นชมในคุณค่าอันโดดเด่นของหนังสือเล่มนี้ที่คณะผู้จัดทำได้คัดสรรและนำเสนอเรื่องราวย้อนยุค นับหลายร้อยปีมาอยู่ในหนังสือเพียงเล่มเดียว ทำให้เห็นคุณค่าทั้งเชิงประวัติศาสตร์อันงดงามและควรแก่ความทรงจำให้อนุชนรุ่นหลังได้เรียนรู้และประทับใจความทรงจำสืบต่อไป ดิฉันรู้สึกเป็นเกียรติยิ่งในฐานะผู้ร่วมให้ข้อมูลแก่ผู้เขียนหนังสือทรงคุณเล่มนี้และในฐานะผู้เขียนคำนิยม

พ.ญ. กรองทอง ทิมาสาร
อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย
(พ.ศ. ๒๕๓๙-พ.ศ. ๒๕๔๓)

คำนิยม

หนังสือ **“เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย”** เป็นหนังสือที่รวบรวมประวัติความเป็นมา เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ของโลก รวมทั้งจุดเริ่มต้นของการกวาดล้างโรคไข้มาลาเรีย และความพยายามในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียของประเทศไทย จนมาถึงการมุ่งสู่เป้าหมายสุดท้ายคือ กำจัดโรคไข้มาลาเรียให้หมดไป เริ่มตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ แสดงให้เห็นว่า มาลาเรียเป็นหนึ่งในโรคร้ายแรงที่เก่าแก่ของโลก และเป็นโรคร้ายที่แพร่ระบาดไปยังแหล่งอารยธรรมต่าง ๆ ทั่วโลก เช่น กรีก โรมัน เป็นต้น และในยุคประวัติศาสตร์ การค้นพบยา “ควินิน” จากเปลือกต้นซิงโคน่า ถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการรักษาโรคไข้มาลาเรีย และได้มีพัฒนาเรื่อยมา สำหรับประเทศไทยมีหลักฐานการแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์เช่นกัน แต่เหตุการณ์หนึ่งที่สำคัญในประวัติศาสตร์ไทย คือ เหตุการณ์ที่หว้ากอ เป็นเหตุให้พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ ๔ เสด็จสวรรคตเนื่องด้วยโรคไข้มาลาเรีย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสาธารณสุขครั้งใหญ่ของประเทศไทย ซึ่งโรคไข้มาลาเรียก็รวมอยู่ในการเปลี่ยนแปลงนั้นเช่นกัน

สำหรับผู้อ่านที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่หนังสือได้บันทึกไว้นั้น การอ่านหนังสือเล่มนี้เป็นเหมือนการหวนกลับไปสู่ความทรงจำเก่า ๆ ที่ผ่านมา ย้อนนึกถึงความพยายามและความทุ่มเทในการดำเนินการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างเต็มกำลังความสามารถ สำหรับผู้อ่านรุ่นใหม่ หนังสือเล่มนี้ได้แสดงให้เห็นประวัติศาสตร์ เส้นทางอันยาวนานของการต่อสู้กับโรคไข้มาลาเรีย ทั้งยุคแห่งความสำเร็จและล้มเหลว ซึ่งในท้ายที่สุดแล้วจากประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งหมดจะกลายเป็นบทเรียนสำคัญและมีคุณค่ายิ่งสำหรับการดำเนินนโยบายในโค้งสุดท้ายของการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเพื่อให้หมดไปจากประเทศไทยได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

พ.ญ. ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์
ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง

อารัมภบท

แต่เดิมในอดีต เราเรียก "โรคมาลาเรีย" ว่า "ไข้มาลาเรีย" ตามอาการ "ไข้" ที่ผู้ป่วยทุกคนจะมีอาการแสดงอย่างชัดเจน แต่ด้วยระบบการแพทย์ตะวันตกที่เข้ามามีอิทธิพลในประเทศ กอร์ปกับความคุ้นเคยในการเรียก "โรค" เป็นคำนำหน้าอาการความเจ็บป่วยทั้งหลาย ต่อมา "ไข้มาลาเรีย" เราจึงรู้จักในชื่อ "โรคมาลาเรีย" มาลาเรียถือเป็นโรคเก่าแก่ที่อยู่คู่กับมนุษย์มาตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์ และมีวิวัฒนาการร่วมไปกับอารยธรรมของมนุษยชาติมากว่า ๕,๐๐๐ ปี ในยุคประวัติศาสตร์ ทั้งยังเป็นโรคติดต่อที่คร่าชีวิตผู้คนไปไม่น้อย ไม่เว้นแม้อาณาจักรโรมัน กรีก ที่เคยรุ่งเรืองมาในอดีตก็ตาม ยังมีหลักฐานแสดงถึงความน่ากลัวของมาลาเรียที่คุกคาม ทำให้ประชากรเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคนี้ จนกระทั่งมีการค้นพบเชื้อโรค ยาที่ใช้รักษา จึงทำให้โรคร้ายนี้ค่อยบรรเทาไป แต่ก็ยังไม่สามารถกำจัดให้หมดไปจากโลกนี้ได้

ข้อมูลจากโครงกระดูกที่ค้นพบที่ อ. โคกพนมดี จ. ฉะเชิงเทรา ทำให้ทราบว่ามาลาเรียในสังคมไทยก็น่าจะเกิดขึ้นมานานกว่า ๔,๐๐๐ ปี เช่นกัน แม้ว่าในปัจจุบัน ปัญหาจากโรคมาลาเรียมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก จนกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยโดยกรมควบคุมโรค ได้ประกาศเจตนารมณ์ที่จะกำจัดการแพร่เชื้อโรคมาลาเรียให้หมดไป ภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ซึ่งถือเป็นความท้าทายอยู่มิใช่น้อย

หนังสือ "เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย" เล่มนี้ นับเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมเฉลิมฉลองวาระ ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทยที่ครบรอบในปี พ.ศ.๒๕๖๑ สืบเนื่องจากการศึกษาวิจัย เรื่อง"ประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโรคมาลาเรียในประเทศไทย" ที่สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค (ปัจจุบันคือกองนวัตกรรมและวิจัย) ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยกับ ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ประจำภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและคณะให้ดำเนินการศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของโรคมาลาเรียทั้งในแง่มุมประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของมาลาเรียที่ปรากฏในสังคมโลกและสังคมไทย เพื่อให้ผู้สนใจได้มาศึกษา ค้นคว้าต่อยอด

แต่เพื่อให้นักวิชาการหรือประชาชนทั่วไปที่มิได้อยู่ในแวดวงงานมาลาเรีย แต่มีความสนใจด้านประวัติศาสตร์สุขภาพ สามารถเข้าถึงเนื้อหาวิชาการในรูปแบบที่มิใช่ตำราได้ง่ายขึ้น ทั้งยังสามารถใช้อ้างอิงเชิงวิชาการได้เช่นกัน กองนวัตกรรมและวิจัยในฐานะผู้จัดทำหนังสือ “เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย” เล่มนี้ และยังเป็นผู้รับผิดชอบงานประวัติศาสตร์ พิพิธภัณฑ์ และจดหมายเหตุของกรมควบคุมโรค หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บุคลากรกรมควบคุมโรคหรือผู้สนใจในงานประวัติศาสตร์สุขภาพจะได้ตระหนักเห็นความสำคัญของฐานข้อมูลงานจดหมายเหตุ ช่วยกันจัดเก็บ อนุรักษ์ และพัฒนาให้มีคุณภาพในระดับสากล เพื่อให้เป็นอีกหนึ่งฐานข้อมูลที่บ่งบอกรากเหง้า ตัวตน ให้บุคลากรกรมควบคุมโรคเกิดความภาคภูมิใจ เกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคให้เกิดประโยชน์กับมวลมนุษยชาติต่อไป

ขอขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร อดีตเจ้าหน้าที่ประจำองค์การอนามัยโลกและเป็นอดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย ท่านกรุณาให้สัมภาษณ์ เพิ่มเติมข้อมูลเชิงวิชาการ มอบภาพประกอบในเล่ม และยังกรุณาเขียนคำนิยมให้อีกด้วย ขอขอบคุณแพทย์หญิงชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลงที่กรุณาเขียนคำนิยม ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ อดีตรองอธิบดีกรมควบคุมโรค ดร.นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ดร. นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล รก.นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ ที่กรุณาให้คณะทำงานได้สัมภาษณ์ ในฐานะผู้ปฏิบัติงานจริงในช่วงเวลาดังกล่าว รวมทั้งคุณธวัช กันตะศรี ช่างศิลป์ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง และ ดร.เยาวเรศ วิสูตรโยธิน สคร.๒ พิษณุโลก ทีมวิจัยมาลาเรียที่ อ.ท่าสองยาง ซึ่งกรุณาคัดเลือกภาพเพื่อประกอบในหนังสือเล่มนี้ และหากมีข้อผิดพลาดประการใดของหนังสือ “เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย” คณะผู้จัดทำขอน้อมรับผิดแต่เพียงผู้เดียว

ด้วยจิตคารวะ
คณะผู้จัดทำ
เดือนกันยายน ๒๕๖๒

สารบัญ

ช่วงที่ ๑

๑๖

Timeline ช่วงที่ ๑

ยุคก่อนประวัติศาสตร์ - พุทธศตวรรษที่ ๒๑

มาลาเรีย... หนึ่งในโรคร้ายแรงเก่าแก่ของโลก **๑๘**

- มาลาเรียในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ ๑๙
- มาลาเรีย... โรคร้ายที่แพร่ระบาดในแหล่งอารยธรรมทั่วโลก ๒๔
- มาลาเรียในดินแดนของไทยยุคก่อนประวัติศาสตร์ ๓๐
- มาลาเรียในสังคมไทยสมัยโบราณ ๓๓
- การแพทย์ทฤษฎีธาตุในสังคมไทย ๓๗

ช่วงที่ ๒

๔๘

Timeline ช่วงที่ ๒

พุทธศตวรรษที่ ๒๑ - พุทธศตวรรษที่ ๒๕

เมื่อสยามเริ่มใช้วิธีรักษามาลาเรียแบบแพทย์ตะวันตก **๕๐**

- มาลาเรียในสายตาชาวตะวันตกและการรักษาสมัยอยุธยา ๕๑
- โรคภัยไข้เจ็บของชาวสยาม ๕๔
- ค้นพบควินิน... ยารักษามาลาเรียจากโลกใหม่ ๕๖
- มาลาเรียในยุคปรับปรุงการแพทย์ต้นกรุงรัตนโกสินทร์ ๖๒
- เหตุเกิดที่หว้ากอ รัชกาลที่ ๔ เสด็จสวรรคตด้วยไข้มาลาเรีย ๗๖
- รัชกาลที่ ๕ ยุคของการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่สู่อารยะประเทศ ๘๐
- ทฤษฎีเชื้อโรค : จุดเปลี่ยนสู่การแพทย์สมัยใหม่ ๘๖
- วิถีสู้โรคร้ายก่อนการเข้ามาขององค์การอนามัยโลก ๙๑

ช่วงที่ ๓

๑๐๒
Timeline ช่วงที่ ๓
พ.ศ.๒๔๙๒ - พ.ศ.๒๕๔๐

จุดเริ่มต้นกำจัดกวาดล้างมาลาเรียไปจากประเทศไทย **๑๐๔**
- ผนึกกำลังองค์กรระดับโลก...กำจัดลดพื้นที่ระบาด ๑๐๕
- เริ่มต้นโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ๑๒๐
- สังกะสี: สนิมเกิดแต่เนื้อในตน ไม่ใช่เพราะดีดีที ๑๒๖
- รีเทิร์นโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย ๑๓๐
- ขยายมาลาเรียคลินิก...สู้การระบาดครั้งใหญ่ ๑๓๙
- ฉากชีวิตเจ้าหน้าที่มาลาเรียภาคสนาม ๑๔๖
- มูลนิธิสุรินทร์ พินิจพงศ์ มือที่ยื่นมาประคองชีวิตคนมาลาเรีย ๑๕๗
- ดื้อยา ปัญหาใหญ่ของการรักษา ๑๖๐
- ดีดีที พระเอกในอดีต ๑๖๓

ช่วงที่ ๔

๑๗๘
Timeline ช่วงที่ ๔
พ.ศ.๒๕๔๐-ปัจจุบัน

เป้าหมายสุดท้าย...กำจัดมาลาเรียให้หมดไป **๑๘๐**
- ประเทศไทยเป็นแกนนำก่อตั้งเครือข่ายเพื่อการฝึกอบรมมาลาเรียนานาชาติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Asian Collaborative TrainingNetwork for Malaria – ACTMalaria) ๑๘๑
- ปรับเปลี่ยนสู่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ๑๘๙
- พัฒนาบูรณาการระบบเครือข่ายสู่ความเป็นเลิศระดับนานาชาติ ๑๙๗
- ก้าวสู่มาลาเรียออนไลน์ ๒๐๙
- สานต่อ เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง ๒๑๔
- ความท้าทายครั้งสำคัญ ปี ๒๕๖๙ มาลาเรียต้องหมดไปจากประเทศ ๒๑๘
- พชอ. อีกหนึ่งฟันเฟืองของระบบเครือข่ายเพื่อการกำจัดมาลาเรีย ๒๒๔
- สาธารณสุขมั่นใจ ๒๕๖๙ ไทยปลอดมาลาเรีย ๒๓๒

บรรณานุกรม
และที่มาภาพ
๒๓๖

ช่วงที่ ๑

Timeline

ยุคก่อนประวัติศาสตร์ - พุทธศตวรรษที่ ๒๑

๑
ยุคก่อนประวัติศาสตร์ ราว ๕,๐๐๐ ปีก่อน

๒
๔,๐๐๐ ปีก่อน

๓
ยุคหินใหม่-เหล็ก ๔,๐๐๐ ปี – ๑,๕๐๐ ปีก่อน

๑

๒

เหตุการณ์

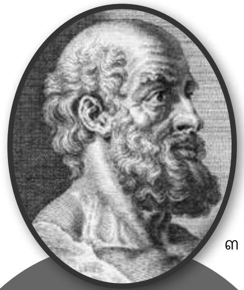
๑. ในสังคมบุพกาล มนุษย์ยังเก็บของป่าล่าสัตว์อยู่รวมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ เกิดโรคติดต่อจากสัตว์ป่า เช่น โรคฉี่หนู รวมทั้งมาลาเรีย ที่วิวัฒนาการมาพร้อมกับมนุษย์

๒. มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์จนถึงยุคสร้างบ้านแปงเมือง หลักฐานสำคัญคือขุดพบโครงกระดูกมนุษย์ที่เป็นโรคโลหิตจางและโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเกิดจากการต้านเชื้อมาลาเรีย เช่น โครงกระดูกที่โคกพนมดี จ.ชลบุรี

๓. แหล่งโบราณคดีหลายแห่งในประเทศไทย เช่น บ้านเก่า จ.กาญจนบุรี พบโครงกระดูกที่มีกะโหลกศรีษะหนา แต่พรุนแบบฟองน้ำ มักเกิดกับคนที่เป็นโรคโลหิตจางเรื้อรัง

๔. ฮิปโปเครติส แพทย์ชาวกรีกได้บันทึกในเอกสารทางการแพทย์ว่า มาลาเรีย เป็นหนึ่งในโรคที่คุกคามชาวกรีกและผู้คนในยุโรป เอเชีย และแอฟริกา

ช่วงที่ ๑


๓

๔
ยุคประวัติศาสตร์
พ.ศ. ๘๓-๑๐๖

๕
พ.ศ. ๓๓๕-
๗๖๓

๖
ราวปี พ.ศ.
๗๕๔-๘๐๙

๗
พุทธ-
ศตวรรษ
ที่ ๒๑

๔

๕

๕. สมัยราชวงศ์ฮั่น ชาวจีนบันทึกถึงโรคเขตร้อน **“ซาง (zhang)”** หรือมาลาเรียที่ระบาดมากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้ทหารจีนล้มตาย ไม่สามารถรบชนะดินแดนแถบนี้ ขณะที่จีนเองก็แพร่โรคฝีดาษเอาไว้

๖. อาณาจักรโรมันต้องล่มสลายจากโรคระบาดกาฬโรคแอนโทนินและมาลาเรียที่คร่าชีวิตผู้คนลงไปจำนวนมาก

๗. ชาวตะวันตกที่เดินทางเข้ามาตั้งถิ่นฐานทำการค้าในสยามมีบันทึกถึงการแพร่ระบาดของมาลาเรีย แต่การรักษายังเป็นแบบแพทย์แผนไทยที่ต่างจากแพทย์แผนตะวันตกอย่างสิ้นเชิง

มาลาเรีย...

หนึ่งในโรคร้ายแรงเก่าแก่ของโลก

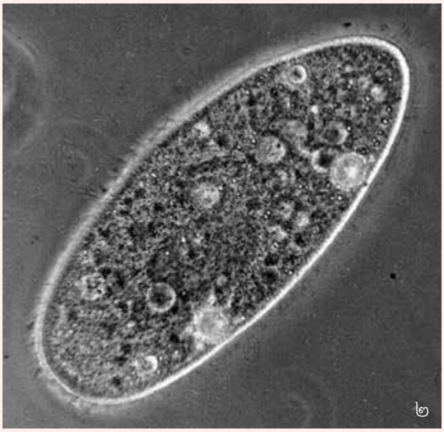
มาลาเรีย
ในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ

แมนูสคริปต์แสดงภาพแพทย์กำลังอธิบายผลการวินิจฉัยทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยฟังในสมัยยุคกลาง ด้านหลังมีหญิงร้องไห้ขณะฟังชะตากรรมของผู้ป่วย

เรื่องราวของมาลาเรีย ที่เคยถูกเรียกขานกันในอดีตว่าไข้ป่า ไข้จับสั่น ไข้พิษหรือไข้พิศม์ และอีกหลายชื่อและหลายอาการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับว่าไปเกิดขึ้นที่ไหน ก็เรียกชื่อเรียกอาการต่างกันไปตามท้องถิ่นและยุคสมัยที่เกิดโรคนี้ ซึ่งมาลาเรียเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติความเป็นมายาวนานตั้งแต่มีมนุษย์ถือกำเนิดขึ้น และมีวิวัฒนาการมาพร้อมกับการก่อร่างสร้างตัวของอารยธรรมสำคัญหลายแห่งทั่วโลก แต่ละยุคสมัยความรู้ทางการแพทย์ได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด มีการเสาะหาสาเหตุ วิธีรักษา ควบคุมและป้องกันโรคมากมาย ทางด้านการแพทย์แผนตะวันตกเอง ความรู้เรื่อง

๑

ชาร์ล หลุยส์ อาลฟงส์ ลาฟว์ร็อง แพทย์ชาวฝรั่งเศส ผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสรีรวิทยาหรือการแพทย์ ในปี ค.ศ. ๑๙๐๗ ค้นพบว่าสาเหตุของมาลาเรียคือเชื้อโพรโตซัว หลังจากสังเกตปรสิตในสเมียร์เลือดที่ได้จากผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมาลาเรีย การค้นพบดังกล่าวเป็นครั้งแรกที่แสดงให้เห็นว่าโปรโตซัวสามารถก่อโรคได้



๒

โปรโตซัว เป็นสิ่งมีชีวิตเซลล์เดียวขนาดเล็กที่จัดได้ว่ามีความสำคัญมากในระบบนิเวศ สามารถอาศัยอยู่ได้ทั้งน้ำจืด และน้ำเค็ม รวมทั้งบริเวณที่ชื้นแฉะ ยังพบว่าอาศัยอยู่ในร่างกายของสัตว์บกอีกหลายชนิด มีทั้งที่เป็นโทษและมีประโยชน์

มาลาเรียก็มีการพัฒนามาพร้อมกับสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะความรู้ทางการแพทย์ที่ค้นพบวิธีการทางวิทยาศาสตร์จนเอาชนะความรู้แบบอื่นทั่วโลก กลายเป็นความรู้หลักเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บมาเมื่อสองศตวรรษที่ผ่านมานี้เอง

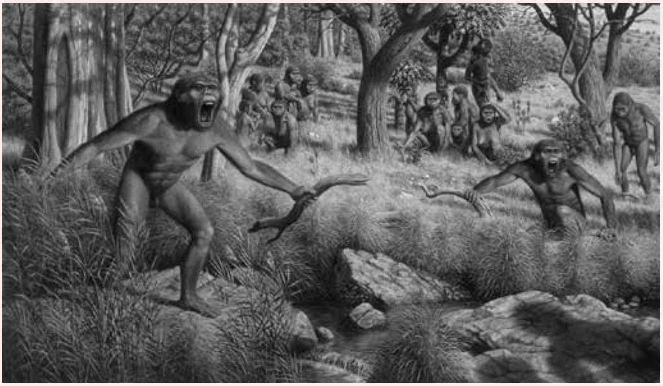
จนถึงวันนี้เรารู้จักมาลาเรียตามความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ว่า เกิดจากเชื้อพลาสโมเดียมเข้าไปเติบโตในเม็ดโลหิตแดงของมนุษย์ มียุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรค และเรียกขานอย่างเป็นทางการในสังคมไทยว่า “มาลาเรีย” ทับศัพท์ภาษาอังกฤษจากคำว่า malaria และถูกประกาศในศัพท์บัญญัติแพทย์เมื่อวันที่ ๗ มกราคม ๒๔๘๗ ใกล้เคียงกับช่วงที่มีการเปลี่ยนชื่อเรียกหน่วยงานนี้ว่า “กองมาลาเรีย” แทนไข้จับสั่นที่เคยเรียกกันมานาน หากก่อนหน้านั้นก็มีการเรียกโรคนี้ว่า “มาลาเรีย” และ “มะลาเรีย” ควบคู่กับไข้จับสั่นกันมาบ้างแล้ว

กว่าจะเรียนรู้เข้าใจความเป็นมาของมาลาเรียที่พิสูจน์ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างถูกต้อง เราต้องต่อสู้กับโรคนี้มายาวนาน และไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่าการก่อตัวเป็นชนเผ่า

ชุมชน สังคม และอารยธรรมแต่ละยุคสมัย ที่มีการรวมกลุ่มกันใช้ชีวิต ทำมาหากิน สร้างบ้านแปงเมือง มีสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และมีการเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างกัน เป็นตัวการที่ทำให้เกิดโรคภัยต่างๆ ตลอดมา และถ้าจะหาหลักฐานของโรคที่เกิดขึ้นกับมนุษย์แล้ว เราสามารถแบ่งเป็น ๒ ยุคสำคัญด้วยกัน ยุคแรกเรียกว่า "สมัยก่อนประวัติศาสตร์" ถือเอาช่วงที่ยังไม่มีการเขียนบันทึกเรื่องราวเป็นลายลักษณ์อักษร การศึกษาหาความรู้เรื่องของโรคสมัยก่อนประวัติศาสตร์นั้นจึงต้องอาศัยหลักฐานที่หลงเหลืออยู่ในโครงกระดูกมนุษย์โบราณหรือเรียกว่า พยาธิวิทยาของซากศพดึกดำบรรพ์ (paleopathology) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่ปรากฏติดอยู่กับโครงกระดูกของมนุษย์สมัยก่อนประวัติศาสตร์ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นงานศึกษาของนักมานุษยวิทยากายภาพ ส่วนยุคหลัง เรียกว่า "สมัยประวัติศาสตร์" หลักฐานจะได้จากการจดบันทึกของผู้คนในแต่ละยุคสมัย เริ่มขึ้นราว ๕,๐๐๐ ปีก่อน เมื่อเกิดอารยธรรมสำคัญขึ้นในเมโสโปเตเมียและอียิปต์ ต่อมาในตะวันออกใกล้ ตะวันออกกลาง รอบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน จีน และอินเดีย ซึ่งเป็นศูนย์กลางอารยธรรมที่อยู่ในโลกเก่าคือ ยุโรป เอเชีย และแอฟริกา

ในยุคแรกสมัยก่อนประวัติศาสตร์นั้น ย้อนอดีตไปถึงบรรพบุรุษของมนุษย์ที่ถือกำเนิดจากลิงไม่มีหาง เรียกว่า ออสตรัลโลปีน (Australophines) ที่เปลี่ยนจากการอาศัยบนต้นไม้ลงมาอยู่บนพื้นดินและวิวัฒนาการมาเป็นมนุษย์ที่เรียกว่า โฮโม อีเร็คตัส (Homo erectus) เมื่อประมาณ ๕ ล้านปีก่อน ต่อมาได้แพร่กระจายไปทั่วโลกเก่า ส่วนมนุษย์

โฮโม อีเร็คตัส (Homo erectus)
สมมติฐานแรกเสนอว่า H. erectus ย้ายถิ่นฐานออกจากแอฟริกาในต้นสมัยไพลสโตซีน
สมมติฐานที่สองเสนอว่า H. erectus เกิดวิวัฒนาการขึ้นในทวีปยูเรเชียแล้วจึงอพยพเข้าไปในแอฟริกา คือ ได้อยู่ในเขตคอเคซัส ที่ Dmanisi ในเขตประเทศจอร์เจียปัจจุบัน



เมื่อ ๓ ล้านปีก่อน ภูมิภาคแอฟริกาที่เคยแห้งแล้ง ได้เปลี่ยนเป็นดินแดนแห่งทุ่งหญ้าที่ชุ่มชื้น จนเกิดมนุษยชาติยุคแรก

ยุคแรก โฮโม ซาเปียนส์ (Homo sapiens) กำเนิดขึ้นเมื่อประมาณ ๖ แสนปีที่แล้ว ต่อมามนุษย์ทั้งสองตระกูลได้ผสมกลมกลืนกันกับมนุษย์นีแอนเดอทัล (Neanderthals) และวิวัฒนาการมาเป็นมนุษย์ปัจจุบันคือ โฮโม ซาเปียนส์ ซาเปียนส์ (Homo sapiens sapiens) เมื่อราว ๔ หมื่นปีก่อน ซึ่งตลอดวิวัฒนาการอันยาวนานนั้นลักษณะทางพันธุกรรมของมนุษย์ได้เปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย จนกล่าวได้ว่าพวกเราทั้งหมดล้วนเป็นผลผลิตของวิวัฒนาการจากอดีตอันแสนยาวไกลนั่นเอง

ในสังคมบุพกาลมนุษย์อยู่รวมกันเป็นกลุ่มเล็กๆ ๕๐-๑๐๐ คน ใช้ชีวิตเร่ร่อนไม่เป็นหลักแหล่ง ยังชีพด้วยการเก็บของป่าล่าสัตว์ มีอาหารการกินอุดมสมบูรณ์หลากหลายไม่จำเจ ทำให้บรรพบุรุษรุ่นแรกของมนุษย์มีความแข็งแรงแม้ว่าอายุเฉลี่ยจะค่อนข้างสั้นก็ตาม จากสภาพที่อยู่ตามธรรมชาติ และการอยู่ไม่เป็นที่เป็นทาง มีจำนวนคนน้อย ทำให้ไม่เกิดแหล่งเพาะเชื้อโรคขึ้น จึงปลอดจากโรคติดต่อ เช่น ฝีดาษ หัด และไม่ค่อยมีโรคภัยเบียดเบียน แม้จะเกิดการขาดอาหารบ้างยามที่เกิดวิกฤตตามธรรมชาติ จนทำให้เกิดการลดจำนวนคนที่เหมาะสมกับปริมาณอาหาร โดยกลุ่มคนที่จะอดตายส่วนใหญ่คือ คนแก่และเด็ก ส่วนเด็กแรกเกิดเองก็มีอัตราการตายสูง จากการที่แม่มีร่างกายผ่ายผอมและต้องตรากตรำทำงานหนัก ด้วยสาเหตุเหล่านี้เองที่ทำให้จำนวนคนในยุคบุพกาลไม่ค่อยเพิ่มขึ้นเท่าไหร่

แม้โรคภัยไข้เจ็บในสังคมเก็บของป่าล่าสัตว์จะมีน้อยกว่ามนุษย์ในยุคหลังๆ แต่ก็ยังเป็นที่มาของโรคสำคัญ ๒ ประเภท คือ โรคที่ติดต่อจากสัตว์ป่าที่มนุษย์ล่ามาเป็นอาหาร หรือสัตว์ป่าที่มนุษย์ไปสัมผัส ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคพยาธิตัวจี๊ด (trichinosis) ไข้หลับ (sleeping sickness) ไข้กระต่าย (tularaemia) บาดทะยัก (tetanus) โรคพยาธิใบไม้ดูดเลือดชนิดหนึ่ง (schistosomiasis) โรคฉี่หนู (leptospirosis) รวมทั้งบางโรคที่เป็นไปได้ว่าเกิดในยุคนี้คือ โรคที่อยู่ในกลุ่มของไข้รากสาดใหญ่ มาลาเรีย และไข้เหลือง โดยโรคจะเกิดเฉพาะคนมากกว่าจะระบาดไปยังคนอื่น ส่วนอีกลักษณะเป็นโรคที่เกิดจากสิ่งมีชีวิตที่มีมาตั้งแต่บรรพบุรุษมนุษย์ และวิวัฒนาการมาพร้อมกัน อย่างสัตว์จำพวก หนอน เหา และแบคทีเรีย เช่น Salmonella และ Treponema ที่ก่อให้เกิดโรคคุดทะราด (yaws) และซิฟิลิส (Syphilis)

เท่ากับว่ามาลาเรียนั้นเป็นโรคเก่าแก่ที่อยู่คู่มากับมนุษย์มาตั้งแต่ยุคดึกดำบรรพ์และวิวัฒนาการคู่กับอารยธรรมของมนุษยชาติ ตั้งแต่เรายังอยู่ร่วมกันกับสัตว์ในป่า ล่าสัตว์ จนนำสัตว์มาเลี้ยงในที่พักอาศัยทำให้เกิดการสัมผัสกันมาตลอด กล่าวกันว่าเชื้อมาลาเรียที่อยู่ในลิงจะติดต่อมายังมนุษย์ได้ก็เพราะมียุงเป็นพาหะมาตั้งแต่ต้นแล้ว ทำให้อธิบายได้ว่าทำไมมนุษย์ในบางที่ที่สัมผัสกับเชื้อมาลาเรียอยู่ตลอดจะมีภูมิต้านทานกว่าคนที่ไม่เคยสัมผัสเชื้อเลย มาลาเรียจึงเป็นโรคของนักเดินทางหรือผู้อพยพที่ย้ายเข้ามาใหม่ในแหล่งที่มีเชื้อมาลาเรียอยู่ เพราะอาจจะเสียชีวิตได้ง่ายถ้าติดเชื้อจนเกิดโรคจากการไม่มีภูมิคุ้มกันตัวเอง

มาลาเรีย
โรคร้ายที่แพร่ระบาด ในแหล่งอารยธรรมทั่วโลก

ในเวลาต่อมาความเจริญของอารยธรรมต่างๆ ทุกมุมโลก ได้กลายเป็นแม่เหล็กดึงดูดผู้คนและตัวก่อโรคเข้ามาไว้ด้วยกัน ทำให้ความเป็นเมือง การเกิดโรค และโรคระบาดนั้น เป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากพัฒนาการของสังคมมนุษย์ เช่นเดียวกับอารยธรรมตะวันตกที่มีพื้นฐานมาจากสังคมเมืองแบบกรีก ทั้งการปกครอง ศิลปวัฒนธรรม เทคโนโลยี และวิทยาศาสตร์ ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากโรคระบาดและการจัดการกับโรคระบาด เพื่อความอยู่รอดของชาวเมืองไปได้

จากเอกสารทางการแพทย์ของฮิปโปเครติส ได้บันทึกเอาไว้ว่าโรคที่คุกคามชาวกรีกอยู่ในขณะนั้นได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค โรคคอตีบ ไข้หวัดใหญ่ และยังเป็นไปได้ว่ามีโรคหัดและฝีดาษแพร่อยู่ในกรีกอีกด้วย แต่ชาวกรีกก็ยังอยู่ดีมีสุขไม่ค่อยมีโรคภัยเบียดเบียนเท่าไหร่นัก จำนวนคนก็ยังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ส่วนสาเหตุการตายน่าจะมาจากการทำสงครามมากกว่าอย่างอื่น จากหลักฐานนี้เองทำให้เห็นได้ชัดว่า มาลาเรียเป็นโรคสำคัญที่คุกคามสุขภาพของชาวกรีก เช่นเดียวกันกับแอ่งอารยธรรมในโลกเก่าของยูเรเซีย ซึ่งเป็นเขตที่โรคแพร่หลายถึงกันได้ในยุโรป เอเชีย และแอฟริกา มาตั้งแต่อดีต

ล่วงมาถึงสมัยที่อาณาจักรโรมันเจริญรุ่งเรืองมั่งคั่ง จากการเดินทางติดต่อค้าขายระหว่างชาวยุโรปและเอเชีย ตามเส้นทางสายไหม เส้นทางบกอันเลื่องชื่อ และเส้นทางเดินเรือเลียบฝั่งภายในทวีป อาณาจักรโรมันในยุคนั้นจึงเต็มไปด้วยผู้คนมากมายกว่าแต่ก่อน จนเป็นเหตุให้เกิดโรคระบาดทำลายล้างอาณาจักรแห่งนี้ตั้งแต่ศตวรรษที่ ๒ ก่อนคริสตกาล ครั้งแรกเกิดระบาดขึ้นระหว่างปี ค.ศ. ๑๖๕-๑๘๐ เรียกว่า กาฬโรคแอนโทนีน (Antonine plague) คร่าชีวิตผู้คนไปราว ๑ ใน ๔ หรืออาจถึง ๓ ใน ๔ ของคนที่อยู่ในพื้นที่เกิดโรค

ภาพวาดกาเลนและฮิปโปเครติสในเมือง Anagni ประเทศอิตาลี ฮิปโปเครติส บิดาแห่งวิชาการแพทย์ตะวันตกมีการจัดระเบียบวิชาการแพทย์ในลักษณะวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีหลักเหตุผลถึงสาเหตุของโรคที่มิใช่จากการลงโทษของพระเจ้า

โรคได้แพร่กระจายไปทั้งกรุงโรมและพื้นที่ชนบทโดยรอบ จนกล่าวได้ว่าเกิดการล่มสลายของกรุงโรม

ส่วนครั้งที่สองเกิดระบาดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. ๒๑๑-๒๖๖ โรคได้แพร่กระจายไปทั้งกรุงโรมและพื้นที่ชนบทโดยรอบ จนกล่าวได้ว่าการล่มสลายของกรุงโรมเกิดจาก ๒ สาเหตุใหญ่คือ โรคระบาดที่คุกคามมาตั้งแต่ศตวรรษที่ ๒ และการรุกรานของอนารยชน

ขณะที่อาณาจักรโรมันต้องเผชิญกับภัยของโรคใหม่ ก็มีข้อสันนิษฐานว่าการต่อสู้กับโรคเก่าแก่อย่างมาลาเรียอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้จำนวนประชากรลดลงไปมาก ส่วนอีกกระแสหนึ่งก็ว่าเพราะโรมเป็นเมืองที่มีคนอยู่แออัดเลยกลายเป็นแหล่งก่อโรค และระบบน้ำประปาที่ใช้ดื่มมีปรสิตระบาด ทำให้ร่างกายของชาวเมืองอ่อนแอและเจ็บป่วยตายในที่สุด

การเดินเรือพิชิตดินแดนทั่วโลกของชาวยุโรปก่อให้เกิดการระบาดของโรคจากโลกเก่าไปยังโลกใหม่

ยุคสมัยต่อมาเมื่อชาวยุโรปเข้าไปยึดครองดินแดนต่างๆ ในอเมริกากลางและใต้ ได้แพร่โรคระบาดคร่าชีวิตชาวพื้นเมือง ทำให้มีปัญหาขาดแคลนแรงงานในการทำไร่ขนาดใหญ่ที่ผลิตพืชสินค้าชนิดใหม่ เช่น อ้อยและกาแฟ ต้องหาทางออกด้วยการค้าทาส จับเอาคนดำจากแอฟริกามาทำงานในไร่และสิ่งที่ตามมาก็คือ โรคชนิดใหม่ที่ติดมากับคนดำแล้วแพร่สู่ทวีปอเมริกา เช่น มาลาเรีย ไข้เหลือง รวมทั้งโรคพยาธิ Necator americanus ที่ติดมาในร่างกายของทาสกลุ่มแรกที่เดินทางมาถึงและยังมีพยาธิโรคเท้าช้าง โรค schistosomiasis และโรค onchocerciasis ซึ่งต่อมาโรคที่เข้ามาใหม่ก็ได้วิวัฒนาการตัวเองกลายเป็นโรคประจำถิ่นที่แตกต่างจากแหล่งกำเนิดเดิมไปในที่สุด เท่ากับว่าการเดินเรือพิชิตดินแดนทั่วโลกของชาวยุโรปในอารยธรรมสมัยใหม่ได้ก่อให้เกิดการระบาดของโรคจากโลกเก่าหรือ ยูเรเชีย คือ ยุโรป เอเชียและแอฟริกา ไปยังโลกใหม่ คือ อเมริกา ซึ่งมาลาเรียได้กลายเป็นโรคระบาดเขตร้อนสำคัญของชาวอเมริกันในยุคศตวรรษที่ ๑๙-๒๐

สำหรับดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โรคเขตร้อนหลายชนิดได้คุกคามชีวิตคนพื้นถิ่นอยู่เนืองๆ จนมีคนอยู่น้อยมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ ในเรื่องนี้ วิลเลียม แมคนีล นักประวัติศาสตร์การแพทย์คนสำคัญชี้ว่า มาลาเรียอาจเป็นโรคสำคัญที่ทำให้จำนวนประชากรลดน้อยลงในภูมิภาคเขตร้อนแบบนี้

ศตวรรษที่ ๑๗-๑๙
ดินแดนเอเชียเป็น
ยุคล่าอาณานิคม มีผู้อพยพ
เข้ามาอยู่ใหม่ และต้อง
เผชิญกับโรคเขตร้อนประจำถิ่น

ถ้าไม่นับฝีดาษตัวการสำคัญอีกโรค แต่มาลาเรียจะเป็นโรคระบาดประจำถิ่นในพื้นที่ลุ่มและพื้นที่บุกเบิกใหม่เพื่อทำการเกษตรและอยู่อาศัยเท่านั้น โดยเฉพาะในยุคที่มีการสร้างบ้านแปงเมืองเป็นอาณาจักรโบราณเมื่อ ๒,๐๐๐ ปีที่แล้ว

ชาวจีนในอดีตได้จดบันทึกถึงโรคนี้ไว้ตั้งแต่สมัยราชวงศ์ฮั่นว่า โรคในดินแดนทางใต้ที่คร่าชีวิตทหารและคนจีนที่เดินทางไปยังภูมิภาคนี้ได้แก่ โรคที่เรียกกันว่า ซาง (zhang) เป็นโรคระบาดร้ายแรงจนเป็นที่กล่าวขาน สันนิษฐานว่าอาจจะเป็นมาลาเรียหรือไม่ก็โรคที่แพร่ไปตามน้ำ อย่างอหิวาตกโรคหรือไทฟอยด์ โดยโรคซางที่ถูกบันทึกและกล่าวถึงว่าเป็นโรคภัยทางใต้นี้ หมายถึงโรคที่อันตรายดั้งเดิมและสุขภาพที่ไม่ดี โดยในยุคราชวงศ์หมิงและต้นราชวงศ์ชิง คำว่า “ซาง” ได้ถูกจำแนกออกไปมากมายหลายชนิดที่เกี่ยวข้องกับโรคเขตร้อน แต่ต่อมานักวิจัยชาวจีนเองก็ยอมรับกันว่า ซางประเภทพิเศษที่หมายถึงมาลาเรียนั้นคือ โรคที่แพร่ระบาดมากในดินแดนทางใต้ อย่างยูนนาน กวางสี ไต้หวัน พม่าและเวียดนาม ก่อนหน้าที่ชาวตะวันตกจะศึกษาและแปลความหมายคำว่าซางในบันทึกสมัยราชวงศ์หมิงว่ามาลาเรียอย่างชัดเจน

Le Petit Journal ฉบับวันที่ ๒๐ พ.ค.๑๙๐๖ คณะทูตจีนที่กรุงปารีส วันที่ ๒ ธ.ค. ๑๙๐๕ รัฐบาลชิงได้ส่งขุนนางจีนไต้หงสือและตวนฟางไปสหรัฐอเมริกา เยอรมันและออสเตรีย เพื่อศึกษาดูงานด้านการปกครองของประเทศทางตะวันตก

โรคเขตร้อนที่อาจจะเป็นมาลาเรียนี่เอง ที่ป้องกันดินแดนทางใต้จากการรุกรานของจีนที่ต้องการขยายอำนาจมายังพม่าและเวียดนาม แต่ไม่สำเร็จเพราะทหารเสียชีวิตจากโรคเขตร้อนที่ไม่คุ้นเคยมากกว่าการรบ และได้รับการบันทึกเอาไว้ในพงศาวดารจีนหลายยุคทั้งสมัยราชวงศ์หมิงหยวน ไปถึงราชวงศ์ชิง จนมีข้อสรุปว่ามาลาเรียได้ปกป้องดินแดนทางใต้แห่งนี้เอาไว้ ด้วยการแพร่เชื้อให้กับทหารจีนผู้รุกรานขณะที่ทหารจีนก็ได้แพร่เชื้อฝีดาษจนเกิดการระบาดอย่างรุนแรงในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

นับจากคริสต์ศตวรรษที่ ๑๗ ดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีชาวตะวันตกเดินทางมาติดต่อค้าขายพำนักอาศัยอย่างไม่ขาดสาย โดยเฉพาะในยุคอาณานิคมศตวรรษที่ ๑๙ ทุกหนทุกแห่งเต็มไปด้วยเจ้าอาณานิคมที่อพยพเข้ามาใหม่ คนพื้นเมืองเดิม และทาส ที่เข้ามาตั้งถิ่นฐาน ผู้เข้ามาอยู่ใหม่นี้ต่างต้องเผชิญกับโรคเขตร้อนที่ระบาดประจำถิ่นหลายชนิดและต้องสังเวยชีวิตให้กับโรคเหล่านี้เพราะไม่มีภูมิต้านทานมาก่อน ทำให้ประเทศเจ้าอาณานิคมทั้งหลายโดยเฉพาะอังกฤษและฮอลแลนด์ต่างก็ตั้งสถาบันการแพทย์เพื่อค้นคว้าวิจัยและป้องกันควบคุมโรคเขตร้อนขึ้นหลายแห่งทั้งในประเทศแม่และในอาณานิคมนั้นเอง และนิยามความหมายของโรคเขตร้อนในศัพท์ทางการแพทย์เฉพาะว่า “เวชศาสตร์

London School of Tropical Medicine,UK , ๑๘๘๙

เขตร้อน” (tropical medicine) นับจากต้นคริสต์ศตวรรษที่ ๒๐ เป็นต้นมา เจ้าอาณานิคมก็ได้ตั้งสถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนขึ้นมาผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตร้อนเพื่อไปปฏิบัติงานในอาณานิคม โดยสถาบันแรกที่รัฐบาลสนับสนุนให้ตั้งขึ้นในอังกฤษคือ London School of Tropical Medicine, UK เมื่อเดือนตุลาคม ๑๘๘๙ ก่อนหน้านั้นในเดือนเมษายนปีเดียวกันได้มีเอกชนคือ สมาคมพ่อค้าในแอฟริกาตะวันตกร่วมจัดตั้งสถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งเมืองลิเวอร์พูล คือ Liverpool School of Tropical Medicine, UK ขึ้น เพื่อควบคุมรักษาโรคเขตร้อนและปกป้องผลประโยชน์ทางการค้า ต่อมาอีกประมาณ ๒ ทศวรรษก็เกิดสถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนขึ้นหลายแห่งทั่วโลก

หลังจากนั้นได้มีการค้นคว้าหาความรู้เรื่องของมาลาเรียด้วยวิทยาการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งสาเหตุ อาการ เส้นทางการแพร่เชื้อ ฯลฯ จนสามารถไขความลับเกี่ยวกับมาลาเรียได้ในที่สุด

มาลาเรีย ในดินแดนของไทย ยุคก่อนประวัติศาสตร์

หากจะถามว่าดินแดนของประเทศไทยเรามีการแพร่ระบาดของมาลาเรียมานานแค่ไหนแล้วจากหลักฐานที่ค้นพบและค้นคว้าได้ให้คำตอบกับเราว่า มีมานานตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ สมัยที่ยังไม่มีการจดบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร หากเราสามารถรู้ได้ด้วยการพิสูจน์ร่องรอยของโรคบนโครงกระดูกของมนุษย์ที่ขุดพบตามแหล่งโบราณคดีต่างๆ หลายแห่ง

ที่สำคัญคือแหล่งโบราณคดีโคกพนมดี อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่มีร่องรอยการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์บริเวณทางออกของปากแม่น้ำบางปะกงมาตั้งแต่ ๔,๐๐๐ ปีที่แล้ว พบหลักฐานจำนวนมากที่แสดงการอยู่อาศัยและอารยธรรมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องปั้นดินเผา เครื่องประดับที่มาจากถิ่นอื่น เศษอาหารมาจากทะเล กระดูกสัตว์ป่า เศษข้าวและแกลบ ไปจนถึงโครงกระดูกจากพิธีฝังศพที่ซ้อนทับกันมาหลายชั่วอายุคนนานหลายศตวรรษ เมื่อทำการศึกษากระดูกเพื่อหาโรคที่ทำให้เสียชีวิตนั้นพบว่าหลายศพเสียชีวิตด้วยโรคเลือดที่เกี่ยวข้องกับโลหิตจาง ซึ่งแนนซี เทเลส ผู้เชี่ยวชาญทางมานุษยวิทยากายภาพได้ให้ความเห็นว่า โรคนี้น่าจะเป็นโรคธาลัสซีเมีย (thalassaemia) ซึ่งเกิดจากการต่อต้านโรคมาลาเรีย ที่ก่อให้เกิดโรคโลหิตจางได้ ชี้ให้เห็นว่ามาลาเรียเป็น

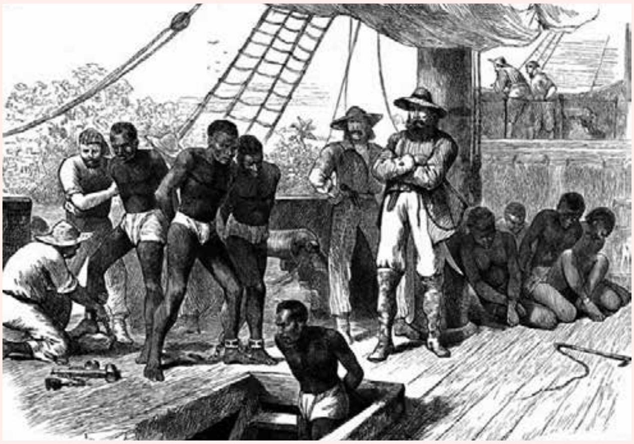
โครงกระดูกผู้หญิง พบที่โคกพนมดี ประดับประดาด้วยลูกปัดราว มีทั้งเปลือกหอยมีแผ่นกลมมีเดือย, กำไลข้อมือ, และเครื่องประดับศีรษะ เป็นต้น แสดงว่าเป็นศพของบุคคลสำคัญระดับแม่มดหมอผีหัวหน้าเผ่าพันธุ์

โรคประจำถิ่นที่มีมาตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์แล้วในดินแดนประเทศไทย

เมื่อขุดค้นพบโครงกระดูกในหลายแหล่งโบราณคดีทั่วประเทศก็ยิ่งเห็นชัดมากขึ้น เพราะมีร่องรอยโรคที่เป็นกันมากคือโรคโลหิตจาง (anemia) ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุด แสงวิเชียรและคณะ ได้ทำการศึกษาสำรวจที่แหล่งขุดค้นทางโบราณคดี บ้านเก่า จ.กาญจนบุรี พบโครงกระดูกที่มีลักษณะกะโหลกหนาแต่ไม่หนัก เพราะมีกระดูกฟองน้ำหนาขึ้น เป็นลักษณะของกะโหลกที่พบในผู้ป่วยที่มีสีในเม็ดเลือดแดงน้อย ปัจจุบันในเมืองไทยพบผู้ที่เป็นโรคนี้เรียกว่า haeruoglobin E disease หรือตายด้วยโรคโลหิตจางเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบร่องรอยบนกระดูกมนุษย์ที่ขุดพบที่บ้านเชียงว่ามีโรคโลหิตจางอยู่ด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อศึกษาประวัติศาสตร์ของโรคระบาดอย่างมาลาเรีย เชื่อกันว่ามีต้นกำเนิดของโรคมาจากลิงไร้หางในทวีปแอฟริกา การติดต่อในมนุษย์เกิดจากยุงก้นปล่องที่นำเชื้อจากลิงก่อนจะนำเชื้อจากมนุษย์สู่มนุษย์

และเชื้อที่ทำให้ป่วยนี้มีส่วนให้มนุษย์สร้างภูมิต้านทานไว้ป้องกันเชื้อมาลาเรียจนทำให้เกิดโรคโลหิตจาง หรือธาลัสซีเมีย ขึ้นในกรรมพันธุ์ของคนที่อยู่ในพื้นที่ระบาดของมาลาเรียและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นเพื่อป้องกันมาลาเรีย ด้วยเหตุนี้มนุษย์ในเขตร้อนของโลกเก่าและหลายแห่งที่มียุง บริเวณปากแม่น้ำและชายฝั่งทะเลน้ำท่วมถึงหลายแห่งของโลก จึงเป็นเขตที่มีเชื้อมาลาเรียเก่าแก่แต่ไม่อันตรายมาก คุกคามอยู่และสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่คนในพื้นที่รวมทั้งประเทศไทยด้วย ส่วนเชื้อมาลาเรียชนิดร้ายแรงอย่างพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Plasmodium falciparum) จากหลักฐานการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ระดับโลกพบว่าเชื้อชนิดนี้ได้ติดตัวไปกับทาสที่ถูกพาไปยังอเมริกาและแพร่เชื้อโดยยุงที่มีอยู่แล้วในโลกใหม่ในราวคริสต์ศตวรรษที่ ๑๖ และกลายเป็นโรคระบาดสำคัญที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมาตั้งแต่นั้น



ทาสที่ถูกพาไปยังอเมริกาและแพร่เชื้อโดยยุงที่มีอยู่แล้วในโลกใหม่ในราวคริสต์ศตวรรษที่ ๑๖

มาลาเรีย
ในสังคมไทยสมัยโบราณ

ชาวโปรตุเกสซึ่งรักการผจญภัย เป็นชาติแรกที่เข้ามาก่อนฝรั่งชาติอื่นๆเกือบร้อยปี นอกจากจะนำศาสนามาเผยแผ่และค้าขายแล้ว รัฐบาลยังสั่งมาว่า ทุกเมืองในตะวันออกที่เข้าไปได้ ให้แพร่พันธุ์ไว้ เพื่อยึดให้มั่นคง ทั้งเชื้อชาติ ศาสนา และขนบธรรมเนียม

มาลาเรียได้แพร่หลายในดินแดนของไทยมานานจนถึงยุคประวัติศาสตร์ สร้างบ้านแปงเมือง บุกเบิกสร้างอาณาจักรในที่ราบลุ่มแม่น้ำและชายฝั่งทะเลจนกลายเป็นเมืองใหญ่ ผู้คนในดินแดนแถบนี้จึงต้องต่อสู้กับการระบาดคุกคามของมาลาเรียมาตลอดทุกยุคทุกสมัย และหลักฐานที่ยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บในยุคประวัติศาสตร์ก่อนสมัยใหม่ของไทยได้ดีที่สุดก็คือ ตำราเวชศาสตร์ที่เก็บรักษาไว้ ณ หอสมุดแห่งชาติ หลักฐานที่ช่วยให้เรารู้เรื่องราวของโรคความเจ็บป่วย และการรักษาในสมัยโบราณของไทยเป็นอย่างมาก

พิธีรำแม่มด เป็นพิธีโบราณของคนเชื้อสายเขมร จะจัดขึ้นเมื่อมีต้องการแก้บน มีลักษณะคล้ายการทรงเจ้า รำแม่มดจะทำขึ้นเมื่อผู้ป่วย ซึ่งรักษาโดยวิธีการปกติธรรมดาหรือรักษาที่โรงพยาบาล หรือแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่หาย จึงจัดพิธีกรรมรำแม่มดขึ้น การจัดให้มีการรำนั้นจะจัดขึ้นในช่วงเวลาหัวค่ำจนถึงเช้า

พิธีทำบุญสะเดาะเคราะห์หลวงให้กับชาวพุทธที่ประสงค์จะทำบุญ สะเดาะเคราะห์ ตามคติความเชื่อทางพระพุทธศาสนา ถือเป็นการทำบุญต้อนรับปีใหม่ไทย ให้หลังจากนี้พบแต่ความสิริมงคลในชีวิต ขจัดภยันตรายและเภทภัยต่าง ๆ ออกจากชีวิตของตนเองและครอบครัว

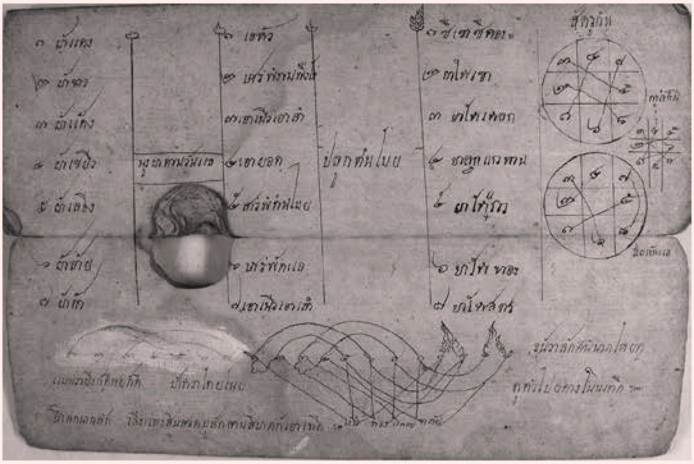
ตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ ๒๑ ในยุคที่สยามมีชาวตะวันตกเข้ามาติดต่อ ทำการค้า และตั้งถิ่นฐาน มีบันทึกชัดเจนเกี่ยวกับมาลาเรียว่าแพร่หลายในหมู่ชนชาวสยามไม่น้อย แต่ความรู้ในการรักษาโรคแบบแพทย์แผนไทยมีเทคนิคและวิธีรักษาแตกต่างจากความรู้ทางการแพทย์แผนตะวันตกเป็นอย่างมากโดยเฉพาะเรื่องของการวินิจฉัยโรค การรักษา การแพทย์แผนไทยนั้นจะมีที่มาจากการมองโลกแบบไตรภูมิ

ซึ่งเป็นผลจากความคิดความเชื่อของศาสนาพราหมณ์และพุทธที่รับเอาเข้ามาจากอินเดียตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ ๖-๗ ผสมปนเปกับความเชื่อดั้งเดิมเรื่องผี จนกลายเป็นแนวคิดที่อยู่เบื้องหลังระบบการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยทั้งหมด

เรื่องของระบบวิธีคิดสุขภาพแบบไทยนั้น นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เสนอว่าเนื่องจากสังคมไทยได้เกิดการสั่งสมวัฒนธรรมความเชื่อหลักมาจากรากเหง้าเดิมที่ผสมปนเปกับ ๓ วัฒนธรรมกระแสหลักคือ ความเชื่อเรื่องผี พราหมณ์ และพุทธศาสนา ส่งผลให้พื้นฐานแพทย์แผนไทยแบ่งระบบวิธีคิดและวิธีปฏิบัติออกเป็น ๔ แนวคิด คือ

ผีหมอเมขลา การเหยาเป็นกุศโลบายในการให้ กำลังใจผู้ป่วย ด้วยท่วงทำนองการขับร้องประกอบเสียงแคน ผู้เจ็บไข้ได้ป่วยจะรู้สึกสนุกสนานกับการเหยา จะเหยานานหรือเร็วก็ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยด้วย การเหยาไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด แต่จะช่วยให้สนุกสนานและสร้างกำลังใจในการต่อสู้อีกด้วย

- การแพทย์แบบประสบการณ์ เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อความอยู่รอด เป็นระบบการแพทย์ที่รู้จักกันดีในรูปของการปฏิบัติตัวให้เหมาะกับช่วงวัยและภาวะที่สุขภาพร่างกายไม่ปกติ ไม่ว่าจะเป็นข้อห้ามต่างๆ เช่น ขะลำ ขึด ของแสลง สำหรับผู้ป่วย คนท้อง หรือแม่หลังคลอด หรือที่คุ้นเคยกันดีและชาวบ้านใช้กันมากที่สุดก็คือ การรักษาด้วยยาสมุนไพร การรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน เช่น หมอกระดูก หมอจับเส้น ย่ำขาง เป็นต้น
- การแพทย์แบบอำนาจเหนือธรรมชาติ เกิดจากความเชื่อว่ามีอำนาจลี้ลับบางอย่างดลบันดาลให้เกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น ส่วนใหญ่จะเชื่อว่าเป็นผีที่มีทั้งฝ่ายดี อย่างผีบรรพบุรุษ ผีเชื้อ ผีบ้านผีเรือน กับผีไม่ดี เช่น ผีปอบ ผีโขมด ผีกระสือ การจะรักษาให้หายได้จะต้องเซ่นไหว้บูชาผี หรือใช้เวทมนต์คาถา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ขับไล่ผีนั้นให้ออกไปจากตัว โดยผู้ทำพิธีต้องเป็นผู้มีความรู้ เป็นหมอผีหรือหมอธรรมต่าง ๆ การแพทย์แบบนี้มีพื้นฐานความคิดว่า สุขภาพเป็นผลลัพธ์ของระบบสังคมทั้งหมด การเยียวยาจึงต้องหาทางแก้ไขให้สังคมคืนกลับสู่สภาวะเดิมด้วยการจัดระเบียบสังคมใหม่ หลังจากผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชนไปละเมิดกฎเกณฑ์ของสังคม



ตำราปลูกเรือน

• การแพทย์แบบโหราศาสตร์ เป็นระบบการแพทย์ที่เชื่อว่าชีวิตมนุษย์และจักรวาลนั้นเกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก แต่ละคนต่างถูกลิขิตไว้แล้วว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิตจากอิทธิพลของดวงดาวและจักรวาล จะมีเคราะห์เจ็บป่วยอะไรช่วงไหน ต้องแก้ไขอย่างไร ก็เป็นเรื่องของโหราศาสตร์ทั้งสิ้น และผู้ที่จะทำหน้าที่ทำนายหรือเป็นที่ปรึกษาเรื่องนี้ได้ก็คือ หมอโหราศาสตร์หรือหมอดู หมอเมื่อในภาคเหนือ หมอตำหราในภาคใต้

• การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ เป็นทฤษฎีที่สลับซับซ้อนแต่มีระบบที่สุด เป็นผลจากวิวัฒนาการอันยาวนานของวัฒนธรรมการแพทย์ ๓ กระแสด้วยกัน คือ การแพทย์แบบกรีก อินเดีย และจีน ซึ่งทั้งสามวัฒนธรรม มองร่างกายเป็นเป้าหมายหลักของการมีสุขภาพดีและไม่ดีว่า เกิดจากระบบธาตุในร่างกาย

คนที่เจ็บป่วยเป็นเพราะธาตุอาจพิการ หรือธาตุไม่สมดุล ต้องแก้ไขด้วยการปรับธาตุให้กลับมาสู่ภาวะสมดุลใหม่ ถือเป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันในการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แบบราชสำนัก และยังเป็นระบบการแพทย์หลักของสังคมไทยอีกด้วย ส่วนทฤษฎีธาตุในท้องถิ่นต่างๆ จะมีรายละเอียดตามความเชื่อของท้องถิ่นนั้นๆ แตกต่างกันออกไปอีก

การแพทย์ทฤษฎีธาตุ
ในสังคมไทย

คัมภีร์ธาตุพระนารายณ์ ฉบับใบลาน หรือตำราพระโอสถพระนารายณ์ ถือว่าเป็นตำรา การแพทย์แผนไทยและเภสัช ตำรับฉบับแรกของประเทศไทย เป็นมรดกภูมิปัญญาของ บรรพชน ที่สั่งสมความรู้มา ตั้งแต่สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช

แม้การแพทย์สมัยโบราณของไทยจะมีปรัชญาการแพทย์หลายแนวในการอธิบายสาเหตุและอาการของความเจ็บป่วย แต่คำอธิบายถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ และการรักษา จะอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีธาตุเป็นหลัก จะเห็นได้จากคัมภีร์การแพทย์แผนโบราณต่างๆ ว่าด้วยความรู้สำหรับแพทย์ไทยนั้นมี ๔ อย่างด้วยกันคือ “รู้ที่แรกเกิดโรค ๑ รู้จักชื่อโรค ๑ รู้ยาสำหรับแก้โรค ๑ รู้ว่ายาอย่างใดจะควรแก้ด้วยโรคใด ๑” สำหรับเรื่องรู้ที่แรกเกิดโรคนั้นก็คือ สาเหตุของการเกิดโรคหรือสมุฏฐานของโรคนั่นเอง ทางแพทย์แผนไทยได้จำแนกเอาไว้ว่า “เกิดจากฤดูแปรไป อาหารให้โทษ ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ ต้องร้อนยิ่งนัก ต้องเย็นยิ่งนัก อดนอน อดข้าว อดน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ” ซึ่งเป็นการปฏิบัติตัวให้ร่างกายผิดปกติทั้งสิ้น ส่วนการรู้จักชื่อโรคนั้นเป็นการ

"กำหนดรู้ตามชื่อของโรคซึ่งได้สมมติไว้ ว่าอาการเช่นนั้นๆ ชื่อโรคนี้ อาการเช่นนี้ๆ ชื่อโรคนั้น" ส่วนอีกสองเรื่องนั้นต้องมีความรู้ทางร่างกายของผู้ป่วย อาการต่างๆ ของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม ความรู้เกี่ยวกับเรื่องธาตุ ๔ ในตำราแพทย์แผนไทย ความรู้เรื่องยาสำหรับแก้โรค ชื่อยา พิกัดยา รสของยา วิธีการประกอบยา และการฝึกใช้ยารักษาโรคให้ชำนาญ

๑

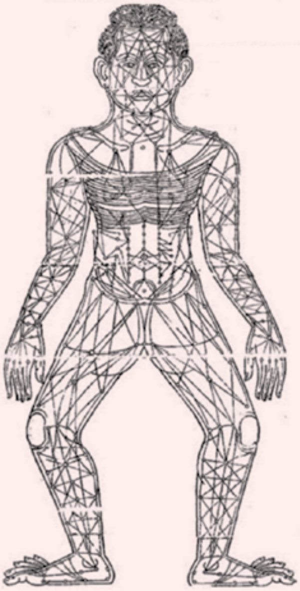
๒

ความเจ็บป่วยตามการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุของไทยนั้นถือว่า ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง ๔ ได้แก่ ธาตุดิน (ปัถวีธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) และธาตุไฟ (เตโชธาตุ)

ธาตุดิน ส่วนที่เป็นโครงสร้าง มีคุณสมบัติแข็งอยู่กับที่นิ่ง คงตัว และทำให้คงรูปร่างอยู่ได้ ในระบบการแพทย์ไทยจำแนกอวัยวะที่เป็นธาตุดินไว้ ๒๐ อย่าง ได้แก่ ผม, ขน, เล็บ, ฟัน, หนัง, เนื้อ, เส้นและเอ็น, กระดูก, เยื่อในกระดูก, ม้าม, หัวใจ, ตับ, พังผืด, ไต, ปอด, ไส้ใหญ่, ไส้น้อย, อาหารใหม่, อาหารเก่าและมันในสมอง

ธาตุน้ำ ส่วนที่เป็นของเหลว มีคุณสมบัติซึมซาบทำให้อ่อนตัว เป็นตัวกลางที่ทำให้สิ่งต่างๆ ไหลเวียนไป การแพทย์ไทยจำแนกไว้เป็นธาตุน้ำ ๑๒ อย่าง ได้แก่ น้ำดี, เสลด, หนอง, เลือด, เหงื่อ, มันข้น, มันเหลว, น้ำตา, น้ำ, น้ำมูก, ไขข้อและน้ำปัสสาวะ

ธาตุลม พลังขับดันภายในระบบร่างกายที่มีการเคลื่อนไหวหมุนเวียน มีธาตุลมอยู่ ๖ อย่าง ได้แก่ ลมที่พัดตั้งแต่ปลายเท้าตลอดศีรษะ, ลมที่พัดตั้งแต่ศีรษะตลอดปลายเท้า, ลมที่พัดอยู่ในท้องแต่นอกลำไส้, ลมที่พัดในลำไส้และใน



ภาพเส้นประธานสิบ
คัมภีร์แผนนวดฉบับหลวงฯ ร. ๕
แสดงเส้นทั้งร่างกายซึ่งมีลักษณะ
เป็นเครือข่ายร่างแห

กระเพาะ, ลมที่พัดทั่วร่างกายและลมที่หายใจเข้าออก

ธาตุไฟ เป็นพลังงานที่ให้ความอบอุ่น ความร้อน และเผาไหม้ มีด้วยกัน ๔ อย่าง คือ ไฟสำหรับอุ่นกาย, ไฟสำหรับระส่ำระสาย, ไฟสำหรับเผาให้แก่คร่ำคร่า และไฟสำหรับย่อยอาหาร

บรรดาธาตุทั้ง ๔ ธาตุดินกับธาตุน้ำ จัดว่าเป็นธาตุที่เกิดขึ้นก่อนและเป็นเจ้าเรือน โดยมีธาตุลมและธาตุไฟมาอาศัย คนไทยจึงถือว่า ธาตุดินและธาตุน้ำต้องครบถ้วนบริบูรณ์อยู่ก่อน สุขภาพอนามัยจึงจะปกติดี ตามที่เรียกกันว่า "มีอาการครบสามสิบสอง" ซึ่งหมายถึงธาตุดิน ๒๐ รวมกับธาตุน้ำ ๑๒ รวมเป็น ๓๒ นั่นเอง สำนวนนี้ในความเข้าใจของคนไทย จึงถูกใช้ในความหมายของการมีอวัยวะต่างๆ ครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่พิกลพิการ และยังถือกันว่าเมื่อคราวสิ้นชีวิต ธาตุอาศัย คือธาตุลมกับธาตุไฟจะดับไปก่อนคือ ทิ้งร่างกายไปก่อน โดยลมหายใจเข้าออกจะเป็นลมที่หมดไปเป็นลมสุดท้าย และสันตัปปัคคี คือ ไฟที่อุ่นกายจะหมดไปเป็นไฟสุดท้าย ขณะที่ธาตุดินและธาตุน้ำจะยังคงอยู่และค่อยๆ เลื่อมสลายตามไป นั่นคือซากศพที่เป็นธาตุเจ้าเรือนของธาตุดินและธาตุน้ำนั่นเอง

เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นแพทย์แผนไทยก็จะอธิบายว่าธาตุในร่างกายเกิดการกำเริบ พิการ หรือหย่อนคือลดลง ไปจากเดิม ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่อาการแปรปรวนของธาตุจะผูกโยงกับฤดูกาลและเทศะด้วย ดังเช่นอาการผอมเหลืองปวดเมื่อยในคัมภีร์ธาตุวิภังค์อธิบายไว้ว่า

เดือน ๘,๙,๑๐ ทั้ง ๓ เดือนนี้ว่าด้วยวาโยธาตุชื่อ (อักษรบาลี) นั้นพิการให้ผอมเหลืองให้เมื่อยทุก ข้อ, ลำ ทั่วสารพางค์

กายให้แดก ขึ้น,ลง ให้ลั่นโครก ๆ ให้ หาว,เรอ วิงเวียนหน้าตาหูหนักมักให้ร้อนใน อก,ใจ ให้ระทดระทวยย่อมให้หายใจสั้น ย่อมให้ เหมนปาก,ปากหวาน มักให้โลหิตออกทาง จมูก,ปาก กินอาหารไม่รู้จักรศ คือวาโยพิการ

สะท้อนให้เห็นว่าการกำเริบ พิการ และลดลงของธาตุภายในร่างกายของคนเราสัมพันธ์กับเวลาด้วย ว่าจะทำการจะเกิดโรคภัยไข้เจ็บอะไร นอกจากนี้การกินอาหารที่ผิดหลักก็อาจทำให้ธาตุแปรปรวนและนำไปสู่การเกิดโรคได้ในที่สุด ทั้งหมดนี้จึงสรุปได้ว่าความรู้แบบการแพทย์แผนไทยมองร่างกายมนุษย์เป็นเพียงเนื้อกายที่ห่อหุ้มพลังงานหรือธาตุทั้ง ๓๒ไว้ และให้ความสำคัญกับธาตุภายในร่างกายมากกว่าร่างกายภายนอกที่เป็นเพียงกายหยาบในโลกทัศน์แบบไตรภูมิที่เมื่อตายไปมนุษย์ก็จะละจากกายหยาบนี้ข้ามไปสู่ภพภูมิอื่น

ทฤษฎีทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของการแพทย์ไทยเองก็ไม่ได้อธิบายระบบร่างกายผ่านอวัยวะแต่ละชนิด และหน้าที่ของมัน ถึงจะรู้ลักษณะรูปร่างและตำแหน่งของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายก็ตาม เพราะการแพทย์แบบทฤษฎีธาตุ มองระบบร่างกายแบบองค์รวม ความผิดปกติไม่ว่าจะเกิดขึ้นที่อวัยวะใด ก็มีรากเหง้าจากความไม่สมดุลของธาตุ การแก้ที่ต้นเหตุเพื่อให้ภาวะสมดุลกลับคืนมา ความเจ็บป่วยที่มีก็จะหายไป ในทางกลับกัน ถ้ามุ่งรักษาเฉพาะจุดที่เจ็บป่วยโดยไม่คำนึงความสมดุลของทั้งระบบ ถึงจะรักษาความผิดปกตินั้นได้ แต่จะเกิดความเจ็บป่วยที่จุดอื่นอีก เพราะร่างกายยังขาดความสมดุลอยู่ ซึ่งแตกต่างจากการแพทย์สมัยใหม่อย่างสิ้นเชิง ที่แยกระบบขององค์รวมออกเป็นส่วนย่อยๆ โดยถือว่าระบบใหญ่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบย่อยและคุณสมบัติของส่วนย่อยนั้นมารวมกัน ความเจ็บป่วยในมุมมองของการแพทย์สมัยใหม่ จึงเป็นเรื่องความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง และรักษาในจุดนั้นจนอาการดีขึ้นและหายป่วยในที่สุด

ส่วนการวินิจฉัยโรคนั้น แพทย์ไทยใช้การวิเคราะห์สมุฏฐานของโรค

ภาพโดย อ.หมอสุชาติ ภูวรัตน์

ธาตุสมุฏฐาน

ตั้งแต่แรกเกิดของโรคเป็นกุญแจไขสู่วิธีการรักษา โดยที่แพทย์ไทยจะมีการแบ่งสมุฏฐานของโรค ดังนี้

ธาตุสมุฏฐาน การเจ็บไข้ที่เกิดจากการแปรปรวนของธาตุทั้ง ๔ (๔๒ ประการ) แบ่งเป็น ๔ กอง คือ

๑) ปัถวีสมุฏฐาน ดินเป็นที่ตั้ง แจกออก ๒๐ อย่าง

๒) อาโปสมุฏฐาน น้ำเป็นที่ตั้ง แจกออก ๑๒ อย่าง

๓) วาโยสมุฏฐาน ลมเป็นที่ตั้ง แจกออก ๖ อย่าง

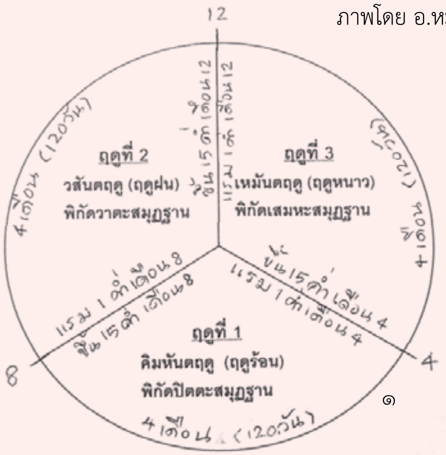
๔) เตโชสมุฏฐาน ไฟเป็นที่ตั้ง แจกออก ๔ อย่าง

ธาตุทั้ง ๔ นี้ แพทย์ไทยจะเอามารวมเป็นธาตุใหญ่ๆ ๓ ธาตุ ได้แก่ เสมหะ (เสลด) ปิตตะ (น้ำดี) และวาตะ (ลม) ซึ่งอธิบายเป็นสมุฏฐานของโรคได้ เป็นเสมหะสมุฏฐาน ปิตตะสมุฏฐาน และวาตะสมุฏฐานตามลำดับ

อุตุสมุฏฐาน การเจ็บไข้ที่เกิดจากฤดูแปรปรวน (อุตุปรินามชาอาพาธา) แบ่งออกเป็น ๓ ฤดู ได้แก่

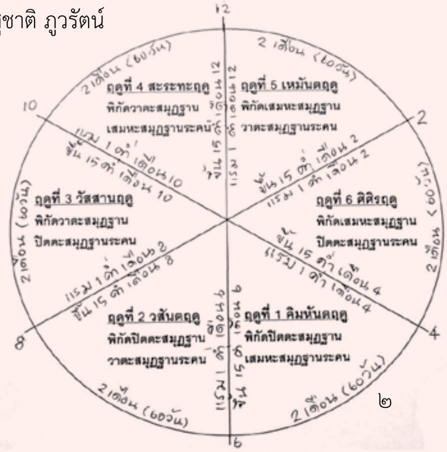
๑) คิมหันตฤดู (ฤดูร้อน) เจ็บไข้มาจากสมุฏฐานเตโช พิกัดสันตัปปัคคี

ภาพโดย อ.หมอสุชาติ ภูวรัตน์



๑

ฤดู ๓



๒

ฤดู ๖

(ไฟสำหรับอุ่นกาย)

๒) วสันตฤดู (ฤดูฝน) เจ็บไข้มาจากสมุฏฐานวาโย พิกัดกุจฉิสยาวาตา (ลมสำหรับพัดในท้องแต่นอกลำไส้)

๓) เหมันตฤดู (ฤดูหนาว) เจ็บไข้มาจากสมุฏฐานอาโป พิกัดเสมหะและโลหิต

ในแต่ละฤดูมีธาตุต่างๆ ประจำเช่นกัน ผู้ป่วยฤดูไหนก็ลดยาประจำธาตุฤดูนั้นๆ ลง เพื่อให้ตัวยาพอเหมาะกับฤดู

อายุสมุฏฐาน ถือเอาอายุเป็นที่ตั้งที่แรกเกิดของโรค แบ่งออกเป็น ๓ อย่าง ได้แก่

๑) ปฐมวัย (นับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ ๑๖ ปี) สมุฏฐานอาโป พิกัดเสมหะกับโลหิตระคมกัน (แรกเกิดถึง ๘ ขวบ มีเสมหะเป็นเจ้าเรือนโลหิตแทรก ๘ ขวบถึง ๑๖ ขวบ มีโลหิตเป็นเจ้าเรือน เสมหะยังเจืออยู่)

๒) มัชฌิมวัย (นับตั้งแต่อายุพ้น ๑๖ ปีขึ้นจนถึง ๓๒ ปี) สมุฏฐานอาโปพิกัดโลหิต ๒ ส่วน และสมุฏฐานวาโย ๑ ส่วน ระคมกัน

๑) ปัจฉิมวัย (นับตั้งแต่อายุพ้น ๓๒ ปีจนถึง ๖๔ ปี)

สมุฏฐานวาโย เมื่ออายุพ้น ๖๔ ปีขึ้นไปแล้ว สมุฏฐานวาโยเป็นเจ้าเรือน มีอาโป (พิกัดเสมหะและเหงื่อ) แทรก

กาลสมุฏฐาน นับเวลาเป็นที่ตั้งที่แรกเกิดของโรค แบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือ

๑) เวลากลางวัน

๐๖.๐๐-๐๙.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดเสมหะ

๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดโลหิต

๑๒.๐๐-๑๕.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานวาโย

๑๕.๐๐-๑๘.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานวาโย

๒) เวลากลางคืน

๑๘.๐๐-๒๑.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดเสมหะ

๒๑.๐๐-๒๔.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดโลหิต

๒๔.๐๐-๐๓.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดดี

๐๓.๐๐-๐๖.๐๐ น. เป็นสมุฏฐานวาโย

ประเทศสมุฏฐาน ให้เอาสถานที่ ที่เกิดที่อยู่ เป็นที่ตั้งที่เกิดของโรค แบ่งเป็น

๑) คนเกิดในที่สูง เช่น ชาวเขา เรียกว่าประเทศร้อน ที่ตั้งของโรคเป็นสมุฏฐานเตโช

๒) คนเกิดในที่เป็นน้ำ กรวดทราย เรียกว่าประเทศอุ่น ที่ตั้งของโรคเป็นสมุฏฐานอาโป พิกัดดีและโลหิต

๓) คนเกิดในที่เป็นน้ำฝนเปือกตม เรียกว่าประเทศเย็น ที่ตั้งของโรคเป็นสมุฏฐานวาโย

๔) คนเกิดในที่เป็นน้ำเค็มเปือกตม เรียกว่าประเทศหนาว ที่ตั้งของโรคเป็นสมุฏฐานปัถวี

เมื่อรู้โรคและสาเหตุการเกิดโรคแล้วก็ต้องรู้จักยาและการ

รักษาโรคแต่ละชนิดที่จะทำให้เกิดความสมดุลขึ้นในระบบนั้น การแพทย์แบบทฤษฎีธาตุได้แยกตัวยาออกเป็นหมวดหมู่โดยดูจากคุณสมบัติเฉพาะที่มีผลต่อความแปรปรวนของธาตุใดธาตุหนึ่ง ด้วยการสังเกตปฏิกิริยาที่ตัวยามีต่อคุณลักษณะทั้ง ๔ ของระบบร่างกาย ถือเป็นสรรพคุณของยาที่มีผลต่อการรักษาโรค

โดยแบ่งตัวยาออกเป็น “รส” ต่างๆ กัน ๙ รส ซึ่งเช่นเดียวกับคำว่า “ธาตุ” คำว่า “รส” ในที่นี้ไม่ได้มีความหมายเดียวกันทั้งหมดกับ “รสชาติ” ที่ปรากฏแก่ลิ้นเมื่อสัมผัส แต่ “รส” ในที่นี้หมายถึงฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ซึ่งอาจพ้องกับรสชาติที่ได้จากลิ้น หมอไทยจึงมักใช้การ “ชิม” ยาสมุนไพรเพื่อพิจารณาเรื่องสรรพคุณ รสของยาทั้ง ๙ รสนั้น จะมีสรรพคุณที่แตกต่างกันคือ รสฝาดมีฤทธิ์สมาน, รสหวานซึมซาบไปตามเนื้อ ให้กำลังงาน, รสเมาเบื่อ แก้พิษ, รสขมแก้ทางโลหิตและดี, รสเผ็ดร้อน แก้ลม ขับลม, รสมัน แก้เส้นเอ็น แก้ขัดยอก, รสหอมเย็น ทำให้ชื่นใจ บำรุงกำลัง, รสเค็มซึมซาบไปตามเนื้อ รักษาเนื้อ, รสเปรี้ยว กัดเสมหะ เห็นได้ว่าการจำแนกรสยานั้นสำคัญในการใช้เพื่อรักษาอาการกำเริบหย่อน พิการของธาตุต่างๆ ในร่างกายให้ได้สมดุล มีสุขภาพดีไม่เจ็บไข้ได้ป่วย

ช่วงที่ ๒

Timeline

พุทธศตวรรษที่ ๒๑ - พุทธศตวรรษที่ ๒๕

๓

๑
ราว
พ.ศ. ๒๑๗๐-
๒๑๘๐

๒
พ.ศ.
๒๒๓๐-
๒๒๓๑

๓
พ.ศ.
๒๓๗๘-
๒๔๑๖

๔
พ.ศ. ๒๔๑๑

๕
พ.ศ.
๒๔๓๑-๒๔๔๔

๑

๒

๔

เหตุการณ์

๑. ค้นพบต้นซิงโคน่า ต้นกำเนิดยาควินินรักษามาลาเรีย สมุนไพรจากโลกใหม่ที่ยุโรปไปพิชิตมา

๒. มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ ราชทูตฝรั่งเศสมาเยือนสยามในสมัยสมเด็จพระนารายณ์ ได้บันทึกเรื่องมาลาเรียว่าเป็นโรคระบาดประจำถิ่น และการใช้ยาควินินรักษา

๓. ต้นกรุงรัตนโกสินทร์ นพ.แดน บรีช บรัดเลย์ มิชชันนารีอเมริกันได้นำวิธีรักษาป้องกันโรคแบบการแพทย์สมัยใหม่เข้ามา ส่วนมาลาเรียที่เรียกกันในชื่อ ไข้จับ ไข้ป่า ไข้พิศม์ ไข้ป้างนั้น มีแนวคิดว่าเกิดจากอากาศเสียตามทฤษฎีไอพิษ ระบาดมากในพื้นที่ป่า เน้นรักษาด้วยยาควินินมากขึ้น

๔. รัชกาลที่ ๔ เสด็จสวรรคตด้วยมาลาเรีย จากการเสด็จไปทอดพระเนตรสุริยุปราคาที่หว้ากอ จ.ประจวบคิรีขันธ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ป่า มาลาเรียชุกชุม

๕. ปรับปรุงการแพทย์และสาธารณสุขครั้งใหญ่ จัดตั้งหน่วยงานรักษา พยาบาล

ช่วงที่ ๒

๖

๘

๖ พ.ศ. ๒๔๔๐

๗ พ.ศ. ๒๔๖๑

๘ พ.ศ. ๒๔๗๕

๙ พ.ศ. ๒๔๘๒-๒๔๘๘

๑๐ พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๔๘๗

๑๑ พ.ศ. ๒๔๙๑

๕

๗

๙

ประชาชนและรับมือโรคระบาด อาทิ รพ.ศิริราช กรมสุขาภิบาล โอสถศาลาเมือง โอสถศาลารัฐบาล โอสถสภา โรงเรียนแพทยาลัย

๖. เซอร์ โรนัลด์ รอสส์ ค้นพบวงจรแพร่เชื้อมาลาเรียโดยมียุงก้นปล่องเป็นพาหะ นำมาสู่ทฤษฎีเชื้อโรคที่วงการแพทย์สมัยใหม่ทั่วโลกยอมรับ

๗. ตั้งกรมสาธารณสุขขึ้น กำกับดูแลควบคุมโรค โดยโปรดเกล้าฯ ให้กรมหมื่นไชยนาทนเรนทรเป็นอธิบดีคนแรก

๘. ตั้งหน่วยควบคุมไข้จับสั่นแห่งแรกที่เชียงใหม่ มีหลวงอายุรกิจโกศลเป็นหัวหน้าหน่วย

๙. เกิดสงครามโลกครั้งที่ ๒ มีผู้เสียชีวิตจากมาลาเรียระบาดกว่า ๒ แสนคน

๑๐. ยกฐานะกรมสาธารณสุข เป็นกระทรวงการสาธารณสุข ประกาศใช้ พ.ร.บ.ไข้จับสั่น ต่อมายกแผนกไข้จับสั่น เป็นกองไข้จับสั่น และกองมาลาเรียตามลำดับ

๑๑. องค์การอนามัยโลกมีมติให้ไข้มาลาเรียเป็นโรคที่ต้องควบคุมให้ได้อันดับต้นๆ ของโลก

เมื่อสยาม
เริ่มใช้
วิธีรักษา
มาลาเรีย
แบบแพทย์
ตะวันตก

มาลาเรีย
ในสายตาชาวตะวันตก และการรักษาสมัยอยุธยา

กรุงศรีอยุธยา (พ.ศ. ๒๒๐๙) วาดโดยบริษัทอินเดียตะวันออกของเนเธอร์แลนด์

ย้อนกลับไปในอดีต ราวปลายพุทธศตวรรษที่ ๒๑ ช่วงกลางสมัยอยุธยา กรุงศรีอยุธยาของเราในยามนั้นดูจะรุ่งเรืองเฟื่องฟูอยู่ไม่น้อย มองไปทางไหนก็มีแต่ผู้คนมากมายเข้ามาอยู่อาศัยทำมาหากิน ตั้งบ้านเรือนย่านค้าขายกันคับคั่งทั่วทั้งพระนคร ไหนจะชาวต่างชาติที่เข้ามาติดต่อค้าขายกันขวักไขว่ มีข้าวของเสื้อผ้าเครื่องใช้ไม้สอยแปลกตาให้เลือกซื้อหา สมกับเป็นเมืองท่าศูนย์กลางค้าขายนานาชาติ เพราะมีทั้งพ่อค้าชาวจีน ชาวญี่ปุ่น จากฝั่งตะวันออก พ่อค้าชาวอินเดีย เปอร์เซีย อาหรับ และฝรั่งจากดินแดนอันไกลโพ้นฝั่งตะวันตก

เข้ามาค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้ากัน กรุงศรีอยุธยาเองยังเป็นเมืองส่งออกของป่าและส่งผ่านสินค้าไปยังฝั่งตะวันออกและตะวันตก ซ้ำยังไม่กีดกันคนต่างชาติที่เข้ามาอาศัยทำกิน และยังให้เสรีภาพในการนับถือศาสนา จึงไม่น่าแปลกใจว่าทำไมกรุงศรีอยุธยาถึงเป็นถิ่นที่อยู่ของชาวต่างชาติหลายชาติหลายภาษามาตลอด

เรื่องราวที่กล่าวขานมานี้ไม่ได้เกินเลยความจริง เพราะมีหลักฐานปรากฏอยู่ในกฎมณเฑียรบาลที่ตราขึ้นในสมัยกรุงศรีอยุธยากล่าวถึงชนกลุ่มต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในอาณาจักรอยุธยาว่ามี “พิริยหมู่แขกขอมลาวพม่าเมงมอญมสุมแสงจีนจามชวานานาประเทษทังปวง” การเข้ามาติดต่อค้าขายตั้งถิ่นฐานของผู้คนต่างชาติต่างภาษา โดยเฉพาะฝรั่งชาวตะวันตกไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในกรุงศรีอยุธยาเท่านั้น แต่ยังกระจายไปตามหัวเมืองของอาณาจักรสยามอย่าง มะริด ตะนาวศรี ปัตตานี นครศรีธรรมราช ในลักษณะของสถานีการค้าเพื่อดูแลผลประโยชน์ของชาติตน

การหลั่งไหลเข้ามาของชาวตะวันตกตั้งแต่กลางพุทธศตวรรษที่ ๒๑ นี้เอง ทำให้วิชาความรู้แขนงต่างๆ ไปจนถึงความรู้ด้านการแพทย์ ทั้งการรักษาโรค ยาหลายชนิดจากฝรั่งถูกถ่ายทอดเผยแพร่มาสู่สังคมสยาม ในเรื่องของการรักษามาลาเรียก็มีหลักฐานว่ามีการใช้เปลือกต้นซิงโคนารักษาเหมือนที่แพร่หลายในยุโรปมาตั้งแต่สมัยสมเด็จพระนารายณ์ตาม “จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์ ราชอาณาจักรสยาม” เอกสารสำคัญที่เขียนขึ้นโดย มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์ ราชทูตที่เดินทางมาพำนักในสยามเกือบ ๕ เดือน ช่วง พ.ศ.

^ ภาพวาดของชาวตะวันตกที่เดินทางไปเจริญสัมพันธไมตรี
เมื่อ ๓๐๐ ปีที่แล้ว สะท้อนให้เห็นวัดวาอาราม ปราสาทราชวัง
และกิจกรรมในแม่น้ำเจ้าพระยานักการทูตฝรั่งเศส
บันทึกเอาไว้ว่า “อูเดีย” เป็นเมืองที่สวยงาม

>> มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์

๒๒๓๐-๒๒๓๑ ตรงกับรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์ (พ.ศ. ๒๑๙๙-๒๒๓๑) ที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของชาวสยาม ถึงแม้จะดูรุ่งเรืองมั่งคั่งแต่สภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้านกลับไม่ค่อยสะอาดสะอ้านเท่าไหร่นัก โรคภัยความเจ็บไข้ได้ป่วยจึงมีให้เห็นอยู่ทั่วไป โดยกล่าวถึงไข้จับสั่นไว้เป็นพิเศษว่า **โรคภัยไข้เจ็บของชาวสยาม**

โรคภัยไข้เจ็บ ของชาวสยาม

....การจับไข้สั่นเมื่อยปวดสรรพางค์กายก็ชุมไม่น้อย ณ กรุงสยาม กว่าหัวเมืองอื่นๆ เหล่านั้น และข้าพเจ้าไม่พิศวงเลย ด้วยเห็นอากาศฉะอุ่มฝนเสียมากเดือนในปีหนึ่ง

...ชาวสยามนั้นลางทีก็เป็นไข้ตัวร้อน (ไข้จับสั่น) ซึ่งพิษอาจแล่นขึ้นสู่สมองโดยง่าย และอาจกลายเป็นโรคปอดบวมได้ หากการบวมตามร่างกายนั้นมีน้อย และอาการไข้จับสั่นก็มีติดต่อกันไปโดยไม่ทำให้ถึงแก่ชีวิต ดังที่เป็นกันอยู่ในเขตเมืองร้อนโดยทั่วไปนั้นแล. อาการไข้ที่จับเป็นพักๆ นั้นมีน้อยแต่ก็ค่อนข้างฉกาจเอาการอยู่ มาตรว่าอาการหนาวสั่นนั้นจะเป็นอยู่ชั่วระยะอันสั้นก็ตาม”

จากข้อสังเกตของลาลูแบร์ทำให้เรารู้ว่าโรคไข้จับสั่นนี้เป็นโรคประจำถิ่นที่ชาวสยามรู้จักดี หากด้วยอาการเป็นๆ หายๆ จับไข้เป็นพักๆ เรื้อรัง หรือบางครั้งร้ายแรงถึงกับเสียชีวิตอยู่บ้าง ทำให้โรคไข้จับสั่นไม่ค่อยน่ากลัวและไม่ถูกบันทึกไว้ในพระราชพงศาวดารกรุงศรีอยุธยาเหมือนโรคระบาดรุนแรงอื่นๆ อย่างไข้ทรพิษ ส่วนการรักษาลาลูแบร์เล่าไว้ว่าคนสยามมีวิธีรักษาไข้กันหลายวิธีแล้วแต่อาการของโรค มีทั้งวิธีของชาวอินเดีย จีน และชาวตะวันตก เช่น ใช้การบีบนวดผู้ที่ป่วยเป็นไข้ หรือผู้หญิงตั้งครรภ์เวลาคลอดบุตร และยังใช้วิธีแทงเอาเลือดออก หรือใช้การกอกเลือด(การดูดเลือดออก) และวางปลิงดูดเลือดออก ซึ่งลาลูแบร์อ้างว่าได้มาจากชาวยุโรป ส่วนยาที่ใช้รักษาชาวสยามยังใช้สมุนไพรแบบผสม

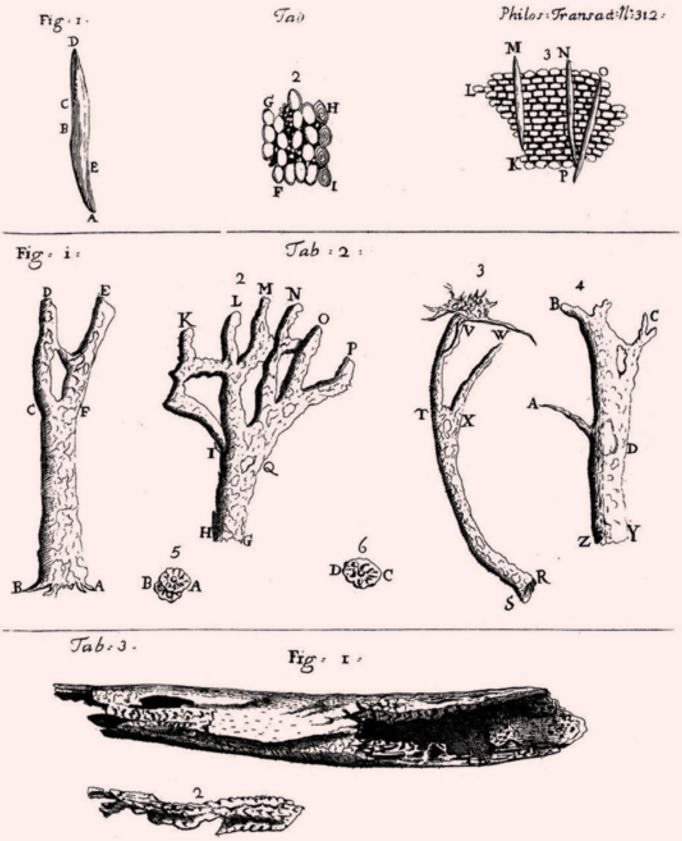
ก่อนหน้าการบันทึกของลาลูแบร์นั้น มีเหตุการณ์ที่มีการบันทึกถึงการศัลยกรรมของชาวตะวันตกเอาไว้ในสมัยเดียวกันซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดครั้งแรกในอยุธยา หรืออาจจะเป็นครั้งแรกในดินแดนสยามประเทศ เมื่อ โกลด เดอ ฟอร์แบ็ง (Claude de Forbin) หรือ เชอร์วาลิเอร์ เดอ ฟอร์บัง (Chevalier de Forbin) ทูตฝรั่งเศสเมื่อ พ.ศ. ๒๒๒๘ (ค.ศ. ๑๖๘๕) มีทหารฝรั่งเศส ชื่อ โบเรอะคาร์ท ถูกแทงที่ท้อง ลำไส้ทะลักออกมา ฟอร์บังจึงใช้ไหมมาสนเข็มสองเล่ม ยกไส้และกระเพาะอาหารเข้าไปที่เดิมในท้อง แล้วเย็บแผล และขมวดให้ติดกัน เอาไข่ขาวตีแล้วเอาเหล้ารัค (Raque) ซึ่งเป็นเหล้า “โอเดอวี” (Eau de vie) ชนิดหนึ่งมาผสม แล้วชะล้างคนเจ็บ ล้างแผลอยู่ราว ๑๐ วัน โบเรอะคาร์ท จึงพ้นขีดอันตรายและหายเป็นปกติ

ผสานให้มีฤทธิ์ครอบคลุมกว่า และใช้วิธีธรรมชาติบำบัดเข้าช่วย แม้ตอนนั้นจะมีความรู้เรื่องยารักษาอย่างการใช้ยาถ่ายและการใช้ยาควินินแก้ไข้ที่ชาวยุโรปถ่ายทอดให้มาบ้างแล้ว

“ยาแก้ไข้ของชาวสยามนั้นปรุงขึ้นจากแร่และสมุนไพรเป็นพื้น หมอชาวยุโรปได้แนะให้เขารู้จักใช้แก็งกินน่า (Kinkina ยาควินิน) ขึ้น ว่ากันว่าโดยทั่วไปแล้วยาของหมอสยามล้วนแต่ร้อนไปเสียทั้งนั้น ไม่รู้จักใช้ตัวยาที่บังเกิดความเย็นขึ้นในร่างกายเลย แต่เขาใช้วิธีอาบน้ำ (เพื่อให้ตัวเย็น)เมื่อเวลาจับไข้ และไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรก็ใช้วิธีนี้ทั้งสิ้นดูเหมือนว่าการทำให้ความร้อนของร่างกายทรงอยู่ หรือเพิ่มขึ้นนั้นเป็นประโยชน์แก่การรักษาไข้ทั้งนั้น”

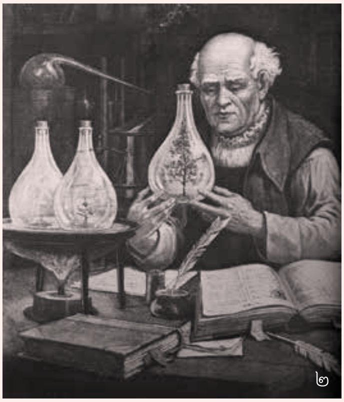
ในสายตาของลาลูแบร์จึงมองการรักษาของแพทย์ไทยว่า แม้จะมีการถ่ายทอดความรู้ แนะนำยาให้ใช้ แต่ยังไม่ได้รับการยอมรับเท่าไหร่ ยังคงยึดติดกับการรักษาแบบเดิมๆ การแพทย์ไทยจึงล้าหลังกว่าชาวยุโรปอยู่มาก อาจจะเป็นเพราะในสมัยนั้นการแพทย์ของยุโรปมีความก้าวหน้าในหลายด้านทั้งเรื่องผ่าตัด ใช้สารเคมี และยารักษาโรค ที่มีการค้นพบสมุนไพรจากโลกใหม่ที่ยุโรปไปพิชิตมา และหนึ่งในนั้นก็คือเปลือกต้นซิงโคน่า หรือยาควินิน นั่นเอง

ค้นพบควินิน...
ยารักษามาลาเรียจากโลกใหม่



ประมาณ ๓-๔ ทศวรรษก่อนหน้าที่ลาลูแบร์จะเดินทางมาสยาม ถือเป็นยุคตื่นตัวในการค้นพบยาวิเศษจากเปลือกต้นซิงโคน่าในโลกใหม่ ที่สามารถรักษาโรคไข้จับสั่นที่เป็นปัญหาของชาวยุโรปใต้มานานและเป็นผู้เผยแพร่ความรู้นี้ไปทั่วโลก

พาราเซลซุส (ค.ศ. ๑๔๙๓-๑๕๔๑)
แพทย์ประจำเมืองและสอนอยู่ที่มหาวิทยาลัย
แพทย์ศาสตร์ประจำเมืองบาเซิล (Basle)
ประเทศสวิตเซอร์แลนด์



๒

๑ ต้นซิงโคน่า

ความก้าวหน้าของยารักษาโรคในตะวันตกเกิดขึ้นหลังจากฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์เจริญขึ้นมากแล้ว ซึ่งจุดเปลี่ยนสำคัญของการรักษาด้วยยามาจากการปฏิรูปองค์ความรู้และวิธีการโดย พาราเซลซุส (ค.ศ. ๑๔๙๓-๑๕๔๑) แพทย์ประจำเมืองและสอนอยู่ที่มหาวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ประจำเมืองบาเซิล (Basle) ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ที่ปฏิเสธการรักษาแบบดั้งเดิมตามปรัชญาธาตุสมดุลแบบกาเลนที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากธาตุแปรปรวนจนส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายเปลี่ยนแปลง จึงต้องสร้างสมดุลในร่างกายใหม่ด้วยการเอาของเหลวออกจากร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นการทำให้เหงื่อออก การกอกเลือด (การดูดเลือดออก) และการระบายท้อง พาราเซลซุสหันหลังให้กับวิธีรักษาแบบเก่านี้และนำเอาวิธีการและยารักษาโรคใหม่ๆ มาใช้ โดยแยกวิธีการรักษาด้วยตัวยาออกจากความเชื่อ เขาเริ่มทำการทดลองทางเคมีอย่าง

เข้มข้นและนำแร่ธาตุและพืชหลายชนิดมาเป็นยารักษาโรค มีการนำเอาปรอทมาใช้ในการรักษาโรคซิฟิลิส รวมทั้งแร่ธาตุหลายชนิด เช่น พลวง สารหนู ทองแดง เหล็ก และตะกั่ว ไปจนถึงวิธีรักษาที่เป็นความลับอย่าง ตำรับฝิ่นละลายในแอลกอฮอล์ (laudanum) ใช้รักษาอาการได้หลายอย่าง เช่น แก้ปวดหัว แก้ยาพิษ มาจนถึงต้นศตวรรษที่ ๒๐ เลยทีเดียว

การเกิดแนวคิดและวิธีการรักษาแนวใหม่ที่เน้นไปที่สรรพคุณทางธรรมชาติในการรักษาโรคโดยตรง ไม่ใช่เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือพิธีกรรมความเชื่อ ทำให้การค้นหาสรรพคุณทางยาของแร่ธาตุ พืช และสัตว์ แพร่หลายไปทั่วยุโรป มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยสอนภาคปฏิบัติเกี่ยวกับยาและการรักษาโรค และสถาบันเหล่านี้เองได้กลายมาเป็นผู้สนับสนุนการจัดทำตำรามาตรฐานของตำรับยาและการปรุงยาที่เรียกว่า เภสัชตำรับ (pharmacopoeia) สำหรับให้แพทย์ พ่อค้ายา และคนขายยาใช้ในการปรุงยา เนื้อหาส่วนใหญ่จะเน้นส่วนผสมที่เป็นสมุนไพรมากกว่ามาตรฐานในการปรุงยา เภสัชตำรับเล่มสำคัญ ได้แก่ Ricettaria Fiorentino (ค.ศ. ๑๔๙๗) ซึ่งมีอิทธิพลต่อยุโรปตอนเหนือในศตวรรษที่ ๑๖ และเล่มต่อมา Dispensatorium Pharmacopoearum of Lyon (ค.ศ. ๑๕๔๖) ส่วนในอังกฤษราชแพทยวิทยาลัยได้ออกเภสัชตำรับเล่มแรกเมื่อ ค.ศ. ๑๖๑๘ ประกอบไปด้วยตำรับยาประมาณ ๒,๐๐๐ ตำรับ

ตำรามาตรฐานของตำรับยาและการปรุงยาที่เรียกว่า เภสัชตำรับ (pharmacopoeia) เภสัชตำรับเล่มสำคัญ ได้แก่ Ricettaria Fiorentino (ค.ศ. ๑๔๙๗)

ยุคแห่งการค้นพบของยุโรป
ที่เกิดจากการเดินเรือไปยัง
ดินแดนต่างๆ ทั่วโลก

นอกจากนี้ในยุคแห่งการค้นพบของยุโรปที่เกิดจากการเดินเรือไปยังดินแดนต่างๆ ทั่วโลก เพื่อเสาะหาทรัพยากรและทำการค้า ได้ทำให้เกิดการไหลบ่าของพืชพันธุ์และสัตว์แปลกๆ กลับไปยังยุโรป เช่น ชา กาแฟ โกโก้ ยาสูบ น้ำตาลทราย และพืชที่เป็นยาอยู่ด้วย นั่นก็คือ ต้นซิงโคน่า ที่ใช้เปลือกรักษาโรคไข้จับสั่นได้ โดยบาทหลวงเยซูอิตเป็นผู้นำมาจากประเทศเปรู การค้นพบครั้งสำคัญนี้ได้นำไปสู่การค้นพบยาจากพืชอีกหลายชนิด

การนำเอาเปลือกต้นไม้จากเปรูที่มียาควินินของบาทหลวงเยซูอิตมายังยุโรปในราวทศวรรษ ๑๖๓๐-๔๐ นั้น มีตำนานเล่าถึงที่มาของการตั้งชื่อต้นไม้ชนิดนี้ว่า ซิงโคน่า (cinchona) เกิดจากการเอาตำรับยาจากต้นไม้ชนิดนี้ไปใช้รักษาอาการไข้ของภรรยาผู้พิชิตเปรูชื่อ เคาเตส แอนนา

เดล ซิงคอน (countess Anna del Cinchon) จนหาย เลยเรียกตำรับยารักษาไข้นี้ว่าซิงโคน่า และกลายเป็นชื่อต้นไม้ที่เอาเปลือกมาทำยา ในที่สุดต่อมาพบว่าเปลือกไม้ชนิดนี้สามารถใช้รักษาอาการไข้มาลาเรียและไข้อื่นๆ ได้อีกหลายชนิด จึงถูกจัดให้เป็นตำรับยารักษาอาการไข้ในทำเนียบเภสัชตำรับของลอนดอนในปี พ.ศ. ๒๒๒๐ ส่วนสารสกัดที่เป็นตัวยารักษาไข้มาลาเรียได้ถูกค้นพบต่อมาในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙

ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในงานสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๙ หัวข้อ วิวัฒนาการและจุดเปลี่ยนงานควบคุมโรคมาลาเรียของประเทศไทย ได้อภิปรายเรื่องไข้มาลาเรียและค้นพบยารักษาไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...โรคทุกโรคมนุษย์รู้จักมาตั้งแต่สมัยโบราณ และได้หาวิธีรักษามาก่อนแล้วทั้งนั้น แต่ไม่รู้เรียกว่าอะไร เชื้ออะไรเพิ่งมาค้นพบทีหลังทั้งสิ้น อย่างเช่น ไข้มาลาเรียก็เหมือนกัน มีรายงานว่า เกือบทั่วโลกที่มีเขตร้อน ทั้งโลกเก่าและโลกใหม่คือ ในอเมริกาใต้ ยารักษามาลาเรียซึ่งชะงัดที่สุดคือไปเอามาจากอเมริกาใต้ เมื่อโคลัมบัสค้นพบอเมริกาแล้ว โรคที่มากับโลกใหม่ มาลาเรียเป็นตัวใหม่นะครับ แต่มาลาเรียในโลกยุโรปเดิม เป็นตัวทำให้โรมล่มสลายมาก่อนแล้ว ซึ่งมันเป็นคนละเชื้อกัน ซึ่งเป็นเรื่องที่ Columbian exchange คือ การค้นพบโลกใหม่ของโคลัมบัส มันก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสิ่งแวดล้อมมหาศาลมาก ทั้งพืชพรรณธัญญาหาร อะไรต่างๆ รวมถึงโรค

การค้นพบยารักษาไข้จากต้นซิงโคน่าส่งผลให้ชาวตะวันตกพยายามเสาะแสวงหาพืชจากดินแดนที่ค้นพบใหม่มาใช้เป็นยาและเครื่องเทศกันมากขึ้น

ซึ่งควินินรักษามาลาเรียมันเป็นอัลคาลอยด์ แต่ควินินเป็นไบโอติก ยาปฏิชีวนะ ซึ่งค้นพบหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ก็เป็นจุดเปลี่ยนว่าทำไมมันถึงชะงัดนัก”

การค้นพบยารักษาไข้จากต้นซิงโคน่าส่งผลให้ชาวตะวันตกพยายามเสาะแสวงหาพืชจากดินแดนที่ค้นพบใหม่มาใช้เป็นยาและเครื่องเทศกันมากขึ้น เกิดการยึดครองดินแดนใหม่เป็นอาณานิคม เพื่อปลูกพืชพันธุ์ที่ชาวยุโรปต้องการและเป็นแหล่งทรัพยากรที่หายากในยุโรป จนเป็นเหตุให้เกิดยุคล่าอาณานิคม ชาวตะวันตกต้องเดินทางไปยังดินแดนเขตร้อนส่วนต่างๆ ของโลกไปผจญกับโรคมาลาเรียที่ระบาดเป็นโรคประจำถิ่น พร้อมกับหาทางรักษาโรคเมืองร้อนอย่างมาลาเรียไปด้วย เพื่อคงอำนาจในการปกครองอาณานิคมของประเทศตนไว้ให้ได้

มาลาเรีย
ในยุคปรับปรุงการแพทย์ต้นกรุงรัตนโกสินทร์

ล่วงมาถึง ยุคต้นรัตนโกสินทร์สมัยรัชกาลที่ ๓-๔ (พ.ศ. ๒๓๖๘– ๒๔๑๑) ครั้งนั้นสยามกำลังอยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ ต้องเผชิญหน้ากับการล่าอาณานิคมที่กำลังคุกคามประเทศในแถบเอเซีย และเอเซียตะวันออกเฉียงใต้ การจะเอาตัวรอดจำเป็นต้องปรับตัวตามอารยธรรมของประเทศเจ้าอาณานิคมเพื่อให้เกิดการยอมรับในความเท่าเทียมกัน จนกลายเป็นจุดพลิกโฉมสังคมไทยครั้งใหญ่หลายๆ ด้าน ที่เห็นชัดจะเป็นเรื่องเศรษฐกิจการค้าที่เปลี่ยนเป็นระบบการค้าเสรีหลังลงนามในสนธิสัญญาเบาว์ริ่งเมื่อปี พ.ศ. ๒๓๙๘ ระบบกฎหมายการเมืองการปกครอง ไปจนถึงเรื่องของสังคมวัฒนธรรมและพุทธศาสนา รวมทั้งการแพทย์ไทยเองก็มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก

จุดเปลี่ยนนี้เริ่มขึ้นท่ามกลางสภาพบ้านเมืองที่ล้าหลัง ยังไม่มีระบบสุขาภิบาลที่ดี ผู้คนส่วนใหญ่เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็รักษาแบบแพทย์แผนโบราณที่เคยเป็นมาตั้งแต่สมัยอยุธยา ยังไม่เจริญพอที่จะรับมือกับโรคระบาดร้ายแรงใหญ่ๆ อย่างโรคห่า โรคอหิวาต์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ได้ จากบันทึกของบาทหลวงปาเลอกัวซ์ชาวฝรั่งเศสที่เข้ามาเผยแผ่คริสต์ศาสนานิกายคาทอลิกในสยามกว่า ๓๐ ปี ช่วงรัชกาลที่ ๓ บอกเล่าถึงสภาพแวดล้อม ความเจ็บป่วย การรักษา และไข้ป่าเอาไว้ว่า

>> สนธิสัญญาเบาว์ริง เป็นสนธิสัญญาที่ราชอาณาจักรสยามทำกับสหราชอาณาจักร ลงนามเมื่อ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๓๙๘ โดย เซอร์จอห์น เบาว์ริง ราชทูตที่ได้รับการแต่งตั้งจากสมเด็จพระบรมราชินีนาถวิกตอเรีย เดินทางเข้ามาทำสนธิสัญญา มีสาระสำคัญในการเปิดการค้าเสรีกับต่างประเทศ ในสยามมีการปรับเปลี่ยนกฎระเบียบการค้าระหว่างประเทศ โดยการสร้างระบบการนำเข้าและส่งออกใหม่ เพิ่มเติมจากสนธิสัญญาเบอร์นี สนธิสัญญาฉบับก่อนหน้าได้รับการลงนามระหว่างสยาม และสหราชอาณาจักรใน พ.ศ. ๒๓๖๙

๒

๑

บาทหลวงปาเลอกัวซ์ ชาวฝรั่งเศสที่เข้ามาเผยแผ่คริสต์ศาสนานิกายคาทอลิกในสยามกว่า ๓๐ ปี ช่วงรัชกาลที่ ๓

"ภูมิอากาศจะร้อนมากหรือร้อนน้อย ก็สุดแท้แต่ภูมิประเทศส่วนนั้นๆ จะตั้งอยู่บนเส้นขนานที่เท่าใด อาจจะกล่าวได้ว่าความร้อนนั้นพอทนได้ เพราะอาจจะบรรเทาได้ด้วยการอาบน้ำ (ในแม่น้ำ) หรือลูบเนื้อลูบตัวบ่อยๆ อนึ่งฝนที่ตกอยู่ค่อนข้างชุกในฤดูแล้ง ก็ทำให้อุณหภูมิเย็นสบายได้มากเหมือนกัน ในที่ราบใหญ่ซึ่งมีลมพัดแรงราวกับอยู่กลางทะเล ภูมิอากาศจึงเหมาะแก่สุขภาพทั้งของคนต่างด้าวและชาวพื้นเมืองอยู่มิใช่น้อย แต่ในย่านภูเขาอันเต็มไปด้วยดงทึบมีไข้ร้ายแรงชนิดที่เขาเรียกกันว่า ไข้ป่า (ในต้นฉบับเขียนไว้ว่า fivere des bois) ขนาดปางตายเสียแล้ว ส่วนคนพื้นเมืองกับพวกชาวป่านั้นเป็นอันไม่มีพ้น จับไข้กันเป็นระยะๆ ราวปีละ ๒-๓ ครั้งเป็นประจำทีเดียว"

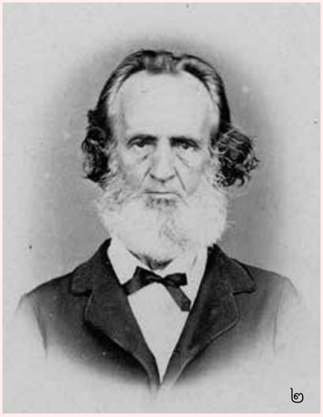
นอกจากบันทึกถึงไข้ป่าที่มักจะเกิดขึ้นกับผู้อยู่อาศัยในป่าแล้ว เขายังแสดงความสนใจอีกว่าไข้ป่าอาจจะเป็นไข้ที่คุกคามชาวตะวันตกอยู่ขณะนั้นก็เป็นได้ อีกประเด็นคือ เอกสารก่อนสมัยรัชกาลที่ ๕ ที่เขียนเป็นภาษาไทยมีแต่พจนานุกรม สัพะ พะจะนะ พาสาไทย (พจนานุกรม

ภาษาไทยเทียบกับภาษาอังกฤษ) เขียนโดย ปาเลอกัวซ์ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. ๒๓๙๗ เท่านั้น และในเล่มนี้มีคำว่า "ไข้ป่า ในความหมายภาษาอังกฤษว่า Kind of malignant fever which seizes persons travelling in the woods" หรือโรคที่เกิดกับคนเดินทางเข้าไปในป่า จึงเป็นไปได้ว่า ปาเลอกัวซ์ซึ่งเป็นมิชชันนารีคาทอลิกแบบเก่าไม่ได้เป็นหมอหรือมีความรู้สมัยใหม่แบบมิชชันนารีอเมริกัน จะเรียกชื่อ "ไข้ป่า" ตามชาวบ้าน ส่วนเรื่องเยียวยารักษาโรคสมัยต้นรัตนโกสินทร์ก็มีวิธีไม่ต่างจากสมัยอยุธยา แม้แต่ยาก็ยังเป็นตำรับดั้งเดิม ที่เพิ่มเติมเข้ามาจะเป็นตำราและเทคนิควิธีรักษาที่รับมาจากจีนและอินเดียที่มีอิทธิพลแทบทุกด้านในขณะนั้น

ยุคสมัยนี้เองเริ่มมีการเดินเรือสมุทรทำให้การติดต่อค้าขายสะดวกรวดเร็วขึ้น แต่โรคระบาดร้ายแรงที่ติดมาตามเส้นทางการค้าก็เข้ามาคุกคามชาวสยามไปด้วย อย่างอหิวาตกโรค ถึงอย่างนั้นโรคภัยที่เบียดเบียนชาวสยามในสายตาของปาเลอกัวซ์ ก็ยังนับรวมเอาไข้ป่าเป็นโรคสำคัญ และไข้ป่านี้เองที่เชื่อมมายังไข้มาลาเรียว่าสัมพันธ์เป็นโรคเดียวกันในเวลาต่อมา

"โรคสำคัญๆ ที่มีอยู่ในประเทศสยามเป็นโรคเด็ก มีพยาธิ หัด อีสุกอีใส ได้เริ่มที่การนำวัคซีนมาใช้ในประเทศบ้างแล้ว แต่ก็ยังไม่ฟังที่ฝีดาษจะคร่าชีวิตเด็กไปเสียราวหนึ่งในสาม ผู้ใหญ่มักจะเป็นโรคบิดซึ่งอาจบำบัดกันให้หายได้ ไข้จับเป็นพักๆ นั้นดูเป็นสิ่งธรรมดา และไม่ร้ายแรงนัก ส่วนไข้ร้ายอย่างหนึ่ง ที่เรียกกันว่าไข้ป่านั้นร้ายมาก แต่เคราะห์ดีที่มีคนเป็นกันน้อย"

นายแพทย์ซามูเอล เรย์โนลด์ เฮ้าส์ ใช้อีเทอร์ในการผ่าตัดเป็นคนแรกของสยาม เมื่อ พ.ศ. ๒๓๙๐ และอาจเป็นครั้งแรกในเอเชียด้วย สำหรับในประเทศไทยมีหลักฐานว่าหมอมิชชันนารีที่เข้ามาในสยามเมื่อครั้งรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว



หมอบรัดเลย์เดินทางมาเผยแพร่ศาสนาในประเทศไทยในแผ่นดินของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๓ โดยได้แวะที่สิงคโปร์และได้รับชุดตัวพิมพ์ภาษาไทยที่ American Board of Commissioners of Foreign Missions ในประเทศสิงคโปรได้ซื้อไว้ ก่อนจะเดินทางเข้ามาสู่ประเทศไทย

มาถึงช่วงปลายรัชกาลที่ ๓ การเปลี่ยนแปลงการแพทย์ของไทยไปเป็นการแพทย์แบบตะวันตกเริ่มมีให้เห็นชัดเจนขึ้น จากการมาถึงของกลุ่มมิชชันนารีชาวอเมริกันอย่างหมอเฮาส์และหมอเลนส์ ที่เข้ามาช่วยพัฒนาวิธีการควบคุมอหิวาตกโรค และรักษาคนไข้โดยใช้ทิงเจอร์ผสมน้ำให้ดื่มจนได้ผลดี และยังนำยาสลบ อีเธอร์เข้ามาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก และอีกบุคคลที่โดดเด่นมีความสำคัญอย่างมากก็คือ นพ.แดน บรีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ระหว่าง พ.ศ.๒๓๗๘-๒๔๑๖ ตรงกับปลายรัชกาลที่ ๓ – ต้นรัชกาลที่ ๕ ช่วงเดียวกับสังคมไทยกำลังปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ ทั้งด้านสังคมเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม หมอบรัดเลย์เป็นหมอมิชชันนารีจากมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เข้ามาเผยแพร่ศาสนาคริสต์โปรเตสแตนต์และนำเอาวิธีการรักษาตามหลักการแพทย์สมัยใหม่มาเผยแพร่ในเมืองไทยหลายอย่าง ทั้งการปลูกฝี ผ่าตัด ทำคลอด ถอนฟัน ฯลฯ

ภาพแรกที่หมอบรัดเลย์พบเห็นในกรุงเทพฯ เป็นภาพที่บาทหลวงปาเลอกัวซ์และมิชชันนารีหลายคนเห็นเหมือนๆ กัน คือ ไม่ค่อยเจริญหูเจริญตา บ้านช่องความเป็นอยู่ของผู้คนไม่ค่อยสะอาด ไม่ถูกสุขอนามัย บ้านพักที่หมอบรัดเลย์และภรรยาเข้ามาอยู่อาศัยครั้งแรกที่กรุงเทพฯ เป็นเรือนสองหลังที่ปลูกอาศัยบนที่ดินบริเวณวัดเกาะ (ปัจจุบันคือวัดสัมพันธวงศ์) ซึ่งในความรู้สึกของหมอบรัดเลย์ สภาพแวดล้อมบริเวณนี้เป็นที่ที่สกปรก มีเรือนเล็กๆ หลังคามุงจากอยู่รายรอบ ทางเข้าบ้านเปียกแฉะ มีคูอยู่หน้าบ้าน จะเข้าบ้านต้องนั่งเรือมา หรือต้องเดินบนแผ่นไม้กระดานแคบๆ ทอดยาว

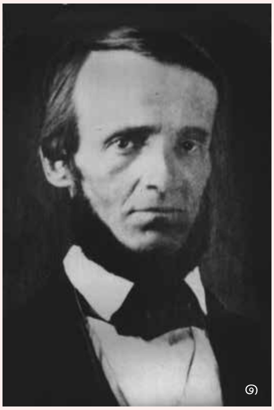
เข้ามา เพราะที่แถววัดเกาะเป็นชายเลนใกล้แม่น้ำ และยังอยู่ใกล้ตลาดสำเพ็ง มิชชันนารีจึงพบเห็นคนเจ็บไข้ได้ป่วยอยู่เสมอ เพราะเป็นสถานที่สกปรก เป็นบ่อเกิดโรค ผู้คนจึงเจ็บป่วยได้ง่าย

เมื่อเข้ามาอาศัยอยู่ในสยามแล้ว หมอบรัดเลย์ก็มีโอกาสรู้เห็นเหตุการณ์ "ห่าลงปีระกา" หรืออหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ ในปีระกา พ.ศ.๒๓๙๒ มีผู้คนล้มตายมากถึงสองหมื่นคน รัชกาลที่ ๓ ไม่ทรงจัดพระราชพิธีอาพาธพินาศอย่างในสมัยก่อนหน้า แต่ทรงจัดให้มีการรักษาพยาบาลแทน พระองค์เจ้าสายสนิทวงศ์ อธิบดีกรมหมอหลวง ปรุงยาแบบฝรั่ง ๒ ขนาน คือยาสำหรับหยดในน้ำ ทำจากยาวิสัมพยาใหญ่ตามตำรายาไทยผสมกับแอลกอฮอล์ กับอีกหนึ่งขนาน คือ ยาน้ำการบูร ทรงให้เจ้านายและข้าราชการชั้นผู้ใหญ่นำไปตั้งเป็นโอสถศาลา ทำการรักษาราษฎรทั่วไป

หลังจากเหตุการณ์โรคระบาดร้ายแรงครั้งนี้ ในสายตาหมอฝรั่งต่างเมืองที่เชื่อว่าสภาพบ้านเมืองที่สกปรก ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคระบาดที่ยากต่อการควบคุม หมอบรัดเลย์จึงได้เสนอแนวคิดในการควบคุมอหิวาตกโรค ลงในหนังสือพิมพ์บางกอกรีคอร์เดอร์ที่ตนเองเป็นเจ้าของ เสนอให้เสนาบดีประกาศสั่งการให้เจ้าของบ้านเรือนในกรุงเทพฯ จัดการชำระล้างสิ่งสกปรกโสโครกต่างๆ ให้สะอาด หากใครไม่ทำให้ปรับเงิน โดยอ้างถึงยุโรปและอเมริกา ที่เป็นเมืองใหญ่ มีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่น หากไม่จัดการเรื่องความสะอาดจะทำให้เกิดโรคระบาดขึ้น แม้แนวคิดของหมอบรัดเลย์ไม่ได้รับการตอบสนอง แต่ก็เป็นร่องรอยของการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุขสมัยใหม่ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

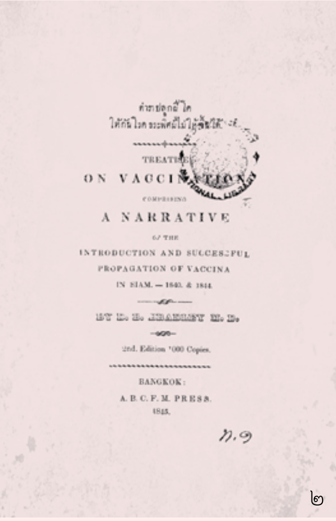
หมอบรัดเลย์ยังสร้างคุณูปการทางการแพทย์แก่ผู้คนในบ้านเมืองนี้อีกมากมาย ได้ชื่อว่าเป็นผู้ริเริ่มการป้องกันโรคติดต่อ หรือเวชศาสตร์ป้องกันขึ้นมาครั้งแรกในประเทศไทย โดยได้ทำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษหรือฝีดาษที่มีตุ่มสุกขึ้นตามตัวดูน่ารังเกียจ เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากการ

>> ตำราปลูกฝีโค
ให้กันโรคธระพิษม์



๑

>> หมอบรัดเลย์



๒

ติดเชื้อไวรัสดีเอ็นเอ กลุ่ม poxvirus (Variolar) ซึ่งระบาดหนักมากในช่วงสมัยรัชกาลที่ ๓ มีคนเจ็บล้มตายและเสียโฉมจากโรคนี้เป็นจำนวนมาก หากการปลูกฝีไข้ทรพิษของหมอบรัดเลย์ได้ช่วยสกัดกั้นการแพร่ระบาดและทำให้ชาวสยามไม่เป็นโรคฝีดาษอย่างได้ผล ผู้คนจึงเริ่มหันมาใช้วิธีการปลูกฝีแทนการรักษาตามแพทย์แผนไทยแบบเดิม จนภาครัฐเองให้การสนับสนุนและส่งหมอหลวงมาเรียนปลูกฝีทรพิษกับหมอบรัดเลย์ และในปี พ.ศ. ๒๓๘๗-๒๓๘๘ หมอบรัดเลย์ได้จัดพิมพ์บันทึกเรื่องการปลูกฝีวัคซีนขึ้นชื่อ “ตำราปลูกฝีโคให้กันโรคธระพิศม์ไม่ให้ขึ้นได้” รวมจดหมายของหมอบรัดเลย์เรื่องการปลูกฝีในสยามตีพิมพ์ในวารสารอายุรกรรมและศัลยกรรมแห่งบอสตัน และรวมบทความของหมอบรัดเลย์เรื่องการปลูกฝีในสยามในหนังสือจดหมายเหตุบางกอกรีคอร์เดอร์ ส่วนเล่มสุดท้ายคือรวมบทความของหมอบรัดเลย์เรื่องการปลูกฝีในสยามตีพิมพ์ในหนังสือบางกอกคาเลนเดอร์ พ.ศ. ๒๔๐๘ จัดเป็นหนังสือที่มีประโยชน์ทางการแพทย์มากที่สุดเท่าที่เคยพิมพ์มาในสมัยนั้น

๏หนังสือจดหมายเหตุฯ

THE BANGKOK RECORDER.

Vol. I March 1st 1865. No. 1.

หนังสือ หลวง

๒

ᐯ ภาพเหตุการณ์ทำการทดลองผ่าตัดโดยใช้อีเทอร์

๑

ᐱ พ.ศ. ๒๓๘๗ (ค.ศ. ๑๘๔๔) "หมอบรัดเลย์" (Dan Beach Bradley : ๑๘๐๔-๑๘๗๓) มิชชันนารีชาวสหรัฐอเมริกา เริ่มตีพิมพ์หนังสือพิมพ์ "บางกอกรีคอเดอร์ (Bangkok Recorder) ออกจำหน่าย นับเป็นหนังสือพิมพ์ฉบับแรกของไทย

อีกผลงานของหมอบรัดเลย์ที่ทำให้คนไทยหันมายอมรับแพทย์แผนตะวันตกมากขึ้นก็คือ เรื่องผ่าตัด ซึ่งการแพทย์ไทยไม่มีความรู้เรื่องนี้เลย เขาได้ทำการผ่าตัดขึ้นครั้งแรกในสยามให้กับคนไข้ที่เป็นทาสชาวจีนชื่อดวง ซึ่งเป็นฝีเหนือคิ้วซ้ายได้สำเร็จ และที่ทำให้ได้รับการยอมรับมากขึ้นไปอีกก็คือกรณีผ่าตัดแขนพระภิกษุที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์พลุระเบิดในงานเฉลิมฉลองวัดประยูรวงศาวาส ทำให้ภิกษุรูปนั้นกระดูกแขนแตก ถ้าจะรักษาชีวิตไว้ก็ต้องตัดแขนข้างนั้นทิ้ง ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่มากเพราะคนไทยเชื่อว่า คนเราจะตายถ้าหากอวัยวะไม่ครบ แต่หมอบรัดเลย์ก็สามารถตัดแขนทิ้งจนคนไข้รอดมาได้ สร้างความอัศรรย์ใจแก่คนไทยเป็นอย่างมาก และยังมีกรณีการผ่าตัดต้อกระจก ก็ยิ่งทำให้คนไทยยอมรับว่าการแพทย์แบบฝรั่งนั้นเก่งในทางศัลยกรรมเป็นอย่างยิ่ง หากในเรื่องไข้จับสั่นโรคระบาดประจำถิ่นที่สร้างปัญหามาตลอด คนไทยกลับไม่ค่อยยอมรับการรักษาตามแบบ

ตะวันตก ซึ่งเรื่องนี้มีบันทึกเอาไว้อย่างละเอียดในหนังสือจดหมายเหตุ บางกอกรีคอร์เดอร์ (Bangkok Recorder) หนังสือพิมพ์ภาษาไทยฉบับแรกที่หมอบรัดเลย์และคณะมิชชันนารีริเริ่มทำขึ้น พิมพ์เผยแพร่ ๒ ช่วง ช่วงแรกในสมัยรัชกาลที่ ๓ ออกเป็นรายเดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ๑๘๔๔ (พ.ศ.๒๓๘๗) ถึงเดือนตุลาคม ๑๘๔๕ (พ.ศ.๒๓๘๘) รวม ๑๖ ฉบับก็เลิก มาถึงสมัยรัชกาลที่ ๔ ก็พิมพ์เผยแพร่อีกครั้ง คราวนี้ออกเป็นรายปักษ์ เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๑๘๖๕ ถึงประมาณปี ๑๘๖๗ (พ.ศ.๒๔๐๘-๒๔๐๙) ก็เลิกกิจการ

เอกสารฉบับนี้เป็นช่องทางสำคัญอีกช่องทางหนึ่งในการเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้ด้านการแพทย์สมัยใหม่ให้กับชาวสยาม และความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย หรือในสมัยนั้นเรียกว่า ไข้จับสั่น ไข้จับ ไข้สั่น ไข้พิศม์ ก็ได้ถูกกล่าวถึงไว้ในหนังสือจดหมายเหตุนี้ด้วย ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๓๘๗ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๓๘๘ ตรงกับสมัยรัชกาลที่ ๓ ให้รายละเอียดถึงวิธีรักษาไข้จับสั่นและใช้ยาควินิน ลักษณะของไข้จับสั่น ๔ ประเภท แหล่งขายยาควินินที่ตึกหันแตรและบ้านพักของหมอบรัดเลย์ ประวัติและความเป็นมาของยาควินิน และข้อสันนิษฐานที่ทำให้เกิดโรคตามทฤษฎีอายพิศม์ (ไอพิษ) ตามหลักการแพทย์ฝรั่งสมัยนั้น

เทคนิคและวิธีการรักษาโรคไข้จับสั่นจะเน้นไปที่การใช้ยาสมัยใหม่คือควินินที่นำเข้ามาขายและแจกจ่ายโดยมิชชันนารี ในเล่ม ๑ ธันวาคม ค.ศ.๑๘๔๔ (พ.ศ.๒๓๘๗)

Treatment of Intermittent Fevers

ตำรารักษาไข้จับให้ตัวสั่น เมื่อแรกจับ, เทพจรยังกำเริบอยู่, กำลังตัวยังไม่อ่อนลง, ถ้าเป็นดังนี้, ก็อย่าเก่อกินยาให้ตัดไข้ขาดทีเดียวก่อนเลย, ด้วยว่าขี้มักเปนอีก, ถึงยาจะมีฤทธิ์มาก จะตัดขาดเรวได้, ในเจดวัน, เก้าวัน, สิบสี่วัน, ยี่สิบเอ็ดวัน, ไข้นั้นมักมาจับอีก. เปนไปดังนี้เพราะไม่ได้ถ่ายให้เทพจรอ่อนลงก่อนกินยาตัดให้ขาดนั้น. ผู้ใดเปนโรคไข้สั่น, ก็ให้ถ่ายด้วยดีเกลือไทก็ได้, ดีเกลือเทษก็ได้, เอายาที่ให้รากตามที่ชอบใจ กินใส่ปนกับดีเกลือสักน่อยหนึ่ง, ภอให้รากออกสามหนสี่หน, ถ่ายให้ลงห้าหนหกหน,ให้อดของแสลง, มีเนื้อสัตว์,น้ำมัน, เข้าเหนียว,กะปิ, สุราเปนต้น. ให้รักษาดั่งนี้สักสามสี่วันก่อน. ภายหลังจึ่งให้กินยาเทษชื่อคินีน, ที่ไทเรียกว่ายาขาว, เอาคินีนนั้นหนัก หุน หนึ่ง, แบ่งเปนหกส่วน. เมื่อไข้ส่างออกแล้ว, ให้กินส่วนหนึ่ง, แลในสองชั่วโมงกินทีหนึ่งๆ, กินทุกที, จนถึงเวลานอนหลับกลางคืน. แลเมื่อตื่นขึ้นแต่เช้า, เกินเหมือนดั่งว่ามาแล้ว, จนถึงเพลาที่เคยจับ. ถ้าไข้มาจับอีก, ก็ให้หยุดยาคินีนนั้นกว่าไข้จะส่างออกอีก, แล้วก็รับคินีนกินอีกเหมือนหนหลัง. รักษาดั่งนี้ไข้คงหายขาดทีเดียวไม่ใคร่จะกลับมาจับอีก, คินีนนั้น, บัดนี้มีขายที่ตึกหันแตรสักห้าสิบขวด. เขาว่าถ้าผู้ใดซื้อทั้งหมดจะขายเปนขวดละ ๑๐ เหรียน. ถ้าซื้อแต่ขวดเดียวจะขายเป็น ๑๕ เหรียน. คินีนในขวดเดียวน้ำหนัก ๒ บาท, แบ่งเป็น ๔๘๐ มื้อ. ภอรักษาคนไข้สั่นให้หายขาดประมาณได้ ๔๐ คน ดั่งนี้มิถูกนักแล้วหฤา

จากข้อความนี้ทำให้เรารู้ว่าถึงจะมีการใช้ยาควินินรักษาและบอกวิธีกินเอาไว้ แต่ก็ยังไม่ทิ้งวิธีรักษาไข้แบบเก่าที่เคยทำมา อย่างระบายความร้อนด้วยยาถ่าย ทำให้อาเจียน การงดของแสลง เป็นนัยๆ ว่าคนไทยยังไม่ค่อยมั่นใจสรรพคุณของยาควินินนัก ผ่านไประยะหนึ่งจึงเริ่มหันมาใช้กันมากขึ้น จนหมอบรัดเลย์เองก็ยังเอายาควินินมาขาย ตามที่กล่าวไว้ในเล่มที่ ๑ ประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๑๘๔๕ (พ.ศ.๒๓๘๘)

Quinine for Sale.

"ยาคินีนนั้น, แต่ก่อนเขาขายอยู่ที่ตึกหันแตร, แต่บัดนี้เขาได้เอามาฝากไว้ให้ขายที่บ้านข้าพเจ้าหมอบรัดเล, ด้วยข้าพเจ้าเหนว่าในพระนครนี้, คนเปนไข้จับมากนัก, ข้าพเจ้ามีใจเมตตาจะสงเคราะห์คนทั้งปวง จึงรับเอายานั้นมา, เจ้าของสั่งให้ขายอย่างไร, ข้าพเจ้าขายอย่างนั้น. เหตุดังนี้จึงช่วยรับไว้ขาย มิได้เอากำไรเลย. แต่บัดนี้ยานั้นยังมีอยู่ที่บ้านข้าพเจ้าหมอบลัดเล ศัก ๔๐ ขวด. ถ้าผู้ใดจะซื้อเอาหมดทั้ง ๔๐ ขวด จะเอาราคาขวดละสามตำลึงสองบาด. ถ้าจะต้องประสาษ, แต่ขวดหนึ่งสองขวดแล้ว, จะเอาราคาขวดละสี่ตำลึงสามสลึง. หฤาจะเอาสลึงหฤาสองสลึงก็ได้. แลยาขวดหนึ่งนั้นหนักสองบาด, แต่ทว่าลางขวดก็ดูเหมือนมาก, ลางขวดก็ดูเหมือนน้อย, เหตุว่า ยาที่เปนก้อนเม็ดเลกๆ แน่นอยู่ก็เหนเปนน้อย, ที่เปนก้อนโตๆ ฟูอยู่ก็เหนว่ามาก, แต่ที่จริงน้ำหนักสองบาดเท่ากันทั้งสิ้น. ไม่มากไม่น้อยกว่ากัน, ยาดีเหมือนกัน อย่าได้สงไสไปเลย

ในหนังสือจดหมายเหตุฯ เล่มเดียวกันนี้ หมอบรัดเลย์ยังแจกแจงอาการของไข้จับสั่นที่พบไว้ในหน้า ๓๖ อีกว่า

On Intermittent Fevers

ตำรารักษาไข้จับให้ตัวสั่นต่อไป. ลักษณะไข้จับมีประเภทสี่ประการ, คือให้หนาวประการหนึ่ง, ให้ร้อนประการหนึ่ง ให้เหงื่อออกประการหนึ่ง, ให้ตัวสำเราอยู่ประการหนึ่ง ทีนี้ จะว่าลักษณไข้จับให้หนาวก่อน. ที่ให้หนาวนั้นเพราะโลหิตเดินไม่ปรกติ. ที่ให้ตัวร้อนนั้นอาไศรยอกซุเซ๊นที่เปนโลหิต. ถ้าโลหิตมิใคร่จะเดินทราบทร่านตามผิวหนัง, เข้าไปภายในกายหนัก, เดินไม่เสนอทั่วกาย, ผิวหนังนั้นก็ซีดไป, จึงให้บังเกิดหนาว, จึงชักหน้าผากแห้งตึก, เส้นเทพจรก็เลกลงแซงเหมือนลวด, เดินเรว. เมื่อแรกจับนั้นท้าวเอย๊น, มือเอย๊นก่อน, เพราะโลหิตที่ปลายท้าวนั้น, น้อยกว่าที่อื่น, จึ่งให้หนาวเอย๊นแล่นเสียวตะลอดเข้าไปในกายจนถึงกระดูก. ให้ตัวสั่นสท้านนัก, ให้หายใจหอบเรว, ถอนใจใหญ่. บางทีให้ใจระสำระสายเก้อคลั่งกระวลกระวาย. บางทีให้หาวนอนเชื่อมซึมไป. บางทีให้หนาวให้ตัวสั่นแต่น้อยๆ, แล้วรู้สึกว่าหนาวเอย๊นเสียวแล่นเข้าไปตามแข้งตามแขน ตามสันหลัง, เข้าไปในตัวแต่น่อยหนึ่ง. บางทีให้อาเจียนเหียนราก, เพราะโทษโลหิตคั่งอยู่ในกระเภาะอาหารใหญ่, ให้ปากแห้ง, น้ำลายเหนียว. เปนดั่งกล่าวมานี้ประมาณ ๓ ชั่วโมง, ๔ ชั่วโมงบ้าง, แล้วให้พ้น.

หมอบรัดเลย์ยังได้อธิบายข้อสันนิษฐานการเกิดโรคไข้จับสั่นตามแพทย์แผนตะวันตกที่เชื่อในทฤษฎีไอพิษ (อายพิศม์) (Miasma) และเป็นที่มาของคำเรียกมาลาเรีย (Malaria) ในภาษาอิตาเลียนที่แปลว่าอากาศเสีย ซึ่งเกิดจากไอพิษที่ระเหยจากซากใบไม้ที่เน่าเปื่อยทับถมในบึงชื้นแฉะแล้วฟุ้งกระจายอยู่ในอากาศเมื่อคนหายใจเข้าไปทำให้เกิดไข้จับสั่น หรือที่หมอบรัดเลย์อธิบายไว้ว่าเกิดจาก "โนมีอัศวะมา, แปลเป็นไทว่า อายพิศม์ยา" ถือเป็นความรู้ใหม่ทางการแพทย์ตะวันตกที่ถูกนำมาถ่ายทอดให้สังคมไทย และบันทึกเอาไว้ในสยามจดหมายเหตุฯ เล่มที่ ๑ ประจำเดือนมีนาคม ๑๘๔๕ (พ.ศ. ๒๓๘๘) หน้า ๔๔

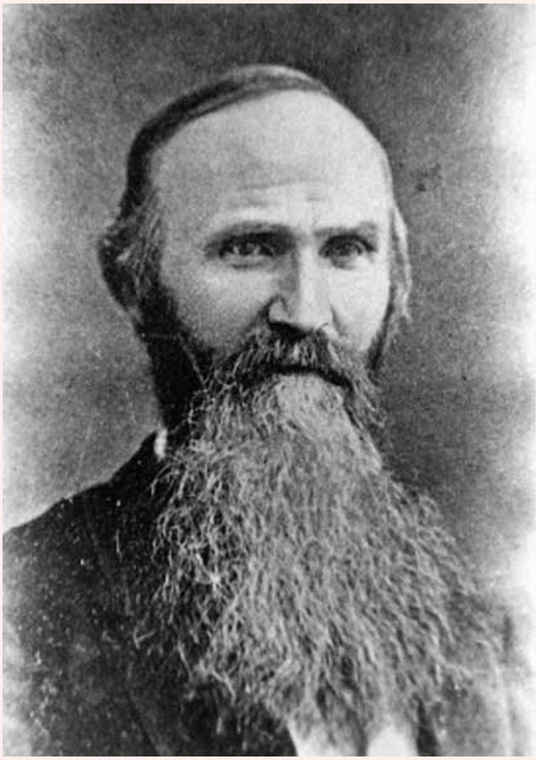
Causes of Intermittent Fever

ลำดับนี้ ข้าพเจ้าหมอบรัดเล จะสำแดงซึ่งเหตุที่ให้บังเกิดไข้จับสั่นและไข้พิศม์ ไข้ป่านั้นโดยสังเขป, แลไข้ทั้งสามอย่างนี้ เหตุบังเกิดนั้นสิ่งเดียวกัน. เหตุที่บังเกิดนั้นคือใบไม้และว่านยาทั้งหลาย, มีใบอันหล่นลงแล้วเน่าส่ำสมอยู่, เมื่อฝนตกลงแล้วแลแห้งไปหลายครั้งหลายหน. ครั้นมาภายหลังฝนตกมากๆ ลง, พิศม์ว่านและยาทั้งปวงที่ส่ำสมอยู่นั้น, ก็ฟุ้งขึ้นระคนเจือไปด้วยลม, เมื่อคนเข้าไปในป่า ครั้นถูกต้องพิศม์ว่านยาทั้งหลายนั้น, ก็ให้คนเปนไข้มีอาการต่างๆ. ถ้าถูกอายพิศม์นั้นน้อยก็ให้เปนไข้สั่นน้อย. ถ้าถูกต้องอายพิศม์มากก็ให้จับสั่นมาก, จับทุกวัน, บางทีให้จับวันละสองหน. ถ้าถูกอายพิศม์มากขึ้นยิ่งกว่านั้น, ก็ให้จับซึมไปไม่รู้สมปฤดีมิใคร่

จะถอยเลย. วันหนึ่งจะมีตัวสำเราลงประมาณศักโมงหนึ่งเท่านั้น, แล้วก็กลับจับมีพิศม์กล้าขึ้นดังเก่า, จนถึงเพลาที่เคยถอยนั้น, ก็ถอยลงน่อยหนึ่ง... แลพิศม์ที่บังเกิดแต่อายว่ายและยาอันเน่าดังกล่าวมานี้, อังกฤษเรียกโนมีอัศวะมา, แปลเปนไทว่า อายพิศม์ยาบังเกิดแต่ทุ่งแลป่า, ถ้าฝนตกหนักน้ำท่วมดาดไปมาก. พิศม์คอยโนมีอัศวะมาก็มิใคร่จะบังเกิด, ด้วยเหตุว่าน้ำฝนนั้นชำระล้างเสีย. ถ้าฝนแล้งดินแห้งนักก็มิใคร่จะเกิด, เหตุว่าอายพิศม์ว่านยานั้นมิได้ฟุ้งขึ้น.

นอกจากหมอบรัดเลย์แล้วยังมีศาสนาจารย์ เดเนียล แมคกิลวารี มิชชันนารีชาวอเมริกันผู้เคยเข้ามาเผยแพร่ศาสนาคริสต์นานกว่าห้าสิบปีในสยามภาคเหนือช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่สยามสมัยใหม่ (เข้ามาระหว่าง พ.ศ. ๒๔๐๑-๒๔๕๔) ได้นำยาควินินมาใช้เป็นใบเบิกทาง และช่วยรักษามาลาเรียที่ระบาดอย่างหนักในภาคเหนือหรือมณฑลพายัพ โดยเฉพาะเชียงใหม่แหล่งของไข้มาลาเรีย ครั้งนั้นแมคกิลวารีเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการนำเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้าไปวางรากฐานในล้านนา ทั้งด้านการรักษาโรค ป้องกัน รักษาไข้มาลาเรียด้วยยาควินิน ปลูกฝีป้องกันโรคฝีดาษ ฯลฯ จนถูกพัฒนาไปเป็นโรงพยาบาลในภาคเหนือถึง ๕ แห่ง และเป็นรากฐานสำคัญของแพทย์แผนปัจจุบันต่อมาในภาคเหนือ

ระหว่างเข้ามาอยู่ในอาณาจักรสยาม แมคกิลวารีได้เขียนหนังสือ กึ่งศตวรรษในหมู่คนไทยและคนลาว ในปี พ.ศ. ๒๔๕๔ เมื่ออายุ ๗๕ ปี เพื่อบันทึกเรื่องราวของผู้คนกลุ่มต่างๆ ทั้งชาวเขาในล้านนาและลาวทางภาคเหนือ และกล่าวถึงมาลาเรีย การใช้ยาควินินรักษา แต่คนในท้องถิ่นไม่ค่อยเชื่อถือ จนภายหลังเห็นว่าใช้ได้ผล



นายแพทย์แมคกิลวารี

จึงหันมาใช้กันมากขึ้นเหมือนกับชาวสยามทั่วไปในสมัยนั้น

มาถึงบรรทัดนี้เราพอจะมองเห็นภาพการรักษามาลาเรียด้วยยาควินินในสมัยนั้นแล้วว่า แม้จะรับรู้กันแพร่หลาย แต่แทบจะไม่ได้รับการยอมรับจากคนไทย จะมีเพียงหมอสยามหัวก้าวหน้าอย่าง กรมหลวงวงศาธิราชสนิท แพทย์แผนไทยคนแรกที่นำยาควินินมาใช้ แต่ต้องไม่ให้คนไข้รู้ ด้วยการใช้ยาไทยหุ้มยาควินินไว้ทำเป็นยาเม็ดแก้ไข้จับสั่นที่ให้ผลการรักษาดีเยี่ยมจนเป็นที่เลื่องลือ เรื่องยาเม็ดแก้ไข้ของกรมหลวงวงศาธิราชสนิทนี้ สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาปวเรศวริยาลงกรณ์ ซึ่งเป็นคนร่วมสมัยเดียวกัน ได้เล่าให้สมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพไว้เมื่อทรงพระเยาว์ว่า ยาเม็ดแก้ไข้ของกรมหลวงวงศาฯ ที่คนนิยมกัน เมื่อผ่าออกดูจะมี “ยาขาวฝรั่ง” หรือ “ยาควินิน” อยู่ข้างในทุกเม็ด ต่อมาสมเด็จฯ กรมพระยาดำรงฯ ได้ถามกับหมอไทยที่มีชื่อเสียงว่าทำไมต้องทำเช่นนั้น ได้รับคำตอบว่า “ยาควินินดีกว่ายาไทย แต่คนไข้ไม่ยอมกิน ก็ได้แต่ต้องปลอมเป็นยาไทย สุดแต่ให้ไข้หายเป็นประมาณ”

เหตุเกิดที่หว้ากอ รัชกาลที่ ๔ เสด็จสวรรคตด้วยไข้มาลาเรีย

ท่ามกลางบรรยากาศที่คนไทยไม่เชื่อถือการรักษาไข้มาลาเรียด้วยยาควินินตามแบบฝรั่งนี้ ไม่ใช่แค่เพียงคนธรรมดาสามัญเท่านั้น หากในหมู่ชนชั้นนำเองก็ไม่ยอมรับ จนนำมาซึ่งความเศร้าสลดของประชาชนชาวสยามจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ ๔ ซึ่งทรงประชวรด้วยไข้ป่าหลังเสด็จไปทอดพระเนตรสุริยุปราคาที่บ้านหว้ากอ ตำบลคลองวาฬ เมืองประจวบคีรีขันธ์ พร้อมพระบรมวงศานุวงศ์ ข้าราชบริพารและชาวต่างประเทศ ที่ร่วมเป็นสักขีพยานในการเกิดสุริยุปราคาตามพิกัดสถานที่ที่ทรงคำนวณไว้ เมื่อวันอังคารที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๔๑๑ ตรงกับเดือน ๑๐ ขึ้น ๑ ค่ำ โดยเสด็จไปประทับพักแรมในที่ประทับชั่วคราวที่สร้างขึ้นจากการถากถางป่าบริเวณนั้น ไม่นานหลังจากเสด็จกลับถึงพระนครก็เริ่มมีอาการประชวร เจ้าพระยามหินทรศักดิ์ธำรงขณะดำรงตำแหน่งพระยาบุรุษรัตนราชพัลลภในฐานะจางวางมหาดเล็กที่อยู่เฝ้าตั้งแต่ประชวรจนสวรรคตได้บันทึกความทรงจำถึงเหตุการณ์และอาการประชวรด้วยไข้มาลาเรียไว้ว่า

"ทรงพระประชวรตั้งแต่ ณ วันพุธเดือน ๑๐ ขึ้น ๙ ค่ำ จุลศักราช ๑๒๓๐ ปีมะโรง สัมฤทธิศก ทรงพระประชวรเป็นไข้ พระองค์สะบัดร้อนสะท้านหนาวเป็นคราวๆ พระเสโท

พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงฉายภาพร่วมกับเจ้าเมืองสิงคโปร์และแขกต่างประเทศ ณ ตำบลหว้ากอ ประจวบคีรีขันธ์ วันที่ ๑๘ สค.๒๔๑๑

ซึมซาบออกมากกว่าที่เคยทรงพระประชวรไข้แต่ก่อนๆ เสวยพระโอสถข้างที่ตามเคย พระอาการหาถอยไม่ ไม่ได้เสด็จออกว่าราชการ ครั้น ณ วันอาทิตย์ เดือน ๑๐ ขึ้น ๑๓ ค่ำ เวลาทุ่มเศษ ทรงจับสั่นไปจนเวลา ๒ ยามเศษ ครั้งสร่างจับแล้ว รับสั่งให้หาพระเจ้าน้องยาเธอ กรมขุนวรจักรธรานุภาพ เข้าไปเฝ้าในที่ทรงพระประชวร จึ่งรับสั่งไปประชุมหมอหลวงมีชื่อประกอบพระโอสถถวาย กรมขุนวรจักรธรานุภาพก็รับพระบรมราชโองการ ออกมาสั่งให้หลวงทิพยจักษุ์ประกอบพระโอสถเข้าไปตั้งถวาย”

เมื่อทรงประชวรในขณะนั้นมีการใช้ยาควินินรักษาไข้มาลาเรียแพร่หลายแล้ว และกรมหลวงวงศาธิราชสนิทหมอหลวงเองก็ทรงใช้ยาควินินรักษาโรคไข้จับสั่นอยู่เช่นกัน หากรักษาตามแบบแพทย์แผนตะวันตกก็น่าจะรักษาพระโรคให้หายได้ แต่กลับปรากฏว่าทั้งหมอแคมป์เบลและหมอบรัดเลย์ที่สนิทสนมคุ้นเคยกับพระองค์แม้จะถูกตามตัวเข้าไปในวัง แต่

ไม่เคยได้รับพระบรมราชานุญาตให้เข้าถวายพระโอสถ และการไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้อาการประชวรทรุดหนักลงเรื่อยๆ

ครั้น ณ วันจันทร์ เดือนสิบเอ็ด ขึ้นห้าค่ำ เวลาย่ำเที่ยงแล้วไป พระบังคนตกเป็นพระโลหิตลิ่มเหลวบ้าง พระอาการกำเริบมากขึ้น จึงรับสั่งให้หาพระยาบุรุษรัตนราชพัลลภ พระประเสริฐศาสตร์ดำรง เข้าไปเฝ้าในที่ จึงรับสั่งพระโรคมากอยู่แล้ว ถ้าเห็นพระอาการเหลือมือ เหลือกำลังปัญญาแพทย์ ก็ให้กราบบังคมทูลแต่โดยจริง อย่าให้ปิดบังไว้ ก็จะได้ทรงทอดพระธุระเสียว่ารักษาไม่หายแล้ว แล้วรับสั่งแก่พระประเสริฐศาสตร์ดำรงว่า จะรักษาได้หรือไม่ พระประเสริฐศาสตร์ดำรงกราบทูลพระกรุณาว่า จะรับฉลองพระเดชพระคุณสักสี่ห้าเวลา จึงโปรดให้พระประเสริฐศาสตร์ดำรงเข้าถวายพระโอสถต่อไป ครั้นเวลาประมาณทุ่มเศษไป พระบังคนครั้งไรก็มีพระโลหิตเจืออยู่ทุกๆ ครั้ง ก็รับสั่งว่าพระโรคครั้งนี้เห็นจะไม่หาย

หลังจากนั้นอาการประชวรก็ไม่กระเตื้องขึ้นอีกเลย จนเสด็จสวรรคตเมื่อวันพฤหัสบดีที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๑๑ เวลา ๒๑.๐๐ น. หลังครองราชย์ได้ ๑๘ พรรษา เหตุการณ์ครั้งนี้ไม่ได้มีเพียงพระองค์ที่ทรงประชวร แต่ยังมีพระบรมวงศานุวงศ์หลายพระองค์รวมทั้งสมเด็จเจ้าฟ้าจุฬาลงกรณ์ ข้าราชบริพารและชาวต่างประเทศที่ติดตามไปหว้ากอก็ป่วยด้วยโรคนี้ เรื่องการประชวรของสมเด็จเจ้าฟ้าจุฬาลงกรณ์หรือรัชกาลที่ ๕ นั้น ดร.ชาติชาย มุกสง ได้ขยายความไว้ว่า

"ร.๕ เองก็ติดมาลาเรียด้วย ขณะนั้นอย่างที่บอกควินิน

มีแล้ว และรัชกาลที่ ๕ ยังทรงพระเยาว์ ไม่ใช่แค่รัชกาลที่ ๕ มีหลายคนที่ร่วมเสด็จด้วย บางคนเสียชีวิตไล่ๆ กับ รัชกาลที่ ๔ ด้วย เป็นข้าราชการชั้นผู้ใหญ่... แต่รัชกาลที่ ๕ รอด ว่ากันว่า มีผลต่อสุขภาพพลานามัยต่อเนื่องมาเหมือนกัน มันมีปัญหาคือม้ามกับตับใช่มั้ยครับ รัชกาลที่ ๕ มีปัญหาที่สุดคือตับนะครับ อาจมีที่หมอเยอรมันไปตรวจวินิจฉัย มีการพูดถึงม้ามกับตับว่า มีปัญหาตรงนี้”

อีกสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยไข้มาลาเรียก็คือการเลือกตั้งค่ายประทับแรมตามแนวการเกิดสุริยุปราคาอย่างเคร่งครัดตามพิกัดที่คำนวณได้ทางดาราศาสตร์ซึ่งเป็นป่าในที่ลุ่ม แทนที่จะเลือกชัยภูมิในที่ดอนซึ่งอยู่ในแนวชมสุริยุปราคาได้เหมือนกัน จนนำมาสู่การสวรรคตของรัชกาลที่ ๔ กษัตริย์ที่ทันสมัยที่สุดพระองค์หนึ่งของสยาม ทำให้มาลาเรียกลายเป็นโรคร้ายคุกคามทุกคนในราชอาณาจักร ไม่เลือกว่าเป็นเจ้าเป็นนาย เป็นไพร่ผู้ดี ถึงตรงนี้มาลาเรียที่สังคมไทยเคยรับรู้ เกรงแต่ไม่กลัวที่สุด กลายเป็นผู้ร้ายที่ต้องปราบให้ได้ และมีผลให้สมเด็จเจ้าฟ้าจุฬาลงกรณ์ซึ่งขึ้นครองราชย์ในรัชสมัยต่อมา ทรงเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพและปรับปรุงการดูแลรักษาพยาบาลของประเทศสยามอย่างมากมาย รวมทั้งรับช่วงให้เกิดการใช้ยาควินินรักษามาลาเรียอย่างแพร่หลาย

รัชกาลที่ ๕ ยุคของการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่สู่อารยะประเทศ

ลุถึงรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวฯ พระองค์ได้ทรงปรับปรุงเปลี่ยนแปลงประเทศให้มีความก้าวหน้าทุกด้านอย่างเข้มข้นที่สุด ด้วยมุ่งหวังสร้างชาติให้เจริญมีอารยะเทียมหน้าเทียมตาชาติตะวันตกอยู่รอดปลอดภัยจากการล่าอาณานิคมที่กำลังรุมล้อมอยู่ทั่วสารทิศ

การเปลี่ยนผ่านครั้งใหญ่นี้ ลงลึกถึงรากความคิดในการสร้างความเป็นชาติตามแบบตะวันตกที่รวมศูนย์จากส่วนกลางไปยังภูมิภาค มีการตั้งมณฑลเทศาภิบาลส่งข้าราชการไปดูแลทั่วทั้งราชอาณาจักร ส่วนการแพทย์และสาธารณสุขก็ใช้วิธีเชื่อมโยงจากส่วนกลางเช่นเดียวกัน มีการต่อยอดความรู้จากกลุ่มแพทย์มิชชันนารีในรัชกาลก่อนมาปรับปรุงการแพทย์และสาธารณสุขไทยให้ทันสมัยกว่าเดิม เพื่อดูแลรักษาพยาบาลราษฎรที่เจ็บไข้ได้ป่วยและภัยคุกคามจากโรคระบาดร้ายแรง ทั้งไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค และไข้จับสั่น

สำหรับไข้จับสั่น ถึงไม่ได้ทำให้เจ็บป่วยล้มตายรุนแรงรวดเร็วครั้งละมากๆ เหมือนโรคอื่น แต่ก็คอยบั่นทอนสุขภาพคนไทยกับอาการป่วยเรื้อรัง หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งล้นเกล้าฯ รัชกาลที่ ๕ ทรงเคยประชวรและสูญเสียพระราช

พระที่นั่งอนันตสมาคม เป็นท้องพระโรงเดิมของพระราชวังดุสิต ชื่อของพระที่นั่งนี้ นำมาจากพระที่นั่งองค์หนึ่งในพระบรมมหาราชวัง พระที่นั่งอนันตสมาคมสร้างขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๕๑ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ ๕) แต่สร้างไม่ทันเสร็จพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวก็เสด็จสวรรคต จึงสร้างต่อแล้วเสร็จในสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รวมใช้เวลาสร้างทั้งหมด ๘ ปี

บิดาด้วยโรคนี้มาแล้ว ในรัชสมัยของพระองค์จึงพยายามหาทางปราบปรามปกป้องคนไทยให้พ้นภัยจากไข้จับสั่นนี้ ช่วงทศวรรษ ๒๔๒๐-๒๔๓๐ ได้มีการรายงานติดตามผู้ป่วยโรคนี้อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลและจากหัวเมือง รวมทั้งพระภิกษุสงฆ์ นักโทษในเรือนจำ

ส่วนบริเวณที่ไข้จับสั่นระบาดมักจะอยู่ในเขตเมืองหรือชุมชนที่ติดกับป่าหรือมีการถางป่า เพราะการถางป่าทึบจนกลายเป็นพื้นที่โล่งแดดส่องถึงพื้น จะทำให้ยุงแพร่พันธุ์ได้รวดเร็ว เรื่องนี้ไม่เว้นแม้แต่ในกรุงเทพฯ เมื่อต้องสร้างพระราชวังสวนดุสิตบริเวณที่เคยเป็นทุ่งนา ก็ทำให้เกิดการระบาดของไข้จับสั่นค่อนข้างรุนแรง ดังที่รัชกาล ๕ ได้ทรงเขียนจดหมายประทานมายังพระเจ้าลูกเธอจักรพงษ์ภูวนาถ

ลงวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๔๒ ความว่า *"พ่อจะไปอยู่สวนดุสิตครั้งแรกในวันที่ ๑ เดือนน่า...หมู่นี้ไข้จับชุมเต็มที แต่พ่อยังไม่เจ็บ"*

ไข้จับสั่นนอกจากจะเป็นโรคที่คร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยทำมาหากิน ทำงานการไม่ได้ เพราะไม่ได้สติขณะมีอาการไข้ จากใบบอกเมืองเพชรบูรณ์ได้พูดถึงอาการ *"ป่วยเปนไข้ลงแล้วชักให้เชื่องซึม ร้อนกระหายน้ำเป็นกำลัง ถ้าไม่ถอยก็เลยมีอาการหนักไม่ใคร่รู้สึกได้สติเปนอันตรายลงในระหว่าง ๑ ๒ วันบ้าง ๓ ๔ ๕ วันบ้าง แม้ไม่เปนอันตรายในกำหนด ๗ วัน อาการไข้ก็ถอย"* บางกรณีที่ไข้มีอาการ *"หยุด ๓ ๔ วัน จับต่อไป บางคน ๖ เดือนเปนปรกติได้ก็มีบางคน ๓ ปีเปนปรกติ"* ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างและการพัฒนาบ้านเมืองโดยตรง

ส่วนกลางจึงจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมากมายเพื่อรับมือและป้องกันโรคระบาดและโรคร้ายแรงที่เกิดขึ้น ที่สำคัญๆ คือ

โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลของรัฐแห่งแรก ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๔๓๑ เพื่อดูแลรักษาประชาชนและควบคุมโรคระบาดร้ายแรง

กรมสุขาภิบาล ตั้งขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๔๐ และออกกฎหมายพระราชกำหนดสุขาภิบาล ร.ศ. ๑๑๖ เพื่อสร้างระบบสุขาภิบาลในพระนคร จัดการเรื่องกำจัดของเสีย น้ำเสีย สิ่งปฏิกูล และการระบายน้ำ รักษาความสะอาด สุขอนามัยและระเบียบเรียบร้อย ป้องกันเหตุที่จะทำให้เกิดโรคในพระนครก่อนจะขยายไปยังหัวเมืองอื่น

๑. วังศุโขทัย ที่ตั้งกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปีพ.ศ.๒๔๘๕-๒๔๙๓ เป็นเวลา ๘ ปี ๒. กระทรวงสาธารณสุขย้ายจากวังศุโขทัยมาอยู่ที่ วังเทวะเวสม์ ปี พ.ศ.๒๔๙๓-๒๕๓๗ (ในภาพบริเวณประตูด้านหน้ากระทรวง) ๓. โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของรัฐแห่งแรก ๔. “โรงพยาบาลโรคติดต่อ พญาไท” เป็นโรงพยาบาลโรคติดต่อแห่งที่ ๒ ต่อมาย้ายมาที่ถนนติวานนท์ ชื่อ “โรงพยาบาลบำราศนราดูร” ๕. มาลาเรียคลินิก สถานที่รักษามาลาเรียในพื้นที่ชนบท ๖. สำนักงานมาลาเรียเขต ๑ ตั้งอยู่ที่ อ.พระพุทธบาท สระบุรี ปัจจุบันคือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต ๔ สระบุรี

โอสถศาลาหัวเมือง โอสถศาลารัฐบาล และโอสถสภา ริเริ่มอย่างจริงจังจากพระดำริของสมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. ๒๔๔๔ ที่จะตั้งโอสถศาลาตามหัวเมืองไว้รักษาพยาบาลและแจกจ่ายยาแก่ราษฎร แต่ติดที่การสั่งยาจากร้านในกรุงเทพมีราคาแพง ต่อมาจึงตั้งโอสถศาลารัฐบาลและโอสถสภาขึ้นมาสั่งซื้อยาจากต่างประเทศแทนการสั่งจากห้างร้านในกรุงเทพฯ ซึ่งแพงกว่านำเข้าถึงสองเท่า จัดทำเป็นห่อเล็กๆ ให้ชาวบ้านกินเองได้โดยไม่มีผลข้างเคียง จำหน่ายเพียงกลักละ ๑ เฟื้อง ใน ๑ กลัก มียา ๒๔ เม็ด หาซื้อได้ตามหัวเมืองในตลาดและสถานที่ราชการทั่วไป อย่างสถานีตำรวจ ไปรษณีย์ ส่วนคนยากจนและนักโทษได้รับแจกเป็นทานจากโอสถศาลาหัวเมืองต่างๆ ยาชุดนี้เรียกกันว่า ยาตำราหลวง โดยมียาควินินรักษาไข้มาลาเรียเป็นหนึ่งในยาหลัก ที่ใช้ต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บของราษฎรทั่วประเทศ ชาวบ้านนิยมมากเพราะหาซื้อง่ายราคาย่อมเยาใช้รักษาโรคแล้วได้ผล ทำให้การเสียชีวิตด้วยไข้จับสั่นและโรคอื่นๆ ลดลงรวดเร็ว

โรงเรียนแพทยาลัย เป็นโรงเรียนผลิตแพทย์ประกาศนียบัตรรักษาโรคตามแบบตะวันตก มีด้วยกัน ๓ แผนก คือแพทย์แผนกโอสถ แพทย์แผนกพยาบาล และแพทย์แผนกตรวจการ แต่ละแผนกต้องเรียนรู้จนเชี่ยวชาญตามข้อกำหนดของหลักสูตรจึงจะผ่านเป็นแพทย์ประกาศนียบัตรได้ ในช่วงแรกของการสร้างกำลังคน โรงเรียนไม่สามารถผลิตแพทย์ได้พอเพียงต่อการส่งไปเป็นแพทย์ประจำหัวเมืองต่างๆ บางครั้งต้องอาศัยความช่วยเหลือจากแพทย์เชลยศักดิ์ใน

๑. “ศิริราชแพทยากร”
สถานที่ผลิตแพทย์
๒.-๓. การเรียนการสอน

ท้องถิ่น โดยอบรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่ให้เพิ่มเติม

นอกจากความพยายามที่จะผลิตแพทย์สมัยใหม่ให้เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในที่ห่างไกลแล้ว ยังมีแพทย์ตรวจการออกตรวจโรคตามหัวเมือง จัดการป้องกัน และทำรายงานความเห็นมายังส่วนกลางเพื่อเตรียมความพร้อมแล้ว แพทย์ประกอบยาในโอสถศาลาก็เป็นกำลังสำคัญอีกแรงหนึ่งของกรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ ที่นำเอาความรู้และวิทยาการแพทย์สมัยใหม่จากส่วนกลางให้ไปสู่หัวเมือง เพื่อต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะไข้จับสั่นที่ระบาดอยู่ทั่วไปและมีอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของราษฎร

ทฤษฎีเชื้อโรค : จุดเปลี่ยนสู่การแพทย์สมัยใหม่

แม้ในสมัยรัชกาลที่ ๕ สยามจะปรับปรุงความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ความทันสมัยตามแบบตะวันตก ที่สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บอย่างได้ผลจนเป็นที่ยอมรับของราชสำนักและประชาชนทั่วไป แต่ช่วงเวลานั้นความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกเองกลับไม่สามารถพัฒนาจนรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรค แม้จะรู้วิธีรักษาก็ตาม เช่นที่หมอบรัดเลย์รู้ถึงอาการประชวรของรัชกาลที่ ๔ และรู้วิธีรักษาโรคด้วยการรับประทานยาควินิน แต่สาเหตุของโรคไข้จับสั่นหรือมาลาเรียนั้น หมอบรัดเลย์มีความเข้าใจว่าเกิดตามทฤษฎี "อายพิศม์" หรือ "ไอพิษ" ที่เกิดจากการหมักหมมของใบไม้ กระจายในอากาศและมีน้ำเป็นพาหะในการแพร่กระจายของเชื้อ

จนกระทั่งปลายรัชกาลที่ ๕ สยามรับเอาแพทย์ชาวตะวันตกเข้ามาทำงานมากขึ้น ความรู้แบบใหม่ตามแนวทางวิทยาศาสตร์จึงแพร่หลายเข้ามาพร้อมกับแพทย์เหล่านั้น เป็นช่วงเดียวกับที่แพทย์ในดินแดนอาณานิคมกำลังแสวงหาความรู้ของโรคที่เป็นกันอยู่ในอาณานิคม เพื่อใช้รักษาดูแลสุขภาพชาวพื้นเมืองและรักษาชีวิตของเจ้าอาณานิคมที่ไปตั้งถิ่นฐานในดินแดนเขตร้อน เรียกความรู้ทางการแพทย์ใหม่ในเครือข่ายจักรวรรดิสมัยอาณานิคมว่า "เวชศาสตร์เขตร้อน"

ความรับรู้ของชนชั้นนำสยามที่เดิมเชื่อในทฤษฎีอายพิศม์ (miasma) เป็นสาเหตุให้เกิดโรคไข้จับสั่น จึงได้รับการอธิบาย

๑. Laverran
๒. Sir Ronald Ross
๓. Paul Muller

ใหม่ตามความรู้ของเวชศาสตร์เขตร้อนว่าเกิดจากเชื้อโรค และทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) นี้เองได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนของวงการแพทย์สมัยใหม่ในการค้นหาสาเหตุของโรคต่างๆ มาตั้งแต่ปลายคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ (กลางพุทธศตวรรษที่ ๒๕)

แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร นายแพทย์ ๑๐ วช.อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๙-๒๕๔๓) ผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียระดับนานาชาติ ได้พูดถึงการค้นพบสาเหตุที่แท้จริงของไข้จับสั่นหรือมาลาเรียไว้ว่า

“...ขอคารวะ ๓ ท่าน ผู้มีพระคุณต่อวงการมาลาเรีย ท่านแรกคือ Laverran เป็นชาวฝรั่งเศส ท่านได้รับรางวัล Nobel Prize โดยการค้นพบเชื้อมาลาเรีย หลังจากที่มีกล้องแล้ว ท่านค้นพบในปี ค.ศ. ๑๘๘๐ Sir Ronald Ross ได้ค้นพบวงจรของเชื้อมาลาเรียที่อยู่ในยุงโดยที่ท่านนำคนไข้ที่มีเชื้อมาลาเรียและนำยุงก้นปล่องมากัด และนำมาเลี้ยงท่านไปดูพบว่า เชื้อไปเจริญครบ cycle ในยุง เป็นการค้นพบซึ่งมีความสำคัญมากของวงการมาลาเรีย ในปี ๑๘๙๗ นี่ ๑๐๐ ปีกว่าแล้ว ท่านได้รับการแต่งตั้งเป็น Sir ช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๒ ปี ค.ศ. ๑๙๓๖-๑๙๓๙ Paul Muller ชาวเยอรมัน ท่านค้นพบว่า ดีดีที สามารถฆ่ายุงได้และดีด้วย เพราะฉะนั้นการค้นพบ ๓ สิ่ง จากนักวิทยาศาสตร์

ในยุคต่าง ๆ ก็ได้พื้นฐานของความรู้ในการควบคุมมาลาเรียในยุคถัดมา...”

หลังจากการค้นพบวงจรของเชื้อมาลาเรียในยุงของ Sir Ronald Ross ในปี ค.ศ. ๑๘๙๘ แล้ว ความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับมาลาเรียก็หลั่งไหลเข้าสู่สังคมไทยอย่างรวดเร็ว โดยมีนายแพทย์เอช แคมเบล ไฮเอต ชาวอังกฤษที่ติดต่อกับเครือข่ายแพทย์ในสถาบันเวชศาสตร์เขตร้อนของประเทศอังกฤษ เป็นผู้นำความรู้เรื่องเวชศาสตร์เขตร้อนที่ค้นพบใหม่อยู่เรื่อยๆ มาใช้แก้ปัญหาสุขภาพและการแพทย์ในสยาม กล่าวกันว่าทศวรรษ ๒๔๔๐ ไข้จับสั่นหรือไข้ป่าก็ได้เปลี่ยนเป็นไข้มาลาเรียที่มีความหมายของโรคชัดเจนขึ้นจากการ

Sir Ronald Ross, C.S. Sherrington, and R.W. Boyce in a laboratory
เซอร์โรนัลด์ รอสส์ แพทย์ชาวอังกฤษ-อินเดีย ผู้ค้นพบวงจรชีวิตของปรสิตโรคมาลาเรีย พลาสโมเดียม (Plasmodium) ได้รับรางวัลโนเบล ปี ค.ศ. ๑๙๐๒

นายแพทย์ เอช แคมเบล ไฮเอต
แห่งกรมแพทย์ศุขาภิบาล

ค้นพบทางการแพทย์ในยุคสมัยเดียวกัน ส่วนการแพทย์แผนตะวันตกก็ถูกใช้เป็นเครื่องมือสากลในการจัดการสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก

ในสยามเมื่อ พ.ศ. ๒๔๔๔ นายแพทย์ เอช แคมเบล ไฮเอต แห่งกรมแพทย์ศุขาภิบาลได้รายงานเรื่องไข้จับสั่นจากการตรวจพิสูจน์ไข้มาลาเรียทางการแพทย์ของตนเอง และมีข้อสังเกตว่า “ข้าพเจ้าเชื่อว่าโรคนี้เกิดชุกชุมเพราะสัตว์เล็กๆ ที่มีอยู่ในน้ำ แต่จะเอาเปนการแน่ไม่ได้ โดยไม่มีโรงทดลองเลเบอเรตอรี” (โรงทดลองความศุขของราษฎร ปับปลิกเฮลเลเบอเรเตอรี) ในที่สุดก็พบว่าสัตว์ชนิดนั้นคือ “ยุง” โดยกล่าวถึงโรคไข้ซึ่งมาจากยุงไว้ในรายงานชุดเดียวกันนี้เอง แต่ยังไม่แน่ใจว่าเป็นเพราะอะไรจนกว่าจะได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันทั่วโลก

หลังจากโรงทดลองความศุขของราษฎรหรือ Public Laboratory ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. ๒๔๔๔ หมอไฮเอตได้ใช้ในการชันสูตรโรคจากผลการตรวจเลือดหาเชื้อมาลาเรีย และให้ข้อมูลไว้ใน “รายงานกรมศุขาภิบาลประจำปี ร.ศ. ๑๒๐” ซึ่งมีการใช้คำว่ามาลาเรียเป็นภาษาไทยครั้งแรกในชื่อว่า “ไข้ป่า หรือมาลาเรียฟิวเวอร์” เทียบเคียงให้รู้ว่า ไข้ป่า และมาลาเรีย เป็นโรคเดียวกัน หลังจากที่เรียกไข้ลักษณะนี้สับสนปนเปมานาน

ต่อมาในรายงานศุขาภิบาลประจำปี ร.ศ. ๑๒๑ และรายงานกรมศุขาภิบาล ร.ศ. ๑๒๒ มีการแบ่งประเภทของมาลาเรียและชนิดของเชื้อมาลาเรียเปลี่ยนไปทุกปี เพราะยังไม่มีข้อสรุปที่ยอมรับกันทั่วไป กรณีนี้ปรากฏว่าในปี

พ.ศ. ๒๔๔๐ นายแพทย์ชาวอิตาเลียนคือ บาสติอาเนลลี, บิกนามี และกลาสสิ ได้ค้นพบการเจริญเติบโตของเชื้อไข้จับสั่นชนิด Malignant และ Benign tertian ในยุง A. maculipennis และชี้ให้เห็นว่าเชื้อไข้จับสั่นที่มีเพศนั้นได้ผสมพันธุ์กันในกระเพาะอาหารของยุง แล้วจึงเกิด cyst ในกระเพาะอาหารภายหลัง และยังพิสูจน์ให้เห็นว่าเชื้อ malarial plasmodia เจริญเติบโตในยุงก้นปล่อง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๔๔๒ แพทย์ทั้ง ๓ คนได้ค้นพบการเจริญเติบโตของเชื้อ Plasmodium Malariae ในยุงก้นปล่อง ผลของการค้นพบนี้ได้มีผู้รับรองกันทั่วโลก และตั้งแต่นั้นก็เชื่อกันว่ายุงก้นปล่องเป็นพาหะนำโรคไข้จับสั่น

แม้สังคมสยามจะเริ่มรับรู้ว่ายุงเป็นตัวพาหะนำโรคไข้จับสั่นมาสู่คน และรักษาให้หายได้ด้วยยาควินินตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ ๒๔๔๐ แล้วก็ตาม แต่ไม่ได้ตระหนักถึงพิษภัยของยุงตัวเล็กๆ ที่ไม่ได้กัดเจ็บอย่างเดียว แต่ยังทำให้ป่วยถึงตายได้ ช่วงทศวรรษ ๒๔๕๐ กลุ่มแพทย์หัวก้าวหน้าพยายามที่จะหาวิธีกำจัดยุงต่างๆ นาๆ ไม่ว่าจะถมที่ลุ่มน้ำขังไม่ให้ยุงวางไข่ เอาน้ำมันปิโตรเลียมราดไม่ให้ลูกน้ำหายใจ ตัดกอไม้แถวบ้านไม่ให้ยุงเข้าไปอาศัย ฯลฯ ก็ไม่ได้รับความสนใจ ซ้ำร้ายคนท้องถิ่นหลายพื้นที่ยังไม่ยอมใช้ยาควินินรักษา แต่ใช้ยาสมุนไพรแทนทำให้เสียชีวิตลงไปอีกด้วย

วิถีสู้โรคร้าย ก่อนการเข้ามาของนงค์การอนามัยโลก

พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นไชยนาท นเรนทร
เป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก

ภายหลังการแพทย์และสาธารณสุขไทยเดินหน้าพัฒนาสู่แนวทางการแพทย์สมัยใหม่เต็มตัว รัฐให้ความสำคัญมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในช่วงต้นรัชกาลที่ ๖ มีการรวมกองแพทย์ของกรมสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล เข้ากับกรมประชาบาล (กรมพยาบาล) กระทรวงมหาดไทย แล้วตั้งเป็นกรมใหม่คือ กรมสาธารณสุข ขึ้นกับกระทรวงมหาดไทย เมื่อ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๔๖๑ และโปรดเกล้าฯ ให้พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นไชยนาท นเรนทรเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก ซึ่งหน่วยงานนี้จะรับผิดชอบในการบำบัดและควบคุมโรคภัยไข้เจ็บในสยามโดยเฉพาะ มีการขยายทั้งขนาดและโครงสร้างด้วยการรวมเอากองที่เกี่ยวกับการแพทย์และการรักษาโรคที่กระจายอยู่ตามกระทรวงต่างๆ มารวมอยู่ในกรมสาธารณสุขเพียงกรมเดียว

<< ไข้จับสั่นได้ปลิดชีวิตคนไทยไปหลายหมื่นคน

ตึกมหิดลวงศานุสรณ์ในสภากาชาดไทย

หลวงพยุงเวชศาสตร์

ส่วนเรื่องไข้มาลาเรียโรคระบาดประจำถิ่นก็ไม่เคยถูกละเลย เพราะถัดมาอีกปีการควบคุมมาลาเรียและพยาธิ์ปากขอก็ได้รับความสนใจจากรัฐบาลสยาม แต่เป็นการให้ความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศที่เรียกขณะนั้นว่า "กรรมการสุขาภิบาลระหว่างชาติ" ได้จัดตั้ง "กองสุขาภิบาลกำจัดโรคพยาธิ์ปากขอและไข้มะลาเรีย" ขึ้นในสังกัดของสภากาชาดสยาม โดยเริ่มตั้งกองนี้ขึ้นในมณฑลพายัพที่เมืองเชียงใหม่ "อันเป็นทำเลมีโรคพยาธิ์ปากขอและไข้มะลาเรียชุกชุมนั้นก่อน" และปลายทศวรรษ ๒๔๖๐ นั่นเอง ไข้จับสั่นได้ระบาดชุกชุมอย่างหนัก โดยเฉพาะมณฑลพายัพ มีคนเสียชีวิตตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๖๘-๒๔๗๐ รวมแล้วกว่า ๔ หมื่นคน ขณะที่ทั่วประเทศมีคนเสียชีวิต ระหว่าง พ.ศ. ๒๔๗๒-๒๔๗๖ ปีละ ๓-๔ หมื่นคน เท่ากับไม่กี่ปีหลังไข้จับสั่นได้ปลิดชีวิตคนไทยไปหลายหมื่นคน

การระบาดอย่างรุนแรงของไข้จับสั่นจนทำให้คนป่วยตายเป็นใบไม้ร่วง คนอยู่ก็ขยาดต้องหนีเอาตัวรอด แม้แต่ข้าวในนาก็ไม่มีใครเก็บเกี่ยว ไม่ได้กระทบแค่สุขภาพและชีวิตของคนไทย แต่สะเทือนไกลไปถึงเรื่องอื่นๆ อย่างคาดไม่ถึง กลายเป็นปัญหาที่รัฐต้องหาทางแก้ให้ได้ หนึ่งในความพยายามที่ทำมาตลอดก็คือ ให้ความรู้เรื่องไข้จับสั่นและอันตรายจากยุงให้ชาวบ้านสามารถป้องกันตนเองได้

ตั้งแต่ช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๑ ราว พ.ศ.๒๔๖๑ วลีอมตะของหลวงพยุงเวชศาสตร์ “ยุงร้ายกว่าเสือ” เริ่มเป็นที่ติดหูชาวบ้าน ใครๆ ก็ต่างสนใจ สงสัยทำไมยุงร้ายกว่าเสือถึงขั้นถามกันว่า ถ้าอยู่ในมุ้งกับเสือ กับอยู่ในมุ้งกับยุง จะเอาแบบไหน จนจุดประกายให้ผู้คนสนใจเรื่องยุงกับไข้จับสั่นเรื่อยมา ในปี พ.ศ.๒๔๖๕ กรมสาธารณสุขได้พิมพ์เอกสารสาธารณสุข “ปัญหาเรื่องยุง” ออกแจกจ่าย และพิมพ์ครั้งที่ ๒ ปี พ.ศ. ๒๔๖๗ อีก ๕,๐๐๐ ฉบับ เนื้อหาให้ความรู้เรื่องลักษณะสำคัญของยุง ความร้ายแรงของไข้จับสั่นที่ทำให้เสียชีวิต หรือทุพลภาพได้ถ้ารักษาไม่หายขาด รวมทั้งวิธีกำจัดยุงและเน้นข้อความข้างท้ายไว้ “ว่าเป็นหน้าที่ของเรา ต่อชาติศาสนา พระมหา กษัตริย์ ที่จะต้องระวังตัวและครอบครัวมิให้เป็นโรค เพราะฉะนั้น จะต้องช่วยกันปราบยุงให้สาบศูนย์เช่นเขาทำกันสำเร็จมาแล้วในประเทศอื่น” นับเป็นเอกสารฉบับแรกๆ ที่ให้ความรู้เรื่องยุงและไข้จับสั่นที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง

เมื่อประชาชนเริ่มตื่นตัวภาครัฐก็เร่งเพิ่มเติมความรู้ป้องกันและรักษาตัวเองจากไข้จับสั่น มีการจัดอบรมการสอน

วิชาสาธารณสุข การจัดการกับยุง และไข้จับสั่น ให้แก่ครู และจัดปาฐกถาเรื่องไข้จับสั่นในจังหวัดต่างๆ ทำให้ความรู้เรื่องไข้จับสั่นที่เกิดจากยุงก้นปล่อง วิธีป้องกัน กำจัดยุง และรักษาโรคด้วยยาควินิน เผยแพร่ออกไปทั่วประเทศ ชาวบ้านมีความรู้พอที่จะหาทางป้องกันรักษาโรคนี้ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในพื้นที่แพร่ระบาด หลักๆ จะใช้วิธีกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำไม่ให้เกิดยุง และป้องกันไม่ให้ยุงกัด ด้วยการนอนกางมุ้งหรือทำมุ้งลวดป้องกันยุง คนไทยในห้วงเวลานั้นจึงมีความรู้เรื่องไข้มาลาเรียตามการแพทย์สมัยใหม่ที่ค้นพบไปก่อนหน้านี้แล้ว

ปี พ.ศ. ๒๔๗๒ กระทรวงมหาดไทยตั้ง “กองโรคติดต่อ” ขึ้น เพื่อรวมงานโรคติดต่อต่างๆ มาไว้เป็นกองเดียวรวมทั้งไข้จับสั่นด้วย เกิดโครงการควบคุมไข้จับสั่นขึ้นหลายจังหวัด จัดตั้งสาขาจำหน่ายยาตำราหลวงแก้ไข้ที่เหมาะกับแต่ละท้องที่ และการสำรวจยุงว่าชนิดไหนก่อให้เกิดไข้จับสั่นบ้างในสยาม เพื่อจัดการกับไข้จับสั่นให้มีประสิทธิภาพขึ้น โดย พ.ศ. ๒๔๗๓ ได้จ้างนายแพทย์อานิกสไตน์เข้ามาสำรวจร่วมกับแพทย์หลายคนของกรมสาธารณสุข ในพื้นที่กรุงเทพฯ และบริเวณใกล้เคียง มณฑลภาคเหนือ และมณฑลภาคใต้ เป็นเวลา ๓ เดือน พบยุงก้นปล่อง ๑๗ ชนิด เมื่อสำรวจเสร็จแล้ว พ.ศ. ๒๔๗๕ กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยควบคุมไข้จับสั่นขึ้นเป็นแห่งแรกที่เชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ไข้จับสั่นชุกชุม โดยมีหลวงอายุรกิจโกศลเป็นหัวหน้าหน่วย นับเป็นหน่วยงานจัดการไข้จับสั่นแห่งแรกของไทยและเป็นต้นแบบต่อมาภายหลัง

๑

๒

การพ่นเคมีฆ่ายุงในอดีต

เมื่อหลวงพยุงเวชศาสตร์จบการศึกษาจากต่างประเทศ ได้ออกสำรวจไข้จับสั่นในหลายพื้นที่ พ.ศ. ๒๔๗๗ - ๒๔๗๘ พบยุงก้นปล้องเพิ่ม ๗ ชนิด ถัดมาปี พ.ศ. ๒๔๗๙ หลวงพยุงเวชศาสตร์ลงไปสำรวจที่ปักษ์ใต้ พบยุงก้นปล่องเพิ่มอีก ๒ ชนิด และยังได้ชำแหละยุง เอ. มินิมัส ๓๓ ตัว ที่ทุ่งสง พบสไปโรซอยท์ในต่อมน้ำลายครั้งแรก ๓ ตัว พบอูอูซิสท์ที่ผนังกระเพาะอาหาร ๒ ตัว ถือเป็นรายงานการพบเชื้อมาลาเรียในยุงก้นปล่องครั้งแรกของประเทศไทย

หลังจากนั้นไม่นานโลกทั้งโลกก็ระอุด้วยไฟสงครามโลกครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๔๘๒-๒๔๘๘ นายแพทย์จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค ซึ่งมีประสบการณ์ด้านมาลาเรียมายาวนาน ได้เล่าถึงสถานการณ์ไข้มาลาเรียในยุคสงครามโลกครั้งที่ ๒

“ช่วงปี ๒๔๘๒ – ๒๔๘๓ จอมพล ป. บอกว่า ให้ความสำคัญกับไข้จับสั่นมาก จะต้องเกิดโครงการควบคุมไข้จับสั่นขึ้นให้ได้ บัญชาในฐานะนายกรัฐมนตรี ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ตอนนั้นท่านดูมหาดไทย และดูสาธารณสุขด้วย สั่งเลยว่า อธิบดีกรมมหาดไทย กรมสาธารณสุข ที่ปรึกษามาช่วยกันจัดตั้ง ‘โครงการควบคุมไข้จับสั่น’ เป็นครั้งแรก ปี ๒๔๘๒ เริ่มคิดเริ่มทำ ปี ๒๔๘๔ เข้าสงครามโลกครั้งที่ ๒ พอดี เลยหยุดไป ผมเลยเขียนว่า ‘ไปรบกันดีกว่า’ หยุดนาน ตอนนี้เหมือน ๓ จังหวัดภาคใต้นะครับ ถ้าหยุดเมื่อไหร่ก็มาลาเรียขึ้น”

เมื่อสงครามคืบคลานต่างฝ่ายต่างจับอาวุธประหัตประหารจนเดือดร้อนไปทุกหย่อมหญ้า ชาวบ้านต้องอพยพ

หลบหนีไปอยู่ที่ห่างไกล ขณะที่ทหารก็ต้องตั้งมั่นตามแนวรบในป่าเขา กลายเป็นเชื้ออย่างดีที่ทำให้ไข้จับสั่นระบาดอย่างหนัก ยารักษาไข้จับสั่นเริ่มขาดแคลน จนมีผู้เสียชีวิตจากไข้จับสั่นในสมัยสงคราม โลกครั้งที่ ๒ นี้ ร่วม ๒๐๐,๐๐๐ กว่าคน เรื่องนี้ ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ขยายความเพิ่มเติมว่า

"เมื่อเราเข้าสู่สงครามโลกครั้งที่ ๒ นโยบายต้องพึ่งตนเอง เดิมเวชภัณฑ์ต่าง ๆ เราเอามาจากเยอรมัน ญี่ปุ่น และโลกตะวันตกทั้งหมด เยอรมัน ญี่ปุ่น ช่วงสงครามก็ไม่สามารถผลิตได้มาก เพราะเขาต้องใช้ในกองทัพเขาก่อน เราเริ่มที่จะขาดแคลนเวชภัณฑ์ หมอเสมไปวิจัยสมุนไพรตัวหนึ่งที่ชาวเหนือเขาต้มกินแก้มาลาเรียกัน เขาเรียกว่า 'กาสามปีก' ที่เชียงราย วิจัยแล้วพอบรรเทาได้ เพราะว่าสมัยนั้นทหารของจอมพลผิน ชุณหะวัณ คนนี้เขาเป็นเพื่อนรุ่นเดียวกับจอมพล ป. ตอนหลังเขามาทำงานด้วยกันในปี ๒๔๙๐ คุณหมอเสม จอมพล ป. ไปรบที่ไทยใหญ่ ทหารเชียงตุงเป็นมาลาเรียเยอะมาก หมอเสมเลยต้มกาสามปีก หลายคนรอดชีวิตได้มาเป็นนายพล หมอเสมเลยเป็นที่รักของนายพลหลายคน อันนี้ก็เกร็ดเล็กเกร็ดน้อยครับ ในขณะเดียวกันหมออวยซึ่งอยู่ที่สัตหีบ ท่านวิจัยสมุนไพรของท่านหลายตัวเลยว่า อะไรบ้างที่รักษามาลาเรียได้บ้าง และกลายเป็นความสนใจที่ท่านทำตลอดชีวิตตลอดมาคือเรื่องของแพทย์แผนไทยกับสมุนไพร จนมาถึงตั้งโรงพยาบาลอายุรเวชต่างๆ"

๑

หมอเสม พริ้งพวงแก้ว

๒

หมออวย เกตุสิงห์

๑. ตั้งศูนย์รับตรวจเชื้อมาลาเรีย
๒. เจาะโลหิตเพื่อค้นหาเชื้อ
๓. ประชาชนมาขอรับเจาะโลหิต ตรวจหา และบำบัดรักษาไข้มาลาเรีย ณ.ส่วนมาลาเรีย ที่ ๑๑ อ.วิเชียรบุรี จ.เพชรบุรี
๔. มีผู้ป่วยมาขอรับการบำบัดเป็นจำนวนมาก

ระหว่างสงครามนั่นเอง กรมสาธารณสุขได้ปรับปรุงโครงสร้างยกฐานะเป็นกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๔๘๕ มีแผนกไข้จับสั่น กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย ทำหน้าที่ให้บริการป้องกันโรค และประกาศใช้พระราชบัญญัติไข้จับสั่นในปีเดียวกัน จนปี พ.ศ. ๒๔๘๗ ยกฐานะแผนกไข้จับสั่นขึ้นเป็นกองไข้จับสั่น เมื่อสำนักนายกรัฐมนตรีประกาศบัญญัติศัพท์ใช้คำว่า “มาลาเรีย” แทน “ไข้จับสั่น” มีผลให้กองไข้จับสั่นเปลี่ยนชื่อเป็นกองมาลาเรีย

พ.ศ. ๒๔๘๘ กองมาลาเรียได้เริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรียใหม่ โดยแบ่งงานออกเป็น ๕ ภาคๆ ละ ๕ หน่วยงาน เท่ากับ

๒๕ หน่วย กระจายทำงานในพื้นที่ภาคกลาง อีสาน เหนือ ใต้ และหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ในปี พ.ศ. ๒๔๙๐ กองมาลาเรียได้เพิ่มหน่วยมาลาเรียขึ้นเป็น ๕๐ หน่วย รับเงินงบประมาณพิเศษอีก ๕ แสนบาท และรับการช่วยเหลือจากองค์การคริสตจักรสากลชาวอเมริกัน ที่จัดส่งยาอเบตรินมาแจกจ่ายแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ

ในที่สุดปี พ.ศ. ๒๔๙๑ (หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒) องค์การอนามัยโลกได้รับการจัดตั้งขึ้น และมีมติให้การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นงานสำคัญอันดับต้นๆ ที่ต้องระดมความช่วยเหลือจากทั้งโลกมาสนับสนุนปราบปรามให้หมดไป องค์การอนามัยโลกได้มาเปิดสำนักงานสาขาเพื่อบริหารงานในภูมิภาคเอเซียอาคเนย์โดยตรงที่กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย ประเทศไทยในฐานะสมาชิกก็ได้รับความช่วยเหลือด้านพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยีในการควบคุมไข้มาลาเรีย โดยให้ทุนแก่นายแพทย์ของกรมอนามัยไปศึกษาวิชามาลาเรียที่สถาบันมาลาเรียของประเทศอินเดีย ๒ รุ่นเป็นครั้งแรก ติดอาวุธความรู้ใหม่ๆ ให้ประเทศไทยมาต่อกรกับมาลาเรีย โรคที่ทำร้ายและทำลายคนไทยมานานนับศตวรรษ ไม่ว่ายามปกติหรือยามสงครามก็พร้อมจะซ้ำเติมให้รันทดหดหู่ไปกับความสูญเสีย บั่นทอนกายใจอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน การจัดการปราบปรามขั้นเด็ดขาดจึงเป็นเรื่องที่ต้องทำให้ได้ไม่ว่าจะต้องทุ่มเทแค่ไหนก็ตาม

ช่วงที่ ๓

เมื่อสยามเริ่มใช้วิธีรักษามาลาเรียแบบแพทย์ตะวันตก

Timeline

พ.ศ.๒๔๙๒ - พ.ศ.๒๕๔๐

๑
พ.ศ.๒๔๘๓-๒๔๙๒
รัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม

๒
พ.ศ.๒๔๙๔

๓
พ.ศ.๒๔๙๙

๔
พ.ศ.๒๕๐๘-๒๕๑๓

๑

๒

๓

เหตุการณ์

๑. องค์การอนามัยโลก (WHO) ส่งผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่เข้ามาแสดงวิธีควบคุมไข้มาลาเรีย และทดลองควบคุมมาลาเรียแผนใหม่ ที่ อ.สารภี จ.เชียงใหม่ โดยวิธีพ่นดีดีที

๒. กระทรวงสาธารณสุขมีโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย

๓. ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (WHO) เสนอนโยบายให้ทุกประเทศกำจัดกวาดล้างมาลาเรียให้หมดสิ้นโดยเร็วที่สุด ด้วยวิธีการใช้เคมีกำจัดยุงก้นปล่อง

๔. รัฐบาลไทยดำเนินโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ตามนโยบายของ WHO ที่เปลี่ยนจาก "ควบคุม" มาเป็น "กำจัดกวาดล้าง"

ช่วงที่

๓

๕

พ.ศ.๒๕๑๑

๖

พ.ศ. ๒๕๑๕

๗

พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๔

๘

พ.ศ.๒๕๔๐

๔

๕

๖

๗

๕. จัดตั้งหมู่ปฏิบัติงานพิเศษ (Multipurpose team) ทุกสำนักงานมาลาเรีย เพื่อค้นหาบ้านในป่าเขา ทำการพ่นดีดีที เจาะเลือดผู้ป่วย และให้ยารักษาเบื้องต้น

๖. กระทรวงสาธารณสุขแบ่งส่วนราชการใหม่ โครงการกำจัดไข้มาลาเรียย้ายจาก สป. ไปขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัยที่จัดตั้งขึ้นใหม่

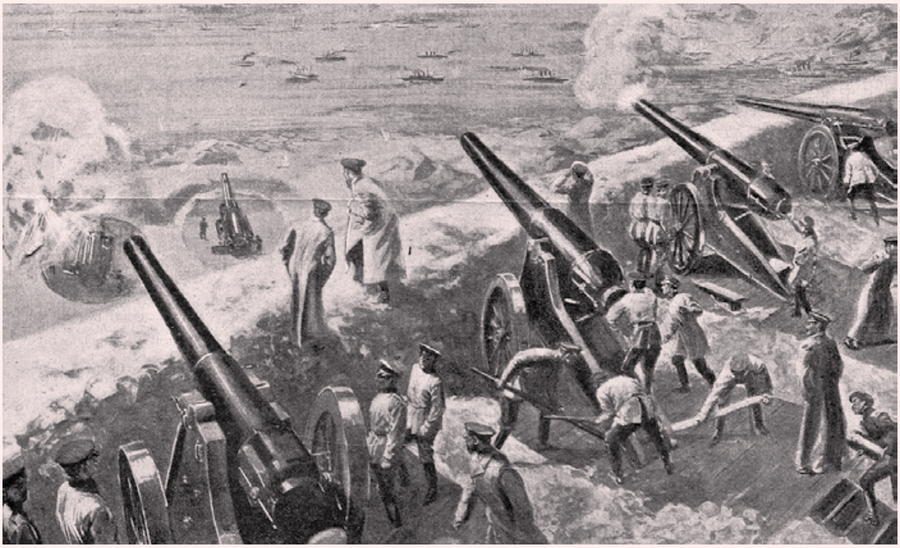
๗. แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๔ บรรจุโครงการควบคุมไข้มาลาเรียและแมลงนำโรค มุ่งเน้นควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณป่าเขา และชายแดน

๘. เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ “ต้มยำกุ้ง” ในประเทศไทย ทำให้การทำงานด้านมาลาเรียลดความสำคัญลงไปด้วย

จุดเริ่มต้น

กำจัด กวาดล้าง มาลาเรีย ไปจาก ประเทศไทย

ผนึกกำลัง
องค์กรระดับโลก...กำจัดลดพื้นที่ระบาด



กองปืนใหญ่ของรัสเซีย
บนชายฝั่งระดมยิงต่อต้าน
กองเรือจักรวรรดิญี่ปุ่น

สงครามโลกครั้งที่ ๒ (พ.ศ.๒๔๘๒-๒๔๘๘) นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่มวลมนุษยชาติครั้งยิ่งใหญ่ ไม่เพียงภัยสงคราม การสู้รบด้วยอาวุธยุทโธปกรณ์ ตลอดจนความอดอยากหิวโหย เท่านั้น ที่ทำให้ผู้คนล้มตายจำนวนมหาศาล แต่ยังมีมัจจุราชตัวสำคัญที่คอยคร่าชีวิตพลเมืองโลกไปไม่น้อยกว่ากันเลย นั่นคือ ไข้มาลาเรีย

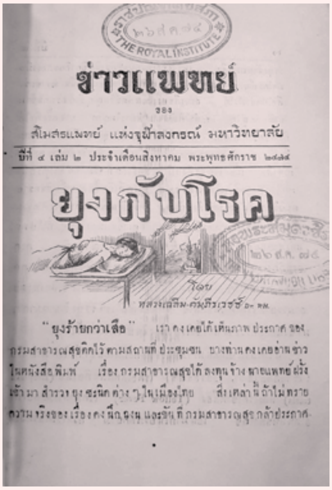
"ยุงร้ายกว่าเสือ" วลีอมตะของหลวงพยุงเวชศาสตร์ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องยุงชาวสยามที่อธิบายถึงความร้ายกาจของไข้มาลาเรียและยุงพาหะได้ชัดเจน เป็นถ้อยคำสั้นๆ ที่แพร่หลายกันทั่วบ้านทั่วเมืองในยุคแห่งทุกขเวทนานั้น เดินไปตามถนนหนทาง หรือตรอกซอกซอย แห่งหนไหนก็จะเห็นโปสเตอร์ ใบปิดโฆษณา พร้อมวลีสั้นๆ วลีนี้เขียน

เตือนภัยถึงพิษสงของเจ้าแมลงตัวน้อยๆ ที่คอยก่อกวนชวนรำคาญชนิดนี้ ติดไปเสียทุกที่ทุกแห่ง แม้ในอากาศก็ยังมีเสียงพูดคำคำนี้ล่องลอยออกมาจากเครื่องรับวิทยุ เข้าสู่โสตประสาทชาวบ้านทุกเมื่อเชื่อวัน รวมไปถึงหนังโฆษณาชวนเชื่อถึงภัยมาลาเรีย ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตระเวนออกฉายให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วสารทิศเสมือนประเทศประกาศสงครามกับ “ยุง” ที่ถูกตีตราราวกับเป็นศัตรูของชาติ เป็นอีกหนึ่งสงครามย่อยที่แทรกซ้อนอยู่ในสงครามโลกครั้งที่ ๒ ด้วยเหตุที่มันเป็นพาหะนำไข้มาลาเรีย โรคร้ายที่ปลิดชีวิตผู้คนยามสงครามดุจใบไม้ร่วง

แม้สงครามโลกครั้งที่ ๒ จะเลิกราจบสิ้นกันไปแล้ว แต่วลี “ยุงร้ายกว่าเสือ” ยังคงเป็นจริง และสืบเป็นมรดกแห่งความหวาดกลัวไข้มาลาเรียในเวลาต่อมา หลังสงครามจบใหม่ ๆ จำนวนคนบนโลกในขณะนั้นทั้งหมดราว ๔ พันล้านคน มีคนป่วยเป็นไข้มาลาเรียเกิดขึ้นใหม่ถึง ๑๑๐ ล้านคน ปีๆ หนึ่งมีคนตายเพราะไข้มาลาเรีย ๑ ล้านคน ในประเทศเล็กๆ อย่างประเทศไทย จะป่วยหรือจะตายกันมากน้อยแค่ไหน ขอให้นึกภาพตามที่หนังสือหรือวารสารที่ตีพิมพ์ในเวลานั้นเขียนข่าวให้ติดตลกชวนขำระคนเศร้าไว้ว่า “เมืองไทยมีมาลาเรียเท่าไหร่ก็ไม่รู้ สมมุติว่ามีคนขี่สามล้อมาหนึ่งคัน มีผู้โดยสาร ๒ คน รวม ๓ คน ใน ๓ คนนี้ ต้องมี ๑ คนเป็นมาลาเรียแน่ๆ เรียกว่าเป็นเสีย ๑ ใน ๓ นี่ก็พอให้เห็นภาพความชุกชุมชวนสยองของไข้มาลาเรียในเมืองไทยเวลานั้นเป็นอย่างดี”

จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน

ภาพชนะเลิศการประกวด
ในวันอนามัยโลก


ข่าวแพทย์

ของ

สโมสรแพทย์ แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ปีที่ ๔ เล่ม ๒ ประจำเดือนสิงหาคม พระพุทธศักราช ๒๔๗๔

ยุงกับโรค

โดย

หลวงเฉลิมคัมภีรเวชช์

“ยุงร้ายกว่าเสือ” เราคงเคยได้เห็นภาพประกาศของกรมสาธารณสุขติดไว้ตามสถานที่ประชุมชน บางท่านคงเคยอ่านข่าวในหนังสือพิมพ์ เรื่องกรมสาธารณสุขได้ลงทุนจ้างนายแพทย์ฝรั่งเข้ามาสำรวจยุงชะนิดต่าง ๆ ในเมืองไทย สิ่งเหล่านี้ถ้าไม่ทราบความจริงของเรื่องคงนึกฉงน และขันที่กรมสาธารณสุขกล้าประกาศ

ภาพจากข่าวแพทย์ สโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ปีที่ ๔ เล่ม ๒ สิงหาคม ๒๔๗๔

จอมพล ป. พิบูลสงคราม

ระหว่างสงคราม เป็นบทเรียนที่มนุษยชาติต้องจดจำและหาหนทางแก้ไข เมื่อสงครามเลิกแล้ว ในปี พ.ศ.๒๔๙๑ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ก่อตั้งขึ้นมาเพื่อคอยแก้ไขปัญหาโรคที่ยังไม่สามารถรักษาได้ให้แก่ชาวโลก พร้อมกับมีการประชุม World Health Assembly ขึ้นมาเป็นครั้งแรกในปีเดียวกันนั้น ที่ประชุมได้ประกาศ โรคที่เป็นปัญหาหลักของมนุษยชาติ ๖ โรค หรือ Big Six ที่ต้องจัดการ มี มาลาเรีย เป็นหนึ่งในหกโรคร้ายแรงที่ก่อปัญหาให้โลก ร่วมกับ วัณโรค กามโรค ปัญหาแม่และเด็ก ปัญหาโภชนาการ และปัญหาสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อกันว่ามาลาเรีย ทำให้คนตายมากกว่าสงคราม จึงมีมติให้ “การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นงานสำคัญอันดับแรกที่จะต้องระดมสรรพกำลังช่วยเหลือประชาชนที่กำลังป่วยไข้มาลาเรียอยู่แทบทุกประเทศ เฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์” พร้อมกันนั้นได้ก่อตั้งสำนักงานสาขาเพื่อการบริหารงานในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย ในขณะที่ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จะได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการพัฒนาบุคลากรและเทคโนโลยีในการควบคุมไข้มาลาเรียไปด้วย

หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ โลกหันมาต่อสู้กันในสงครามใหม่ คือ สงครามเย็น ระหว่าง ทุนนิยมเสรี กับ สังคมนิยมคอมมิวนิสต์ รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่เพิ่งทำรัฐประหารเข้ามาเป็นรัฐบาลสมัยที่ ๒ ในปีพ.ศ.๒๔๙๐ ท่านนำประเทศเข้าสู่ยุคของการเกลียดกลัวลัทธิคอมมิวนิสต์ที่กำลังแผ่ขยายอย่างรวดเร็วไปยังภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก

สมัยนั้นนอกจากภัยคอมมิวนิสต์แล้วยังมีภัยจากยุงและไข้มาลาเรียนี่แหละ ที่ท่านนายกรัฐมนตรี ป. พิบูลสงคราม ถือเป็นภารกิจสำคัญที่ต้องกำจัดออกไปให้ได้ พร้อมสร้างวลีที่ชูเป้าหมายการต่อสู้ใหม่ ว่า "ปราบมาลาเรีย คือ ปราบคอมมิวนิสต์ที่อยู่ในป่าเหมือนกัน"

รัฐบาลของท่าน ป. พิบูลสงคราม เดินหน้าขับเคลื่อนประเทศด้วยนโยบายต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ไปพร้อมๆ กับพัฒนาชาติให้วัฒนาสถาพรทัดเทียมนานาประเทศ สร้างสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นในประเทศในยุคนั้นมากมาย สิ่งไหนที่ดูแล้วเป็นสิ่งล้าสมัยไม่เจริญ เป็นต้องหาทางจัดการให้พ้นไปจากเขตพระนคร ดังเช่นที่ท่านมีนโยบายจัดตั้งนิคมสร้างตนเองขึ้นเป็นครั้งแรกคือ นิคมสร้างตนเองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยอพยพคนขี่สามล้อรับจ้างที่มีอยู่แออัดในเมืองหลวงเวลานั้นให้เข้าไปจับจองที่ดินในนิคมทำมาหากินเป็นเกษตรกรอยู่ในนั้น นิคมนี้จึงมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า นิคมสามล้อ นอกจากนี้ยังมีนิคมสร้างตนเองจังหวัดลพบุรีที่สร้างตามมาที่หลัง แต่ปรากฏว่าในช่วงแรกของการสร้างนิคมพระพุทธบาท ประชาชนยังไม่สามารถเข้าไปบุกเบิกทำกินอย่างกว้างขวางได้เท่าที่ควร เพราะพื้นที่ยังเป็นป่ารกครึ้มด้วยต้นไม้ คนที่เข้าไปบุกเบิกทำกินต้องเจอยุงกัดเป็นไข้ป่าอย่างมาลาเรียกันมาก

ในงานสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติประจำปี ๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๗-๒๙ มกราคม ๒๕๕๙ นายแพทย์จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้าน

มาลาเรียมายาวนาน และยังเป็นผู้สนใจไข้มาลาเรียในแง่ประวัติศาสตร์ ได้เล่าถึงบรรยากาศของสถานการณ์ไข้มาลาเรียในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ หรือสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ให้แก่ผู้เข้าร่วมเวทีประชุมย่อย หัวข้อวิวัฒนาการและจุดเปลี่ยนงานควบคุมโรคมาลาเรียของประเทศไทย ได้รับฟังกันตอนหนึ่งว่า

“จอมพล ป. เห็นว่า นี่มันล้าสมัย ถ้าเราจะพัฒนา เราต้องหาทางจัดการกับเรื่องสามล้อ สมัยก่อนสามล้อมีทั่วไปในกรุงเทพฯ เราหาง่าย ไปไหนมาไหนสะดวก แต่ถ้าเราอยากจะเจริญ เราต้องเอาสามล้อออกไป ก็เลยเกิดมาตรการว่า ต้องเอาสามล้อออกไปจากกรุงเทพฯ บางส่วนก็ยอมไปอยู่ชานๆ เมือง เช่น นนทบุรี เป็นต้น แต่ในกรุงเทพฯ ไม่อนุญาตคนทำสามล้อ เขาเลยบอกถ้าอย่างนั้นเราไปสร้างนิคมสร้างตนเองซะ แล้วถ้าใครยอมทิ้งอาชีพสามล้อนะ มาอยู่ที่นิคมนี้ให้พื้นที่เป็นกี่ไร่ๆ ทำอาชีพไปเลย ทำฟรีๆ สามล้อก็ดีใจ มาจากกรุงเทพฯ กันใหญ่ แต่หารู้ไม่ว่าหลังจากมาอยู่ได้สักพัก ที่นิคมแห่งนี้มันเป็นป่า ทุก ๆ วันต้องมีการหิ้วศพออกมา เนื่องจากป่วยเป็นไข้มาลาเรีย เพราะฉะนั้นสามล้อก็มาถูกหวยกันที่นิคมสร้างตนเองนี่เอง นิคมพระพุทธบาท สระบุรีนี้เป็นนิคมแรกในประเทศไทย และมีบ้านพักรับรองของจอมพล ป. ท่านมาดูด้วยนะครับ ตอนปี ๒๔๘๓ ก็ตั้งนิคมนี้ขึ้นมา”

ต่อมาในปี พ.ศ.๒๔๙๒ รัฐบาลจอมพล ป. ได้ตอบรับมติงานควบคุมไข้มาลาเรียเป็นภารกิจสำคัญอันดับแรกขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO ด้วยการขอรับความ

ช่วยเหลือจาก WHO ให้ส่งผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่เข้ามาช่วยเหลืองานสำรวจและควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทย ซึ่งในปีนั้นนอกจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก WHO แล้ว ยังได้รับการช่วยเหลือจากองค์การบริหารวิเทศกิจของสหรัฐอเมริกา (USOM / United States Operation Mission) อีกทางหนึ่งด้วย

หลังจากมีข้อตกลงกับ WHO กันเรียบร้อยแล้ว การควบคุมไข้มาลาเรียด้วยแบบแผนใหม่ในเมืองไทยจึงได้เกิดขึ้นด้วยมาตรการหลัก คือ พ่นดีดีที เพื่อกำจัดยุงก้นปล่องเอ. มินิมัสตัวพาหะของไข้มาลาเรียประกอบกับการรักษาผู้ป่วยด้วยยาคลอโรควิน (Chloroquine) โดยได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น สารดีดีที เครื่องพ่น เครื่องกลั่นน้ำ กล้องจุลทรรศน์ ตลอดจนรถยนต์ จากองค์การกองทุนฉุกเฉินระหว่างประเทศสำหรับเด็ก (United Nations Children’s Fund) หรือ UNICEF

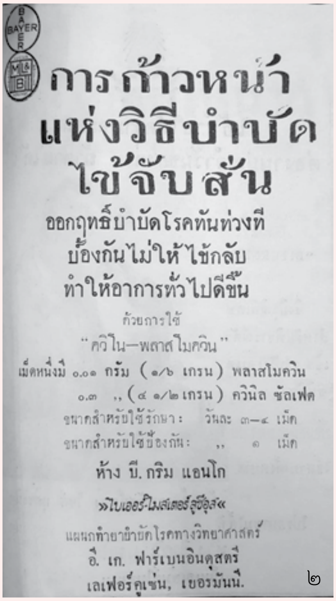
พิกัดแรกบนแผนที่ประเทศไทย ที่เป็นพื้นที่นำร่องควบคุมไข้มาลาเรีย คือ ท้องที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีคณะผู้เชี่ยวชาญจาก WHO นำโดย ดร.เมดาน แอล .บาเทีย (Batia) นักกีฏวิทยา เป็นหัวหน้าทีมนำคนเข้าไปสำรวจและจับยุงก้นปล่อง เอ. มินิมัส มาผ่าจนตรวจพบแน่ชัดว่ามีเชื้อไข้มาลาเรียที่เป็นสาเหตุของการระบาดในช่วงครึ่งปีหลังของปี พ.ศ.๒๔๙๒ หลังจากนั้นในปีถัดมา เดือนเมษายน ๒๔๙๓ ก่อนฤดูฝนจะเริ่มต้น ชาวบ้านอำเภอสารภี จึงได้เห็นภาพคณะเจ้าหน้าที่ฝรั่งตาน้ำข้าวหอบหิ้วถังบรรจุสารดีดีทีเข้าไปฉีดพ่นตามบ้านเรือนทุกหลังคา จุดที่ฉีดคือบริเวณฝา

เจ้าหน้าที่ฉีดพ่นดีดีที
ตามบ้านเรือนราษฎร

บ้านด้านใน หลังคาบ้านที่ต่ำว่า ๖ ฟุต พื้นกระดานส่วนใต้ถุนบ้าน เสาบ้าน และเครื่องเรือน เพื่อทำลายล้างยุงก้นปล่องให้หมดสิ้นไปนับเป็นปฏิบัติการใช้สารเคมีกำจัดแมลงเพื่อควบคุมมาลาเรียครั้งแรกในหน้าประวัติศาสตร์การสาธารณสุขของไทย

แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร นายแพทย์ ๑๐ วช. อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๔๓) ผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียระดับนานาชาติ ที่ผ่านประสบการณ์การทำงานด้านมาลาเรียมาอย่างยาวนาน รวมถึงการทำงานที่องค์การอนามัยโลก (WHO) บรรยายถึงภาพการทำงานควบคุมมาลาเรียในยุคเริ่มต้นของประเทศไทยว่า

"ดีดีที ตอนนั้นเป็นมาตรการหลัก การพ่นดีดีทีพ่นฝาบ้านด้านใน ไม่ได้พ่นภายนอกบ้าน พ่นเสร็จมีการมาเขียน



๑. ข่าวแพทย์ ปีที่ ๑๓ เล่ม ๑๐ เมษายน ๒๔๘๔
๒. ข่าวแพทย์ ปีที่ ๑๔ เล่ม ๑ ประจาเดือน กรกฎาคม ๒๔๘๔

ที่หน้าบ้านว่าได้พ่นดีดีที แล้วในปีนี้ เราพ่นตามสบาย ไม่ได้ใส่มาสก์ปิดหน้าอะไรทั้งสิ้น พ่นมือเปล่า เดี๋ยวดูต่อไปว่ามีวิวัฒนาการอย่างไร แต่นี่เป็นการควบคุมมาลาเรียในยุคแรกๆ

"ช่วงที่มี ดีดีที เกิดขึ้น ได้มีการสังเคราะห์ยาชนิดหนึ่งคือ คลอโรควินซึ่งพบว่าได้ผลดี และไม่มีอาการข้างเคียงมากเหมือนควินิน จะเห็นว่าตอนนั้นมี ๒ มาตรการหลักคือ ใช้ดีดีทีพ่นบ้าน และยารักษาคือ คลอโรควิน"

ยาคลอโรควินนั้นเป็นยาที่ถูกนำมาใช้แทนควินิน เป็นยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียกันมาเป็นเวลานาน มาขาดแคลนลงไปจากภาวะสงครามโลกครั้งที่ ๒ ทำให้มีความพยายามคิดค้นยาใหม่ๆ ขึ้นมาทดแทนในช่วงหลังสงคราม จนได้ยาคลอโรควิน ขนานนี้มาใช้ในโครงการควบคุมไข้มาลาเรียตามแผนใหม่นี้ ตั้งแต่ พ.ศ.๒๔๙๒ เป็นต้นมา

อย่างไรก็ตาม ควินินก็ยังไม่ได้หายไปจากหน้า

ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่อย่างฉับพลันทันใด เนื่องจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ปลูกต้นไม้ชื่อซิงโคน่าเพื่อผลิตควินิน มาตั้งแต่สมัยสงครามยังไม่เลิก คือในปี พ.ศ.๒๔๘๑ นั้นยังมีการติดตามผลมาโดยตลอดจวบจนถึงปี พ.ศ.๒๔๙๘ จึงพบว่า ต้นซิงโคน่าที่เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขปลูกเอาไว้บนดอยสุเทพเพื่อใช้สกัดทำยารักษามาลาเรียได้ออกดอก ออกฝัก มีเมล็ดขึ้นมาในปีนั้นเป็นปีแรก มีการวิเคราะห์หาควินินจากต้นซิงโคน่าที่ปลูกบนดอยสุเทพนี้มาหลายต่อหลายครั้งโดยเจ้าหน้าที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งใช้เวลานานหลายปีกว่าจะวิเคราะห์ได้ว่า มีควินินแล้วแน่นอนในปริมาณหลายเปอร์เซ็นต์ จากนั้นเรื่องราวของควินินจึงค่อย ๆ หายไป

การฉีดพ่นดีดีทีนำร่องโครงการควบคุมไข้มาลาเรียแผนใหม่ที่ อำเภอสารภี นั้น แม้จะทำให้บ้านเรือนดูสกปรกขัดใจชาวบ้านไปบ้าง แต่ผลลัพธ์ที่ได้กลับมานับว่าคุ้มค่าต่อสุขภาพและชีวิตของตนเองและครอบครัวมาก เพราะเป็นการฉีดแค่ครั้งแรกและครั้งเดียวเท่านั้น ก็เพียงพอที่ทำให้ยุงก้นปล่อง เอ. มินิมัสและไข้มาลาเรียหายไปจากท้องที่อำเภอสารภีนับแต่บัดนั้นตราบจนปัจจุบัน เป็นที่พอใจของชาวอำเภอสารภีมาก ดังที่เจ้าหน้าที่มาลาเรียผู้หนึ่งได้บันทึกความรู้สึกที่ชาวบ้านมีต่อการฉีดพ่นดีดีทีในชุมชนของพวกเขาไว้ว่า

"...ชาวสารภีชื่นชอบมากที่ตัวเรือดในห้องนอนของเขาตายเรียบ พวกเขานอนหลับเป็นสุขตลอดคืน หลังจากที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับมันมาตั้งแต่เกิดก็ว่าได้ พวกเขายังบอกด้วยว่า ดีดีที (ชนิดละลายในน้ำมัน) ในถังเหล็กนั้นไม่ค่อยทำให้

๑. หน้าที่ผสม ดีดีที.ก่อนฉีดพ่นตามบ้านเรือนราษฎร
๒. เมื่อพ่นดีดีทีแล้วต้องเขียนรหัสที่ฝาบ้านด้านนอก
๓. การพ่นเคมีต้องทำอย่างทั่วถึง พ่นภายในบ้าน ใต้ถุน ชายคา เสา เพื่อให้ยุงมาเกาะพัก และสารดีดีทีจะเข้าไปทำลายระบบประสาทยุง

บ้านเรือนสกปรกเท่าใด แต่ชนิดผงที่อยู่ในถังกระดาษทำให้ฝาบ้านสกปรกยังกะปะแป้ง เราก็ได้แต่กำชับว่าอย่าล้างออกนะ มันให้คุณหลายอย่าง ขอให้อดทนเอาสักปีหนึ่งเท่านั้น ซึ่งพวกเขาก็เชื่อฟังโดยดีเพราะจะเห็นคุณมากกว่าโทษ...”

สอดคล้องกับความคิดเห็นของแพทย์หญิงกรองทอง ได้บอกถึงเหตุผลที่ทำให้การฉีดพ่นเคมีนำร่องโครงการที่อำเภอสารภีประสบความสำเร็จด้วยดีว่า

“...สมัยก่อนบ้านเมืองยังไม่เจริญ มาลาเรียอยู่ในป่าเขา ชาวบ้านอยู่ในกระต๊อบ การพ่นดีดีทีจะเป็นผงขาว ๆ ไปติดอยู่ตามฝาบ้าน สมัยฝาบ้านเป็นจาก ไม่ได้สวยงามอะไรมาก ชาวบ้านก็ยอมให้พ่น ถือว่าช่วยป้องกันยุงได้มาก จำนวนคนเป็นไข้มาลาเรียลดลงพรวด ๆ การพ่นดีดีทีตอนนั้นถือว่ามีประสิทธิภาพสูงมาก”

นอกจากพื้นที่อำเภอสารภีที่คณะผู้เชี่ยวชาญของ WHO เข้าไป

๑. มุ้งชุบสารเคมีป้องกันยุงกัด
๒. แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร นายแพทย์ ๑๐ วช. อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๙-๒๕๔๓)

นำร่องโครงการควบคุมไข้มาลาเรียแล้ว ตอนนั้นยังมีทีมของรัฐบาลไทยเองด้วยที่เข้าไปปฏิบัติงานอย่างเดียวกันในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งหลังจากพ่นยาดีดีทีให้แล้ว ยังจัดให้เจ้าหน้าที่คอยจับยุงตามบ้านเรือนของประชาชนด้วย ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.๒๔๙๓ ยุงก้นปล่องเอ.มินิมัสก็หายไปจากพื้นที่หางดง

ความสำเร็จก้าวแรกที่เกิดขึ้นในอำเภอสารภีและอำเภอหางดงทำให้มีก้าวต่อ ๆ ไปตามมาอีกหลายท้องที่ โดยยึดเอามาตรการใช้สารเคมีควบคุมไข้มาลาเรียเป็นสำคัญ ปีต่อมา พ.ศ.๒๔๙๔ มีการขยายการควบคุมไข้มาลาเรียออกไปยังอำเภอที่ใกล้เคียง โดยทีมผู้เชี่ยวชาญของ WHO ขยายการควบคุมไปในอำเภอสันทรายดอยสะเก็ด และสันกำแพง ในขณะที่ทีมของรัฐบาลไทยขยายการควบคุมไปในอำเภอสันป่าตองและอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่

ภายในปี พ.ศ.๒๔๙๔ ปีเดียวกันนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีโครงการควบคุมไข้มาลาเรียขึ้น โดยมุ่งปฏิบัติในท้องที่ที่มีไข้มาลาเรียสูงก่อน แล้วจึงขยายตัวออกทั่วประเทศ ซึ่งภายหลังจากได้เริ่มโครงการควบคุมไข้มาลาเรียไปแล้ว ได้มีการขยายตัวออกจากภาคเหนือไปยังภูมิภาคต่างๆ เช่น จังหวัดสระบุรี ลพบุรี เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกิดการจัดตั้งหน่วยมาลาเรียขึ้นตามภาคต่างๆ เป็นศูนย์มาลาเรียเขต ๕ เขต หน่วยมาลาเรีย ๓๐ หน่วย (ต่อมาเปลี่ยนเป็น ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงคือศตม. จนถึงปัจจุบัน) และส่วนมาลาเรีย (ปัจจุบันชื่อหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง คือ นคม.) นอกจากนี้ยังได้แรงสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาเข้ามาช่วยขยายพื้นที่พ่นดีดีทีเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๙๕ จนครอบคลุม ๖๒ จังหวัดทั่วประเทศ (ในขณะนั้น) ลดจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียลงได้มาก ต้องขอบคุณคนทำงานมาลาเรียภาคสนามที่ทุ่มเทแรงกายแรงใจเดินทางเข้าไปสู้รบกับโรคร้ายนี้ยังท้องที่ต่างๆ เกือบทั่วประเทศ ยิ่งเป็นช่วงปีเริ่มต้นของโครงการควบคุมฯ ที่พื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศยังเต็มไปด้วยป่าเขาลำเนาไพร ไม่เจริญเป็นบ้านเป็นเมืองมากมายอย่างในปัจจุบัน หลายพื้นที่ยังไม่มีถนนหนทางให้รถยนต์หรือแม้กระทั่งรถจักรยานยนต์จะขับขี่เข้าไปได้อย่างสะดวกสบาย บางแห่งต้องยกถังดีดีทีขึ้นหลังช้างลุยป่าฝ่าดง ข้ามน้ำข้ามลำธารเข้าไปฉีดดีดีทีให้ชาวบ้านตามหมู่บ้านในป่าลึก อย่างนี้ก็มี

ความพยายามจะใช้ดีดีทีเข้าไปโปรยให้ทั่วถึงทุกอาณาเขตประเทศไทยเคยคิดกันหลายวิธีมาก กระทั่งคิดบินไปบนท้องฟ้าเพื่อโปรยดีดีทีจากเครื่องบินก็เคยมีมาแล้ว เมื่อครั้งที่รัฐบาลพยายามจะขยายโครงการควบคุมไข้มาลาเรียออกไปยังพื้นที่ในภูมิภาคอื่นๆ นอกเหนือจากพื้นที่ภาคเหนือซึ่งนำร่องโครงการไปก่อนแล้วที่อำเภอสารภีและหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ในพ.ศ.๒๔๙๖ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ท่านได้ลงพื้นที่

การฝึกปฏิบัติในหลักสูตรอบรม
โครงการควบคุมมาลาเรีย

ไปตรวจราชการด้วยตนเองและมีคำสั่งให้ใช้เครื่องบินบินขึ้นไปโปรยดีดีทีกับนิคมสร้างตนเองพระพุทธบาทสระบุรี นิคมสร้างตนเองลพบุรี และนิคมสร้างตนเองเขื่อนเพชร เพราะท่านคิดว่าวิธีนี้เคยใช้ปราบไข้มาลาเรียระบาดได้ผลมาแล้วในช่วงยังมีสงคราม แต่ก็ถูกทักท้วงจากกระทรวงสาธารณสุขว่าไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น มีการทดลองมาแล้วในพื้นที่กรุงเทพฯ ในช่วงหลังสงครามสงบใหม่ๆ เคยมีกองทหารอังกฤษทดลองขนเอาดีดีทีขึ้นเครื่องบินไปโปรยจากท้องฟ้าลงมาเพื่อกำจัดยุงในกรุงเทพฯ ถึงสองครั้งสองครา แต่ไม่ได้ผลเพราะแหล่งน้ำที่เพาะพันธุ์ยุงในกรุงเทพฯ อยู่ในที่ร่มเงาของอาคารบ้านเรือน และต้นไม้เป็นส่วนใหญ่ ละออง ดีดีที ที่โปรยลงมาติดอยู่ตามหลังคาบ้านเรือนและใบไม้เสียเกือบหมด ไม่ถูกแหล่งน้ำที่เพาะพันธุ์ยุงสักเท่าไร ดูๆ แล้วการใช้เครื่องบินพ่นดีดีทีจะเหมาะกับการใช้ในสภาวะสงครามเท่านั้น อีกทั้งนักบินยังต้องมีความชำนาญสูง การโปรยดีดีทีจากเครื่องบินมีแต่จะไป

ฆ่าทำลายแมลงที่เป็นประโยชน์ต่อการกสิกรรม สู้ใช้วิธีพ่นตามฝาผนังบ้านเรือน เจาะจงฆ่ายุงในบ้านของประชาชนโดยตรงเลยจะดีกว่า ซ้ำยังประหยัดงบประมาณกว่ามาก เป็นอันว่าท่านนายกรัฐมนตรีรับฟังคำทักท้วง ยอมให้ใช้วิธีฉีดพ่นดีดีทีตามฝาบ้าน ในนิคมสร้างตนเองพุทธบาท และนิคมสร้างตนเองลพบุรี ในปี พ.ศ.๒๔๙๓ ตามด้วยฉีดเป็นประจำปีละครั้งเรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. ๒๔๙๖ ทำให้มาลาเรียในพื้นที่นิคมนี้ลดความรุนแรงลงมาก

อย่างไรก็ตาม จะอาศัยเพียงการฉีดพ่นดีดีทีอย่างเดียวก็คงไม่ได้ เพราะชาวบ้านในชนบทมักจะนอนไม่กางมุ้ง ปล่อยให้ยุงกัดและเจ็บป่วยเป็นไข้มาลาเรียกัน รัฐบาลจอมพล ป. มีความเป็นห่วงเรื่องนี้มาก ว่า

“...ทำให้เสียเวลาในการประกอบกิจการอาชีพเป็นการบั่นทอนกำลังทางเศรษฐกิจส่วนรวมของชาติ สมควรที่จะได้หาทางแก้ไข...”จึงมีมติคณะรัฐมนตรีออกมาในวันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ.๒๔๙๖ให้กระทรวงสาธารณสุขไปดำเนินการหาทางให้ประชาชนรู้จักการป้องกันไข้มาลาเรียโดยการกางมุ้งนอน ทั้งยังกำชับว่า “ขอให้จัดการให้เป็นผลโดยเรียบร้อยภายในปี พ.ศ. ๒๕๐๐”

ประเทศไทยอาจจะเริ่มต้นงานมาลาเรียแผนใหม่ด้วยการผนึกกำลังกับหน่วยงานระดับนานาชาติอย่างองค์การอนามัยโลก (WHO), องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐอเมริกา (USOM), องค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (USAID) แต่ต่อมาได้พัฒนาบทบาทตัวเองให้ก้าวหน้าขึ้นสู่ระดับผู้นำในภูมิภาค จากที่เคยส่งคนไปดูงานและ

อาสาสมัครอเมริกันรุ่น 29 จำนวน 30 คนมาช่วยปฏิบัติงานโครงการฯ อาสาสมัครเหล่านี้มาช่วยหัวหน้าหน่วยมาลาเรียตามที่ต่างๆ และได้อบรมภาษาและวัฒนธรรมไทยมาแล้ว

ขอความช่วยเหลือทางวิชาการ ได้ค่อยๆ พัฒนาตนเองในด้านการดำเนินการวิจัยในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๑๕ เป็นต้นมา ไม่ว่าจะด้านกีฏวิทยาและการควบคุมยุงพาหะ เทคโนโลยีการวิจัย การรักษา การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา และอื่นๆ และเริ่มมีสถานะให้ประเทศอื่น ๆ ขอเข้ามาศึกษาดูงานบ้างมากมายหลายคณะทุกปี รวมถึงมีการจัดการอบรมระดับนานาชาติให้กับเครือข่ายในภูมิภาคเช่น การเริ่มจัดการอบรมหลักสูตร International Malaria Training Course ครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ที่ศูนย์อบรมพระพุทธบาท จ.สระบุรี ซึ่งสนับสนุนโดย WHO และรัฐบาลอิตาลี และมีอีกหลายหลักสูตรต่อมาภายหลัง เช่น Management of Malaria Field Operation โดย ACT Malariaหรือ Malaria Prevention and Control โดย JICA/TICA เป็นต้น

เริ่มต้นโครงการ กำจัดไข้มาลาเรีย

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๙๒ ที่ได้เริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรีย ประเทศไทยประสบความสำเร็จ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ได้อย่างต่อเนื่องเห็นผลได้ชัดเจนแล้ว พอถึงปี พ.ศ.๒๔๙๘ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศเปลี่ยนเป้าหมายให้ประเทศสมาชิกหันมากำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรียให้หมดสิ้นไปจากโลก ในปี พ.ศ.๒๕๐๑ รัฐบาลไทยจึงปรับเปลี่ยนเป้าหมายตามนโยบายของ WHO ปรับงานควบคุมไข้มาลาเรีย ให้เป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อหยุดยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งมุ่งกำจัดแหล่งแพร่เชื้อที่ยังหลงเหลือตกค้างอยู่ให้หมดสิ้น ไม่ให้สามารถกลับมาแพร่เชื้อได้อีก

ในปีนั้น เมื่อคณะรัฐมนตรีในขณะนั้นเห็นชอบในหลักการให้ดำเนินการกำจัดไข้มาลาเรียให้หมดสิ้นไปจากประเทศจึงมอบให้สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พิจารณาโดยละเอียด ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ กรรมการสภาพัฒน์ ฯ ได้สรุปสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจและสังคม สภาพัฒน์ฯ จึงมีมติเห็นชอบในโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย

การจัดองค์กรและรูปแบบของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียเริ่มเป็นรูปร่างขึ้นใน พ.ศ.๒๕๐๔ กองควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้าง ได้ถูกย้ายไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และตั้งเป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ โดยมีนายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เป็นผู้อำนวยการโครงการ ข้าราชการของกองในภูมิภาคโอนมาสังกัดส่วนกลางทั้งหมด และในปีเดียวกันนั้น ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยประธานาธิบดี จอห์น เอฟ. เคเนดี ได้จัดตั้งองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่าง

ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์
กรรมการสภาพัฒน์ ฯ

นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร

ประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา หรือ USAID (United States Agency for International Development) ขึ้นมา ได้ทำข้อตกลงกับรัฐบาลไทย จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการวิจัยมาลาเรียขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๐๕ ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อกำจัดกวาดล้างมาลาเรียในประเทศไทย โดยการพ่นดีดีทีในท้องที่ที่มีการแพร่ระบาด และท้องที่ชายแดน สำรวจ ค้นหาและบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อกำจัดแหล่งแพร่โรคและหลังจากนั้นจึงได้เริ่มดำเนินโครงการกำจัดไข้มาลาเรียนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๐๘-๒๕๑๕ ต่อเนื่องกันไปเป็นเวลา ๘ ปี ภายใต้การสนับสนุนทางการเงิน ตลอดจนเวชภัณฑ์ บริภัณฑ์ และการพัฒนากำลังคนจาก WHO และ USAID และต้องมีการเตรียมการสำคัญหลายอย่างก่อนจะเริ่มดำเนินการ เช่น การทำแผนที่หมู่บ้านทั่วประเทศ การเกิดระบบ House Card เพื่อบันทึกกิจกรรม การส่งแพทย์ไปอบรมหลักสูตรมาลาเรียอาวุโสที่ต่างประเทศ การฝึกอบรมพนักงานอนามัยหลักสูตรเร่งรัด เพื่อเป็นหัวหน้าส่วนมาลาเรีย การอบรมเจ้าหน้าที่สนามทุกระดับอย่างกว้างขวาง ตลอดจนการสร้างที่ทำงานโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ

สำหรับโครงการกำจัดไข้มาลาเรียนี้ สิ่งหนึ่งที่ต้องทำเสมอ คือ ต้องทำรายงานการพ่นเคมีเพื่อควบคุมยุงพาหะ เรียกว่า รายงาน เอ็ม (M) ย่อมาจากคำว่า มาลาเรีย (Malaria) ซึ่งจะมีอยู่ทั้งหมด ๖ รายงาน คือ เอ็ม ๑ ถึง เอ็ม ๖ เป็นรายงานที่เน้นเรื่องการบริหารจัดการและการควบคุมกำกับงานพ่นเคมี และเพื่อให้การควบคุมกำกับงานด้านการพ่นเคมีความรัดกุมยิ่งขึ้นจึงปรับปรุงการลงรายงานพ่นไม่ทั่วแยกเป็น

การพ่นเคมีต้องทำอย่างทั่วถึง พ่นภายในบ้าน ใต้ถุน ชายคา เสา เพื่อให้ยุงมาเกาะพัก และสารดีดีทีจะเข้าไปทำลายระบบประสาทยุง

ระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับที่ได้พ่นห้องนอนและพื้นที่อื่นๆ ภายในบ้านมากกว่า ๗๕% มากกว่า ๕๐% ระดับไม่ได้พ่นหรือพ่นน้อยกว่า ๕๐% ไปจนถึงไม่ได้พ่นในบ้านเลยเพราะเจ้าของปฏิเสธไม่ให้พ่น

นอกจากนั้นยังจัดให้มีรายงานตรวจพ่นเคมีด้วย ซึ่งมีทั้งการตรวจพ่นเคมีขณะปฏิบัติงานและการตรวจย้อนหลัง คือหลังจากพ่นเสร็จเรียบร้อยแล้วซึ่งผู้ตรวจพ่นเคมีตั้งแต่ระดับหัวหน้าส่วนมาลาเรีย (หัวหน้าหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงในปัจจุบัน) ขึ้นไปจะต้องทำรายงานนี้เสนอผู้บังคับบัญชาทุกครั้งที่มีการตรวจการพ่นเคมี รายงานเอ็มและรายงานพ่นไม่ทั่วนี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพ่นเคมีเพื่อกำจัดยุงพาหะในครั้งต่อๆ ไป

นายแพทย์จีรพัฒน์เล่าบรรยากาศของการปฏิบัติงานด้านมาลาเรียในช่วงเวลาของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียให้ฟังอย่างน่าสนใจ

"นโยบายของ มาตรการหลักคือการค้นหาผู้ป่วย ให้การรักษาผู้ป่วย การตรวจบำบัด และมีการพ่นสารเคมีหรือกำจัดยุงพาหะ ตอนนั้นก็ระดมกันใหญ่เป็นจุดที่ทำให้ได้รับความช่วยเหลือจากโครงการของต่างประเทศ และเกิดลูกจ้างชั่วคราวเรียกว่า "หมู่พ่นเคมี" เป็นวิชาการที่ได้มาจาก

ความช่วยเหลือจากต่างประเทศคือต้องไปเรียนรู้มา ต้องไปดูงานต่างประเทศแล้วก็กลับมามีการสร้างหมู่พ่น มีหัวหน้าหมู่พ่นและมีเจ้าหน้าที่พ่นอีกประมาณหมู่ละ ๒-๔ คน ผู้ที่ไปเรียนรู้คือผ่านทางองค์การอนามัยโลกหรือ USAID ส่วนใหญ่จะไปดูงานที่ฟิลิปปินส์ซึ่งมีความเข้มแข็งก้าวหน้าสูงมาก เราก็ไปดูงานที่ฟิลิปปินส์กันเยอะ"

"หมู่พ่นเคมีนั้นในแต่ละปีจะมีการสอบเรียกว่า การสอบออกคือทุกคนต้องเข้าได้ ถ้าสอบไม่ผ่านคือต้องออก ไม่ใช่จ้างไปเรื่อย ๆ หมู่พ่นต้องมีความพร้อมที่จะทำงาน หัวหน้าหมู่พ่นจะต้องประเมินการทำงานของลูกน้องได้ ลูกจ้างที่มีประสบการณ์มาก ๆ ก็จะมีโอกาสกลายมาเป็นลูกจ้างประจำและจะมีลูกจ้างประจำสายนี้เยอะมาก บางคนเติบโตจนไปเกษียณอายุราชการที่หัวหน้าศตม. ต้องยอมรับว่าเขาเหมาะที่จะเป็นมากกว่านักวิชาการเพราะว่าต้องมีคุณค่าจากความสามารถ"

ในขณะที่ แพทย์หญิงกรองทอง ได้อธิบายให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดของการควบคุมไข้มาลาเรียกับการกำจัดกวาดล้าง พร้อมเล่าถึงกระบวนการทำงานของคนทำงานมาลาเรียในภาคสนาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกระบวนการฉีดพ่นสารเคมี

"สมัยก่อนการกวาดล้างมาลาเรียถือว่าเป็นเหมือนกับจัดรูปแบบเป็นกองทัพ มีทีมพ่น มีหัวหน้าหมู่พ่นและมีพนักงานพ่น แต่ละคนทำอะไร ก็มีการเทรน แนวคิดของการกวาดล้างมาลาเรียต่างไปจากคอนโทรลมาลาเรีย คอนโทรลนี่คือ ลดมาลาเรียไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข แต่แนวคิดของการกวาดล้างมาลาเรียก็คือ กำจัดเชื้อให้หมดคือ reservoir ของเชื้อ ของ infected case ต้องกวาดให้หมด และทุกอย่างเพอร์เฟ็กต์ ทุกอย่างต้อง ๑๐๐% ทุกอย่างต้อง

๑. แพทย์ออกตรวจชาวบ้าน

๒-๓. โครงการกำจัดไข้มาลาเรียส่งแพทย์ไปดูแลรักษาไข้มาลาเรียและโรคอื่นๆ ในท้องที่ห่างไกล

ดีที่สุด พ่นบ้านต้อง ๑๐๐% เจาะเลือดก็เจาะให้เยอะ ไม่น้อยกว่าเท่านั้นเท่านี้ และรักษาทุกคนให้หมดเชื้อ มันก็เป็นเรื่องที่ถูกต้องแต่มันทำไม่ได้ ๑๐๐%”

“แนวคิดที่ว่าทำไมถึงเกิดการกำจัดมาลาเรียขึ้น ก็ใช้หลักวิทยาศาสตร์ที่ว่า ยุงก้นปล่องที่นำเชื้อจะกัดคนทุก ๒ วัน และเชื้อจะใช้เวลาเจริญในยุงประมาณ ๑๒ วัน การพ่นเคมีมีฤทธิ์ตกค้างด้วยดีดีทีสามารถลดอายุขัยของยุงคือ ยุงกำลังกัดผู้ป่วย คอนเซ็ปต์คือ ผู้ป่วยจะอยู่ในบ้าน จะไม่ไปไหน พอยุงเข้ามากัดคนในบ้าน กัดแล้วก็จะไปเกาะพักที่ฝาบ้าน แล้วก็จะไปเจอกับดีดีทีที่พ่นฉาบไว้ ยุงก็จะตายก่อน ๑๒ วัน ถ้ายุงมีอายุหลังจากกัดคนแล้ว ๑๒ วัน มันจะแพร่เชื้อได้ แต่ถ้ามันอายุสั้นกว่า ๑๒ วัน ซึ่งมันจะตายก่อน ๑๒ วันแน่นอนถ้าเกิดมันถูกดีดีที เพราะฉะนั้น ถ้าใช้หลักวิทยาศาสตร์แค่นี้ การแพร่เชื้อหยุดทันที แต่ในความเป็นจริงมันไม่ ๑๐๐% อย่างนี้”

“ตอนนั้นเวลาจะทำงาน เขาจะแบ่งเฟสกัน แต่ละพื้นที่จะมีระยะเตรียมการ preparatory phaseมีระยะ attack ก็คือพ่นเคมีและพ่น total coverage พ่น ๑๐๐% ทุกบ้านต้องพ่นหมด ไม่มีบ้านไหนจะเลี่ยงได้ เหมือนกับจะส่งกองทหารไป ค่อนข้างจะขอร้องแกมบังคับให้เจ้าของบ้านเก็บข้าวเก็บของ แล้วไปพ่น เสร็จแล้วหลังจากนั้นผ่านเฟสการพ่น แล้วมาถึงระยะกวาดล้าง และก็มี surveillance หรือระบบเฝ้าระวังโรคที่เข้มข้น ใช้ active และ passive case detection คือค้นหาทางตรงและทางอ้อม มีเยี่ยมบ้านเลย เคาะประตูบ้านเจาะเลือดทุกบ้าน หลังจากนั้นมาลาเรียก็ลดลงมาก ก็เข้าสู่ระยะ maintenance คือ เฝ้าสังเกต”

สังกะสี: สนิมเกิดแต่เนื้อในตน ไม่ใช่เพราะดีดีที

พ.ศ. ๒๕๑๑ ได้มีการจัดตั้งหมู่ปฏิบัติงานพิเศษ (Multipurpose team) ขึ้นในทุกสำนักงานมาลาเรีย เพื่อทำหน้าที่ค้นหาบ้านและกระท่อมที่ซ่อนเร้นอยู่ในป่าในเขาในท้องที่บุกเบิก พบแล้วจึงพ่นดีดีทีแก่บ้านหรือกระท่อมเหล่านั้น รวมทั้งเจาะเลือดผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นมาลาเรีย แล้วให้ยารักษาขั้นต้นแก่เขา ปรากฏว่างานพ่นเคมีของหมู่ปฏิบัติงานพิเศษต้องพบกับปัญหาประชาชนร้องเรียนว่า ดีดีทีที่ฉีดบ้านพวกเขาทำให้หลังคาบ้านที่เป็นสังกะสีขึ้นสนิม แต่พอศึกษาหาสาเหตุแล้ว ดีดีทีไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้หลังคาสังกะสีเป็นสนิมเลย

ปัญหานี้ ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงแค่ในประเทศไทยเท่านั้น ประเทศเพื่อนบ้านทางภาคใต้ของเราอย่างมาเลเซียก็มีปัญหาเดียวกันนี้ ในช่วงปีเดียวกันนี้ด้วย โดย นายสุทัศน์ นุตสถาปนา อดีตนักวิชาการสาธารณสุข ๙ ได้เขียนบันทึกเป็นหลักฐานไว้ในบทความชื่อ "ผลของดีดีทีต่อสังกะสี" ลงในวารสารมาเลเรีย ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓ พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๑๖ เล่าไว้ว่า โครงการกำจัดไข้มาเลเรียในมาเลเซียตะวันตก เผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับเจ้าของบ้านปฏิเสธการพ่นดีดีทีบนหลังคาบ้านของพวกเขาซึ่งมุงด้วยแผ่นสังกะสี โดยอ้างเหตุผลว่า ดีดีทีเป็นสาเหตุให้สังกะสีขึ้นสนิม แต่ท้ายที่สุดได้รับการพิสูจน์จนกระจ่างว่าสนิมบนหลังคาไม่ได้เกิดจากดีดีทีเช่นเดียวกับที่พิสูจน์ได้ในประเทศไทย

คุณสุทัศน์เล่าว่าสมัยนั้น ภูมิภาคมาเลเซียตะวันตกมีเศรษฐกิจดี ชาวบ้านมีค่าครองชีพสูงขึ้น พากันเปลี่ยนหลังคาจากที่เคยมุง “Attap” ซึ่งทำจากใบของต้น Nipah (Nipa fructicans) มาเป็นมุงด้วยสังกะสีที่สะดวกและคงทนกว่า ดูแลรักษาง่ายกว่า โดยเฉพาะบริเวณใกล้ตัวเมือง หรือตามทางหลวงสายสำคัญ ๆ จะมีบ้านที่มุงหลังคาสังกะสีมากกว่า ๘๐%

โครงการกำจัดไข้มาลาเรียในมาเลเซียตะวันตกเริ่มพ่นดีดีที.ในครึ่งหลังของปี พ.ศ.๒๕๑๑ หลังจากนั้นเริ่มมีเสียงบ่นจากชาวบ้านว่าสังกะสีขึ้นสนิมกันแล้ว โดยเฉพาะในปีนัง มีชาวบ้านร้องทุกข์กันมากกว่า ๕๐ ครัวเรือน ครั้นเจ้าหน้าที่ได้เข้าไปสอบสวน จึงพบว่าบ้านเหล่านั้นมีหลังคาที่ยกสูง พนักงานเข้าไปพ่นได้แค่ปลายหลังคาเท่านั้น พ่นไม่ถึงส่วนบนของหลังคา เมื่อตรวจดูแล้ว สังกะสีส่วนที่พ่นถึงกับส่วนที่พ่นไม่ถึงระดับการขึ้นสนิมไม่ได้แตกต่างกันเลย และสามารถสรุปได้ว่าเรื่องสนิมเป็นเพียงข้ออ้างที่ชาวบ้านยกขึ้นมาเพื่อปฏิเสธจะไม่ให้ฉีดดีดีทีเท่านั้น ดีดีทีไม่ได้เป็นสาเหตุให้สังกะสีเป็นสนิมแต่อย่างใดเลย แต่ถึงอย่างนั้น ชาวบ้านก็ฝังใจเชื่อไปแล้ว

อดีตนักวิชาการสาธารณสุข ๙ ท่านนี้ยกการศึกษาทดลองและสังเกตผลของดีดีที.ชนิด WDP (Water dispersable powder) ที่มีต่อหลังคาสังกะสีและอลูมิเนียมมาแสดงให้เห็นด้วย โดยการศึกษานี้ทำการทดลองฉีดดีดีทีบนสังกะสีและอลูมิเนียมแผ่นใหม่บนกระท่อมทดลองของโครงการฯ ฉีดเป็นระยะเวลา ๔ ปี รวมทั้งหมด ๘ ครั้ง เมื่อสังเกตผลที่ได้ ไม่พบว่าทั้งสังกะสีและอลูมิเนียมจะเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใดทั้งสิ้น และเมื่อทดลองในแบบเดียวกันกับสังกะสีและอลูมิเนียมที่ใช้งานแล้วอย่างน้อย ๑๐-๑๕ ปี มีสนิมทั่วทั้งแผ่นทางด้านนอก ส่วนด้านในบริเวณรอบ ๆ รูตะปูเริ่มมีสนิมเช่นกัน โดยทดสอบพ่นดีดีที

๓ ครั้ง พ่นทุกครึ่งปี ปรากฏว่าไม่พบความแตกต่างระหว่างส่วนที่พ่นดีดีทีกับส่วนที่ไม่พ่นดีดีทีเลย นอกจากการทดสอบที่โครงการฯ แล้ว ยังมีการเฝ้าสังเกตหลังคาบ้านเรือนของชาวบ้านในท้องที่จริงด้วยซึ่งได้ผลสรุปที่ชัดเจนว่าดีดีที ไม่ได้เป็นผู้ร้ายทำลายหลังคาสังกะสีของชาวบ้านแม่แต่น้อย

ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๑๑ – ๒๕๑๕ ได้พยายามทำการสอบสวนเพื่อหาเหตุผลเกี่ยวกับการเป็นสนิมของสังกะสีเมื่อฉีดพ่นด้วยดีดีที ในบางท้องที่ที่ได้พ่นดีดีที.มาเป็นเวลา ๔ ปีแล้ว พบว่าโดยทั่วๆ ไป ตอนล่างของหลังคาเท่านั้นที่พนักงานพ่นสามารถพ่นถึง ส่วนบนจึงไม่ถูกพ่น โดยการสังเกตไม่พบความแตกต่างระหว่างส่วนที่ถูกพ่น และส่วนที่ไม่ถูกพ่นว่าเกี่ยวกับการเป็นสนิมเลย

พบว่าโดยทั่วๆ ไป การเป็นสนิมมักเกิดขึ้นกับส่วนบนด้านนอกก่อน (ด้านถูกแสงแดด) แล้วการเป็นสนิมจึงค่อยๆ เกิดขึ้นกับส่วนล่าง หลังจากใช้งานมาแล้ว ๑๕ ปี หลังคาด้านนอก ก็จะมีสีน้ำตาลแก่ ซึ่งแสดงว่าสังกะสีที่ฉาบไว้ได้หมดสิ้นไปแล้ว รูตะปูจะกว้างขึ้นและน้ำฝนก็สามารถรั่วผ่านลงไปได้ จากจุดนี้เองที่หลังคาเริ่มเป็นสนิมทางด้านในและการเป็นสนิมก็จะค่อย ๆ เกิดขึ้นกับผิวด้านในทั้งหมด นอกจากนี้เรายังพบหลังคาที่เป็นสนิมทั่วทั้งแผ่นทางด้านนอกโดยไม่พบการเป็นสนิมทางด้านในจากบ้านเหล่านี้เช่นกัน แต่ไม่พบข้อแตกต่างเกี่ยวกับการเป็นสนิมระหว่างส่วนที่ถูกพ่นดีดีที และส่วนที่ไม่ถูกพ่นดีดีทีแต่อย่างใด

สรุปผล

ทั้งจากการทดลองและการสังเกตในท้องที่ไม่พบว่าการพ่นดีดีทีจะไปเร่งให้สังกะสีเป็นสนิมเร็วแต่อย่างใด ทั้งจากการทดลองโดยใช้สังกะสีใหม่ และสังกะสีเก่าที่ใช้แล้ว นอกจากนี้ การพ่นดีดีทีไม่มีผลต่อการผุกร่อนของแผ่นอลูมิเนียมด้วยเช่นกัน.

จะเห็นได้ว่า แม้ดีดีทีจะเป็นพระเอกของโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย แต่ก็ไม่ง่ายที่จะปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น จากความไม่เข้าใจและไม่ยอมรับของประชาชนดังที่กล่าวมา ยังต้องรวมถึงการอพยพเคลื่อนย้ายของประชาชนในแต่ละท้องที่ด้วยเช่นกัน ที่เป็นอุปสรรคในการฉีดพ่นดีดีทีให้ครอบคลุม เช่นในท้องที่บุกเบิกอย่างที่อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา มีประชาชนเคลื่อนย้ายเข้าไปประกอบอาชีพทำไร่กันมาก ทำให้ฉีดพ่นเคมีได้ไม่ทั่วถึงทุกหลังคาเรือนดังนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ จึงมีการอบรมการทำแผนที่มาตราส่วนโดยการย่ออัตราส่วนของพื้นที่จริงลงในแผนที่ที่ได้จัดทำขึ้น ซึ่งได้ทำในท้องที่มีปัญหาของอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ทำให้สามารถปฏิบัติงานพ่นเคมีได้ครอบคลุมถึง ๙๙% จากนั้นจึงได้เสนอแนะให้จัดทำแผนที่มาตราส่วนอย่างที่ทำในอำเภอปากช่องนี้กับท้องที่บุกเบิกที่มีปัญหาการเคลื่อนย้ายของประชากรมากในท้องที่อื่นๆ ด้วย

โครงการกำจัดไข้มาลาเรียที่ดำเนินการมานานปีจนมาถึงปี พ.ศ. ๒๕๑๓ ได้ใช้งานอุปกรณ์เครื่องไม้เครื่องมือชิ้นเดิมๆ ปีแล้วปีเล่า จนดีดีทีที่มีอยู่เสื่อมคุณภาพลง เมื่อเอาดีดีทีเสื่อมไปใช้ ซ้ำบางคราวก็พ่นกันผิดวิธีบ่อย ๆ เข้าก็ทำให้หัวพ่นที่ใช้กับเครื่องพ่นชนิดอัดลมเกิดอุดตันมากขึ้น ๆ เช่นนี้จึงเริ่มมีการตรวจสอบคุณภาพของสารเคมีดีดีที ที่เหลือตกค้างในพัสดุปีละ ๒ ครั้งก่อนทำการพ่นเคมีแต่ละรอบ จากนั้นจึงมีการวางระบบให้ตรวจคุณภาพสารเคมีทุกครั้งที่มีการจัดซื้อสารเคมีใหม่และถ้าพบว่ามีสารเคมีเหลือค้างจากปีก่อนจะต้องเก็บสารเคมีนั้นส่งตรวจคุณภาพตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

รีเทิร์นโครงการ ควบคุมไข้มาลาเรีย

การดำเนินโครงการกำจัดไข้มาลาเรียของประเทศไทย ด้วยการค้นหาผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาและควบคุมการแพร่ระบาดด้วยการฉีดพ่นสารเคมีในภาพรวมแล้วดูประสบความสำเร็จไปด้วยดี สามารถดำเนินการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ แต่ในระยะต่อมา ช่วงปี พ.ศ.๑๕๑๓-๒๕๑๔ ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ต่างไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการกวาดล้างมาลาเรียให้หมดสิ้นไปได้ ถึงแม้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยและจำนวนคนตายได้มากก็ตาม สำหรับประเทศไทยนั้นประสบปัญหายุ่งยากหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดื้อยาคลอโรควินของเชื้อมาลาเรีย และยุงพาหะดื้อต่อสารดีดีที ตลอดจนการเคลื่อนย้ายของประชากรก็มีส่วนทำให้การกำจัดเชื้อมาลาเรียเป็นไปได้ยากขึ้น กอปรกับช่วงเวลานั้น USAID ได้หยุดการให้ความช่วยเหลือ และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเข้ามาโอบอุ้มโครงการต่อไป

“ในช่วงนั้นระหว่างที่คนปราบมาลาเรียกันอยู่ ก็มีข่าวร้ายขึ้นมาว่า ดีดีที resist ที่ตรงโน้น ตรงนี้ เชื้อฟัลซิฟารัม resist ต่อคลอโรควิน ประเทศไทยบริเวณชายแดน มันมีประวัติศาสตร์ยาวนาน พบที่จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดไพลิน จังหวัดพระตะบอง ในกัมพูชา คือเป็นบริเวณที่ต่อเนื่องกัน การดื้อเกิดในปี พ.ศ.๒๔๙๘ ปีเดียวกับที่ประกาศกวาดล้างมาลาเรีย อาจารย์คุณหญิงตระหนักจิต (หะริณสุต) เป็นผู้ไปรายงานที่สิงคโปร์ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ ท่านเก็บข้อมูลไว้หลายปีเลยเพราะไม่แน่ใจ ตอนนั้นไม่มีคำว่า resistance อาจารย์คุณหญิงก็เล่าว่า “ดิฉันไปรายงานไม่มีใครเชื่อเลย หลังจากนั้น จึงได้เชื่อว่า Chloroquine resistance มีจริง” แพทย์หญิงกรองทองกล่าว

ศ.เกียรติคุณ คุณหญิงแพทย์หญิง
ตระหนักจิต หะริณสุต

ด้วยสาเหตุต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาประเทศไทยจึงปรับเปลี่ยนโครงการเป็นลักษณะผสมผสานคือ Anti-Malaria Programme ซึ่งเป็นแผนระยะยาวไม่มีระยะเวลาสิ้นสุด มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๑๔-๒๕๑๙) คือ มีทั้ง ควบคุมในบางท้องที่ และกำจัดในบางท้องที่จากที่เคยปฏิบัติการลักษณะปูพรมไปทั่วประเทศ เปลี่ยนมาเน้นเฉพาะพื้นที่ป่าเขาและกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยง มีการลดพื้นที่พ่นสารเคมีลง เลือกพ่นเฉพาะพื้นที่แพร่เชื้อ พร้อมมีมาตรการเสริมขึ้นมาด้วย เช่น การชุบมุ้งด้วยสารเคมี การควบคุมลูกน้ำ ส่งเสริมให้ประชาชนป้องกันตนเองจากยุงกัด ลดการค้นหาผู้ป่วยทางตรง เหลือเพียงในพื้นที่แพร่เชื้อและกลุ่มประชากรเสี่ยง ช่วงนี้ยังได้มีการชูมาตรการค้นหาผู้ป่วยและรักษาให้รวดเร็วเป็นมาตรการสำคัญ เน้นผลการรักษาหายขาด และการติดตามผลการรักษา และได้พัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาขึ้นด้วย

"WHO เขาบอกว่า Malaria Eradication หลังจากนั้นมันเฟล (Fail,ล้มเหลว) ดิฉันไม่กล้าจะพูดว่าเฟลเอง ต้องบอกว่าคัดมาจาก WHO เป็นคำยอมรับ คือหลังจากนั้นพบว่าไม่สำเร็จ เพราะว่าช่วงแรก ๆ มาลาเรียลดลงก็จริง แต่หลังจากนั้นมันขึ้นมาอีก สุดท้ายมาลาเรียลดลงเยอะเลยตอนปี ๒๕๐๙ แต่หลังจากนั้นก็ return คือสถานการณ์เลวลงในหลายประเทศ ซึ่งมีหลายปัจจัย เช่น มีการดื้อของยุงต่อดีดีที มีการดื้อของเชื้อต่อยาและมีการตัดทุนที่สนับสนุน พอมาลาเรียลดก็ลดทุนลง ตรงนี้ใช้เวลาอยู่พักนึง หลังจากทราบว่าเฟล ปี ๒๕๑๑-๒๕๑๔ องค์การอนามัยโลกมาวิเคราะห์

สถานการณ์ใหม่ ก็ยอมรับว่าเฟล เลยเปลี่ยนมาตรการจาก eradication เป็น stratified malaria control กลับไป control ใหม่ แต่ stratified หมายความว่าแบ่งพื้นที่ พื้นที่ไหนที่ eradicate กำจัดได้ก็กำจัด พื้นที่ไหนที่ยังไม่ได้ก็ control" แพทย์หญิงกรองทอง กล่าวถึงสาเหตุของการปรับเปลี่ยนโครงการ

เมื่อการดำเนินงานมาลาเรียในลักษณะผสมผสานทั้งควบคุมและกำจัดเดินหน้าไปได้ระยะหนึ่ง โลกต้องกลับมาทบทวนแนวทางการปราบปรามมาลาเรียอีกครั้ง ในปี พ.ศ.๒๕๑๘-๒๕๑๙ พบว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกก็ยังไม่สามารถล้มคว่ำโรคร้ายตัวนี้ลงไปได้แม้แต่น้อย บางประเทศมีไข้มาลาเรียเกิดใหม่ในท้องที่ที่เคยกวาดล้างหมดไปแล้วด้วย ในปี ๒๕๒๒ หัวแถวอย่าง WHO จึงบอกกล่าวกับมวลสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยให้ถอยกลับมาใช้แผนควบคุมไข้มาลาเรียอย่างเก่าแทนการกำจัดอีกครั้ง หรือใช้ทั้ง ๒ วิธี คือตามยุทธศาสตร์ การควบคุมไข้มาลาเรียตามแผนใหม่ที่ WHO ประกาศนั้น ให้แบ่งเป็น ๔ tactical variants แล้วให้แต่ละประเทศเลือกตามสภาพการณ์ที่เหมาะสมของตนเอง โดยดูความเหมาะสม หากท้องที่ไหนไม่สามารถกวาดล้างไข้มาลาเรียได้ให้ใช้นโยบายควบคุมไข้มาลาเรียระยะยาว ท้องที่ไหนที่กำจัดไข้มาลาเรียได้แล้วหรือมีโอกาสที่จะกำจัดได้ ให้ใช้นโยบายกำจัดแทน ช่วงเวลานั้นมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย มีการประชุมและอบรมเพื่อปรับแนวคิด ปรับกลวิธีของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เน้นการใช้ข้อมูลทางระบาดของท้องที่นั้น ๆ มาวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละท้องที่

สำหรับประเทศไทย เหตุการณ์ที่ชี้ให้เห็นว่าไม่สามารถถอนรากถอนโคนมาลาเรียลงไปได้นั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากมีไข้มาลาเรียระบาดสูงขึ้นทั้งในพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียและท้องที่ที่

เจ้าหน้าที่ตรวจดูป้ายที่เขียน
หลังจากการพ่นดีดีที

หยุดยั้งการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียแล้วในปี ๒๕๑๗-๒๕๑๘ ทำให้ต้องกลับมาพ่นเคมีใหม่ เช่น จังหวัดปทุมธานี และยังมีเหตุการณ์ท้องที่ชายแดนประเทศมาเลเซีย ที่ประชาชนบริเวณนั้นปฏิเสธไม่ยอมให้พ่นดีดีทีชนิดผงแขวนตะกอนในน้ำ เพราะพ่นแล้วมีสีขาวติดตามพื้นบ้านเห็นชัดเจน จะยอมให้พ่นเฉพาะดีดีทีชนิดน้ำมันที่มีสีติดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นใน พ.ศ.๒๕๑๙ จึงมีการจัดทำดีดีที ๒๕% ชนิดน้ำมัน จำนวน ๑๖,๖๐๐ลิตร ส่งไปให้ศูนย์มาลาเรียเขต ๑-๕ นำไปพ่นบ้านที่มีปัญหาไม่ยอมให้พ่นกันมาก โดยเฉพาะบริเวณชายแดนภาคใต้เขตติดต่อกับประเทศมาเลเซียและในท้องที่อื่นที่ไม่ยอมรับดีดีทีชนิดผงแขวนตะกอนในน้ำ ทำให้พ่นบ้านได้ทั่วเพิ่มขึ้น ๗๖% ดังนั้นจึงต้องขยายพื้นที่พ่นดีดีทีชนิดน้ำมันออกไปยังท้องที่มีปัญหาอื่น ๆ ด้วย

นอกจากนั้นได้มีการศึกษาการใช้ปลากินลูกน้ำที่ หมู่ที่ ๓ ตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ผลสรุปว่าปลาหางนกยูงมีชีวิตอยู่ได้ในแหล่งน้ำนิ่งซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงไดรัส และสามารถลดจำนวนลูกน้ำยุงเอ.มินิมัสได้ แต่ต้องปล่อยปลาเป็นระยะ ๆ นอกจากนั้นยังศึกษาปลาซิวไม่มีหนวด (Rasbora lareristriata sumatrana) ซึ่งใช้ควบคุมลูกน้ำในแหล่งน้ำไหลไม่ได้ ส่วนปลาขาว (Puntius binotatus) กินลูกน้ำได้น้อยมาก

มีการศึกษาการใช้ปลากินลูกน้ำที่ หมู่ที่ ๓ ตำบล กลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

<< การขนดีดีทีเพื่อไปฉีดพ่น ในพื้นที่ทุรกันดารต้องใช้ช้าง

พอเข้าปี พ.ศ.๒๕๒๐ โครงการควบคุมไข้มาลาเรียและแมลงนำโรค ถูกนำเข้าไปบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ (พ.ศ.๒๕๒๐-๒๕๑๔) มีนโยบายควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณป่าเขา ชายแดน ซึ่งมีไข้มาลาเรียสูง และทำการกำจัดในท้องที่อื่น ในระหว่างปี พ.ศ.๒๕๒๐-๒๕๒๑ มีการนำสารเคมีเฟนิโทรไธออน มาใช้พ่นเป็นแบบฤทธิ์ตกค้างตามบ้านเรือน เพื่อควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่ตำบลบ่อทอง กิ่งอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาฤทธิ์ตกค้างของสารเคมีชนิดนี้ พบว่าสารเคมีออกฤทธิ์ดีที่สุดประมาณ ๓ เดือน กำจัดยุงลงได้มาก ประชาชนให้การยอมรับสารเฟนิโทรไธออนนี้ด้วยดี

ในปีเดียวกันนี้ ยังได้นำมาตรการเสริมอื่นๆ มาใช้ควบคุมยุงพาหะมากขึ้น เช่น การใช้หนอนตายอยาก (Stemona spp.) และสาหร่ายข้าวเหนียว (Utricularia spp.) มาศึกษาดูว่าจะจะสามารถฆ่าลูกน้ำได้มากน้อยแค่ไหน

>> ความยากลำบากของ
การทำงานกำจัดไข้มาลาเรียในอดีต

คุณมีชัย วีระไวทยะ
นำเจ้าหน้าที่มาลาเรียมาร่วม
ในโครงการวางแผนครอบครัว

พบว่าทั้งสองอย่างนี้ใช้จัดการลูกน้ำได้ดี แต่ยังต้องทำการศึกษาต่อหากจะนำไปใช้จริงในท้องที่ และยังศึกษาพบว่าสัตว์อย่างมวนวน (Anosop spp.) สามารถกินลูกน้ำได้ถึงวันละ ๘-๑๔ ตัว รวมไปถึงได้ศึกษาประสิทธิภาพของยาทากันยุงชนิดต่าง ๆ ด้วย

แพทย์หญิงกรองทอง อธิบายว่าเมื่อ WHO เปลี่ยนมาใช้การควบคุมไข้มาลาเรียแทนการกำจัดกวาดล้างครั้งนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ออกแนวทางปฏิบัติเพื่อการควบคุมไข้มาลาเรียให้เหมาะสมกับสถานการณ์ระบาดวิทยาของแต่ละประเทศด้วยเรียกว่า ๔ tactical variants มาให้

สมาชิกแต่ละประเทศนำไปใช้เป็นแนวทางเลือกใช้มาตรการควบคุมไข้มาลาเรียตาม variants ที่ประเทศตนเองมีลักษณะเข้าเกณฑ์ ได้แก่ Tactical variant No. ๑ เป็นประเทศที่มีความชุกชุมของมาลาเรียสูงมาก ให้ลดการตาย ป้องกันการตาย ไม่ได้ลดการป่วย, Tactical variant No. ๒ คือ ลดป่วยด้วย ลดตายด้วย อันนี้หมายความว่าสถานการณ์ดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยลดลงแล้ว Tactical variant No. ๓ ลดการป่วย ลดการตาย และลดความชุกชุมของโรคด้วย อันนี้ก้าวหน้ามากขึ้น และ Tactical variant No. ๔ คือ ประเทศที่สามารถกวาดล้างและกำจัดมาลาเรียได้ ให้ไปใช้ objective ของการกวาดล้าง

"พ.ศ.๒๕๒๒ องค์การอนามัยโลกมาออก strategy ใหม่ ออก ๔ tactical variants เป็น ๔ ระยะ และประกาศเลยว่าต่อไปนี้ malaria control ไม่มีลิมิต (no limit) แปลว่าไม่จำกัดเวลา เหมือนกับ eradication ที่ว่ากำหนด ๑๐ ปี อันนี้ก็ไปเรื่อย ๆ ถ้าประเทศคุณกำจัดเร็วเวลาคุณก็สั้น ถ้าประเทศคุณ มาลาเรียยังชุมก็หลาย ๆ ปี และให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศนั้น และให้ไปดูสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของแต่ละพื้นที่ เพราะแต่เดิมตอนสมัยกำจัด ไม่ได้ไปดูสถานการณ์ในพื้นที่ ใช้มาตรฐานเดียวกันทุกประเทศทั่วโลก เลยเป็นอันหนึ่งที่เฟล แต่พอปรับเปลี่ยนมาเป็น malaria control strategy ให้ทุกประเทศไปวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวเอง แล้วเลือกใช้มาตรการ ที่เหมาะสม

"ช่วงปี ๒๕๒๒ เป็นปีเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกประกาศ Health for All Primary Health Care พอดี เลยนำ concept Primary Health Care มาใช้คือให้มีส่วนร่วมของชุมชนด้วย ไม่ใช่ทุกอย่าง top down หมด หลังจากโครงการกำจัดไม่ประสบผลสำเร็จ มีการมาเขียนคำจำกัดความของ"การควบคุม" และ"การกำจัด" เป็นอย่างไร เพื่อให้คนเห็นความแตกต่าง องค์การอนามัยโลกต้องไปเวิร์กฮาร์ดช่วงนั้น ต้องไป define ให้

ทุกประเทศเข้าใจ ตอนนั้นคิดถึงความสับสนของเจ้าหน้าที่ในภาคสนาม เพราะว่าปี ๒๔๙๘ ใช้เวลาตั้ง ๕-๖ ปี ปรับมาเป็น eradicate พอ eradicate ไม่สำเร็จ ปรับมาใหม่เป็น Control เจ้าหน้าที่ภาคสนามก็สับสน และกว่าจะปรับตัวเข้ากับคอนเซ็ปต์ใหม่ต้องใช้เวลา ปี ๒๕๒๒ จึงมีความยืดหยุ่น มีการดูสถานการณ์ ทรัพยากรที่มีอยู่ในประเทศนั้น และต้องไปสำรวจ มี ๔ tactical variants สมัยนั้นพูดกันมากเลย ๔ variants ก็จะดูว่าแต่ละ variant มีอะไร และให้แต่ละประเทศไปดูสิว่าหลังจากไปวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวเองแล้ว tactical variant มีอะไรบ้าง ประเทศต่าง ๆ ต้องไปดูศึกษาด้วยตัวเองว่าเข้าลักษณะไหน บางประเทศถ้ามีพื้นที่ใหญ่ อาจมี ๒ variants ได้ เช่น พื้นที่ภาคเหนือยังชุมอยู่ก็ใช้ variant No. ๑ ภาคใต้ชุกชุมน้อยลงไปใช้ข้อ ๒ แล้วแต่ละ variants จะมีคำแนะนำว่าให้ใช้มาตรการอะไร และมีการแบ่งลักษณะทางระบาดวิทยาของมาลาเรียเป็นโซนต่าง ๆ เช่น African savannah จะมีการแพร่เชื้อในหมู่บ้านยุงพาหะอยู่ทั่วไปหมด เด็กกับผู้หญิงเป็นมาลาเรียเยอะ เพราะฉะนั้นให้ใช้ EDPT (Early Diagnosis Prompt Treatment) ถ้าเป็นอันที่ ๒ พื้นที่ทะเลทราย ใช้อีกแบบหนึ่ง ทุกอันจะต้อง EDPT”

“ของไทยเราอยู่ใน forest-related malaria ก็ต้องใช้แบบ EDPT และมาตรการที่ป้องกันไม่ให้ยุงกัด เช่น ใช้ยาทากันยุง ใช้มุ้งชุบและมียาป้องกัน อันนี้ให้ดูว่ามีหลายแบบ มี ๗-๘ แบบ urban malaria มีที่อินเดียประเทศเดียวเลย มาลาเรียก็ EDPT เหมือนกัน ทุกประเทศต้อง EDPT คือการรักษาต้องเร็วหมด แต่ว่าการควบคุมยุงจะเป็นอีกแบบ แล้วแต่ลักษณะของยุง”

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนโยบายหรือการประกาศกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานมาลาเรีย ต่าง ๆ ของ WHO ไม่ได้ทำให้ปัญหามาลาเรียหมดไปอย่างสิ้นเชิงอย่างที่ตั้งเป้าหมาย จนถึงปัจจุบันนี้

“ช่วงนั้นไม่มีมาตรการใหม่ๆ เลย มีแต่ EDPT ทุกแห่งใช้แต่ EDPT แต่ ลองนึกภาพ มันต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ ประเทศก็ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ ไม่มีคนที่จะมาตรวจกล้อง เพราะมันต้องใช้แรงงานซึ่งมีฝีมือ ก็ใช้วิธีรักษาตามอาการคือ ส่งวินิจฉัยตามอาการ เป็นไข้แบบนี้ ๆ ต้องเป็นมาลาเรียแน่ ใช้ยา จะเป็นยังงั้น ก็มีการดัดแปลงการใช้ยามาใช้แบบ mass treatment และก็อะไรต่างๆ vector control ใช้การพ่นบ้านอย่างเดิม สรุปคือไม่มีอะไรใหม่ ประเทศต่างๆ ถือโอกาสยกเลิกการสอบสวนผู้ป่วยไปในช่วงนี้ เพราะเห็นว่าไม่มีประโยชน์ ประเทศไทยโชคดีที่ไม่ยกเลิก คราวนี้ระบาดในแอฟริกา เนื่องจากว่าไม่ได้ร่วมกับการกวาดล้างมาลาเรียในระดับโลกในช่วงปี พ.ศ.๒๕๓๓ ในภูมิภาคอื่นผู้ป่วยลดหมดในช่วง ๑๐-๒๐ ปีหลัง แอฟริกาเป็นปัญหามาก องค์การอนามัยโลกช่วงนั้นมีการประชุมใหญ่ที่อัมสเตอร์ดัม เนเธอร์แลนด์และประกาศ strategy ใหม่ ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่ได้มีอะไรใหม่ ปีพ.ศ.๒๕๓๕ ดิฉันได้ไปประชุมด้วย ผู้นำของทางไทยคือ ท่านนายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ซึ่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้น และมีการประกาศ global strategy เขา remark ไว้ว่า อดีตคือแอฟริกาไม่ได้ร่วมด้วย พอปี ๒๔๙๘ เขาบอกว่าจะสนับสนุน decentralized structure ประเทศต่าง ๆ ก็เปลี่ยนจาก vertical program แนวดิ่ง มาเป็นโครงการผสมผสาน ทุกประเทศรับนโยบายนี้ ปัญหาก็ยังไม่หมดไป เชื้อมาลาเรียดื้อต่อยาคลอโรควิน นอกจากนั้นยังดื้อต่อยาตัวอื่นด้วย กระจายไปทั่วเลย กระจายหนักเลย” แพทย์หญิงกรองทอง กล่าว

นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ขยายมาลาเรียคลินิก...
สู้การระบาดครั้งใหญ่

ขึ้นชื่อว่าสงคราม ล้วนแต่นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งสิ้นไม่ว่าจะเป็นความสูญเสียจากการสู้รบ หรือจากโรคภัยที่เกิดระบาด ประเทศไทยแม้ผ่านพ้นความทุกข์ยากจากสมัยสงครามโลกครั้งที่ ๒ มานาน แต่ยังคงต้องมาพลอยรับเคราะห์จากสงครามบนแผ่นดินของประเทศเพื่อนบ้าน คือ ประเทศกัมพูชา

ปี พ.ศ.๒๕๑๘ กัมพูชากลายเป็นแดนมิกสัญญี กรุงพนมเปญแตก ประเทศทั้งประเทศถูกยึดครองโดยรัฐบาลเขมรแดง ชาวกัมพูชาเรือนแสนกระเสือกกระสนหนีตายจากการสังหารหมู่ของทหารเขมรแดง หอบหิ้วชีวิตตัวเองและลูกหลานเดินเท้าผ่านป่าเขา เข้ามายังชายแดนประเทศไทยซึ่งแม้จะรอดตายจากสงคราม ความอดอยาก จากบ้านเมืองของตัวเองได้ แต่ชาวเขมรลี้ภัยส่วนหนึ่งก็หนีไม่พ้นภัยจากยุงร้ายในป่ากัมพูชา นำร่างกายซูบโทรมที่มีไข้ป่ามาลาเรียเข้ามาระบาดในฝั่งไทยอย่างรุนแรงในช่วงปี พ.ศ.๒๕๒๓-๒๕๒๗ ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕-๒๕๒๙) การระบาดครั้งนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่พื้นที่ชายแดน แต่ยังกระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ที่มีพื้นที่ป่าเขาและแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียอยู่ด้วย ช่วงปีนี้จึงเป็นช่วงยากลำบากของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียของประเทศไทย

รัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขในเวลานั้น รับมือกับสถานการณ์นี้ด้วยมาตรการควบคุมไข้มาลาเรียและยุงพาหะ โดยการพ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง พ่นหมอกควัน และค้นหาผู้ป่วยและบำบัดรักษา รวมทั้งในค่ายอพยพด้วย

ชาวกัมพูชาเรือนแสนกระเสือกกระสนหนีตายจากการสังหารหมู่ของทหารเขมรแดง หอบหิ้วชีวิตตัวเองและลูกหลานเดินเท้าผ่านป่าเขา

ช่วงเวลาดังกล่าว การดำเนินงานด้านมาลาเรียต้องประสบกับความยากลำบากแต่ยังโชคดีที่ในปี พ.ศ.๒๕๒๓ USAID ได้เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณผ่านโครงการเพิ่มพูนประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในท้องที่ไข้มาลาเรียสูง (พปส.) ด้วยการจัดตั้งมาลาเรียคลินิก จำนวน ๒๗๔ แห่ง นอกจากนั้นยังมีการตั้งอาสาสมัครมาลาเรียประจำหมู่บ้าน (อมม.) ทั่วประเทศถึง ๔,๕๐๐ คน และในพ.ศ.๒๕๒๔ ปีถัดมา ยังได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลญี่ปุ่น ผ่านหน่วยงาน JICA (Japan International Cooperation Agency) ในการควบคุมไข้มาลาเรียชายแดน ไทย-ลาว และ ไทย-กัมพูชา โดยได้นำสารเคมีฆ่าแมลง เฟนิโทรไธออน มาใช้ในท้องที่ชายแดนด้วย ผลจากการช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นนี้ ยังผลให้การค้นหาและกำจัดมาลาเรียทำได้อย่างทั่วถึง และไข้มาลาเรียลดลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งหลังจากการ

ดร. นายแพทย์ สุวิช ธรรมปาโล
อดีตผู้อำนวยการสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา

สู้รบในกัมพูชาคลี่คลายลง การระบาดของไข้มาลาเรียที่ชายแดนไทย-กัมพูชาจึงได้ลดลงเรื่อย ๆ ในขณะที่มาลาเรียคลินิกยังคงเป็นมาตรการสำคัญต่อมาอีกหลายปี

ปัญหาการระบาดของไข้มาลาเรียจากการอพยพของชาวเขมรหมดไปแล้ว แต่ไทยยังต้องพบกับการระบาดหนักครั้งใหม่ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๒๘-๒๕๓๐ จากการไหลบ่าของแรงงานเข้าไปถางป่าบุกเบิกทำไร่กาแฟในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน แถบชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช อันเนื่องมาจากกาแฟในตลาดโลกมีราคาสูง แต่แรงงานผู้บุกเบิกเหล่านั้นต้องเผชิญกับยุงป่าที่เป็นพาหะของไข้มาลาเรียอย่างเลี่ยงไม่พ้นมีผู้ป่วยเป็นไข้มาลาเรียเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง

ดร. นายแพทย์ สุวิช ธรรมปาโล อดีตผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา ผู้มีประสบการณ์การทำงานในสาธารณสุขภาคใต้ เคยรับรู้และเข้าใจสถานการณ์การระบาดของไข้มาลาเรียในพื้นที่ภาคใต้ ถ่ายทอดให้ฟังถึงวิธีการรับมือและต่อสู้กับไข้มาลาเรียด้วยมาตรการต่างๆ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย ทำการรักษา ไปจนถึงการป้องกันโดยพ่นเคมีปราบยุงพาหะ จนสามารถขจัดมาลาเรียให้พ้นไปจากพื้นที่นั้นได้

“ผมลงพื้นที่ไปสอบสวนการเกิดเคสของทางใต้แปลกที่มันจะระบาดที่สุราษฎร์ธานีเป็นหลัก ถ้าสุราษฎร์ระบาดแล้วมันก็จะแพร่ไปทั่ว ตอนนั้นที่ระบาดก็เพราะว่ากาแฟขึ้นราคา ทำให้มีการถางป่ายางเพื่อมาปลูกกาแฟ ก็มีการติดมาลาเรียกันมากขึ้น เพราะไปถางป่า แล้วเกิดยุงกัดตอนนั้น การรักษามาลาเรีย เรามีมาตรการเรื่องของการค้นหา

มาลาเรียคลินิก(ในป่า)

ผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด จะมีทีมที่จะออกไปค้นหา เจาะเลือดรายที่สงสัย ผู้สัมผัสให้ได้มากที่สุด แต่เราก็มีการป้องกันล่วงหน้า เช่น พ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง แต่เดิมเราใช้พ่นดีดีที แต่องค์การอนามัยโลกไม่สนับสนุนให้ใช้เพราะมันมีการตกค้างในสิ่งแวดล้อม ก็เลยเปลี่ยนมาเป็นสารไพรีทรอยด์ ที่ใช้อยู่ตอนนั้นก็จะเป็น เดลตาเมทริน เสร็จแล้วก็เราจะพ่นสารฤทธิ์ตกค้าง อันนี้เพื่อจะลดประชากรยุงก่อนฤดูกาลระบาด ซึ่งในภาคใต้จะมีฤดูกาลระบาด ๒ พีคด้วยกัน พีคแรกอยู่ในช่วงแรกของปลายปี ได้แก่ พฤศจิกา-ธันวา อีกพีคหนึ่ง คือพีคกลางปี ประมาณ มิถุนา-กรกฎา ตามมรสุม”

“มาตรการนี้คือทำก่อนการระบาด แต่พอมีการระบาด ก็มีการพยากรณ์การระบาด จะส่งทีมลงไปเพื่อที่จะควบคุม โดยการหาแหล่งแพร่ และเจาะเลือดหาผู้สัมผัสให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ ส่วนยุงเนี่ยเราจะมีมาตรการตรง คือ พ่นเคมีชนิด สเปรย์ คือเป็นหมอกควัน หมอกควันของมาลาเรียเนี่ยจะพ่นในเวลากลางคืน เพื่อจะฆ่ายุงก้นปล่อง

พนักงานกีฏวิทยาใช้ท่อ sucking tube ดูดยุงที่มากัดชาวบ้าน เพื่อนำไปวินิจฉัยชนิดของยุงก้นปล่อง ท่อ sucking tube มีทั้งแบบโค้งและแบบตรง (ที่อยู่ในมือของคนขวามือของภาพ)

"ช่วงที่ระบาด ตอนที่ทำสวนกาแฟ ตอนนั้นเราก็เอาอยู่นะ คือมันมีระบาดใหญ่ แต่ระบาดย่อยๆ นี่จะมีอยู่เรื่อยๆ สมัยนั้นจะระบาดแถวสุราษฎร์ ชุมพร ระนอง ซึ่งระนองเนี่ยระบาดเนื่องจากมีแรงงานต่างด้าวเข้ามา ตอนนี้ดีขึ้นแล้ว เพราะการควบคุมจากทางฝั่งพม่าดีขึ้น"

ถัดมาไม่นานนัก คนไทยกลับมารับวิบากกรรมไข้มาลาเรียจากฝั่งประเทศกัมพูชาอีกครั้ง เพียงแต่ครั้งนี้ไม่ใช่เพราะคนเขมรหนีภัยสงครามนำเชื้อไข้เข้ามา แต่กลับเป็นว่าคนไทยเข้าไปรับเชื้อมาลาเรียในบ้านเขาถึงที่ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๑-๒๕๓๕ ซึ่งเป็นปีที่รัฐบาลไทยมีนโยบายเปิดชายแดนด้านจังหวัดตราด ทำให้มีคนไทยข้ามแดนหลั่งไหลเข้าไปแสวงโชคขุดพลอยที่จังหวัดไพลิน ฝั่งกัมพูชาเป็นจำนวนมาก ด้วยความหวังที่จะร่ำรวยจากเม็ดพลอยในผืนดินกัมพูชา เสียแต่

การขุดบ่อพลอยเป็นการเพิ่มแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ทำให้เกิดการระบาดของมาลาเรีย

ว่านักขุดพลอยจากเมืองไทยเหล่านั้นต้องใช้ชีวิตในป่าเขมรเป็นเวลานาน เจอยุงกัดไปไม่น้อยมิหนำซ้ำยังเดินทางข้ามไปข้ามมาระหว่างชายแดนบ่อยๆ ก็เลยได้ของแถมเป็นไข้มาลาเรียกลับมาแพร่ระบาดอย่างรุนแรงในท้องที่ชายแดน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด

สถานการณ์การระบาดครั้งนี้นับว่าควบคุมได้ยากมาก เพราะตอนนั้นทางฝั่งกัมพูชาเกิดการแพร่เชื้อชนิดที่ควบคุมไม่ได้ ครั้นมามองดูฝั่งไทย แม้การสาธารณสุขจะดีกว่า ควบคุมได้เข้มแข็งกว่า แต่ก็พบว่าปริมาณผู้ป่วยมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลายเป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยมาลาเรียมากที่สุดในช่วงนั้น จนส่งผลให้เชื้อมาลาเรียดื้อต่อยาเมโฟลควิน ซัลฟาด็อกซิน ไพริเมธามีน ซึ่งตรวจพบครั้งแรกที่อำเภอบ่อไร่นี้ จากนั้นแพร่

ในอดีต มีการตรวจหาเชื้อมาลาเรียในป่า จนท.ต้องถือปืนป้องกันภัยร้ายจากสัตว์ป่าและผู้ก่อการร้าย

กระจายอย่างรวดเร็วไปยัง จันทบุรี สระแก้ว และตาก ทำให้ต้องมีการนำยาชนิดใหม่มาใช้แทน คือ ยาอนุพันธุ์อาร์ติมิซินินมาใช้ผสมกับยาเมโฟลควิน (Mefloquine) ซึ่งใช้แล้วได้ผลดีมาก

“พอคนแห่เข้ามาขุดพลอย เกิดมาลาเรียระบาดจากหมื่นราย เป็นหกหมื่นรายต่อปีในจังหวัดตราด ภายในเดือนตุลาคมปี ๒๕๓๑ กราฟพุ่งพรวด ระบาดอยู่ประมาณ ๒ ปี ตอนนั้นยังไม่มีการตรวจเลือดที่ไม่ต้องใช้กล้อง คือต้องใช้กล้องหมด ต้องมานั่งดักคนที่ชายแดน ในขณะเดียวกันก็แก้ปัญหาเรื่องดื้อยาเมโฟลควิน ภายในสองปีดื้อยา ตอนแรกฝรั่งไม่เชื่อเขาคิดว่าติดเชื้อใหม่มากกว่า ก็เลยทำวิจัยพิสูจน์ก็พาไปดูที่ชายแดน เอาคนมาให้กินยาแล้วเอาเชื้อไปตรวจเลยเอาซิงเฮาซูมาตอนนี้ แต่ก็จะให้วันละกี่มื้อยังไม่รู้ ก็เลยให้ TROPMED (คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล) ไปวิจัยมา พอวิจัยเสร็จคือต้องกินสามมื้อ ช่วงนั้นต้องแก้ปัญหาระบาด เราเป็นประเทศแรกในโลกที่เจอว่า เมโฟลควินดื้อ ตอนนั้นยาเมโฟลควินต้องใช้เพิ่มจากสามเม็ดเป็น

ห้าเม็ด ถอดฟานสิดาร์ (Fansidar) ออก เพราะดื้ออยู่ก่อนแล้ว เมโฟลควินเดี่ยว เปิดทางให้ Artesunate (อนุพันธุ์ของ อาร์ติมิซินิน) เข้ามาแทนในปี ๒๕๓๘ แต่ก่อนหน้านี้วิจัยกันหลายขั้นตอนมาก Artesunate ก็ดื้ออีก หลังจาก Artesunate ก็ยังไม่มียาตัวอื่น” แพทย์หญิงกรองทอง ผู้เชี่ยวชาญมาลาเรีย กล่าว

สถานการณ์การระบาดที่รุนแรงเช่นนี้ ทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อต้องมีนโยบายเชิงรุกขึ้นมา โดยจัดทำโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราดขึ้นเพื่อควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน และเริ่มมีการใช้สารเคมีชุบมุ้ง เปล เสื้อ กางเกง ผ้าห่ม และหมวกให้แก่ชาวบ้านที่ไปขุดพลอยบนภูเขาในกัมพูชา

การแห่กันไปแสวงโชคจนเป็นสาเหตุให้เกิดไข้มาลาเรียระบาดครั้งนี้กลายเป็นเรื่องพูดจากันทั่วว่า คนที่ข้ามไปแสวงโชคฝั่งกัมพูชา โชคดีน้อยก็จะได้พลอยก้อนเล็ก โชคดีมากก็จะได้พลอยก้อนใหญ่ แต่ที่เหมือนกัน คือ ทุกคนจะได้รับเชื้อมาลาเรียกลับมา เป็นการได้ไม่คุ้มเสียของประเทศเสียจริง ๆ

ฉากชีวิต
เจ้าหน้าที่มาลาเรียภาคสนาม

การระบาดใหญ่สองสามครั้งที่เกิดขึ้นราว ๑๐ ปี นับจากยุคพนมเปญแตกจนถึงยุคแห่ขุดพลอยในกัมพูชา ล้วนมีสาเหตุหลักมาจากการเคลื่อนย้ายของผู้คน นำเชื้อไข้มาลาเรียมาติดต่อกันจนระบาดมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก มากเสียจนเชื้อไข้นั้นดื้อยา จนเกือบควบคุมกันไม่อยู่ ต้องปรับกลยุทธ์อย่างเร่งด่วน เปลี่ยนเอายาชนิดใหม่ไปปราบไข้มาลาเรียกันแทบไม่ทัน หากลองนึกภาพคนทำงานที่เป็นหน่วยกล้าตายไปสู้รบปรบมือกับไข้มาลาเรียในช่วงเวลานั้น

>> หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกตรวจรักษาประชาชนในโครงการกำจัดมาลาเรีย

ศาลาประชาคม
หน่วยแพทย์มาลาเรีย
โครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่เดินทาง
ไปพบชาวบ้านทางเรือ

ทุกระดับชั้นที่สังกัดอยู่ในกองมาลาเรีย ศูนย์มาลาเรีย หน่วยมาลาเรีย และส่วนมาลาเรีย จำนวน ๓๔๑ หน่วยงาน ที่อยู่กระจัดกระจายอยู่ทั่วประเทศไทย คนเหล่านี้ต้องเหน็ดเหนื่อยกันแค่ไหน ต่อการทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากๆ ในถิ่นทุรกันดาร ด้วยกำลังพลที่ไม่มากนัก

"ทุกคนได้ทุ่มเทชีวิตทั้งแรงกายและแรงใจให้กับงานมาลาเรียอันเป็นที่รักของพวกเราทุกคน ทั้ง ๆ ที่พวกเราอยู่ในสภาพเศรษฐกิจที่ย่ำแย่ ไม่ค่อยพอกินพอใช้ บุตรและธิดาไม่มีโอกาสที่จะร่ำเรียนเท่าที่ควร บ้างก็ต้องออกปฏิบัติงานในสนาม ทำให้ห่างเหินต่อครอบครัว จำเป็นต้องเก็บซ่อนสภาพจิตใจที่ปวดร้าวไว้ มุ่งแต่ทำงานเพื่อหยุดยั้งไข้มาลาเรีย บางครั้งก็แอบภูมิใจในตนเอง เราเป็นคนหนึ่งที่ทำงานใกล้ชิด

กับประชาชน และปราบไข้มาลาเรียลดน้อยลงหลายพื้นที่แล้ว และยิ่งปวดร้าวลึกเข้าไปในทรวง เมื่อจำต้องโยกย้ายไปปฏิบัติงานในท้องที่อื่น ทิ้งลูกทิ้งเมียไว้ตามลำพัง เพราะตัวเองแท้ ๆ ที่ทำให้ไข้มาลาเรียหมดไป จึงต้องพลัดพรากจากลูกเมียไปอยู่ ณ แดนไกล ทำให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายในครอบครัวต้องสูงขึ้น ทั้ง ๆ ที่ได้รับเงินเดือนในแต่ละเดือนเพียงน้อยนิด เมื่อผู้บังคับบัญชาสั่งก็ต้องไปตามบทบาทหน้าที่ของตัวเอง ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานมาลาเรียทุกระดับ เห็นอกเห็นใจและเห็นความสำคัญเจ้าหน้าที่มาลาเรียเป็นอย่างมาก คิดอยู่ตลอดเวลาว่าจะมีส่วนช่วยเหลือเกื้อกูลกันได้อย่างไร”

นั่นคือ สิ่งที่อยู่ในใจของผู้ปฏิบัติงานมาลาเรียในภาคสนาม ต้องการป่าวร้องให้สังคมภายนอกได้รับรู้ถึงสภาพชีวิตที่บางครั้งชวนหดหู่ พวกเขาไม่ใคร่มีโอกาสมาบอกกล่าว แสดงตัวให้คนภายนอกได้รับรู้ด้วยตัวเอง ได้แต่หวังว่าสักวันหนึ่งจะได้รับความเห็นอกเห็นใจ กระทั่งมีผู้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือโอบอุ้ม โดยเฉพาะกับเจ้าหน้าที่มาลาเรียภาคสนามในระดับล่าง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพียง “ลูกจ้าง” ชีวิตไม่ได้มั่นคงเป็นหลักเป็นฐานอย่างข้าราชการ ไม่ต่างจากฝุ่นละอองที่อาจจะหยุดแน่นิ่งทิ้งตัวลงที่ใดที่หนึ่งเพียงชั่วครั้งชั่วคราว พอมีสายลมพัดผ่าน ก็ล่องลอยไปในอากาศ จะไปหยุดอยู่ที่ไหนนั้น ยากจะคาดเดา พวกเขาได้แต่บากบั่นทำงานไม่รู้จักเหน็ดจักเหนื่อยเพื่อให้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ มีชีวิตที่ดีขึ้น แต่น้อยคนนักที่จะโชคดีเช่นนั้น นอกจากตัวเองและครอบครัวแล้ว มีแต่คนที่เคยร่วมงาน ผ่านประสบการณ์วิบากโชกโชนมาด้วยกันเท่านั้น ที่จะรู้เห็นชีวิตที่ยากลำบากของพวกเขา

คุณสำราญ รัตนพันธ์ อดีตหัวหน้าส่วนมาลาเรีย อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ถ่ายทอดชีวิตที่น่าเวทนาของลูกจ้างมาลาเรียให้สังคมได้รับรู้ ผ่านบทความชื่อ มาเลเรียลอยแพ ในวารสารมาเลเรีย ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๓ ประจำเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.๒๕๑๖ วอนขอความเห็นใจต่อรัฐบาล ดังในเนื้อความต่อไปนี้

๑. เจ้าหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ค้นหาผู้ป่วย
๒. มาลาเรียภาคสนาม

"เมื่อผมย้ายมารับหน้าที่ส่วนมาลาเรียที่อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งนั้น ผมนับๆ ดูมีพนักงานในส่วนทั้งหมด ๒๑ คน ผู้ช่วยหัวหน้าส่วน ๑ พนักงานสอบสวนไข้ ๑ หัวหน้าหมู่เยี่ยมไข้ ๓ พนักงานเยี่ยมบ้าน ๙ หัวหน้าทีมพิเศษ ๑ หัวหน้าหมู่พ่นซ่อม ๑ พนักงานพ่นเคมี ๔ คนขับรถ ๑ สังเกตดูแต่ละคน เห็นคนทำงานคึกคักเข้มแข็ง ลองถามดูทำไมทำงานเข็มแข็ง เขาตอบว่าอยากไปเรียนต่อ

ใช่แล้วซี พนักงานเหล่านี้เป็นแต่เพียงลูกจ้างชั่วคราว สิ้นปีทางโครงการฯ จะวิ่งเต้นขอโควต้าส่งไปเรียนพนักงานอนามัย จนออกมาเป็นข้าราชการอันเป็นที่หวัง แต่ปีหนึ่งๆ ส่งแค่สามสิบ สี่สิบ ต่อจำนวนลูกจ้างเป็นพันเป็นหมื่น ที่ทนหวังได้ก็หวังไป ที่ทนไม่ได้ก็หนีไปหางานอื่นทำ โครงการกำจัดไข้มาลาเรียจึงเป็นเสมือนศาลาพักร้อน มีคนเทียวเข้าเทียวออกมากที่สุด เหนื่อยมาก็พักพิง ฉ่ำเย็นแล้วก็จากไป

เมื่อไม่นานมานี้ พนักงานมาลาเรียระดับลูกจ้างทั้งหลายต่างชอกช้ำระกำใจไปตาม ๆ กัน เพราะทำงานดี ปราบไข้

มาลาเรียหมด รัฐบาลท่านไม่จ้างไว้ให้เปลืองเงิน ถูกปลดปล่อยลอยแพไป เปรียบเหมือนสุนัขไล่เนื้อ พอฟันฟางหักก็โดนเจ้าของทิ้งขว้างให้หิวโหยผอมโซ จนต้องตายไป

มีใครคิดบ้างไหมหนอ ! เขาเหล่านั้นทำงานระดับชาติ มีหน้าที่ขจัดมาลาเรียโรคร้ายให้สูญหายไปจากผืนแผ่นดินไทย บุกบั่นเยี่ยมเยียนพี่ป้าน้าอาทุกหลังคาเรือน ออกท้องที่ตั้งแต่วันที่ ๕ ถึงวันที่ ๒๙ ของทุกเดือนโดยไม่มีเบี้ยเลี้ยง บุกป่าฝ่าดง ขึ้นเขาลงห้วยเสี่ยงชีวิตในท้องที่ผู้ก่อการร้าย เป็น “หมอ” ของคนยาก เป็นผู้นำเอาความปรารถนาดีของรัฐบาล ไปมอบให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดาร โดยที่ไม่มีใครทำได้จริง ๆ เหมือนพวกเขา เมื่อถึงคราวต้องออกตามวาระ เขาก็ร้องเรียนมายังโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ ผู้เปรียบเสมือนบิดามารดา หากจะขับไล่ไสส่งจริงก็ขอเงินติดก้นถุงบ้างสักหนึ่งหรือสองเท่าของเงินเดือนเพื่อไปทำทุนในการตั้งต้นชีวิตใหม่ โครงการฯ ก็เอาแต่กลอกหน้า ทำยังไงได้เล่าลูกเอ๋ยเรามันจน หยิบยืมใครเขาก็ไม่ให้ ทนเอาเถิดเราเกิดมามีกรรม”

นั่นคือความในใจที่ชาวมาลาเรียภาคสนามผู้หนึ่งได้ระบายความน้อยเนื้อต่ำใจแทนเพื่อนพ้องร่วมชะตากรรมอยู่ ณ แถวหน้าในแนวรบกับไข้ร้ายแรง ประหนึ่งเรียกร้องให้ผู้คนในประเทศนี้หันมาใส่ใจดูแลคนทำงานมาลาเรียภาคสนาม ผู้เป็นฮีโร่ตัวจริงที่โลกลืมเหล่านั้น คุณสำราญ รัตนพันธ์ เขียนเล่าเรื่องของ “สุรพล เชื้อใหญ่” ลูกจ้างมาลาเรีย ผู้หนึ่งที่ชีวิตประสบเคราะห์กรรมอย่างหนักหน่วง หลังถูกเลิกโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย เลิกจ้างตามกำหนดวาระ ชีวิตของเขาเป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของชีวิตลูกจ้างมาลาเรียอีกหลาย ๆ คน

คุณสำราญ รัตนพันธ์
อดีตหัวหน้าส่วนมาลาเรีย

คุณสำราญ เล่าว่า ในขณะที่ท่านย้ายไปเป็นหัวหน้าส่วนที่โพนทองนั้น สุรพล เป็นหัวหน้าหมู่เยี่ยมคนไข้ เงินเดือน ๗๒๐ บาท สุรพลคุยโอ่กับท่านว่า เขาเป็นมาลาเรียรุ่นแรก เมื่อสมัยที่ยังเรียกว่า “พนักงานจับยุง” บ้านเดิมของสุรพลอยู่ที่นครพนม เป็นคนกำพร้าพ่อแม่ตั้งแต่ยังเล็ก มีแค่น้องชายคนเดียว มารักสาวชอบสาวที่โพนทอง จะขอลูกสาวเขาแต่งงาน ก็ไม่มีพ่อแม่มาเป็นผู้ใหญ่สู่ขอ ได้แต่แอ่นอกรับให้คำมั่นสัญญากับพ่อตากันตรงๆ ว่า จะเลี้ยงดูอย่างดี หากทิ้งขว้าง ขอให้พ่อตาเอาปืนยิงที่หน้าอกเขา สุดท้ายก็ได้แต่งงานอยู่กินกับเมียชาวบ้านโพนทอง อยู่กินกันหกปีให้หลัง สุรพลกับเมียก็ยังไม่มีทายาทให้เชยชม ส่วนเรื่องการทำหน้าที่สุรพลทำหน้าที่ได้ดีพอสมควร

“หัว หน้า หัว หน้า จา ลงโทษ ผม อย่าง ราย ก็ ลงเถิด แต่ อย่า ล่าย ผม ออก ผม ไม่ มี พ่อ ม่าย มี แม่ เมียจน ม่าย มี ม-รา ดก ชีวิต ผม โสตาย กับ งาน มา ลา เรีย” สุรพล พูดวิงวอนด้วยเสียงอ้อแอ้กลางวงเหล้าที่บ้านเขา ในวันแรกที่คุณหมอสำราญเข้ามาทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหน่วยมาลาเรียที่อำเภอโพนทอง แห่งนั้น

เมื่อปี ๒๕๑๓ สุรพลก็โดนย้ายไปหน่วยสกลนคร เพราะส่วน ฯ ของผมถูกลดอัตรากำลัง แม้จะจากกันไกลสุรพลก็ไม่ขาดไมตรี อุตส่าห์ จ.ม. มาคุยกับผมสองสามฉบับ ส่วนมากเล่าถึงการปฏิบัติงานว่า อยู่ส่วน ฯ ใหม่ ลำบาก จ้าวนายดุเหลือหลาย ออกท้องที่ก็เจอผู้ก่อการร้าย แต่เดชะบุญ ตัวแกเองแคล้วคลาด ทั้งๆ ที่เจอกันจริงๆ ก็หลายครั้ง จ.ม. ฉบับสุดท้ายสุรพลบรรจงเขียนว่า ที่พาภริยาไปขอลูกกับพระ

ธาตุพนมนั้นไม่สูญเปล่า ภริยาตั้งครรภ์และคลอดบุตรเป็นหญิง แกบอกชื่อลูกจริงๆ มาด้วย แต่ผมจำไม่ได้ จำได้แต่ชื่อเล่นว่า อีแขก

ปลายปี ๒๕๑๔ จู่ๆ สุรพลก็หิ้วกระเป๋าหนังเก่าๆ มาหาผมที่สำนักงาน

'ผมออกงานแล้ว' แกบอก

'ออกทำไม !'

'ออกตามวาระ โครงการฯ ไม่มีเงินจ้าง' แกโอดครวญ 'โครงการฯ ใจดำ ไม่สงสารพวกเราเลย'

ผมชี้แจงแกว่า 'โครงการฯ เห็นใจพวกเราเสมอ ช่วยเหลือให้เราได้สอบไปเรียนอนามัย พยายามวิ่งเต้นช่วยเหลือในด้านสวัสดิการต่างๆ แต่ก็ช่วยได้น้อย ที่ช่วยไม่ได้ก็จำต้องลอยแพ'

คืนนั้น เรานอนด้วยกัน สุรพลบอกว่าจะลงไปกรุงเทพฯ หางานทำ ให้ภริยาและลูกน้อยอยู่บ้านนอกกับพ่อตา ได้งานทำเสียก่อนถึงจะขึ้นมารับภริยาและลูก รุ่งเช้าแกก็จากไป

วันเวลาล่วงเลยมาอีก ย่างเข้าเดือนมิถุนายน ๒๕๑๕ ขณะที่ฟ้าดินภาคอิสาณกำลังแห้ง สุรพลก็อุ้มเด็กหญิงเล็กๆ ฝ่าเปลวแดดมาหาผมที่สำนักงาน

'หวัดดีหัวหน้าเสียซีลูก' แกบอกลูกสาว แม่หนูน้อยยกมือป้อแป้ขึ้นไหว้ผม'

'อีแขกใช่ไหม !'

สุรพลพยักหน้า

ผมรับอีแขกมาอุ้ม ผอมพุงโรก้นปอดแต่ในตาคมซึ้งเหมือนสาวแขก

‘บุญเลี้ยงไปไหนเสียล่ะ’ ผมถามหมายถึงแม่ของเด็ก

สุรพลทำตาแดงๆ พูดแผ่ว ‘แกมาไม่ได้หรอก’

ผมสงสัย สุรพลจึงเล่า ‘บุญแกน้อย มาด่วนตายเสียก่อนทั้งๆ กำลังตกยาก’

‘บุญเลี้ยงตาย !’

‘ครับ ก็โรคเก่าน่ะแหละ เจ็บ ป่วย และตายไป โดยไม่เห็นหน้าผัว’

‘โธ่...ทำไมคุณไม่พาแกไปโรงพยาบาล’

สุรพลเช็ดน้ำตาก่อนว่า ‘ตอนนั้นผมอยู่กรุงเทพฯ ชาวบ้านจะโทรเลขไปบอกก็ไม่รู้ที่อยู่ ผมอยู่ไม่เป็นที่ ไปปั่นสามล้อเมืองชลฯ ก็โดนจับ ไปเป็นกุลีก่อสร้างก็โดนถังคอนกรีตหล่นทับเท้าบาดเจ็บ ไปพึ่งกรมประชาสงเคราะห์เขาก็บอกอายุเกิน จำต้องเดินหางานทำ กินข้าววัด นอนบ้านเพื่อนแห่งละคืนสองคืน กว่าชาวบ้านจะลงไปตามพบก็สายเสียแล้ว’

ผมเพลียลงไปถนัด เอาแต่ถามสุรพลว่า ‘แล้วนี่คุณจะไปยังไงมายังไงเล่าเพื่อนเอ๋ย’

สุรพลว่า ‘ผมจะลงไปหางานทำที่กรุงเทพฯ อีก”

‘คุณจะหอบลูกไปยังไง ค่ำลงจะนอนไหน ทำไมไม่ฝากไว้บ้านพ่อตา มีงานเป็นหลักแหล่งก่อนค่อยขึ้นมารับแก’

สุรพลไม่ฟัง กล่าวหนักแน่นว่า ‘ผมทิ้งให้แม่มันตายคนเดียวไปแล้วผมจะไม่ทิ้งลูกให้ตายอีกเป็นซ้ำสอง ลูก...คือสมบัติสิ่งเดียวที่ผมเหลืออยู่ ถึงจะชูกะลาขอข้าวเลี้ยงมัน ผมก็จะขอ’

คุณครับ... หากคุณเห็นเขาชายวัยกลางคนผู้หนึ่ง เสื้อผ้า

๑. พนักงานเยี่ยมบ้านในเครื่องแบบ
๒. งานอาสาสมัคร
๓. การเจาะโลหิตชาวเขมร ที่ลี้ภัยเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย ที่อพยพเข้ามา หมู่ที่ ๙ ต.โป่งน้ำร้อน จันทบุรี

ดำมอมแมม หนวดเครารุงรังกำลังอุ้มลูกน้อยเที่ยวกะเร่อกะร่าหางานทำ ขอได้โปรดให้งานที่เป็นหลักแหล่งแก่เขาด้วยเถิด

เขาคือ สุรพล ผู้ตกยาก

พนักงานมาเลเรีย ที่ถูกลอยแพ”

บทความเรื่อง “มาเลเรียลอยแพ” จบลงด้วยภาพสิ้นเนื้อประดาตัว น่าสังเวชใจ ภายหลังสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างในโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ของ “สุรพล เชื้อใหญ่” อดีตคนทำงานมาลาเรียตัวเล็ก ๆ คนหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังสุขภาพที่ดีปลอดภัยจากไข้มาลาเรียของคนไทยนับไม่ถ้วน

แน่นอนว่า “สุรพล เชื้อใหญ่” ไม่ใช่ลูกจ้างผู้ถูกทอดทิ้งลอยแพเพียงคนเดียว เขาเป็นเพียงตัวอย่างที่มีตัวตน

๑ ตั้งกล้องให้ดูเชื้อมาลาเรียและยุงนำเชื้อชนิดต่างๆ ในระหว่างหยุดพักการอบรม

อยู่จริงของลูกจ้างอีกหลายๆ คนที่ประสบเคราะห์กรรมคล้ายคลึงกัน กระจัดกระจายไปในหลายพื้นที่ที่มีคนทำงานมาลาเรียภาคสนามปฏิบัติงานอยู่ด้วยความทุ่มเท

เคราะห์ดีที่เรื่องราวความเสียสละของคนทำงานมาลาเรียอย่างพวกเขา ไม่ได้เลือนหายไปตามกาลเวลายาวนานเกินไป ปัญหาความขัดสนของพวกเขายังมีผู้หลักผู้ใหญ่ผู้มีเมตตาคอยเฝ้ามอง คอยหาทางบรรเทาทุกข์ให้

มูลนิธิสุรินทร์ พินิจพงศ์
มือที่ยื่นมาประคองชีวิตคนมาลาเรีย

นายแพทย์สุรินทร์ พินิจพงศ์ อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ

ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ประจำ ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นายแพทย์สุรินทร์ พินิจพงศ์ อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และเคยเป็นอดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย ระหว่างปี พ.ศ.๒๕๒๒-๒๕๒๙ ผู้ซึ่งร่วมปฏิบัติงานกับเจ้าหน้าที่ที่ออกไปปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ อยู่เสมอ ได้รับรู้และเข้าใจความยากลำบากของคนทำงานในภาคสนามมาตลอดชีวิตการทำงานของท่าน จึงพยายามคิดหาทางช่วยเหลือเจ้าหน้าที่มาลาเรียในระดับสนามซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างประจำ ที่มักเดือดร้อนเรื่องค่าครองชีพไม่เพียงพอ ในขณะที่ภาระหน้าที่ที่ได้รับนั้นแสนหนักหน่วงทั้งกายและใจ ต้องนำพาตัวเองไปเสี่ยงภัยในดินแดนทุรกันดารห่างไกลบ้านเมือง เสมือนทหารไปออกรบในแนวหน้าเผชิญกับข้าศึกอย่างยุงร้ายและไข้มาลาเรีย

ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ประจำ ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เล่าถึงประสบการณ์ที่นายแพทย์สุรินทร์ได้พบเห็นภาพความลำบากและการเสี่ยงภัยในพื้นที่ทำงาน ซึ่งบางพื้นที่ยังเป็นพื้นที่สีแดงมีคอมมิวนิสต์ พคท.อาศัยปฏิบัติการอยู่

“ผมอ่านจากประสบการณ์ของคุณหมอสุรินทร์ท่านเล่าให้ฟังว่า ต้องนอนคอกวัวต้องระมัดระวังอย่าให้เราไปเป็นส่วนหนึ่งของความขัดแย้ง เพราะเราไปในฐานะทริปมาลาเรีย เราเป็นเขตปลดปล่อย ซึ่งคุณเป็นเขตปลดปล่อย แล้วคุณไปทำมาลาเรียซึ่งถ้าพูดถึงแล้วมันก็เสี่ยงนะ ตอนแรกไปนอนคอกวัว ฝนตกแล้วก็ซื้อไก่ย่างใส่ถุงไป สมัยก่อนถุงไม่มีถุงพลาสติกนะครับ มันเป็น

ถุงกระดาษและฝนมันตก ลูกหาบถือถุง กลางคืนมีของกินแน่ เอาถุงมาดู มีแต่ขอบถุงบน ข้างล่างคือไก่ย่าง ก้นถุงหายไปหมดแล้ว ปรากฏว่าไม่มีอะไรกิน ลุงที่เฝ้าคอกวัวต้องหุงข้าวเหนียวให้กิน นี่คือความยากลำบากของคนมาลาเรียรุ่นบุกเบิก ที่เข้าไปสืบสวนโรค ไปจับยุง ผมเรียกว่าเป็นนักจับยุง ต้องนุ่งกางเกงขาสั้น ถ้าไม่นุ่งกางเกงขาสั้นต้องถลกขากางเกงเพื่อให้ยุงมาหาและให้ยุงกัด ดูความถี่ เป็นชีวิตที่ผมเองจินตนาการไม่ถึง ไม่ใช่แพ้ยุงนะ แต่ว่าต้องทุ่มเทจริง ๆ คนถึงจะไปทำอย่างนั้นได้ ทำให้เราเห็นว่าในยุคหนึ่งการสาธารณสุขไทย มันมีคนที่เขาทุ่มเทและเสียสละอย่างนี้ ลงไปทำงานกับชาวบ้าน เห็นค่าชีวิตของชาวบ้านอย่างมากที่อยู่ห่างไกล เราอาจจะจินตนาการไม่ถึง มันมีขบวนช้างในการพ่นสารดีดีทีด้วยนะครับ”

เช่นเดียวกับนายแพทย์จีรพัฒน์ที่ตอกย้ำถึงการปฏิบัติงานมาลาเรียภาคสนามในทุกยุคทุกสมัยที่ผ่านมาว่าเต็มไปด้วยความเสียสละ พร้อมทำงานทุกอย่างไม่เว้นแม้กระทั่งงานฉายหนังประชาสัมพันธ์ให้ความรู้สุขศึกษาแก่ประชาชน ไปจนถึงงานหนัก ๆ อย่างงานฉีดพ่นสารเคมีไม่ต่างจากผู้ปิดทองหลังพระ

“โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย เรามีหนังนะ หนังจริง ๆ ๑๖ มม. ๑๕ มม. เอาไปฉายเพื่อเป็นหนังกลางแปลง เรียกคนที่อยู่ในป่าให้ออกมา และฉายไปสักครึ่งเรื่องหรือจบม้วน เราก็ให้สุขศึกษาทีหนึ่ง และเรามีหนังเป็นของตัวเอง ผมจำได้ผมมาทำงานใหม่ๆ หนังเป็นม้วนๆ เยอะ...

“มาลาเรียเนี่ยต้องทำทุกอย่างนะ จับยุงมาก็ต้องมาผ่า ต้องเจาะเลือดเป็น ขับรถเป็น ขับรถกลางคืนหลงเข้าพม่า กล้องเสียอุปกรณ์ไม่ทำงานต้องซ่อมได้ ต้องทำเป็น ไปถึงทุกที่ ห่างไกลแค่ไหนก็ต้องไป อย่างที่บอกจริง ๆ เรามีหนังอย่างนี้ด้วยนะ เหมือนหนังกลางแปลง เพราะฉะนั้น

ผมเห็นภาพพวกนี้แล้ว ทุกครั้งผมจะนึกถึงภาพอันนี้คือ พวกมาลาเรียมันสารพัดจะต้องทำ ทำโดยปิดทองหลังพระคือ ไปทำในป่า ไม่มีใครได้มีโอกาสเห็น ยกเว้นว่าเมื่อไหร่ผู้ใหญ่ไปจะได้เห็นเหมือนอย่างภาพที่เราได้เห็นผ่านตา ผมขออนุญาตสดุดีนะครับว่าที่เราทำผ่านมา คิดว่าเป็นงานที่ทำให้เกิดประโยชน์กับประเทศชาติมาก ด้วยความเสียสละ และสิ่งเหล่านี้ควรจะถูกบันทึกไว้เป็นหลักฐานเชิงประวัติศาสตร์ของพวกเรา”

กระทั่งจวนเวลาที่นายแพทย์สุรินทร์ท่านใกล้เกษียณอายุราชการในปี พ.ศ.๒๕๓๕ ผู้บังคับบัญชาระดับล่างหลายๆ คนที่เคยรับฟังความคิดของท่านมาโดยตลอด จึงคิดริเริ่มการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่มาลาเรียในภาคสนาม รวบรวมเงินบริจาคเป็นกองทุนและจัดตั้งเป็นมูลนิธิ เพื่อมอบเป็นของขวัญแก่นายแพทย์สุรินทร์ ในโอกาสที่ท่านจะเกษียณไปด้วย โดยให้เกียรตินำชื่อของท่านมาตั้งเป็นชื่อมูลนิธิ ตั้งแต่นั้นมาจึงได้เกิด “มูลนิธิสุรินทร์ พินิจพงศ์” ขึ้นมา ในปี พ.ศ.๒๕๓๔ ตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจแก่เจ้าหน้าที่มาลาเรียภาคสนามให้สามารถเลี้ยงดูตัวเองได้ ไม่อัตคัดขัดสน ให้พวกเขาสามารถปฏิบัติงานปราบปรามมาลาเรียให้ลดลงได้ ในขณะที่พวกเขาเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมั่นคงด้วยเช่นกัน

ดื้อยา ปัญหาใหญ่ของการรักษา

การดื้อยาของไข้มาลาเรียที่เกิดขึ้นในยุคแห่ขุดพลอยที่กัมพูชา ไม่ใช่ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย ตลอดเวลาของการรักษามาลาเรีย มีการดื้อยาต่อมาอีกหลาย ๆ ครั้ง เป็นเรื่องท้าทายทีมแพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขของไทยที่ต้องคอยแก้ปัญหาให้ได้

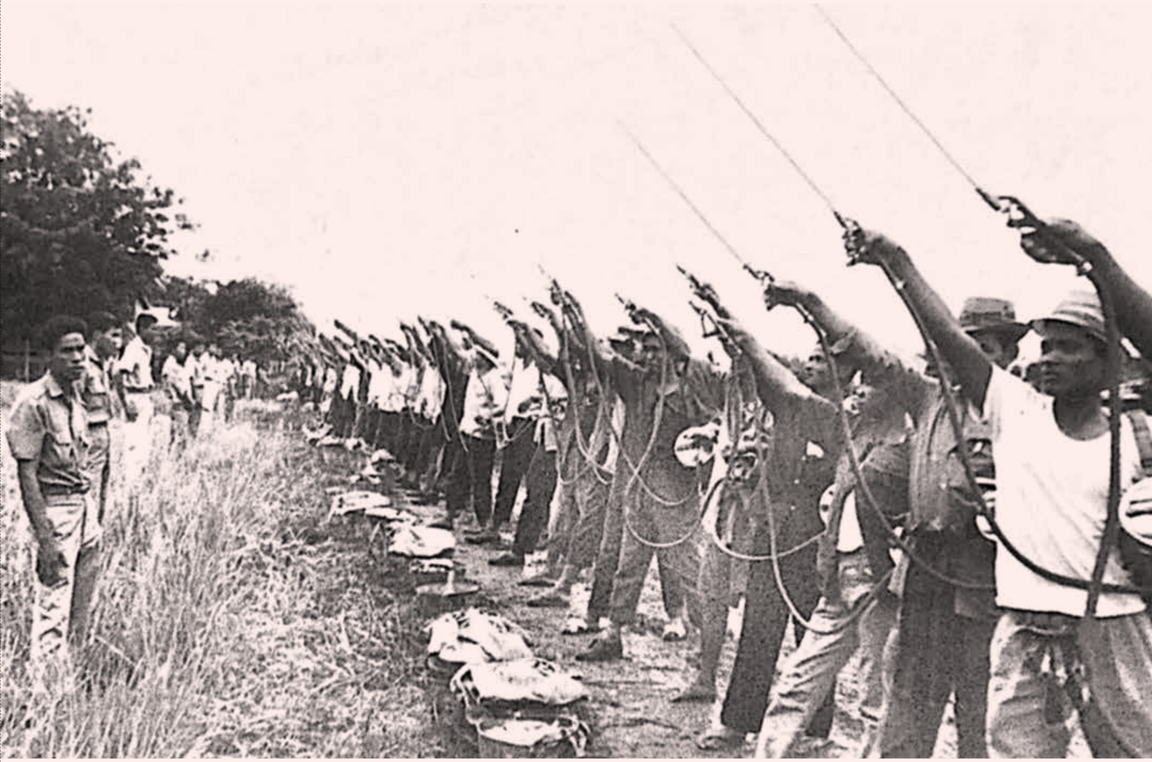
หลังจากรัฐบาลไทยปรับเปลี่ยนนโยบายตาม WHO เป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย เมื่อ พ.ศ.๒๕๐๑ ไม่นานหลังจากนั้นประเทศไทยต้องเจอปัญหาการดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ คณะอายุรศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานว่า พบการดื้อยาคลอโรควินของเชื้อมาลาเรียฟัลซิปารัมในหลาย ๆ ท้องที่ และ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงคุณหญิงตระหนักจิต หะริณสุต รายงานอย่างเป็นทางการว่ามีการพบการดื้อยาคลอโรควินเป็นครั้งแรก โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อฟัลซิปารัมที่รักษาด้วยยาคลอโรควินไม่หาย แต่โครงการกำจัดไข้มาลาเรียก็ยังคงดำเนินการรักษาผู้ป่วยตามกระบวนการที่วางไว้ต่อไป โดยให้มีทั้งการรักษาขั้นต้น และการรักษาขั้นหายขาด สำหรับการรักษาขั้นต้น ให้มีการเจาะเลือดและจ่ายยารักษาแก่ผู้ที่มีอาการไข้ มีประวัติเป็นไข้ และผู้ที่มาจากที่อื่นนอกท้องที่นั้น ๆ ได้แก่ ยาคลอโรควิน และยาไพริเมธามีน โดยให้กินยาพร้อมกันครั้งเดียว ต่อมาถึงเปลี่ยนให้แบ่งกินยาเป็น ๒ ครั้ง ห่างกัน ๔-๖ ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดหัวและคลื่นไส้อาเจียน

ส่วนการรักษาขั้นหายขาด (Radical treatment) ให้แก่คนที่อาศัยอยู่ในท้องที่งดพ่นเคมีชนิดออกฤทธิ์ตกค้าง และจัดอยู่ในแผนงานท้องที่กวาดล้างไข้มาลาเรีย ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลทุกแห่ง ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตนิคมสร้างตนเองต่าง ๆ โดยให้ยาแก่ผู้ป่วยไข้มาลาเรียทุกชนิดเชื้อเป็นยาคลอโรควิน ๑๕๐๐ มก. (๑๐ เม็ด) จ่ายให้หมดภายใน ๓ วัน โดยจ่ายให้ ๔ เม็ดมื้อแรก มื้อที่สองเย็นวันนั้น ๒ เม็ด วันที่ ๒ และ ๓ วันละ ๒ เม็ด และให้ไพรมาควิน ๑๕ มก. ๑ เม็ด วันละครั้ง นาน ๕ วัน

ในขณะที่การรักษาผู้ป่วยมาลาเรียตามโรงพยาบาล ให้ใช้ยาคลอโรควิน เช่นเดียวกัน นอกจากนี้มีบางรายรักษาด้วยยาอะโมไดอาควินในขนาด ๑๔๐๐ มก. แบ่งให้กินภายใน ๓ วัน หรือควินินชนิดรับประทาน หรืออะเตบรินหรือยาเมปาคริน ในรายผู้ป่วยหนัก อาจใช้ควินินฉีดเข้าเส้น หรือผสมน้ำเกลือหยดเข้าเส้นเลือด บางรายฉีดคลอโรควินเข้ากล้ามเนื้อ

นับตั้งแต่ที่มีการรายงานผู้ป่วยฟัลซิปารัมดื้อต่อยาคลอโรควินที่โรงพยาบาลอายุรศาสตร์เขตร้อนมหาวิทยาลัยมหิดล ใน พ.ศ. ๒๕๐๕ คาดว่า เชื้อฟัลซิปารัมที่ดื้อยาคลอโรควินนั้นยังแพร่กระจายต่อไปโดยไม่มีการเฝ้าระวังแต่อย่างใด คงมีเพียงรายงานอย่างไม่เป็นทางการนักเช่นเมื่อปี พ.ศ.๒๔๙๓ ก่อนที่จะมีรายงานของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดลนั้น ได้พบข้าราชการกองมาลาเรียผู้หนึ่งที่ทำหน้าที่จับยุง ได้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียฟัลซิปารัม แล้วรักษาด้วยคลอโรควิน ๑ ชุด ยังไม่หายขาดต้องรักษาซ้ำด้วยยาควินิน และใน พ.ศ. ๒๕๑๒ มีบันทึกของเจ้าหน้าที่มาลาเรียที่ตำบลพะตง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลาว่า พบผู้ป่วยที่ได้รับยาคลอโรควิน และไพรมาควิน แล้วไม่หายเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ดีในช่วงแรกนั้นไม่สู้จะมีผู้ใดเชื่อถือว่าเกิดการดื้อยา (Drug Resistance) จริงๆ นัก

ช่วงปี พ.ศ.๒๕๓๔ หลายท้องที่เกิดการดื้อยา Fansimef ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ควบคู่ไปกับการเร่งหายาชนิดใหม่ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ศึกษาพัฒนายารักษาตัวใหม่ขึ้นมา คือ ยา ซิงเฮาซู (Qinghaosu) หรือ ยา Artemisinin ที่สกัดเอามาจากต้นชิงเฮาสมุนไพรจีนมีคุณสมบัติออกฤทธิ์ไวกว่าควินิน ในปีเดียวกัน ได้มีการประชุมผู้อำนวยการกองมาลาเรีย ๔ ประเทศ คือ อินเดีย ภูฏาน บังคลาเทศ และไทย ว่าด้วยการดื้อยาของมาลาเรีย เนื่องจากในขณะนั้น ทุกประเทศในภูมิภาคนี้ต่างประสบปัญหาการดื้อยาจนได้แนวทางการใช้ยาสำหรับปฏิบัติงาน

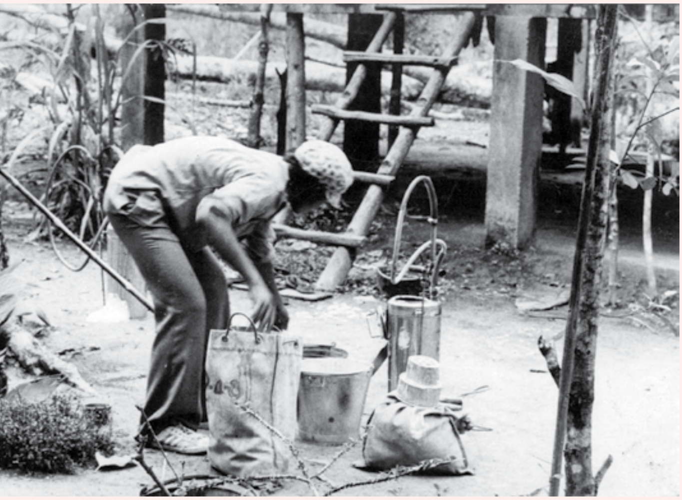


ดีดีที พระเอกในอดีต

แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสารเล่าว่า "มีเรื่องน่าสนใจที่เกี่ยวกับดีดีทีที่เป็นพระเอกในยุคก่อนโครงการกำจัดมาลาเรีย (ก่อน พ.ศ. ๒๕๐๘-๒๕๑๓) ที่น่าบันทึกไว้ กล่าวคือหลังจากปรับกลับมาเป็นโครงการควบคุมมาลาเรียแล้ว การพ่นบ้านและกระท่อมด้วยดีดีทีก็ยังคงดำเนินต่อไป เราเรียกว่าการพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (residual spray) คือมันจะคงมีฤทธิ์อยู่ได้หลายเดือน โดยมีการพ่นเป็นประจำทุกปีในพื้นที่ที่มีการแพร่โรคมาลาเรีย อาจจะ ๑ หรือ ๒ รอบต่อปีแล้วแต่ระดับความเข้มข้นของการแพร่โรค จะทำการพ่นช่วงประมาณก่อนฤดูฝนกับหลังฝน การพ่นก็เลือกพ่นเฉพาะฝาบ้านด้านใน ใต้ถุน ส่วนฝาบ้านด้านนอกก็เฉพาะตอนบนที่ชายคาบ้านบังฝนไว้ได้ เพื่อไม่ให้ฝนชะดีดีทีไปจนตกสู่สิ่งแวดล้อม ส่วนในบ้านต้องพ่นให้ทั่วทุกฝา แม้แต่หลังคาถ้าไม่สูงนักก็ต้องพ่นด้วย ตามทฤษฎีเราหวังว่าเวลายุงเข้ามากัดผู้ป่วยที่มีเชื้อในเลือดแล้วมันจะต้องเกาะพักตามฝาบ้าน ยุงเมื่อสัมผัสดีดีทีก็จะตายเสียก่อนที่เชื้อจะครบวงจร ดังนั้นจำเป็นการตัดวงจรของเชื้อในยุงเสีย

<< เจ้าหน้าที่พ่นยาตามบ้าน
๑. เจ้าหน้าที่พ่นยาตามบ้าน
๒. DDT ใช้ในการเกษตร

สมัยก่อนบ้านในชนบทป่าเขาบางทีก็มีฝาไม่ครบทุกด้านก็ทำให้คุ้มครองไม่เต็มที่ แต่ก็ยังดีกว่าไม่ได้พ่นเพราะพอยุงก้นปล่องมันได้กลิ่นดีดีทีก็จะไม่เข้ามากัดคนในบ้าน สมัยนั้นชาวบ้านให้การต้อนรับและร่วมมือกับหมู่พ่นเคมีดีมากเพราะเห็นประโยชน์ว่าควบคุมโรคได้ชะงัด ภายหลังไข้มาลาเรียลดลงมากบ้านเรือนก็มั่นคงสวยงาม ชาวบ้านก็ไม่ค่อยยอมให้พ่น อ้างว่าทำบ้านสกปรก บางทีรู้ล่วงหน้าว่าเจ้าหน้าที่จะมาพ่นเคมีก็ปิดบ้านหนีเสียก็มี ทางส่วนกลางก็สั่งการไปว่าให้แจ้งกำนันผู้ใหญ่บ้านไปก่อนและเป็นการให้สุขศึกษาเพื่อให้ชาวบ้านร่วมมือ และช่วยเก็บข้าวของมากองรวมไว้กลางบ้านจะได้ไม่เสียเวลาพนักงานพ่นเคมี การณ์กลับเป็นว่าพวกเจ้าหน้าที่ก็บ่นกันใหญ่ว่าแจ้งล่วงหน้าก็ยิ่งปิดบ้านหนีหมดซิครับ อย่างน้อยถ้ามีเจ้าของบ้านอยู่ถึงไม่ยอมให้พ่นทั่วทั้งบ้าน พ่นได้บางส่วน เรียกว่า 'บ้านพ่นไม่ทั่ว' ก็ยังดีกว่าไม่ได้พ่นเลย เรื่องพ่นเคมีบ้านเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่ายของทั้งสองฝ่าย ยิ่งบ้านไหนเลี้ยงหนอนไหม เลี้ยงนก ไก่ชนก็ต้องระวังให้ดี บางทีสัตว์เลี้ยงตายก็ยิ่งทำให้ชาวบ้านบอกต่อๆกันและปฏิเสธมาตรการนี้มากขึ้น ไม่ยอมรับทั้งดีดีทีที่ทำให้ฝาบ้านมีสีขาวเลอะเทอะ และเบื่อเก็บของเวลาเจ้าหน้าที่มาขอพ่นบ้าน บางทีชาวบ้านเป็นคนชรา หรือผู้หญิงอยู่บ้านคนเดียวมีกลุ่มคนแปลกหน้ามาขอเข้าไปพ่นเคมีถึงในห้องนอนก็หวาดกลัว



๑. บางแห่งมีการจ้างพนักงานพ่นหญิงแทนคนพ่นที่เป็นชาย
๒. เจ้าหน้าที่ผสม ดีดีที.ก่อนฉีดพ่นตามบ้านเรือนราษฎร

และปฏิเสธการพ่นก็มี ถ้าเป็นกระท่อมเฝ้าไร่ก็ยอมกันโดยดีจริงๆ เวลาส่วนมาลาเรียจ้างลูกจ้างชั่วคราวเป็นแรงงานไปพ่นดีดีทีก็จ้างคนพื้นที่นั่นแหละ จึงไม่ใช่คนแปลกหน้าอย่างสิ้นเชิง แรงงานเหล่านี้ก็หาได้ไม่ยากเพราะค่าแรงจ้างรายวันใช้อัตราค่าแรงขั้นต่ำของรัฐซึ่งว่ากันว่าจูงใจดีเพราะสูงกว่าที่ชาวบ้านจ้างกันอยู่ และหากเป็นคนเดิมที่เคยจ้างก็ยิ่งดี ก่อนส่งไปพ่นจะต้องทำการฝึกพ่น ฝึกผสมเคมี และให้รู้วิธีการล้างอุปกรณ์และทำลายเคมีที่เหลือให้มีผลกระทบสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด

เรื่องนี้มีเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยมาเล่าคือ หัวหน้าส่วนมาลาเรียบางแห่งก็แก้ปัญหาการปฏิเสธการพ่นโดยจ้างพนักงานพ่นหญิงแทนคนพ่นที่เป็นชาย ก็นับว่าได้ผลดีระดับหนึ่ง ชาวบ้านยอมให้เข้าพ่นบ้านดีกว่าแต่ก่อน แต่หัวหน้าส่วนฯ ต้องเสียเวลาไปช่วยหัวหน้าหมู่พ่นเคมีดูแลคุ้มครองคนพ่นหญิงเวลาไปเดินทำงานในหมู่บ้านจนไม่มีเวลาทำภาระกิจอื่น” พ.ญ. กรองทอง ทิมาสาร กล่าว

ในช่วงพ.ศ. ๒๕๑๙-๒๕๒๐ มีการนำดีดีทีชนิดน้ำมันมาใช้แทนชนิดผงเพื่อลดปัญหาการปฏิเสธพ่นในพื้นที่ชายแดน

มาเลเซียและพื้นที่อื่นๆ พบว่าการยอมรับของประชาชนดีกว่าดีดีทีชนิดผง เพราะฝาบ้านจะไม่มีสีขาวติดมาก นอกจากนั้นมีการศึกษาที่พยายามใช้วิธีทางชีววิทยาและสิ่งแวดล้อมมาเสริมการพ่นบ้าน เช่นการเลี้ยงปลาหางนกยูง ปลาแกมบูเซีย ปลาหัวตะกั่ว ฯลฯ แนะนำชาวบ้านถากถางวัชพืชริมลำธารไม่ให้ลูกน้ำเกาะพัก หลังจากนั้นก็ใช้วิธีดังกล่าวกันแพร่หลาย จนทุกสำนักงานส่วนมาลาเรียต้องจัดทำบ่อเพาะเลี้ยงปลากินลูกน้ำและบางทีก็ไปเพาะพันธุ์ไว้ในสระธรรมชาติด้วย มักจะชักชวนชาวบ้านมาร่วมกิจกรรมเหล่านี้ในสัปดาห์รณรงค์มาลาเรียในสัปดาห์ที่สามของเดือนพฤษภาคมทุกปี

"ในยุคแรกของ ดีดีที นอกจากจะใช้ทางสาธารณสุขเพื่อควบคุมไข้มาลาเรียแล้ว ยังใช้อย่างกว้างขวางในการกำจัดแมลงทางเกษตรไปทั่วโลกด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการดื้อของแมลงต่างๆ และข้ามมาถึงยุงก้นปล่องนำไข้มาลาเรีย โชคดีที่ประเทศไทยไม่ได้มีปัญหายุงพาหะดื้อดีดีทีมากเหมือนในอัฟริกา อินเดีย จะมีก็แค่ยุงบ้านเราหลีกเลี่ยงเข้ากัดคนในบ้านแต่กัดคนนอกบ้านแทนซึ่งก็สร้างปัญหาไปอีกแบบหนึ่ง"

การที่ดีดีทีมีฤทธิ์คงทนหลายเดือน นับว่าดีต่องานมาลาเรียแต่มองอีกมุมดีดีทีคงทนไม่สลายตัวในธรรมชาตินับสิบปีจึงตกค้างในสิ่งแวดล้อมนานมาก จนเข้าสะสมในสัตว์ ในปลา และเข้าสู่ห่วงโซ่อาหารได้ จนมีรายงานว่านกบางชนิดเกือบสูญพันธุ์ภายหลังมีการตื่นตัวด้านสิ่งแวดล้อมกันมากขึ้นจนนำไปสู่การห้ามใช้ดีดีทีในทางเกษตรก่อน ซึ่งทุกประเทศรวมทั้งไทยร่วมมืออย่างดี คงอนุญาตยกเว้นให้ใช้ดีดีทีเพื่อควบคุมมาลาเรียเท่านั้นโดยต้องมีการป้องกันอย่างดี ให้ดีดีทีตกไปสู่สิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด

ในช่วงราวพ.ศ. ๒๕๒๐ เป็นต้นมามีการค้นหาเคมีกลุ่มอื่นๆ มาทดแทนดีดีที และเริ่มนำเคมีมาชุบมุ้ง ในเมืองไทยด้วย ช่วงพ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๓๑ มีภาวะขาดแคลนงบประมาณซื้อดีดีที รัฐบาลญี่ปุ่นก็ได้สนับสนุนเคมีกลุ่มใหม่ เรียกว่า ‘เฟนิโตรไทออน’ มาทดลองใช้ในหลายพื้นที่ ถึงแม้ว่าจะควบคุมยุงได้ดีแต่พนักงานพ่นเคมีต้องระมัดระวังอย่างมากไม่ให้สัมผัสกับเคมี มีการใส่หมวก ถุงมือ แว่นตา และบางทีต้องคอยตรวจเลือดหาระดับโคลีนเอสเตอร์เรสเป็นระยะๆ หากต่ำกว่าปกติก็ต้องหยุดงาน จากนั้นมา ก็มีการศึกษาทดลองใช้สารเคมีกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือกลุ่มไพรีทรอยด์ซึ่งดูจะปลอดภัยกับมนุษย์และสัตว์เลี้ยงมากที่สุด เพราะกลุ่มนี้สังเคราะห์มาจากสารสกัดจากดอกไม้ที่ชื่อว่า ‘ไพริทรัม’ ในช่วงนี้องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศใช้มาตรการหลายๆ อย่างควบคุมยุงพาหะแบบผสมผสาน ไม่ใช่พึ่งพาแต่การพ่นบ้านอย่างเดียว ประเทศไทยได้ทดลองใช้เคมีในกลุ่มนี้หลายชนิด เช่น เดลตาเมทริน แลมบ์ด้าซัยฮาโลทริน อัลฟาซัยเพอร์มิทริน อีโตเฟนพร็อก เป็นต้น แต่ต่อมาได้เลือกเดลตาเมทรินเพื่อใช้พ่นบ้านตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา

ปี พ.ศ.๒๕๓๕ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ (พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๓๗) ช่วงนี้ได้มีการพัฒนาวิธีการพ่นยาและชุบมุ้งด้วยสารเคมีตัวใหม่ที่อยู่กลุ่มไพรีทรอยด์ คือเพอร์เมทริน (Permethrin ๑๐% EC) เน้นปฏิบัติการในบางพื้นที่ที่เจริญแล้ว แต่ยังมีไข้มาลาเรียแพร่เชื้ออยู่ กับท้องที่ที่มีปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการพ่นดีดีที ซึ่งต่อมาเมื่อประเทศในทวีปยุโรปเกิดกระแสต่อต้านการใช้ยาฆ่าแมลงในการเกษตร

>>
๑. การลำเลียงดีดีทีเมื่อคราวอุทกภัยภาคใต้วันที่ ๕ มค. ๒๕๑๘ ของเจ้าหน้าที่ส่วนมาลาเรียที่ ๑๐
๒. จนท.มาลาเรียฝึกอบรมการพ่นดีดีที
๓. พ่นดีดีทีใต้หลังคาในบ้าน

๑

๒

๓

พ.ศ.๒๕๓๘ กรมควบคุมโรคติดต่อ จึงมีนโยบายหยุดซื้อดีดีทีโดยจัดครั้งสุดท้ายจากประเทศจีนในพ.ศ. ๒๕๓๗ โดยให้ใช้ส่วนที่ยังเหลืออยู่ให้หมดแล้วจึงเปลี่ยนไปใช้สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์แทน

"WHO บอกว่าดีดีทีใช้ได้ แต่ให้ใช้ในการสาธารณสุขเท่านั้นคือเฉพาะงานมาลาเรีย แต่ประเทศยุโรปพอรู้ว่าประเทศไหนยังใช้ดีดีทีก็จะไม่ซื้อผลิตผลทางการเกษตร ทั้งที่ WHO บอกว่ายังใช้ได้ในมาลาเรีย คอนโทรลเวลาพ่นบ้านจะมีหลักว่าพ่นเฉพาะฝาในบ้าน ฝานอกไม่พ่น พ่นใต้ถุนหลังคาพ่นเฉพาะชายคาที่ฝนไม่สาด เราก็เลยเปลี่ยนเป็นยาตัวใหม่ แล้วเราก็มอบดีดีทีที่เราไม่ใช้แล้วให้พม่าในราว พ.ศ. ๒๕๔๑ โดยหน่วยมาลาเรียทั่วประเทศรวบรวมดีดีทีส่งมาไว้ที่ชายแดนพม่า มีการทำพิธีส่งมอบอย่างเป็นทางการที่ชายแดน ๔ แห่ง คือที่ อ.แม่สาย เชียงราย ที่ อ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี อ. แม่สอด จ.ตาก และที่ จังหวัดระนอง แต่น่าเสียดายที่เขาใช้ประโยชน์ไม่ได้เต็มที่เพราะไม่มีค่าแรงพ่น ไม่มีเบี้ยเลี้ยงไปทำงาน ก็ขนาดเงินเดือนหมอเขาประมาณ ๑๐ ดอลลาร์ ประเทศเพื่อนบ้านเขาไม่สงบโครงการของเขาจึงไม่เต็มที่ ดังนั้นเขาจึงไม่ได้พ่นเคมีเป็นประจำทุกปีอย่างเรา แต่จะพ่นเมื่อมีการระบาดเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น นี่เป็นความจำกัดของประเทศเพื่อนบ้าน ไม่เพียงพม่าเท่านั้น หลายๆประเทศก็ทำแบบนี้ทำให้ควบคุมมาลาเรียได้ยาก" แพทย์หญิงกรองทอง เล่าให้ฟังถึงการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในครั้งนั้น โดยมีนายแพทย์ จีรพัฒน์ อธิบายเพิ่มเติมว่า

"สารเคมีที่ใช้พ่นในขณะนั้นคือดีดีทีและเริ่มมีปัญหาเรื่อยๆ มาเปลี่ยนตอนสมัยท่านนายแพทย์ยุทธ โพธารามิก เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ เวลาซื้อสารเคมี จะดูว่าสต็อกกี่เดือน อย่างน้อยของปีหน้าต้องอยู่ในสต็อก เพราะการคมนาคมยังไม่สะดวก ฉะนั้นจึงต้องสั่งมาครั้งละมากๆ พอสต็อกไว้นานๆ เมื่อถึงเวลาจะต้องเปลี่ยนเป็นไพรีทรอยด์ แต่

ของสต็อกยังมีอยู่จึงต้องเกิดโครงการช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยการเอาดีดีที ไปบริจาคที่จุดชายแดน นายแพทย์ยุทธ โพธารามิกไปร่วมในพิธีมอบดีดีที ให้พม่าที่ อ. แม่สอด จ. ตาก

"ปัญหาของดีดีทีที่อันตรายคือการปนเปื้อนและการที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นาน การเกษตรมีการแบนดีดีทีแต่ว่ามีคนลักลอบใช้ และผลข้างเคียงจึงเกิดขึ้น เมื่อกระแสสิ่งแวดล้อมมาแรง การปราบปรามยุงด้วยดีดีทีจึงเกิดกระแสกดดันว่าทำไมยังใช้อยู่ เป็นความตระหนักว่าดีดีทีที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมสามารถอยู่ได้นานเป็น ๑๐ ปีหรือมากกว่านั้น"

แพทย์หญิงกรองทองกล่าวเสริมว่า "ถึงแม้ว่าองค์การอนามัยโลกยังบอกให้ใช้ดีดีทีเพื่อพ่นบ้านควบคุมและกำจัดมาลาเรียได้จนถึงทุกวันนี้ (พ.ศ. ๒๕๖๐) แต่ในทางปฏิบัติประเทศต่างๆได้เลิกใช้ดีดีทีกันหมดแล้ว หันไปใช้เคมีกลุ่มไพรีทรอยด์แทน หลังจากนั้นมาสถานการณ์โรคก็ดีขึ้น มีมุ้งชุบสารเคมีมาเสริมการพ่นบ้าน ซึ่งก็ได้รับการยอมรับอย่างดีจากประชาชนเพราะสะดวกและง่ายกว่าการพ่นบ้านเยอะ และโดยเฉพาะเคมีที่ชุบมุ้งก็ปลอดภัย เพราะก็เป็นพวกไพรีทรอยด์เช่นกัน ดิฉันได้ทราบจากคุณบุญเสริม อ่วมอ่องหัวหน้ากลุ่มกีฏวิทยาและควบคุมยุงพาหะว่าระยะหลังตั้งแต่ราวพ.ศ. ๒๕๔๖ ไข้มาลาเรียลดลงมากและมีการกระจายงานให้ส่วนภูมิภาคคือจังหวัดมากขึ้น ทำให้การพ่นบ้านจำกัดอยู่ในพื้นที่มาลาเรียชุกชุมมากๆเท่านั้น พื้นที่อื่นก็ใช้มุ้งชุบเคมีนำหน้า จนราวพ.ศ. ๒๕๕๐ เปลี่ยนโยบายไปใช้การชุบเคมีมุ้งเป็นลำดับแรกทั้งประเทศและบางที่ก็แจกมุ้งชุบเคมีซึ่งออกฤทธิ์ยาวนานแทน ดังนั้นการพ่นบ้านจึงเป็นทางเลือกอันดับสุดท้าย จึงจะเห็นว่าหลังจากดีดีทีได้หายไปแล้ว มาตรการพ่นบ้านแบบดั้งเดิมก็กำลังสูญหายไปเมื่อมีของใหม่มาแทนที่ แต่เจ้าหน้าที่มาลาเรียรุ่นเก่าๆก็ยังระลึกถึงพระเอกในอดีตเสมอ"

แรงงานเคลื่อนย้าย
ส่งเสริมการกระจายของเชื้อมาลาเรียดื้อยา

หลังจากนั้นมา ไทยเราสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียลงได้เรื่อยๆ หากแต่เป็นกลุ่มคนที่เป็นสัญชาติไทยเท่านั้น ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นคือแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน พม่า ลาว และกัมพูชา ไหลทะลักเข้ามาทำงานในประเทศไทย อันเนื่องมาจากการขาดแคลนแรงงานระดับล่างของไทย มีผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติเหล่านี้เพิ่มขึ้นสูงสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยคนไทยโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นแรงงานชาวพม่ามีมากที่สุด คือ ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มแรงข้ามชาติ ปัญหาผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติกลายเป็นปัญหาสำคัญของการควบคุมโรคในประเทศของเรา กระทั่งเกิดการดื้อยาของไข้มาลาเรียขึ้นอีกครั้งในช่วง พ.ศ.๒๕๓๘-๒๕๔๐ ซึ่งเป็นการดื้อต่อยาหลายขนานจนประเทศไทยต้องตัดสินใจนำยาขนานผสม ACT (Artemisinin-based combination therapy) ได้แก่ Mefloquine และ

>>๑.- ๒. เจาะเลือดกลุ่มชาวเขา

Artesunate มาใช้เป็นประเทศแรกของโลก สามารถแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาที่รุนแรงลงได้ กระทั่งเป็นข้อมูลอ้างอิงให้อีกหลาย ๆ ประเทศตัดสินใจใช้ ACT ตาม

นับจากนั้นไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ สามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อได้ในหลายพื้นที่มากขึ้น ก็ยังคงมีอยู่ในบางจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในขณะที่ปัญหาผู้ป่วยแรงงานข้ามชาติบริเวณชายแดนไทย-พม่า และชายแดน ไทย-กัมพูชา ที่เคยเป็นพบผู้ป่วยจำนวนมากกว่าท้องที่อื่นนั้น ต่อมาประเทศกัมพูชาสามารถจัดการมาลาเรียในประเทศเขาลดความรุนแรงลงไปได้ด้วยการสนับสนุนจากต่างประเทศจำนวนมาก ส่วนสถานการณ์ด้านชายแดนไทย-พม่า นั้น ภายในประเทศพม่ามีการเปลี่ยนแปลง

การเมืองครั้งใหญ่ และได้เปิดประเทศ ได้รับทุนสนับสนุนจากต่างประเทศอย่างมาก จนไข้มาลาเรียลดลงมากเช่นกัน สิ่งที่เกิดขึ้นในกัมพูชาและพม่า ส่งผลให้แนวโน้มไข้มาลาเรียในประเทศไทยลดลงด้วยเช่นกัน

เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ พบว่าประเทศไทยสามารถลดปัญหาไข้มาลาเรียได้เกินจากเป้าหมายที่วางไว้ จากพ.ศ.๒๕๓๕ ที่อัตราผู้ป่วยเท่ากับ ๓.๑๕ คนต่อประชากรพันคน ลดลงเหลือเพียง ๑.๕ คนต่อประชากรพันคนใน พ.ศ.๒๕๓๙

ปีถัดมา พ.ศ.๒๕๔๐ ประเทศไทยต้องประสบกับภาวะเศรษฐกิจครั้งใหญ่ คือ วิกฤตต้มยำกุ้ง ส่งผลกระทบต่องานด้านมาลาเรียต้องลดความสำคัญลงไปนับจากนั้น ดังที่ แพทย์หญิงกรองทอง ผู้เชี่ยวชาญมาลาเรียระดับนานาชาติ ได้แสดงทัศนะไว้ว่า

"ปี ๒๕๔๐ สารเคมีจากงบประมาณ ๕๐-๖๐ ล้าน ลดลงเหลือ ๒ ล้าน ช่วงนั้นไข้มาลาเรียระบาดไม่สูง งบประมาณที่ใช้รักษาคนไข้ประมาณ ๒๐-๓๐ ล้าน แต่งบประมาณที่ใช้ป้องกันโรคมากกว่านั้น ถ้าเรามุ่งแต่การรักษาจะเกิดปัญหาการดื้อยา การป้องกันเชื้อที่ดื้อยาไม่ให้มันแพร่ เราไม่มีทางเลิก vertical control ได้ ปี ๒๕๔๐ งานภาคสนามน้อยลง แต่เงินเดือนไม่ได้ลด ตอนนั้นงบประมาณ ๗๐๐ ล้านบาท จำนวนคนมาลาเรียทั้งประเทศ ๔ พันกว่าคน แล้วในปี ๒๕๔๒ มีการนำกองเท้าช้างในภูมิภาคมาผสมกับศูนย์มาลาเรียเปลี่ยนเป็นศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลง นอกจากนั้นก็มีไข้เลือดออกด้วย สมัยก่อนนี้มาลาเรียกับเท้าช้างอยู่ด้วยกัน"

๑-๒. การเจาะโลหิตชาวเขมร ที่ลี้ภัยเพื่อตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย ที่อพยพเข้ามา หมู่ที่ ๙ ต.โป่งน้ำร้อน จันทบุรี
๓. พนักงานเยี่ยมบ้านค้นหาผู้ป่วย

เรื่องราวของไข้มาลาเรียในประเทศไทย ในช่วงเวลาเกือบ ๖๐ ปี นับจากปี พ.ศ.๒๔๙๒ หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ มาจนถึง พ.ศ.๒๕๔๐ เป็นช่วงเวลาเริ่มต้นของความพยายามถอนรากถอนโคนไข้มาลาเรียให้หมดไป งานควบคุมและกำจัดไข้มาลาเรียมีการเปลี่ยนแปลงตามเทคโนโลยีวิทยาการทางสาธารณสุขใหม่ ๆ และยังมีปัจจัยทางการเมืองทั้งในระดับโลกและระดับประเทศมาเกี่ยวข้อง ผ่านช่วงเวลาที่มีการระบาดใหญ่หลายครั้ง แม้จะไม่ประสบความสำเร็จเด็ดขาดในการขจัดโรคร้ายนี้ แต่ประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งหมดทำให้ประเทศไทยมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ด้านโรคมาลาเรียอย่างมากเช่นกัน นับว่าความพยายามทุ่มเทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านมาลาเรียไม่ได้เสียเปล่าไปเสียทีเดียว เหลือเพียงแต่การเก็บเกี่ยวประสบการณ์ที่ผ่านมานั้นมาใช้เตรียมความพร้อมเพื่อเป้าหมายในการกำจัดไข้มาลาเรียในทศวรรษต่อๆ ไป

ช่วงที่ ๔

เป้าหมายสุดท้าย...กำจัดมาลาเรียให้หมดไป

Timeline

พ.ศ.๒๕๔๐-ปัจจุบัน

๑
พ.ศ.๒๕๔๑

๒
พ.ศ.๒๕๔๒

๓
พ.ศ.๒๕๔๕

๑

๒

๓

เหตุการณ์

๑. องค์การอนามัยโลก ตั้งโครงการ Roll Back Malaria

๒. เริ่มโครงการ Roll Back Malaria-in Mekhong Sub-region ประเทศไทยเข้าร่วมโครงการ

๓. กรมควบคุมโรคติดต่อ เปลี่ยนชื่อเป็น กรมควบคุมโรค รวมงานควบคุมไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก และโรคเท้าช้าง ตั้งเป็น “สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง”

๔. โครงการการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายมาลาเรียแบบบูรณาการ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ของกรมควบคุมโรคได้รับรางวัล UNPSA นับเป็นรางวัลแรกจากองค์การสหประชาชาติ

ช่วงที่ ๔

๔
พ.ศ.๒๕๕๗

๕
พ.ศ.๒๕๕๙

๖
พ.ศ.๒๕๖๐

๔

๕

๖

๕. องค์การอนามัยโลกเริ่มโครงการมาลาเรียโลก (Global Malaria Program) ระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๗๓ มีเป้าหมายกำจัดมาลาเรียให้หมดไปจากโลกภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓

๖. เริ่มต้นแผนยุทธศาสตร์กำจัดการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียประเทศไทย ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ไทยตั้งเป้ากำจัดเชื้อมาลาเรียให้หมดภายในปี พ.ศ.๒๕๖๗ และได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นประเทศปลอดมาลาเรียในปี พ.ศ.๒๕๖๙

เป้าหมาย
สุดท้าย...

กำจัด
มาลาเรีย
ให้หมดไป

ประเทศไทยเป็นแกนนำก่อตั้งเครือข่ายเพื่อการฝึกอบรมมาลาเรียนานาชาติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Asian Collaborative Training Network for Malaria – ACTMalaria)

แต่ก่อนมาการฝึกอบรมมาลาเรียมีองค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำที่จัดทำหลักสูตรเนื้อหาวิชาการ จัดหาวิทยากรทั้งที่เป็นผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกเองและจากสถาบันอื่นๆ จากหลายประเทศ นอกจากนั้นยังจัดหางบประมาณทั้งหมดมาใช้จ่าย คัดเลือกประเทศที่สามารถร่วมเป็นประเทศเจ้าภาพและเตรียมพื้นที่หากมีการฝึกภาคสนาม ประเทศสมาชิกอื่นๆ ก็ได้แต่คัดเลือกบุคคลที่เข้าหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมมาเข้ารับการอบรมเท่านั้น การอบรมก็มีหลากหลายหลักสูตรที่ออกแบบให้เหมาะสมกับชนิดงานและบุคลากร องค์การอนามัยโลกคาดหวังว่าประเทศที่ให้ผู้มารับการอบรมหลักสูตรนานาชาติแล้วจะไปอบรมในประเทศของตนต่อไป ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. ๒๕๒๐ มีหลักสูตรอบรมใหญ่ที่สุดคือ Basic Malariology and Planning Malaria Control ผู้เข้าเรียนส่วนใหญ่เป็นแพทย์ซึ่งคาดว่าต่อไปจะเป็นผู้บริหารโครงการมาลาเรียในแต่ละประเทศ ซึ่งแต่ก่อนเคยจัดอยู่ที่ประเทศอิตาลีและฝึกภาคสนามที่ประเทศตุรกี ต่อมา พ.ศ. ๒๕๒๘ องค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ที่เจนีวามาขอความร่วมมือให้กองมาเรียประเทศไทยรับเป็นสถานที่จัดอบรม เป็นหลักสูตร ๑๐ สัปดาห์ นักเรียนส่วนใหญ่เป็นแพทย์อาวุโสจากทั่วโลก ทั้งจากอัฟริกา เอเชีย

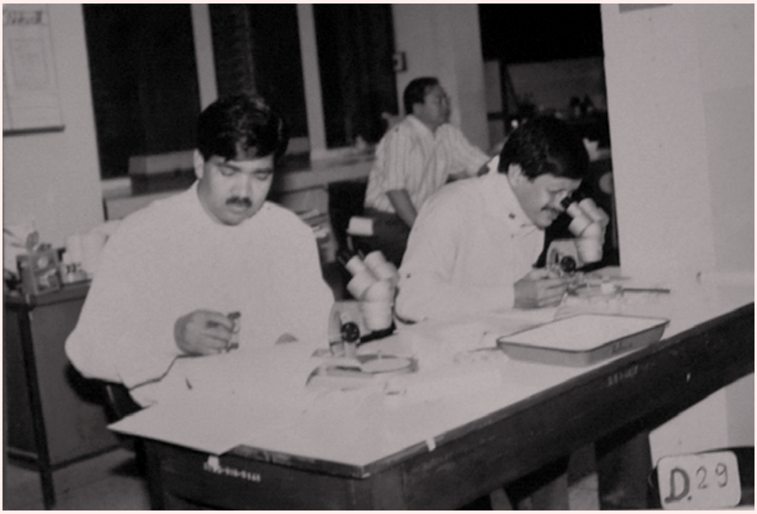
“ดิฉันโชคดีได้ถูกส่งเข้าอบรมในหลักสูตรนี้เป็นรุ่นแรก จัดที่ศูนย์อบรมมาลาเรียพระพุทธบาท สระบุรี ซึ่งอยู่ในบริเวณของศูนย์มาลาเรียเขต ๑ พระพุทธบาท ขณะนั้นอาจารย์นายแพทย์สุรินทร์ พินิจพงศ์เป็นผู้อำนวยการกองมาลาเรีย ดิฉันทำงานอยู่ในฝ่ายระบาดวิทยากองมาลาเรียมาได้ ๓-๔ ปี แต่รู้สึกไม่มีความ

มั่นใจในการทำงานเลย งุนงงสับสนเวลาฟังผู้ใหญ่เขาอภิปรายกันในที่ประชุม มีศัพท์แสงวิชาการคำนิยามเต็มไปหมด รู้สึกว่ามาลาเรียทำไมมันซับซ้อนวุ่นวายอย่างนี้ แต่หลังจากจบการอบรมแล้วมีความมั่นใจขึ้นอีกมากโขจึงทำงานได้สนุกขึ้นมาก ผู้เข้าอบรมมีประมาณ ๒๒-๒๓ คน ดิฉันเป็นหญิงคนเดียว สมัยโน้นไม่ค่อยมีผู้หญิงทำงานมาลาเรียผิดกับในช่วงปัจจุบัน ตอนนั้นมีคนไทยเข้าเรียนถึง ๕ คนเพราะเป็นประเทศเจ้าภาพ จึงได้โควต้ามากหน่อย มีแพทย์ผู้ช่วยผอก.ศูนย์ ๒ ท่าน

นักวิชาการจากกองมาลาเรีย ๓ ท่านรวมทั้งดิฉันด้วย มีการเรียนทฤษฎี ทำแล็ปหัดตรวจเลือดดูเชื้อมาลาเรีย หัดวินิจฉัยและผ่ายุง เวลาไปฝึกภาคสนามก็ไปที่ อ. ปากช่อง อ. แก่งคอยที่อยู่ใกล้ๆ สมัยที่เรียนแถวนั้นยังมีมาลาเรียชุกชุม ตอนนี้ไม่มีมาลาเรียแล้ว เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ต้องหัดผสมดีดีทีแล้วฉีดพ่นฝาบ้าน เป็นเหยื่อล่อจับยุงที่มากัดตัวเอง และที่หวาดเสียวคือต้องไปจับยุงก้นปล่องในมุ้งที่มีวัวตัวใหญ่ยืนเป็นเหยื่อล่อยุง แล้วก็ไปเดินทำแผนที่หมู่บ้าน หัดตักลูกน้ำริมลำธาร ยังประทับใจและจดจำได้จนทุกวันนี้ มันเป็นรากฐานสำคัญที่ใช้ทำงานมาลาเรียในอีกหลายสิบปีต่อมา”

ประเทศไทยรับเป็นเจ้าภาพจัดหลักสูตรดังกล่าวอีกหลายรุ่น โดยจัดอบรมทุก ๒ ปี ในบางปีก็มีการส่งนักเรียนไปศึกษาทฤษฎีที่อิตาลีด้วย แต่ต่อมาหลักสูตรนี้ก็ได้หยุดไป ผลที่ประเทศไทยได้รับและบางคนอาจมองไม่เห็น คือทักษะในการจัดการอบรมนานาชาติ การบริหารการอบรมฝึกภาคสนาม และเจ้าหน้าที่มีทักษะภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้นมากทั้งพูด อ่าน เขียน (อย่างหลังนี้ได้เฉพาะผู้เข้าเรียน)

ทำแล็ปตรวจเชื้อมาลาเรีย



ต่อมาในพ.ศ. ๒๕๓๙ Dr. PR Arbani ซึ่งเป็น Regional Adviser Malaria ประจำที่ WHO สำนักงานภูมิภาคเอเซียอาคเนย์ที่อินเดียมาติดต่อขอให้กองมาลาเรียจัดการฝึกอบรมหลักสูตรใหญ่ขึ้นอีกเพราะขาดช่วงไปหลายปีมาก

“ตอนนั้นดิฉันเพิ่งมาเป็นผู้อำนวยการกองมาลาเรียใหม่ๆ มีความปรารถนาจะพัฒนาบุคลากรให้มากๆ เพราะคิดว่าเป็นการลงทุนที่น่าจะคุ้มค่าสำหรับอนาคต แต่ก็คงทำอะไรไม่ได้มากเพราะเป็นงานยาก ประกอบกับตอนนั้นเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรงที่เรียกว่า ‘ยุคฟองสบู่แตก’ มีเรื่องที่ต้องแก้ไขมากมาย แต่โชคดีมากที่มี ดร. วไลกัญญา พลาศรัยซึ่งเพิ่งเรียนจบมาทางสังคมศาสตร์และการฝึกอบรมมาเป็นหัวแรงใหญ่ทำงานยากชิ้นนี้ ตอนที่รับปากองค์การอนามัยโลกไปเป็นช่วงก่อนฟองสบู่แตก เราได้ขอทุนจากองค์การอนามัยโลกกับกรมวิเทศสหการมาสนับสนุนจัดประชุมผู้อำนวยการมาลาเรียของประเทศในภูมิภาคนี้ราว ๑๑ ประเทศ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๓๙ ที่เชียงใหม่เพื่อสำรวจความต้องการและหาแนวทางอบรม โชคดีอย่างที่สองคือในยุคนั้น นายแพทย์ดำรง บุญยืนเป็นอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ท่านให้การสนับสนุนงานระหว่างประเทศชิ้นนี้มาก

จากการประชุม กองมาลาเรียไทยได้รับการขอร้องให้เป็นแกนนำจัดอบรมหลักสูตรใหม่แทนหลักสูตร Basic Malariology and Planning Malaria Control ของ WHO แต่ทำใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความรู้ใหม่ วิธีการสอนใหม่ๆ โดยทุกประเทศรับปากว่าจะร่วมมือกัน และแบ่งงานกันไปช่วยกันจัดอบรม course อื่นๆ ด้วย ลงท้ายจึงเกิด

เป็นเครือข่ายที่ชื่อว่า Asian Collaborative Training Network for Malaria (ACTMalaria) โดยมีประเทศและสถาบันต่างๆให้การสนับสนุนมากมาย ในช่วงปี ๒๕๓๙ ถึง ๒๕๔๑ ไทยเป็นแกนนำตั้งสำนักงานเครือข่ายที่กองมาลาเรีย หลังจากนั้นส่งมอบการเป็นแกนนำประสานงานให้ประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซียและประเทศอื่นต่อๆ ไป รับภาระประเทศละ ๒ ปี ได้มีการจัดอบรมมากมาย แต่หลักสูตรสำคัญที่สุดมีชื่อเสียงที่สุดยาวประมาณ ๑๐ สัปดาห์ คือ Management of Malaria Field Operations (MMFO) ในช่วงแรกจัดทุกปี (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๒) จัดสอนทฤษฎีในประเทศไทยและส่งนักเรียนไปฝึกภาคสนามในประเทศที่สอง วิธีนี้ทำให้ประเทศต่างๆได้มีทักษะการจัดอบรมนานาชาติเหมือนที่เราเคยได้ทักษะนั้นมา แต่ course แรกเดือดร้อนมากหน่อย เพราะเป็นปีที่ฟองสบู่แตกพอดี การโอนเงินระหว่างประเทศจาก WHO มาไทย แล้วไทยโอนให้กองมาลาเรียที่มณฑลยูน

นานในจีนได้สร้างความปวดหัวมาก ต่อมาราว พ.ศ. ๒๕๔๖ จึงได้ย้ายสำนักงานเครือข่ายจากกองมาลาเรียไทยไปตั้งที่มะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ และจดทะเบียนในรูปแบบมูลนิธิ ดังนั้นคนรุ่นหลังๆคงไม่ค่อยจะทราบถึงเครือข่ายนี้ที่ได้สร้างชื่อเสียงให้แก่ประเทศไทยอย่างมากจนมีคนกล่าวขวัญถึงเรื่องนี้ในระดับโลกรวมทั้งสถาบันที่มีชื่อเสียงเช่น CDC Atlanta USA, Malaria Consortium และอื่นๆ รวมทั้ง WHO ด้วย มีประเทศ donor ต่างๆ เช่น USAID ให้ทุนสนับสนุนจำนวนมาก มีนักเรียนที่ผ่านหลักสูตรต่างๆ ของ ACT Malaria มากมาย”

ปรับเปลี่ยนสู่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง

ผลของการทำลายธรรมชาติสิ่งแวดล้อม จนโลกร้อนขึ้น ทำให้มนุษยชาติต้องเผชิญวิบากกรรมจากสิ่งที่ตนเองได้ก่อเอาไว้ อุณหภูมิที่สูงขึ้น พื้นที่ที่หนาวเย็นมีน้อยลง พื้นที่ที่เหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะมีมากขึ้น หน้าใหม่ของสงครามระหว่างมนุษย์กับไข้มาลาเรียเปิดขึ้นมาด้วยปัจจัยทางสภาวะแวดล้อมของโลกที่มนุษย์เป็นผู้ก่อขึ้นเอง

ในช่วงต้นทศวรรษ ๑๙๙๐ หรือในราว ๆ ต้น พ.ศ.๒๕๓๓ ไข้มาลาเรียกลับมาระบาดไปทั่วทั้งในเอเชีย ละตินอเมริกา โดยเฉพาะแอฟริกา ประชากรราว ๓๕๐-๕๐๐ ล้านคน อาศัยอยู่ในพื้นที่ ๆ มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากไข้มาลาเรีย ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากไข้มาลาเรีย ประมาณ ๑.๕ ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุต่ำกว่าห้าปีและสตรีมีครรภ์

ประเทศต่าง ๆ ที่มีปัญหามาลาเรียระบาดยังคงเดินหน้าหาแนวทางต่อสู้กับไข้มาลาเรียต่อไป ในประเทศไทยเอง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างการบริหารในส่วนของกรมควบคุมโรคติดต่อ (ปัจจุบัน คือ กรมควบคุมโรค) จากเดิมที่บริหารกันในรูปแบบโครงการชำนัญพิเศษ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๒๘ มีหน่วยงานบริหารส่วนกลาง เป็น กองมาลาเรีย มีสายบังคับบัญชาลงไปยังหน่วยงานภูมิภาคต่าง ๆ ตั้งแต่ ศูนย์มาลาเรีย, หน่วยมาลาเรีย และ ส่วนมาลาเรีย ซึ่งมีอยู่กระจัดกระจายตามจังหวัดและอำเภอต่าง ๆ โดย ส่วนมาลาเรีย เป็นสำนักงานในระดับย่อยที่สุด ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๓๙ กรมควบคุมโรคติดต่อในสมัยนั้น ได้อนุมัติหลักการในการปรับบทบาทหน้าที่และโครงสร้างในส่วนภูมิภาค ทำให้เกิดสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (สคม.) ขึ้นมา ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับโรคติดต่อนำโดยแมลงทั้งหมด โดยเกิดจากการเปลี่ยนหน่วยงานมาลาเรียในภูมิภาคต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ได้แก่ เปลี่ยนศูนย์มาลาเรียเขต

หัวหน้า USAID จากสหรัฐอเมริกา
มาเยี่ยมหน่วยมาลาเรียลำปาง
ที่ทำ Quonset Hut หลังแรกในไทย

เป็นสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (สคม.) เปลี่ยนหน่วยมาลาเรียและศูนย์โรคเท้าช้าง เป็น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยเมลง (ศตม.) และเปลี่ยนส่วนมาลาเรีย เป็นหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (นคม.) โดยรวมการควบคุมไข้เลือดออก และโรคเท้าช้างไว้ด้วยกัน เพื่อให้งานสอดคล้องกับสถานการณ์โรคและทรัพยากรที่มีอยู่

ในปี พ.ศ.๒๕๔๑ มีความเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขในระดับนานาชาติครั้งสำคัญขึ้น เมื่อองค์การอนามัยโลก (WHO) UNICEF สำนักงานโครงการเพื่อการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) และธนาคารโลก ได้ร่วมกันจัดตั้งโครงการ Roll Back Malaria ขึ้นมา ร่วมมือกันกำหนดมาตรการที่จำเป็นในการต่อสู้กับไข้มาลาเรีย มีการก่อตั้งเป็นกลุ่ม Roll Back Malaria Partnership มีการระดมทุนและทรัพยากรต่าง ๆ จากพันธมิตรทั่วโลก เพื่อช่วยเหลือประเทศที่มีไข้มาลาเรียระบาด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายจากไข้มาลาเรียจากเดิมลงครึ่งหนึ่งให้ได้ภายในปี พ.ศ.๒๕๕๓

ปี พ.ศ.๒๕๔๒ องค์การอนามัยโลก ริเริ่มโครงการ Roll Back Malaria in Mekong Sub-region ขึ้น มีประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ๖ ประเทศ

เริ่มแรกเดิมที Roll Back Malaria นั้นพุ่งเป้าการต่อสู้กับมาลาเรียไปที่ทวีปแอฟริกาซึ่งมีสถิติการระบาดของไข้มาลาเรียสูงกว่าภูมิภาคอื่นมาโดยตลอด หากแต่ในระหว่างนั้นในอีกซีกโลกหนึ่ง คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลับพบว่าการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน สาเหตุเกิดจากเชื้อมาลาเรียดื้อยา และยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาที่ไม่ได้มาตรฐานจนถึงขั้นเป็นยาปลอม ที่มีการลักลอบผลิตและจำหน่ายในพื้นที่นั้นกันอย่างแพร่หลาย

ดังนั้นในปี พ.ศ.๒๕๔๒ องค์การอนามัยโลก และ United States Pharmacopeia Drug Quality and Information Program หรือ USP DQI ได้ริเริ่มโครงการ Roll Back Malaria in Mekong Sub-region ขึ้น มีประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง ๖ ประเทศ ได้แก่ จีนตอนใต้ (มณฑลยูนนาน) ลาว กัมพูชา พม่า เวียดนามและไทย ร่วมกันดำเนินการสำรวจความรุนแรงของปัญหาดังกล่าวในภูมิภาคนี้ และตรวจสอบคุณภาพยาต้านเชื้อมาลาเรีย

แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๙-๒๕๔๓)เล่าที่มาของการเกิดโครงการ Roll Back Malaria ไว้ว่า

“ปี ๒๕๔๑ มีโครงการ Roll Back Malaria องค์การอนามัยโลกก็ประกาศว่าจะรณรงค์ต่อสู้กับมาลาเรีย เหตุผลเพราะว่าในทวีปแอฟริกา มาลาเรียกำลัง

๑-๒ เจ้าฟ้าชายแอนดรูว์ แห่งสหราชอาณาจักร เสด็จเข้าร่วมการประชุม Roll Back Malaria in Makong วันที่ ๒-๔ มีนาคม ๒๕๔๒ ณ กรุงโฮจิมิน ประเทศเวียดนาม
๓. ผู้อำนวยการกองมาลาเรียจาก ๖ ประเทศ และผู้แทนหน่วยงานสนับสนุนร่วมแสดงสัญลักษณ์ ม้วนเสื่อให้มาลาเรียหมดนไป

พุ่งสูง น่ากลัวมาก เลยประกาศโครงการนี้ขึ้นมา แต่เดิมโครงการเน้นที่แอฟริกา แต่เป็นแม่โขงเราขอร่วมด้วยเพราะว่าเราประสบปัญหาดื้อยา ทีนี้ลุ่มน้ำแม่โขงมี ๖ ประเทศ ปี ๒๕๔๒ มีการเปิดตัวของ Roll Back Malaria มีเจ้าชายแอนดรูว์แห่งสหราชอาณาจักร เสด็จมาร่วมประชุมที่กรุงโฮจิมิน ดิฉันตอนนั้นเป็นผู้อำนวยการกองมาลาเรียในประเทศไทย มีกัมพูชา ลาว เวียดนาม ยูนนานไชน่า ไทย พม่า มีอาจารย์จากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน และมีองค์การอนามัยโลก รวมหัวกัน คำว่า “Roll Back Malaria” แปลว่า ดึงกลับมา เลยสร้างภาพลักษณ์โดยการม้วนเสื่อมาลาเรีย ให้กลับบ้านไป”

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๒ ที่ประเทศไทยเข้าร่วมโครงการ Roll Back Malaria นั้น พบว่า การป่วยตายจากไข้มาลาเรียในประเทศมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากที่เคยป่วยหลายแสนรายในอดีต เหลือเพียงประมาณ ๒ หมื่นรายต่อปี แต่ยังคงมีผู้ป่วยต่างชาติอีกจำนวนใกล้เคียงกัน

ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๔๓ มีการปรับโครงสร้างการบริหารงานของกรมฯ เพื่อให้ระดับพื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันสถานการณ์ จึงได้ปรับให้ ศตม. และ นคม. ที่เคยสังกัดกับกองมาลาเรีย ให้ไปสังกัดกับหน่วยงานใหม่ในภูมิภาค คือ สำนักงานป้องกันโรคติดต่อเขต (สตข.) โดยยังคงแนวทาง

๑. การประชุม Roll Back Malaria ในปีต่อๆมา
๒-๓. การรณรงค์ปราบมาลาเรียที่กัมพูชา เจาะโลหิตและให้ประชาชนนำมุ้งมาชุบสารเคมี

การดำเนินงานควบคุมไข้มาลาเรียไว้ ถัดมาในปี พ.ศ.๒๕๔๕ เป็นปีแห่งการปฏิรูปราชการ รัฐบาล พ.ต.ท. ดร.ทักษิณ ชินวัตร มีนโยบายลดความซ้ำซ้อนของหน่วยงานราชการ กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับปรุงส่วนราชการและกรมควบคุมโรคติดต่อเปลี่ยนชื่อเป็น กรมควบคุมโรค มีการรวมงานโรคติดต่อนำโดยแมลงทั้งหมดมาอยู่ด้วยกัน ทั้ง งานควบคุมไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก และโรคเท้าช้าง ภายใต้ชื่อ “สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง”

การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในปี พ.ศ.๒๕๔๕ ในกรมควบคุมโรคนี้ มีการปรับโครงสร้างการบริหารงานจากเดิมที่เป็นโครงการชำนัญพิเศษ หรือ Vertical program ซึ่งเน้นให้แต่ละหน่วยงานและบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลเฉพาะโรคเฉพาะด้านอย่างลึกซึ้ง ให้เปลี่ยนมาเป็นโครงสร้างแบบกระจายความรับผิดชอบให้หน่วยงานและบุคลากรต้องรับผิดชอบในทุก ๆ โรค อย่างกว้างขวาง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้าราชการทุกคน ทำให้บุคลากรในรุ่นต่อ ๆ ไป

๑. ให้สุขศึกษาแก่ชาวบ้านเป็นรายกลุ่ม
๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงแรงงานต่างด้าว
๓. จัดนิทรรศการให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรียกับเด็กนักเรียน
๔. ใช้รถเป็นเครื่องมือประชาสัมพันธ์ให้ความรู้
๕. เสนอผลงานโครงการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลการพ่น ดีดีที
๖. ผู้บริหารตรวจเยี่ยมการให้บริการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย

พ.ศ.๒๕๐๘ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มมีโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ (แต่เดิมนโยบายเน้นการควบคุม) โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USIAD) มีกิจกรรมด้านกีฏวิทยา ได้แก่ การสำรวจยุงประเภทต่างๆ การพ่นสารเคมี เริ่มมีการฉีด ดี.ดี.ที. ตามอาคารบ้านเรือนของประชาชน อาคารของสถานีกีฏะวิทยาตามภาพจึงเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นภายใต้สำนักงานโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันอาคารนี้ไม่มีแล้ว

ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคไปอย่างน่าเสียดาย รวมถึงทุกหน่วยงานยังต้องแบ่งปันและใช้อุปกรณ์เครื่องไม้เครื่องมือทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ร่วมกัน และยังมีการกระจายอำนาจไปยังพื้นที่แต่ละจังหวัดลงไปถึงองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ให้เข้ามามีบทบาทดูแลควบคุมโรคเองด้วย

แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสารมองว่า การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารครั้งนี้ มีข้อดีอยู่มาก แต่ก็สร้างความสับสนแก่คนทำงานด้านมาลาเรียทั้งระบบอยู่ไม่น้อย

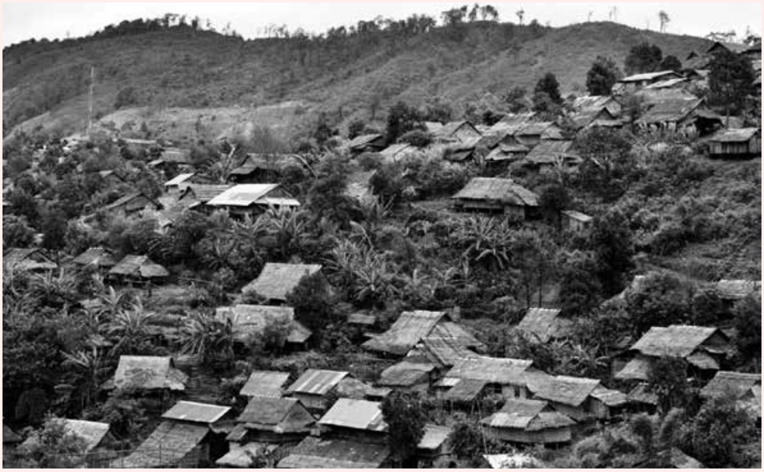
“ตอนก่อตั้งกรมควบคุมโรค แล้วเปลี่ยนเป็น สำนักแมลง (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง) มีผลต่องานมาลาเรียพอสมควร พอเอาหลายโรคมารวมกัน ระบบบริหารทำให้มาลาเรียไม่ใช่ vertical program แต่เป็น semi vertical คนทำงานต้องทำหลายบทบาท งบประมาณต้องแบ่งให้หลายฝ่าย แชร์เครื่องมือเครื่องใช้กันได้ คนตรวจกล้อง เคยดูแค่มาลาเรียอย่างเดียว ก็ต้องหัดดูโรคเท้าช้างด้วย คนทำงานต้อง

แบ่งเวลาไปดูโรคอื่นด้วย ทำให้คนทำงานเหนื่อยมากกว่าเดิม แต่โชคดีที่ตัวเลขผู้ป่วยมาลาเรียลดลง คนก็ไปช่วยโรคอื่นได้ เลยไม่ถึงกับเดือดร้อนมาก”

พร้อม ๆ ไปกับการทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารใหม่ สถานการณ์มาลาเรียมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังพบว่ายังมีการระบาดประปรายเป็นจุด ๆ ไป เช่น ที่จังหวัดอุบลราชธานี ใน พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๕๘ และหลายจังหวัดในชายแดนภาคใต้ ผลมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ภาพรวมตัวเลขในปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีผู้ป่วยมาลาเรียคนไทยและต่างชาติ ๑๕,๔๔๗ ราย มีผู้เสียชีวิตเพียง ๓๘ รายในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ทำให้ประเทศไทยสามารถก้าวเข้าสู่ระยะกำจัดไข้มาลาเรียได้ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก

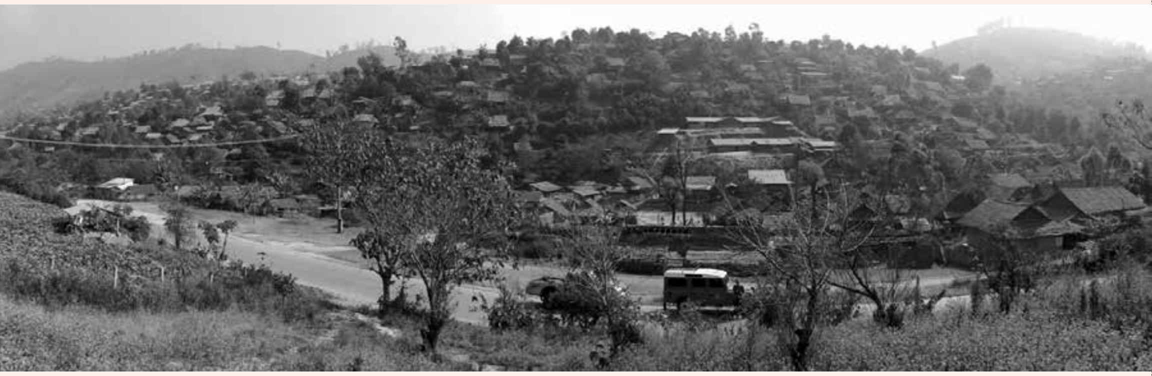
ศูนย์มาลาเรียที่ได้รับความช่วยเหลือจากประเทศสหรัฐจะมีรูปทรงแบบนี้เหมือนกันทุกแห่ง ทางด้านขวามีข้อความ “ช่วยเศรษฐกิจไทย จากสหรัฐอเมริกา

พัฒนาบูรณาการระบบเครือข่าย สู่ความเป็นเลิศระดับนานาชาติ



สภาพที่อยู่อาศัย
อ.ท่าสองยาง
จ.ตาก

ในศตวรรษที่ ๒๑ ซึ่งโลกก้าวหน้าด้วยเทคโนโลยีอย่างถึงที่สุดนั้น การดำเนินงานป้องกันรักษา และควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทยได้เจริญรุดหน้าตามยุคสมัย มีการพัฒนาและยกระดับการบริหารและปฏิบัติการจนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ประจักษ์พยานที่ชัดแจ้งเกิดขึ้นเมื่อกรมควบคุมโรคได้รับรางวัล UNPSA (United Nations Public Service Awards) จากสหประชาชาติ ในปี ๒๐๑๔ หรือ พ.ศ.๒๕๕๗ จากผลงาน โครงการการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายมาลาเรียแบบบูรณาการ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จ.พิษณุโลก (ปัจจุบัน คือ สคร.๒) โดยได้รับรางวัลชนะเลิศ (First Place) ในสาขาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกนวัตกรรม ซึ่งมีความโดดเด่นด้านการบริหารจัดการแบบบูรณาการเพื่อลดความเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง



โครงการอันทำให้กรมควบคุมโรคได้รับรางวัล UNPSA เป็นครั้งแรกนี้ เริ่มต้นดำเนินการในปี พ.ศ.๒๕๕๓ ในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง ดินแดนไกลปืนเที่ยงชายแดนไทย-พม่า บนแนวภูเขาสูง เป็นดงดอยที่รกครึ้มด้วยป่าทึบทุรกันดารแร้นแค้น ไฟฟ้าเข้าไปไม่ถึง เป็นบ้านป่าดงดอยที่อยู่อาศัยของคนหลายชนเผ่า ทั้งคนไทย กะเหรี่ยง พม่า และกลุ่มคนอพยพเคลื่อนย้ายไม่มีหลักแหล่ง เดินทางข้ามแดนไปมาระหว่างภูเขาสูงตามชายแดน คอยพักค้างอ้างแรมอยู่กับคนไทยตามกระท่อมในท้องไร่ท้องนา หรือตาม ป๊อก (กลุ่มบ้าน) บนภูเขาสูง ที่ลูกบ้านส่วนใหญ่เป็นคนยากคนจนที่หาเลี้ยงชีวิตจากการทำเกษตรและหาของป่าเอาไปขาย มีวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดกับป่าและยุงป่ามากกว่าคนในเมืองเสียอีก ครั้นเจ็บไข้ได้ป่วย อยากจะหาหมอขึ้นมา ต้องเดินเท้ากันหลายกิโลเมตรนาน ๖-๗ ชั่วโมงกว่าจะถึงมาลาเรียคลินิกที่อยู่ใกล้ที่สุด ถ้าป่วยรุนแรงจนเดินไม่ไหว ไม่อยากเดิน ก็ต้องยอมเสียเงินเสียทองแพงๆ เหมารถยนต์มาส่ง บางคนเป็นคนไร้สัญชาติ (Stateless group) ยิ่งมีปัญหาหนักขึ้นอีก เพราะไม่สามารถแสดงตัวตนเมื่อเจ็บป่วย ภาษาไทยก็พูดไม่ได้ วัฒนธรรมการดำรงชีวิตก็แตกต่างกันมาก สิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลก็ไม่มี พอป่วยเป็นมาลาเรียขึ้นมา ต้องหันไปหาหมอพื้นบ้านรักษากันแบบพื้นบ้าน เมินหน้าหนีสถานบริการสาธารณสุข จะมาหาหมออีกทีก็ต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ยิ่งเป็นชาวเขาด้วยแล้ว หลายๆ เผ่าในแถบนี้ให้ความเชื่อถือหมอผียิ่งกว่าหมอคน ยอมรับไสยศาสตร์มากกว่าแพทยศาสตร์สมัยใหม่ ในสำนึกของพวกเขา ผี คือผู้กระทำ

ให้พวกเขาเจ็บป่วย เพราะไปลบหลู่ผีมาจึงถูกทำให้ป่วยไข้ กว่าจะพาตัวมาหาหมอให้รักษาก็รอจนกว่าไข้กำเริบรุนแรงแล้ว รักษากันลำบากมาก ยังผลให้เกิดการดื้อยาและเสียชีวิตไปอย่างน่าเสียดาย

ดู ๆ ไปแล้วสภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมอันน่าหดหู่ ห่างไกลมือหมอ พวกเขาจำเป็นต้องได้รับการบริการสาธารณสุขที่ดี ต้องมีบริการการตรวจรักษาและป้องกันมาลาเรียเข้าไปถึงพื้นที่ที่พวกเขาอาศัยอยู่ ดังนั้น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ ๙.๓ (ศตม.๙.๓) อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ภายใต้สังกัดสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค ได้ริเริ่มโครงการประสานความร่วมมือเครือข่ายสู่การมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการพัฒนาบริการงานมาลาเรียเชิงรุก จากความต้องการของประชาชน และความต้องการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านการป้องกันและรักษา ด้วยการทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่ พัฒนาวิธีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการเป็นเชิงรุก พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการฝึกอบรมและร่วมปฏิบัติการในพื้นที่ พัฒนาประชาชนในการเป็นแกนนำเรื่องมาลาเรีย เพื่อสร้างความไว้วางใจและให้การยอมรับ ใช้การสื่อสารเพื่อประสานงานในพื้นที่ทางไกลด้วยวิทยุสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จัดทำสื่อความรู้เรื่องโรคมาลาเรียเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือแนวทางการจัดการความรู้แก่ประชาชนผ่านอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน สอบถามการประเมินความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการเชิงรุกในแต่ละปี

ความยากลำบาก
ในการเดินทางเข้าไปในหมู่บ้าน
เพื่อช่วยเหลือด้านการแพทย์

วิธีการต่าง ๆ ที่แจกแจงมาข้างต้นของโครงการนี้ ถูกนำมาปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างราบรื่นด้วยความร่วมมือจากหลายภาคีเครือข่าย รวมถึงประชาชนในท้องที่เองด้วย โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายแต่ละภาคส่วนกันอย่างชัดเจน เริ่มต้นที่เสาหลักของโครงการฯ อย่าง ๑. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ ๙.๓ จะเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน และจัดทำแผนปฏิบัติงานเพื่อให้ทุกเครือข่ายสามารถวางแผนทำงานด้วยกันได้ และทำหน้าที่คัดกรองเจาะเลือด ให้ยารักษา ติดตามผู้ป่วยที่ให้การรักษา เพื่อลดภาวะดื้อยา ๒. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน

สาธารณสุขตำบล และโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ร่วมวางแผนด้านข้อมูล จัดบริการสำหรับไข้มาลาเรีย และกำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วย สนับสนุนงบประมาณ ยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ สนับสนุนบุคลากร ประมวลผลและรับส่งข้อมูลผู้ป่วยด้านระบาดวิทยา เตรียมชุมชน ประสานงานอาสาสมัครมาลาเรีย ๓.องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ที่ใกล้ชิดชุมชน จึงมีหน้าที่คอยประสานขอความร่วมมือกับชุมชนผ่านผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งแผนปฏิบัติการและการเตรียมชุมชน สื่อสารให้ความรู้และส่งต่อผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางการประสานงานกับผู้นำชุมชนและโรงเรียน สนับสนุนบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ควบคุมโรค ๔.อาสาสมัครมาลาเรีย คือเหล่าชาวบ้านกะเหรี่ยงธรรมดาที่มีจิตอาสาทำหน้าที่ประสานงานกับลูกบ้านที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคมาลาเรียในพื้นที่ เข้ามาช่วยงานจัดบริการโดยทำหน้าที่ลงทะเบียน ซักประวัติ คัดกรองลูกบ้านที่มารับบริการรวมทั้งเป็นล่ามช่วยแปลภาษา และคอยติดตามการรักษาผู้ป่วยให้กินยาอย่างต่อเนื่อง ๕. หน่วยตำรวจตระเวนชายแดน เป็นพี่เลี้ยงดูแลเด็กนักเรียนให้กินยารักษาไข้มาลาเรียอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครองเรื่องการป้องกันไข้มาลาเรีย รวมถึงติดตามปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนตามโครงการพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ และสุดท้ายคือ ๖.ตัวประชาชนที่ป่วยและเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรียเอง รวมถึงครอบครัว ก็มีส่วนเข้ามาร่วม

กำหนดแนวทางการป้องกันไข้มาลาเรียด้วยเช่นกัน โดยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ช่วยส่งต่อความรู้ทางการแพทย์แก่เพื่อนบ้านและเป็นผู้สื่อสารการส่งต่อ (refer) กับสถานบริการสาธารณสุขเมื่อมีผู้ป่วย

การปฏิบัติงานบูรณาการเชิงรุกโดยการมีส่วนร่วมด้วยช่วยกันของทุก ๆ ฝ่ายเช่นนี้ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคและรักษาประชาชนได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล และสามารถควบคุมยุงพาหะได้ดี ตัดวงจรการแพร่กระจายโรคได้ดีขึ้น ประชาชนในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นชาติพันธุ์ไหน ไทย พม่า กะเหรี่ยง ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย หรือคนต่างชาติที่เข้ามาทำมาหากินหรือลี้ภัยสงครามเข้ามาในประเทศไทย ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติ

ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดแก่หน่วยงานเครือข่ายที่เป็นสถานบริการสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยลดลง เช่น โรงพยาบาลท่าสองยาง มีอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยมาลาเรียลดลงเฉลี่ย ๒ วัน จากปี ๒๕๕๓ ถึง ๒๕๕๕ งบประมาณในการจัดซื้อยารักษาไข้มาลาเรียก็ลดลง การให้เลือดแก่ผู้ป่วยมาลาเรียก็ลดลง

หน่วยงานตำรวจตระเวนชายแดน เกิดกระบวนการทำงานมาลาเรียเชิงรุก เรียนรู้เรื่องไข้มาลาเรียมากขึ้นเป็นประโยชน์ทั้งแก่ตนเอง และถ่ายทอด

ไปสู่เด็กนักเรียนผู้ปกครอง ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นชาวบ้านในชุมชนนั้น ๆ สามารถสร้างประโยชน์จากการเป็นเจ้าของชุมชนในการจัดการชุมชน นำความรู้ไปช่วยเหลือให้เพื่อนบ้านในชุมชน รู้จักดูแลตนเองจากไข้มาลาเรีย ผลการดำเนินงานมาลาเรียร่วมกับโครงการนี้ของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้น สามารถดำเนินงานป้องกันมาลาเรียด้วยตัวชุมชนเองได้มากขึ้น โดยภาพรวมแล้วผลการดำเนินโครงการนี้ประสบความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมมาลาเรียอย่างบูรณาการและยั่งยืนมาก ประชาชน และผู้ป่วยพึงพอใจต่อการให้บริการมาลาเรียเชิงรุกแบบบูรณาการของโครงการนี้มาก

ความโดดเด่นในการดำเนินงานจนประสบความสำเร็จในการลดจำนวนผู้ป่วย และจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นไข้มาลาเรีย ตามขั้นตอนและกระบวนการต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ โครงการการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายมาลาเรียแบบบูรณาการ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก นี้ ได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรค และผลักดันจนได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards :TPSA) (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น รางวัลเลิศรัฐ (Public Sector Excellence Awards :PSEA)) ประเภทรางวัลบูรณาการบริการที่เป็นเลิศ ระดับดีเด่น จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ และก้าวต่อไปคว้ารางวัล UNPSA (United Nations Public Service

Awards) จากองค์การสหประชาชาติในปีถัดมา ส่งผลให้งานบริการสาธารณสุขโดยภาครัฐของไทยเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ อดีตรองอธิบดีกรมควบคุมโรค ผู้มีบทบาทอยู่เบื้องหลังการผลักดันงานควบคุมและป้องกันมาลาเรีย จากอำเภอท่าสองยางได้เล่าถึงเส้นทางสู่รางวัลทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติของโครงการดังกล่าว นับตั้งแต่จุดเริ่มต้นในความพยายามคิดหาหนทางให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ตลอดจนถึงการสร้างเครือข่ายจากการดึงกลุ่มต่าง ๆ ทั้ง กลุ่มชาวบ้าน องค์กรท้องถิ่น โรงเรียนตชด. สาธารณสุขระดับท้องถิ่น ฯ มาช่วยเหลือกันจนสามารถนำบริการสาธารณสุขเข้าไปถึงชาวบ้านในชุมชนต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง สร้างการรับรู้เรื่องสุขภาพแก่ชุมชน ช่วยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในด้านการสาธารณสุขขึ้นมาได้ ซึ่งผลที่ตามมาจากการมีส่วนร่วมและการทำงานร่วมเชิงบูรณาการเครือข่ายดังกล่าว ทำให้มีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียลดลงได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

“ตอนนั้นเขาชื่อ สคร.๙ พิษณุโลก แต่ตอนนี้เปลี่ยนเป็น สคร.๒ แต่พื้นที่ดูแลยังเป็นพิษณุโลกเหมือนเดิม เขามานำเสนอโครงการนี้ ตอนนั้นกรมฯ เหมือนอยากให้ส่งรางวัลของ กพร.ไทย ซึ่งเรามองว่ามันเป็นด่านที่หนึ่ง ประเด็นอยู่ที่การป้องกัน คือการดูแลหมู่คน แต่คนของสาธารณสุขเรามีเพียงน้อยนิด เป็นหลักพันจะไปดูแลคนหลายสิบล้านคงลำบาก เพราะฉะนั้นทำอย่างไรที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

๑. ผู้แทนกรมควบคุมโรค
รับรางวัลจาก UN
๒-๕. กิจกรรมต่างๆ ใน
โครงการ

ซึ่งตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ใช้คำภาษาอังกฤษว่า Health Literacy คือไม่ใช่อ่านออกเขียนได้ แต่เป็นการรับรู้เรื่องของสุขภาพ เรื่องของการสาธารณสุข เสร็จแล้วพอเรานำเสนอต่อไปยัง กพร. ตอนแรกเขาอ่านเสร็จ เขาให้รางวัลระดับดี แต่พอเขาไปลงพื้นที่ด้วย เขาให้รางวัลระดับดีเด่น เราก็โอเค ท่าสองยางเขาก็ภูมิใจระดับหนึ่ง

“พอผ่านรางวัล กพร. ก็ไปสเต็ปต่อไป เกณฑ์รางวัลของสหประชาชาติในตอนนั้นมีประมาณ ๔ ประเภท ประเภทแรก คือ การบริการสู่ประชาชนดีเลิศ ประเภทที่ ๒ เป็นเรื่องการมีส่วนร่วม participation ประเภทที่ ๓ เป็นเรื่องของ gender หญิงชาย ผู้ด้อยโอกาสผู้พิการ คนจน คนชายขอบ ประเภทที่ ๔ ในตอนนั้นเป็นเรื่องดิจิตอล เทคโนโลยี เรื่องของไอที ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาเพื่อบริการประชาชนอย่างเป็นเลิศ เรามาลองนั่งวิเคราะห์ดูแล้ว สคร.๒ พิษณุโลก น่าจะเข้าแคต ๒ คือ พาร์ติซิเพชัน (participation) ตัวที่เป็นจุดเด่นของแคต ๒ ก็คือ ประชาชน ชุมชน อาสาสมัครเห็นปัญหาของตัวเอง แล้วเอาปัญหานั้นมาให้เราใช้ความรู้ใช้สมรรถนะเราไปแก้ปัญหาของเขา คือถ้าชุมชนเห็นปัญหาของชุมชนเอง แล้วหยิบยกปัญหาของชุมชนตัวเองขึ้นมาแล้วมาหาเรา ไว้วางใจเราว่าเป็นผู้รู้และแก้ปัญหาให้เขาได้ ซึ่งตรงนี้มีหน่วยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง หลักเกณฑ์ของเขาจริง ๆ ต้องไม่ต่ำกว่า ๓ หน่วย ซึ่งเป็นองค์กรท้องถิ่น เป็นอสม. เป็นชนกลุ่มน้อย เป็นชนเผ่า”

แพทย์หญิงวราภรณ์ยังชี้ให้เห็นว่าการทำงานแบบบูรณาการเครือข่ายที่ สคร.๙ อำเภอท่าสองยาง นำมาใช้ปฏิบัติงาน ไม่เพียงสามารถป้องกันและรักษามาลาเรียในพื้นที่ได้สำเร็จเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อเนื่องไปยังระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมด้วย เช่น การเข้ามาร่วมงานของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน หนึ่งในภาคีเครือข่ายซึ่งทำงานให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่เด็กนักเรียนและผู้ปกครองที่เป็นชนเผ่า ช่วยป้องกันและรักษาไข้มาลาเรียให้หายลงได้ภายในพื้นที่ โดยไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายไปใช้

บริการโรงพยาบาลในเมือง ช่วยลดภาระของโรงพยาบาลและเปิดโอกาสให้ประชาชนส่วนอื่นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนเข้าใช้บริการสาธารณสุขได้มากขึ้น

"ที่ท่าสองยาง ครูใหญ่โรงเรียนตชด. นอกจากช่วยกันดูแลกำจัดลูกน้ำแล้วยัง ช่วยกันดูแลเด็ก พาเด็กมารักษา ดูแลให้เด็กกินยาให้ครบ เพราะตอนนี้เราพยายามเปลี่ยนจากการโฟกัสเรื่องของการป่วยแล้วรักษา ไปทำยังไงที่จะไม่ให้ป่วย เขาก็จะใช้คำว่า change for life 'ปรับเพื่อไม่ป่วย' ทางโรงเรียนก็ดูแลเรื่องของการให้เด็กกินยาให้ครบ แล้วพอถึงเวลาสุดท้ายก็นำมาสู่การวัดผล ตชด. ก็แสดงผลเลย เด็กป่วยน้อยลง สุขภาพเด็กดีขึ้น เสร็จแล้วมันก็ไปทะลุถึงโรงพยาบาล เราเองเป็นคนไปให้เขาติดตามที่โรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาลจากมาลาเรียลดลงไหม เพราะว่าถ้าดีเทค(detect) ได้ในพื้นที่ ไม่ต้องมาใช้เตียงในโรงพยาบาล สต็อกยามาลาเรียในโรงพยาบาลก็ลดลง คนในพื้นที่ที่จะป่วยแล้วต้องมานอนโรงพยาบาลเพราะป่วยมาลาเรียก็ลดลง ฉะนั้นการใช้เตียงเพื่อภารกิจอื่นที่จำเป็น มันก็จะสามารถใช้ประโยชน์ตรงนี้เพิ่มได้มากขึ้น แล้วที่สำคัญก็เรื่องของค่ายาด้วย และส่วนหนึ่งก็ช่วยลดปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา

"เพราะฉะนั้นในงานตัวอย่างของท่าสองยาง ถอดบทเรียนแล้ว เป็นการไปสร้างการรับรู้เรื่องสุขภาพในชุมชน ไปทำ Health Literacy ให้เขารับรู้เรื่องสุขภาพ แล้วถึงเวลาปุ๊บ เขาก็จะลุกขึ้นมาเพื่อที่จะแก้ปัญหาของเขาเอง โดยชุมชนของเขาเอง"

๑,๒,๓,๔ และ ๕. เครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าสองยางลงพื้นที่บริเวณชายแดนให้ได้รับการดูแลรักษามาลาเรียอย่างดีที่สุด

๖. ตชด.กับชาวบ้านถิ่นทุรกันดาร

ก้าวสู่มาลาเรียออนไลน์

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค อดีตผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง เปิดเผยว่า รางวัลชนะเลิศ (First Place) UNPSA ในสาขาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกนวัตกรรมที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ ๙.๓ อำเภอท่าสองยางได้รับนั้นมาจากการพัฒนานวัตกรรมงานควบคุมมาลาเรีย โดยมีนวัตกรรมสำคัญที่ทำให้ได้รับรางวัลคือการสร้างระบบฐานข้อมูลแบบเรียลไทม์ "มาลาเรียออนไลน์" มาช่วยให้ประชาชนในท้องถิ่นแดนไกลที่มีอยู่ทั่วประเทศสามารถเข้าถึงการรักษามาลาเรียได้อย่างทันท่วงทีมากที่สุด โดยคาดหวังว่าจะสามารถกำจัดมาลาเรียให้หมดไปจากประเทศไทยตามเป้าหมายที่วางไว้ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๗ ด้วย

"สคร.๙ พิษณุโลก เขาก็พยายามขยายไปหลายพื้นที่ แต่บริบทแต่ละพื้นที่มันต่างกัน ความที่บริเวณชายแดนมันมีทั้งชนกลุ่มน้อย คนข้ามพรมแดนทั้งหลาย ที่มีโอกาสเข้าถึงการดูแลรักษาน้อย มันก็เป็นเป้าหมายการพัฒนาขององค์การสหประชาชาติ SDGs –Sustainable Development Goal คือทำยังไงให้ประชาชนที่อยู่บริเวณชายแดนเขาได้รับการดูแลรักษามาลาเรียได้ดีที่สุด แล้วทำให้ประเทศเราสามารถกำจัดมาลาเรียได้ ประเทศไทยเราต้องการกำจัดมาลาเรียให้ได้ภายในปี ๒๕๖๗ ฉะนั้นเราจึงพยายามพัฒนาสิ่งที่เรียกว่าให้ขยายได้ทุกพื้นที่ อันดับแรกเลยคือ เรื่องการมีระบบฐานข้อมูลที่เป็นเรียลไทม์ เราเรียกว่า "มาลาเรียออนไลน์" ทำให้ทุกพื้นที่สามารถลงข้อมูล เขาลงข้อมูลทุกอย่าง ทั้งเคส ทั้ง

การทำงาน แล้วแชร์กัน ทำเป็นมาลาเรียออนไลน์ และเรียลไทม์ ฉะนั้นทุกคนสามารถเห็นด้วยกันหมดว่า เอ๊ะ! มันมาจากที่นี่นะ แล้วไปที่ไหน ๆ ซึ่งอันนี้เราก็เอาไปประกวด ระดับประเทศก่อน ก็ได้รางวัล กพร. ของประเทศ คือรางวัล TPSA เป็นรางวัลที่เขาเรียกว่าการบริการเชิงบูรณาการครบวงจร เพราะว่าทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการ ได้รับการรักษามาลาเรียเต็มที่ คนที่จะลงข้อมูลในมาลาเรียออนไลน์ คือ มาลาเรียคลินิก ซึ่งเราได้ไปสร้างไว้ อยู่ตามชายแดนก็มี เป็นประชาชนที่เราไปอบรมให้เขามีศักยภาพในการตรวจมาลาเรีย เขาก็จะเจาะเลือดตรวจมาลาเรียได้ เสร็จแล้วพอเขาเจอเชื้อ เขาก็เก็บข้อมูลแล้วก็คีย์ออนไลน์”

ควบคู่กันไปกับ ระบบฐานข้อมูลแบบเรียลไทม์ “มาลาเรียออนไลน์” ยังมีอีกหนึ่งนวัตกรรมที่เข้ามาช่วยส่งเสริมให้งานกำจัดไข้มาลาเรียเป็นไปได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น คือ “มาลาเรียคลินิกชุมชน” หรือ “มาลาเรียโพสต์” ซึ่งเป็นมาลาเรียคลินิกขนาดย่อมลงไป วัตถุประสงค์เพื่อเข้าไปดูแลรักษามาลาเรียในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนมาก เช่นพื้นที่ชายแดน เป็นต้น

“เรามีมาลาเรียคลินิกที่อยู่ภายใต้การสนับสนุนของกรมควบคุมโรคอยู่ แล้วเราไปสร้างอีกอันหนึ่ง เรียกว่า มาลาเรียโพสต์ มาลาเรียโพสต์นี่ยิ่งไปอยู่ในที่ไกล ๆ เคลื่อนย้ายไปมาได้ มาลาเรียโพสต์เราตั้งไว้ในพื้นที่ทุรกันดารที่ไกลมาก เพราะว่ามาลาเรียคลินิกคงต้องอยู่ในชุมชนหน่อย แต่มาลาเรียโพสต์นี่ตั้งอยู่ในที่ไกล ๆ นิดหนึ่ง แต่ก็ห่างชุมชน หรือในชุมชนใดชุมชนหนึ่งที่มันอยู่ห่างไกลมาก เราก็ไปตั้งไว้ ส่วนรูปแบบของมาลาเรียโพสต์ก็เหมือนชาวบ้านนี่แหละ เราไปตั้งในบ้านชาวบ้าน แล้วเทรน

Dilophen

ชาวบ้าน นั่นคือสิ่งที่เราทำ เพราะฉะนั้น แถวนั้น ทั้งคนพูดไทยได้ พูดไทยไม่ได้ สามารถตรวจรักษาได้เราช่วยเทรนเขา เขาก็ทำงานเก็บข้อมูลแล้วส่งมาให้เราซึ่งมาลาเรียโพสต์ตรงนี้เราก็พยายามส่งไปรับรางวัล UNPSA เหมือนกัน ผ่านรอบหนึ่งเข้าไป แล้วก็ตกรอบสอง แต่อย่างน้อยก็เข้ามารอบสองได้ มาลาเรียโพสต์นี้ เราเอาไปขยายให้กับลาว เขมร และพม่า เราเป็นต้นแบบให้เขา เราสร้างให้เขาดูว่าอันนี้เป็นต้นแบบนะ วิธีการที่จะดูแลคนไข้มาลาเรียในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก ทางลาวสนใจ ก็เอาไปใช้ในลาว เขมรสนใจก็หยิบเอาไปใช้ในเขมรตรงที่เป็นชายแดน

“ที่เราทำส่วนใหญ่ก็จะเป็นจังหวัดในภาคเหนือ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เป็นชายแดนติดเขมร ติดลาว ติดลาวก็จะมีอุบล ศรีสะเกษ ส่วนบุรีรัมย์ ก็ไม่มีเคสแล้ว แต่ทางฝั่งพม่านี่เยอะ ไล่มาตั้งแต่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ตราด เชียงใหม่ แล้วไล่ลงมาที่กาญจนบุรี จังหวัดแถบนี้มีมาลาเรียโพสต์แทบทั้งหมด ตอนนั้นเราตั้งไว้ซักประมาณ ๓๐ จังหวัด ก็มีหน่วยโพสต์ซัก ๔๐๐ แห่ง คนพวกนี้เป็นคนที่ทำให้มีข้อมูลสู่มาลาเรียออนไลน์ เขาก็คีย์เข้าไปด้วย หรือเขาอาจจะไม่ได้คีย์เอง แต่จะเก็บข้อมูลแล้วส่งให้เจ้าหน้าที่ช่วยคีย์ให้ คือเขาอาจจะคีย์ไม่ได้ เพราะเรายังไม่ได้พัฒนาถึงการที่จะให้เขาใช้แท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟน ให้คีย์ได้ง่าย ๆ ตอนนี้เรายังต้องใช้คีย์ผ่านคอมพิวเตอร์อยู่ ซึ่งต้องเข้ามาคีย์ที่ไซต์ ไซต์อาจจะเป็นโรงพยาบาล รพ.สต.(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) หรือไซต์ของแต่ละที่ก็ส่งข้อมูลเข้ามา ถ้ามันอยู่รีโมตแอเรียก็เก็บเป็นแมนนวล แต่ถ้าอยู่ในที่อย่างเช่น มาลาเรียคลินิกเรามีคอมพิวเตอร์เรียบร้อยแล้ว ก็คีย์ได้”

ภาพในอดีต

๑. ผู้แทนต่างประเทศลงเ ยี่ยมหน่วยมาลาเรียเคลื่อนที่

๒. ผู้แทนต่างประเทศดูงานฝ่ายพ่นเคมี

๓. ผอ. กองฯ และ ผอ.ศูนย์ฯเขต๒ กำลังนำผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่ ชมการสาธิตตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรีย

๔. ผอ. กองฯ ผู้ว่าราชการจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด หารือกันในระหว่างการประชุมอบรมรวมงาน จ.แพร่

๕. ประชุมร่วมกับต่างประเทศ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นประธาน

๖. นาย ดำรง สุนทรศารทูล ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี กำลังเข้าชม ในร้านมาลาเรียซึ่งร่วมกับสภาอนามัย ชั้น ๑

สานต่อ
เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพ แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังจากโครงการพัฒนาศักยภาพบริการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียแบบบูรณาการ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลง มีจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยไข้มาลาเรียลดลงตามลำดับ จนได้รับรางวัลทั้งในประเทศและ TPSA จากสหประชาชาติ เป็นประจักษ์พยานในคุณภาพของการบริการ จากนั้นโครงการนี้ยังคงรักษาคุณภาพการบริการไว้ได้อย่างต่อเนื่องเรื่อยมา แต่ไข้มาลาเรียก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ท้องที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ต้องเผชิญต่อไป

ในปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ โครงการนี้ได้ดำเนินการต่อในชื่อโครงการควบคุมไข้มาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูงแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง จาก ๖,๓๘๑ ราย เป็น ๓,๐๔๐ ราย และ ๑,๑๕๐ ราย ผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา ๓ ปีนี้ จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียในอำเภอ

ท่าสองยางลดลงตามลำดับ การดำเนินกิจกรรมที่สำคัญที่สุด คือ การจัดบริการเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่องและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ รวมถึงการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วนราชการ นอกภาคราชการ และประชาชน ทำให้โครงการฯ สามารถดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบว่ามีจำนวนผู้รับบริการ ได้รับการเจาะเลือดเพื่อคัดกรองผู้ป่วยครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ พบเป็นผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสิ้น ๓๐,๕๗๙ คน โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ได้รับการติดตามการรักษา ครอบคลุมตามแนวทางการรักษาโรคมาลาเรีย ร้อยละ๑๐๐ ผู้ป่วยที่เดินทางลำบากและไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการรักษา ได้รับการติดตามเยี่ยมจากอาสาสมัครมาลาเรียและครู ตชด. ครัวเรือนได้รับการสนับสนุนมุ้งชุบน้ำยาครอบคลุมสมาชิกในครัวเรือน และมีพ่นสารเคมีเพื่อควบคุมยุงพาหะ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย อำเภอท่าสองยาง มีการขยายเครือข่ายการทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อให้งานบริการครอบคลุมประชาชนมากที่สุด ประกอบด้วยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ภาคเอกชน (NGOs) โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีการขยายเครือข่ายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ หน่วยงานพัฒนาชุมชน หน่วยงานการศึกษานอกระบบโรงเรียน (กศน.) บาทหลวงสอนศาสนา

ในขณะที่รูปแบบการทำงานเชิงรุก ไม่เพียงขยายเครือข่ายบูรณาการเพิ่มขึ้น ยังมีการขยายสู่กิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคตามแนวชายแดนอื่นเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน โรคหนอนพยาธิ และโรคที่เกิดจากสารพิษตกค้างในการเกษตร ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องการการค้นหาที่รวดเร็ว ส่งต่อและรักษาเร็ว สร้างประโยชน์เกิดขึ้นแก่ประชาชนให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐานเหมือนกัน เครือข่ายสามารถส่งต่อข้อมูลต่อกันเพื่อการควบคุมโรคทันเวลา

อีกกลยุทธ์หนึ่งที่ทีมเครือข่ายบูรณาการ อำเภอท่าสองยางได้ดำเนินการร่วมกับการขยายกิจกรรมบริการป้องกันควบคุมโรคแก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ยังขยายกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไปสู่แนวชายแดนฝั่งพม่า เนื่องจากในพื้นที่ประชาชนชาติพันธุ์ที่เป็นต่างด้าว (ไทย-พม่า) มีการไปมาหาสู่ระหว่างกันแบบเครือญาติโดยปราศจากพรมแดน อีกทั้งการเปิดเมืองเขตเศรษฐกิจพิเศษอำเภอแม่สอด ทำให้การเคลื่อนย้ายของประชาชนเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถสกัดกั้นการแพร่กระจายของโรคที่มากับการเคลื่อนย้ายแรงงานได้ หากยังมีแต่เพียงการตั้งรับในฝั่งประเทศไทยอย่างเดียว อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัญหาได้ทันท่วงที จึงเกิดการพัฒนาเครือข่ายชุมชนตามแนวชายแดนพม่าด้านตรงข้ามกับอำเภอท่าสองยาง ด้วยแนวทางหมู่บ้านคู่ขนาน (Twin villages Thai-Myanmar) มีกิจกรรมอบรมแกนนำประชาชนต่างด้าว ให้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ทำหน้าที่ประสานแจ้งข่าวความเจ็บป่วยแก่ระบบสาธารณสุขในชายแดนพม่า เป็นการคัดกรองเริ่มต้นก่อนที่ประชาชนจะข้าม

ชายแดนมาด้านประเทศไทย และให้ความรู้ด้านการสอบสวนโรค และการเป็นทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) หากมีเหตุการณ์ระบาดของโรคต่าง ๆ สามารถส่งต่อข้อมูลสถานการณ์มายังทีม SRRT ที่อำเภอท่าสองยาง เพื่อขอความช่วยเหลือในการควบคุมโรคและสกัดกั้นประชาชนที่เจ็บป่วย พร้อมทั้งให้การรักษา ทีมบูรณาการอำเภอท่าสองยางจะให้การสนับสนุน ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคแก่ อาสาสมัครตำบล (อสต.) ที่ประจำหมู่บ้านคู่ขนานนั้น

ความท้าทายครั้งสำคัญ ปี ๒๕๖๙ มาลาเรียต้องหมดไปจากประเทศ

นายแพทย์ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำคณะผู้บริหารนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขไทย เข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๖ ประจำปี ๒๕๕๖ ที่นครเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์

เมื่อโลกยุคใหม่สามารถปราบมาลาเรียลงได้มาก องค์การอนามัยโลกจึงนำประเทศสมาชิกเดินหน้าสู่ทิศทางการกำจัดไข้มาลาเรียกันอีกครั้ง กับโครงการมาลาเรียโลก มีเป้าหมายระหว่างปี พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๗๓ มุ่งสู่การกำจัดไข้มาลาเรียและผลักดันให้ประเทศที่มีอัตราป่วยไข้มาลาเรียน้อยกว่า ๑ ต่อประชากรพันคน ยกระดับจากการควบคุมโรค (Malaria Control) มาเป็นนโยบายการกำจัดโรค (Malaria Elimination) ซึ่งประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนนโยบายดังกล่าวระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัย

โลกครั้งที่ ๖๖ ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และประเทศไทยร่วมกับประเทศสมาชิกอื่น ๆ ร่วมลงนามข้อตกลงในการผลักดันนโยบายและสนับสนุนงบประมาณการกำจัดไข้มาลาเรีย ในที่ประชุมสุดยอดเอเชียตะวันออก ครั้งที่ ๙ ณ กรุงเนปิดอว์ ประเทศพม่า ในปี พ.ศ.๒๕๕๗

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี อดีตผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กล่าวถึงที่มาของการตั้งเป้าหมายครั้งใหม่ขององค์การอนามัยโลกในการกำจัดไข้มาลาเรียให้หมดสิ้นไปภายในปี พ.ศ.๒๕๗๓ ในชื่อโครงการมาลาเรียโลกครั้งนี้ว่า

"ปกติเขาจะมีการตั้งเป้ากันไว้ ว่าจะ eliminate ให้หมด ตอนแรกเขาก็บอกว่า ปี ๒๕๖๓ ซึ่งอันนี้คาดการณ์ไม่ได้ ดูแล้วจะไม่เป็นตามทิศทาง เพราะว่า ๒๕๖๓ ก็เหลือแค่อีก ๒ ปีเอง แต่ละปีเขาจะตั้งเป้าไว้ เขาเขียนโครงการระยะยาว เขาจะไประดมเงินทุกซอร์ส อย่างเช่นเงินโกลบอลฟันด์ (Global Found) เงินบิลเกตส์ ฟาวเดชัน เงิน USAID เงินพวกนี้เอามารวมกันแล้วทำโครงการ elimination เพราะถ้าเขาไม่ตั้งโครงการอย่างนี้ ก็จะระดมเงินไม่ได้ เพราะฉะนั้นองค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์การใหญ่เขาก็พยายามมองอย่างนี้ กวาดล้างเอดส์ด้วย ทีบีด้วย มาลาเรียด้วย เพราะโรคพวกนี้ต้องระดมทรัพยากรเยอะ ต้องมองอนาคตว่าจะมีใครเข้ามาร่วมบ้าง ภาคเอกชน เอ็นจีโอเข้ามาร่วม แต่ละส่วนเข้ามาสนับสนุนเท่าไหร่ตลอดระยะเวลา ๒๐-๓๐ ปีนี้ เป็นการวางเป้าของโกลบอลทาร์เก็ต การเข้ามาสนับสนุน คือเข้ามาร่วมในเรื่องวิชาการ การวิจัยเพื่อให้ได้ยาใหม่ ๆ สนับสนุนเรื่องแล็บเครื่องมือ แรปปิดเทสต์ใหม่ ๆ ที่มันเร็วขึ้น มียาใหม่ ๆ

๑. แผนยุทธศาสตร์กำจัดไข้มาลาเรียของประเทศไทย (พศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙)
๒. โปสเตอร์รณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อร่วมใจกำจัดไข้มาลาเรีย

เผื่อเกิดเชื้อดื้อยาขึ้นมา แล้วก็มีกลไกต่าง ๆ ที่ช่วยติดตามประเมินผล สร้างรูปแบบกระบวนการต่าง ๆ ก็เป็นการสร้างให้แต่ละประเทศมีศักยภาพที่สูงขึ้น อันนี้เป็นสิ่งที่เขาคาดหวัง”

นอกจากนี้การกำจัดไข้มาลาเรียยังเป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) และประเทศไทยได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๘ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวด้วย

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้ยกระดับการจัดการมาลาเรียของประเทศจากการควบคุมเป็นการ “กำจัดโรค” โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย ระยะ ๑๐ ปี ตั้งแต่พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙ มีวิสัยทัศน์ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ.๒๕๖๗ และแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) โดยมี ๔ ยุทธศาสตร์ คือ

๑. เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย ไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่ เน้นระบบเฝ้าระวัง ค้นหารวดเร็ว

คัดกรองและให้ความรู้โรคมาลาเรียกับกลุ่มเสี่ยงบริเวณชายแดน

รักษาเร็ว และกำจัดเชื้อดื้อยา ๒. พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่ ๓. สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย และ ๔.ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากไข้มาลาเรีย ตั้งเป้าให้ทุกอำเภอในประเทศไทยไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย ๓ ปีภายในปี ๒๕๖๗ โดยผ่านความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกัน ณ วันนี้ไข้มาลาเรียเป็นโรคชายแดนที่มีความสำคัญลดลง เนื่องจากความพยายามอย่างยิ่งยวดของทุกฝ่ายในหลายสิบปีที่ผ่านมาลักษณะโครงการเฉพาะกิจซึ่งมีภาครัฐดำเนินงานเป็นส่วนใหญ่ และเป็นโครงการชำนัญพิเศษ แต่วันนี้โครงการกำจัดไข้มาลาเรียของประเทศไทยมีลักษณะเป็นโครงการที่ผสมผสานงานค่อนข้างสมบูรณ์ มีผู้ร่วมงานจำนวนมาก แต่ก็ยังมีสิ่งท้าทายแอบแฝงอยู่ เช่นเชื้อดื้อยายังคงอยู่ การอพยพ

<<เจ้าหน้าที่ให้บริการ
มุ้งชุบสารเคมีแก่ชาวบ้าน

ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างง่าย

เคลื่อนย้ายแรงงานจากต่างประเทศมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปก็เข้มแข็งมากขึ้นด้วย มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น มุ้งชุบสารเคมีสำเร็จรูป ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็วเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายใต้กรมควบคุมโรค มีความมั่นใจในความสำเร็จและสามารถจะบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ประเทศไทยปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรียภายใน พ.ศ.๒๕๖๗

การดำเนินงานควบคุมโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยส่วนหนึ่งยังเป็นโครงการกึ่งชำนัญพิเศษ (Semi-vertical Program) ภายใต้ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค มีบทบาทด้านนโยบายระดับชาติ (National Malaria program) โดยมีหน่วยงานเครือข่ายภายใต้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒และกทม. รับผิดชอบการปฏิบัติงาน

>> กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พัฒนาชุดตรวจเชื้อมาลาเรียสำเร็จคุณภาพดีราคาไม่แพง ส่งให้องค์การอนามัยโลกพิสูจน์คุณภาพก่อนวางขายทั่วโลก

ในพื้นที่ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้ระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป (General public health) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลก (Global Fund) ด้านมาลาเรีย ทั้งนี้ได้มีความพยายามขยายหน่วยงานเครือข่ายด้านสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง

พชอ. อีกหนึ่งฟันเฟืองของระบบเครือข่ายเพื่อการกำจัดมาลาเรีย

กระทรวงสาธารณสุข เร่งสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๒ ด้วยแนวคิด “อำเภอสุขใจ : เส้นทางการพัฒนา พชอ. สู่ความยั่งยืน” เน้นบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน ร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ขับเคลื่อน ๒,๔๐๐ โครงการ

เพื่อให้แผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคไข้มาลาเรีย ระยะเวลา ๑๐ ปี ขับเคลื่อนไปให้ถึงเป้าหมายกำจัดไข้มาลาเรียให้หมดไปภายในปี พ.ศ.๒๕๖๗ ประเทศไทยจำเป็นต้องหามาตรการใหม่ ๆ เข้ามาสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น นโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยการทำงานอย่างมีส่วนร่วมตามแนวทาง “ประชารัฐ” ในงานป้องกันควบคุมโรค ซึ่งนโยบายนี้มีเป้าหมายให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และได้รับความไว้วางใจจากประชาชน

สำหรับงานควบคุมกำจัดไข้มาลาเรีย พชอ. เข้ามามีส่วนร่วมในฐานะองค์กรท้องถิ่นที่มีเป้าหมายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชนตามนโยบายของการจัดตั้ง ในที่นี้คือการป้องกันประชาชนให้รอดพ้นจากภัยมาลาเรีย พชอ.จึงเป็นหน่วยหนึ่งที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนเป้าหมายการกำจัดมาลาเรียให้หมดไปจากประเทศไทย ตามแผนยุทธศาสตร์กำจัดไข้มาลาเรีย ๑๐ ปี ด้วยเช่นกัน

“เราคาดว่าองค์การอนามัยโลกจะมา verified เราในปี ๒๕๖๙ แต่ปี ๒๕๖๗ เราจะให้ไม่มีการติดเชื้อภายในพื้นที่ ตอนนี้เรากำลังทำกระบวนการที่เรียกว่า การถ่ายโอนภารกิจให้กับท้องถิ่น เพราะฉะนั้น พชอ.จะเข้ามาตรงนี้ พื้นที่ไหนที่ยังมีปัญหารุนแรงพอสมควร ยกตัวอย่างเช่น อำเภอท่าสองยาง อำเภอแม่สอด แต่แม่สอดมีเขตพื้นที่ใหญ่แล้วมีคนทำงานเข้มแข็ง เพียงแต่ว่าคนต่างด้าวเขาทะลักเข้ามาเยอะ เคสต่างด้าวเยอะ เราคงไม่ใช้ พชอ. ทั้งหมด เพราะ พชอ. ต้องทำหลายเรื่อง อย่างเช่น ตอนนี้มีการระบาดที่ภาคอีสาน เฉพาะที่ศรีสะเกษ มีบางอำเภอเท่านั้น เรากะว่าบางอำเภอให้ใช้ พชอ. เช่น อำเภอขุนหาญ ภูสิงห์ แถว ๆ นี้ที่ติดชายแดนเขมร เรากำลังคุย ๆ กันอยู่ เพราะตอนนี้เรามีทีมอยู่กับเขา คุยกับเขาอยู่ ว่าจะผลักดันให้เข้า พชอ. นะ แล้วก็ไปสนับสนุน แล้วตอนนี้เราก็สนับสนุนเรื่องการขับเคลื่อน พชอ. ในพื้นที่” นายแพทย์ปรีชา กล่าวถึงบทบาทของ พชอ.ในงานกำจัดไข้มาลาเรียตามแผนยุทธศาสตร์ ๑๐ ปีของกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ปรีชา ยังกล่าวต่อว่า กระทรวงสาธารณสุขพร้อมให้การสนับสนุนการทำงานด้านการกำจัดมาลาเรียของ พชอ.ในพื้นที่ ทั้งด้านงบประมาณ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ตลอดจนองค์ความรู้

ด้านสาธารณสุข เพื่อให้ พชอ.สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างราบรื่น

“เราสนับสนุนเขาทั้งด้านเทคนิค ความรู้ และงบประมาณด้วยนะ บางทีเราเอาเงินนอกเข้าไป เช่น เงินโกลบอลฟันด์ใส่เข้าไป พวกแรปปิดเทสต์ที่ซื้อยาก เราก็ซื้อให้เขาไปก่อน ก็ซัพพอร์ตเขาเรื่องเงิน เรื่องยา เรื่องเทสต์ต่าง ๆ แล้วให้เขาจัดกระบวนการ ให้เขามีการประชุม มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แล้วก็มีการตั้งทีมที่จะไปควบคุมโรคในพื้นที่ เพราะว่าฝั่งนั้นจะเป็นชายแดน ที่เขมรจะเป็นชายแดน เราคุยกับทหารด้วย ต้องทำร่วมกัน เพราะตรงนั้นมันเข้ายาก มันทับซ้อนกันอยู่ ฝั่งไทยก็มีทหารอยู่ ต่างคนต่างลาดตระเวน ตรงในพื้นที่ส่วนนั้น เราก็ตั้งรับในพื้นที่ ส่งกำลังเข้าไป ทหารอสม. มาลาเรียโพสต์ที่เราสร้างขึ้นมา เพราะว่าตอนนั้น ศรีสะเกษ เคสมันน้อย ก็เลยไม่มีมาลาเรียโพสต์ แต่ตอนนี้เราไปตั้งใหม่ ตอนแรกไม่มี เราไปตั้งเพิ่ม แล้วเราก็มีความร่วมมือกับทางเขมร ไปคัดกรองทางฝั่งเขมร ทางเขาก็อาจจะขาดทรัพยากร ส่วนเทคนิคเขาก็คงมีนะ แต่เราก็มีโครงการที่เป็นความร่วมมือของชายแดนไทย-เขมรอยู่ เราก็เข้าไปช่วยเขา”

แพทย์หญิงวราภรณ์ อธิบายว่า พชอ.เป็นเสมือนอีกหนึ่งกองกำลังที่เข้ามาช่วยกระทรวงสาธารณสุข ในการเข้าไปช่วยทำความเข้าใจกับประชาชนในชุมชนให้มีความเข้มแข็งด้านองค์ความรู้เรื่องสุขภาพ พร้อมจะให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อนบ้านในชุมชนของตัวเอง ให้รู้จักป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย ตลอดจนโรคอื่น ๆ ซึ่งโดยลำพังเพียงแค่กำลังพลของกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถเข้าถึง

ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั่วประเทศได้ทั่วถึง โดยเฉพาะในชุมชนหรือท้องที่ที่ห่างไกล เช่น พื้นที่ชายแดน

“พชอ.เวลาเขามาช่วย เขาคงไม่มาช่วยมาลาเรียเรื่องเดียว ถ้าคุณดูแลเรื่องของยุง คุณได้ดูเรื่องไข้เลือดออก ถ้ายังมีปัญหาในพื้นที่นั้น แล้วถ้าเป็นชายแดนหรือพื้นที่เสี่ยง คุณดูเรื่องของมาลาเรียได้ด้วย แล้วคุณสามารถขยายผลต่อไปได้ด้วย เช่นเรื่องของเอชไอวี อะไรต่าง ๆ ไปขยายผลเรื่องคุณภาพชีวิต อะไรที่ส่งผลกระทบให้คุณภาพชีวิตประชาชนไม่ดี อะไรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาเรื่องของการเจ็บป่วย ตอนนี้ต้องยกให้เป็นเรื่องของโรคเรื้อรัง ซึ่งพบก่อน เช่น มีเครื่องวัดความดัน ออกไปวัดความดัน ไปตรวจเช็ค มีศูนย์ออกกำลังกายอะไรก็ว่าไป เป็นการขยายผล เพื่อทำให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่โฟกัส จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ทำให้สุขภาพไม่ดี ยกตัวอย่าง ในตอนนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยหมออนามัย ซึ่งร่วมกันกับ สสส. กับเครือข่ายของแพทยสมาคม มีโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ ถามว่างานนี้ พชอ. ช่วยได้ไหม ตอบว่าช่วยได้ ช่วยเพราะว่า มันก็ตรงกับงานควบคุมโรคเหมือนกัน คือ ป้องกันแล้วป้องกันโรคหลาย ๆ โรคที่เกิดจากบุหรี่ แล้วเป็นการดูแลสุขภาพประชาชนด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนระยะยาว”

บาเจาะโมเดล ต้นแบบการควบคุมโรคมาลาเรียโดยชุมชน ความสำเร็จบนพื้นที่สีแดง

หากพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดพิษณุโลก เป็นตัวอย่างความสำเร็จของการบูรณาการเครือข่ายและการ

พัฒนานวัตกรรมมาใช้ในการควบคุมและป้องกันมาลาเรียในพื้นที่ห่างไกลตามชายแดน พื้นที่ตำบลบาเจาะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ก็นับเป็นความสำเร็จของการควบคุมมาลาเรียโดยชุมชน ในพื้นที่ที่ครุกรุ่นด้วยเหตุการณ์ความไม่สงบอย่างสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

เหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะหลังมา เป็นสาเหตุให้บริการสาธารณสุขไม่สามารถเข้าไปถึงประชาชนในพื้นที่ได้อย่างสะดวก การควบคุมโรคทำได้ยาก ไข้มาลาเรียจึงกลับมาเป็นปัญหาใหญ่ในพื้นที่นี้อีกครั้ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ จังหวัดยะลามีผู้ป่วยไข้มาลาเรียเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ มีผู้ป่วยทั้งหมด ๔,๗๙๓ ราย เฉพาะในเขตอำเภอบันนังสตามีผู้ป่วยทั้งหมด ๓,๒๔๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๗.๗ ของผู้ป่วยทั้งหมด

เพื่อไม่ให้ปัญหาการระบาดของไข้มาลาเรียลุกลามบานปลายต่อไปมากกว่านี้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บันนังสตา จึงได้กำหนดให้ปัญหาการระบาดของมาลาเรียเป็นประเด็นแรกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยทำการวิเคราะห์และหาสาเหตุเพื่อกำหนดมาตรการการป้องกันและควบคุมของโรคมาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๖๐ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอบันนังสตาและภาคีเครือข่ายได้เริ่มขับเคลื่อนมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยใช้ ๓ มาตรการ คือ มาตรการต่อเชื้อ มาตรการต่อคน และมาตรการต่อยุง โดยมีพื้นที่นำร่อง คือ ตำบลบาเจาะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ภายใต้ชื่อ

ดร.นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล

“บาเจาะโมเดล” เพื่อเป็นต้นแบบการควบคุมมาลาเรียโดยชุมชน ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผ่านกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ การป้องกัน และการหาผู้ป่วยเชิงรุก การรักษาอย่างทันท่วงที และการติดตามการทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการแก้ปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่องทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรียจากจำนวน ๓,๒๔๓ รายในปี ๒๕๕๙ ลดลงเหลือเพียง ๓๗๕ รายในปี ๒๕๖๐ สามารถเปลี่ยนพื้นที่สีแดงให้เป็นสีชมพูได้ จากความร่วมมืออย่างจริงจังเพื่อลดการระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ได้สำเร็จ การทำงานร่วมกันระหว่างระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ บาเจาะโมเดล ยังคงเดินหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายจะขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อำเภอบันนังสตาต่อไป

ดร. นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล อดีตผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันโรคที่ ๑๒ สงขลา ซึ่งเคยปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคใต้มาตลอด เล่าถึงสถานการณ์มาลาเรียในเขตสามจังหวัดชายแดนใต้ ที่เป็นสาเหตุให้เกิด ‘บาเจาะโมเดล’ ขึ้นมาแก้ไขบรรเทาความรุนแรงของไข้มาลาเรียในพื้นที่นี้

“ตอนนี้ foresight ที่บ่งชี้ว่าจะเกิดมาลาเรียระบาดนั้นมันย้ายจากภาคใต้ตอนบน ลงไปอยู่แถวภาคใต้ตอนล่างแล้วมันไประบาดอยู่ที่ยะลา เพราะว่าตอนนี้พื้นที่นั้นเราเข้าไปไม่ได้ ที่ยะลามันเป็นการติดเชื้อในพื้นที่ แล้วเป็นเชื้อพีวี (พลาสโมเดียม ฟัลซิปารัม) มากกว่า พีเอฟ (พลาสโมเดียมไวแว็กซ์) ซึ่งพีวีมันยากตรงที่อาการมันไม่มาก ทำให้คนไม่

ตระหนักที่จะมาตรวจเลือด คนก็คิดว่าน่าจะเป็นโรคอื่นที่
ไม่ใช่มาลาเรีย แล้วอีกอย่างพอเจ้าหน้าที่เข้าไปลำบาก เพราะ
ว่าเป็นพื้นที่ไม่สงบ ทำให้การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ทำได้ยาก
แต่ตอนนี้เรามีวิธีแก้ โดยพยายามใช้คนในพื้นที่ให้มากที่สุด
เพราะมันมีปัญหาเรื่องการไว้เนื้อเชื่อใจด้วย ซึ่งเป็นปัญหา
สังคม หนึ่งคือเราจะต้องหาคนในพื้นที่ที่กลมกลืนกับเขา สอง
พูดภาษามาลายูได้ แล้วอาจจะให้เขาจัดการกันเอง

*“เราจึงมีโครงการเรียกว่า บาเจาะโมเดล หลักการคือ
ให้เขาดำเนินการร่วมมือ พยายามให้คนในพื้นที่มาระดม
ลงขันลงแขกกัน ลงขันหมายความว่าออกทุน ระดมทุน ที่จะ
ทำโน่นนี่ที่เป็นค่าใช้จ่าย มาช่วยกัน ส่วนลงแขก เช่นมาช่วย
กันทำ ช่วยกันหาผู้ป่วย ช่วยกันเจาะเลือด ถ้าอยากจะพ่น
ก็ให้เขาพ่นกันเอง แต่รัฐบาลจะสนับสนุนสารเคมีให้ โดยมี
อบต. บ้าง ชาวบ้านบ้าง รวมกัน ปรากฏว่าตอนนี้มันลง
ผลลัพธ์ทำได้ดีมาก แล้วเราเรียกโมเดลนี้ว่า เป็นการจัดการ
โดยชุมชนมีส่วนร่วม คือถ้าให้เจ้าหน้าที่ไปทำ เจ้าหน้าที่พอ
เข้าไปก็ต้องรีบออกมา ไปอยู่ถาวรไม่ได้ รีบไปรีบมา แล้วเคส
นี้มันเกิดขึ้นต่อเนื่อง แต่ถ้าให้พวกเขาทำกันเอง เหมือนเขา
ไปเฝ้าอยู่ในพื้นที่ เคสออกมาเมื่อไหร่ เจอเขาก่อน คือเป็นการ
เฝ้าระวังโรคโดยชาวบ้าน ดำเนินการโดยชาวบ้าน เราพยายาม
ใช้วิธีการที่ง่าย ใช้แรปปิดเทสต์ ให้เขาพอตรวจเลือดปุ๊บ รู้เลย
ว่าเป็นหรือไม่เป็น สอนวิธีการจ่ายยาเบื้องต้น เหมือนกับให้
ทำมาลาเรียคลินิกโดยเขาเอง เรียกว่า มาลาเรียโพสต์ ในพื้นที่*

โดยชาวบ้านเอง โมเดลนี้กลายเป็น โมเดลต้นแบบ สำหรับพื้นที่อื่น ๆ ทางภาคใต้ ตอนนี้ก็เริ่มกระจายไป ทางอำเภอธารโต และอำเภอใกล้เคียงของจังหวัดยะลา”

สาธารณสุขมั่นใจ
๒๕๖๙ ไทยปลอดมาลาเรีย

"การป้องกันเป็นการสำคัญ และให้ผลดียิ่งกว่าการแก้อย่างแน่นอน แต่ใช่ว่าจะทอดทิ้งการบำบัดโรคเสียทีเดียวก็หาไม่ การบำบัดโรคยังคงเป็นการสำคัญในการสาธารณสุขประเภทหนึ่งอยู่นั่นเอง การบำบัดโรคและการป้องกันโรคมีปัญหาสำหรับผู้ทำการในหน้าที่โดยตรงต่างกันคือ การบำบัดโรคเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับบุคคลเฉพาะตัวเป็นคนๆ ส่วนการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งหมู่ แพทย์บำบัดโรคมุ่งที่จะให้คนไข้ที่ตนรักษาอยู่นั้นหายเป็นปกติเป็นราย ๆ ไป ส่วนแพทย์ผู้ป้องกันโรคมิได้นึกถึงแต่ความสุขของบุคคลคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แต่นึกถึงคนทั้งหมู่เสมอไป..."

พระดำรัสสมเด็จกรมพระยาชัยนาทนเรนทร พระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย

สมเด็จกรมพระยาชัยนาทนเรนทร
พระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาโรคมาลาเรียมานับร้อยปีในหลายชื่อหลายนาม ตั้งแต่ "ไข้จับสั่น" มาจนถึง "มาลาเรีย" เราต่อสู้กับโรคร้ายนี้เพื่อปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยมาหลายยุคหลายสมัย ปรับใช้รูปแบบและแนวทางการในการป้องกันและควบคุมไข้มาลาเรียกันหลายครั้งหลายครา กระทรวงสาธารณสุขยังยึดมั่นในหลักการตามพระดำรัสของสมเด็จกรมพระยาชัยนาทนเรนทร พระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทยอยู่เสมอ ทั้งการบำบัดและการป้องกันโรคภัยแก่ประชาชนด้วยจิตใจที่คำนึงถึงส่วนรวมของประเทศ ทุกคนนึกอยู่เสมอว่าสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดูแล เพื่อให้เป็นกำลังในการผลิตและพัฒนาเศรษฐกิจของชาติให้รุ่งเรืองอยู่ได้ตลอดเวลา

"เป็นหน้าที่ที่เราจะต้องดูแลประชาชน เพียงแต่ว่าในเรื่องของการจะตอบแทนช่วยเหลือ ก็คงต้องมี แต่ว่าการทำงาน ผมเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำเต็มที่ ทำเต็มร้อย ส่วนใหญ่ก็เป็นคนในนั้นเอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเราก็สร้างคนจากข้างใน เขาก็ต้องรักบ้านของเขา คนส่วนกลางลงไปก็ไปอยู่แค่พื้นที่ตัวเมืองอะไรอย่างนั้น แต่จริง ๆ ถามว่าอยู่ได้ไหม มันก็ไม่ได้น่ากลัวนะ ไม่ได้มีอะไรรุนแรงอย่างนั้นทุกวัน" นายแพทย์ปรีชา ยกตัวอย่างการทุ่มเททำงานในพื้นที่ไม่สงบในบริเวณสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พร้อมกล่าวยืนยันว่าประเทศไทยจะสามารถกำจัดมาลาเรียให้หมดสิ้นไปภายในปี ๒๕๖๙ ได้อย่างแน่นอน

"ผมมั่นใจว่าเราทำได้ เพราะเราวางสเต็ป วางขั้นตอนไว้อย่างดี สมมุติว่า แอเรียนี้มันปิดแล้ว เราก็พยายามย้ายกองกำลังที่เรามีอยู่ เพราะเรามีกองกำลังที่มันเป็น vertical program ของเรา พวกหน่วย นคม. ศคม. เป็นกองกำลังของเรา ซึ่งเขาก็อาจจะใกล้เกษียณ แต่ว่าเราจะจ้างเขาต่อในการที่จะเมนเทน แต่ว่าถ้าพื้นที่ไหนหมด เราก็ใช้การรวมกำลังย้ายจากส่วนนี้เข้าไปจัดการอีกส่วน

"ในส่วนของ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กำลังจะถูกโอนย้ายเข้าไปอยู่กับส่วนท้องถิ่น ไปอยู่กับพื้นที่ ตรงนี้เรามีวิธีการของเราคือ เราเทรนศักยภาพให้เขาก่อน รีบถ่ายทอดความรู้ ศักยภาพ เทรนนิ่งเรื่องเครื่องพ่น เทรนความรู้เรื่องวินิจฉัย วินิจฉัยก็ไม่ยากแล้ว เพราะเรามีแรปปิดเทสต์ มันก็ง่าย แรปปิดเทสต์ก็เจาะเลือด พกส. (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ก็ทำเป็นอยู่แล้ว ตอนนี้ก็ยาเท่านั้น

ส่วนเคสก็ไม่เยอะแล้ว เคสหลักพัน มีอยู่ซักห้าร้อยกลุ่มบ้านที่มีเคสอยู่ เข้าไปชุมชนนี้ คือกลุ่มบ้าน ก็ประมาณนี้ แล้วก็มีเคสที่เป็นแคมป์ หรือรอบ ๆ แคมป์ที่เป็นศูนย์อพยพของพม่าอีกนิดหน่อย ของเขาซักประมาณพันกว่า ๆ ของเราซักประมาณสามพัน ตอนนั้นกระจายทั่วประเทศ สามพันก็มีประมาณห้าร้อยกลุ่มบ้าน เราเอาอยู่แน่นอน เพราะว่ามันอยู่ในมือเราแล้ว ห้าร้อยกลุ่มบ้านจะยากก็บางพื้นที่ที่มันอยู่ในเหตุการณ์ไม่สงบ หรือไม่ก็ข้ามแดน แต่ว่าปกติเวลาเราบอกว่า ปลอด แปลว่าในประเทศปลอด ส่วนที่เป็นอิมปอร์ต ก็ไม่เป็นไร อิมปอร์ตคือที่มาจากต่างประเทศ เราก็ต้องตรวจสอบว่ามาจากต่างประเทศจริงนะ ไม่ใช่จากในประเทศ เขาก็รับได้ ปี ๒๕๖๗ เราก็ต้องไม่ให้มันมีเคส พอหลังจากปี ๖๗ ไปแล้วอย่างน้อย ๒-๓ ปี เราก็ตั้งเป้าไว้ ปี ๒๕๖๙ จะเชิญ WHO มา verified รับรองว่าไทยเราปลอดมาลาเรียแล้ว แต่ว่าเราก็เตรียมการไว้ก่อน อย่างเช่นเราจะมีการค่อย ๆ รับรองทีละจังหวัด ๆ ปี ๒๕๖๑ นี้เราจัดประชุมทั้งหมดเลยทุกจังหวัด เชิญจังหวัดที่ปลอด แล้วมี ๓๕ จังหวัด ปลอดแล้วคือไม่มีเคสเลย ส่วนใหญ่ก็อยู่ภาคกลาง อีก ๔๒ จังหวัดที่มีเคสอยู่ ก็มีแค่ ๕๐๐ กลุ่มบ้านใน ๔๒ จังหวัด เราก็คุมอยู่ คุมไม่ให้แพร่แล้วก็รักษาไปด้วย”

... ดร.โกร ฮาร์เล็ม บุลลันด์ อดีตผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก เคยกล่าวไว้ว่า “สุขภาพไม่ใช่ทุกอย่าง แต่ถ้าไม่มีสุขภาพ ทุกอย่างที่มี ไม่มีประโยชน์” การดูแลรักษาสุขภาพของประชากรโลกเท่ากับการธำรงไว้ซึ่งอารยธรรมของมวลมนุษยชาติ สุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นต้นทุน

ดร.โกร ฮาร์เล็ม บุลลันด์
อดีตผู้อำนวยการใหญ่
องค์การอนามัยโลก

สำคัญทางเศรษฐกิจและสังคมของทุก ๆ ประเทศในโลกนี้ ประเทศไทยตอบรับและสนองต่อนโยบายในการกำจัดไข้มาลาเรียขององค์การอนามัยโลกด้วยดีเสมอมา เช่นเดียวกันกับเป้าหมายใหม่ที่ตั้งธงไว้ในปี พ.ศ.๒๕๖๙ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพร้อมเดินหน้าเต็มกำลังเพื่อกำจัดมาลาเรียให้หมดไปจากประเทศ ภายใต้ข้อคิดว่า หน้าที่ในการดูแลสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายทุกคน ต้องช่วยกันผลักดันเป้าหมายนี้ให้สำเร็จ เพื่อประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง อนาคตของประเทศชาติสามารถก้าวหน้าไปได้อย่างมั่นคงต่อไป...

บรรณานุกรม
และ ที่มาภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมศิลปากร. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ ๕ เล่ม ๑.กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร. ๒๕๔๒.

กรมศิลปากร. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ ๕ เล่ม ๒.กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร. ๒๕๔๕.

กรมศิลปากร, ประชุมจดหมายเหตุเรื่อง สุริยุปราคาในรัชกาลที่ ๔ และ เรื่องรัชกาลที่ ๔ ประชวรและสวรรคต. พิมพ์เป็นอนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นายเทพ เสมกิติ ณ เมรุวัดมกุฎกษัตริยาราม วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๑๒.

กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๕๐๕. กรุงเทพฯ: ไทยเขษม, ๒๕๐๕.

กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๔๘๕-๒๕๐๕. พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเขษม,๒๕๐๕.

กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ ๔๕ ปี พ.ศ.๒๔๘๕-๒๕๓๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๓๐. หน้า ๑๐๓.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงศักดิ์ ตันติปิฎก. สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย.นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. ๒๕๕๐.

ขวัญชาย ดำรงขวัญ, UNSEEN กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพ : นิวธรรมดาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. ๒๕๕๙.

จดหมายเหตุลาลูแบร์ ใน พิมาน แจ่มจรัส, รวมรวม. ชุมนุมจดหมายเหตุฝรั่งในเมืองไทย พระนคร:ผ่านฟ้าวิทยา.๒๕๑๐.

เจ้าพระยามหินทรศักดิ์ธำรง. "จดหมายเหตุเรื่องพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงประชวร." ใน กรมศิลปากร, ประชุมจดหมายเหตุเรื่อง สุริยุปราคาในรัชกาลที่ ๔ และ เรื่องรัชกาลที่ ๔ ประชวรและสวรรคต. พิมพ์เป็นอนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ คุณหญิงศรีสังกร (ตาบ จารุรัตน์) ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๐๐.

ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, (บรรณาธิการ). อยุธยากับเอเชีย.กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.๒๕๔๔.

ชาติชาย มุกสง, ดร., ทนง บุญมาสู่, วรัญญา เพ็ชรคง, วัฒนา กีรติชาญเดชา, ปิยวัฒน์ สีแตงสุก, ปกรณ์เกียรติ ดีโรจนวานิช, ธัญญพร มากคง. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ ประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโรคมาลาเรียในประเทศไทย. สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๐.

ชาติชาย มุกสง, ด็อกเตอร์. ประวัติศาสตร์และพัฒนาการการจัดการมาลาเรียในสังคมไทย. ข้อมูลจากงานวิจัยเรื่อง การศึกษาประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโรคมาลาเรียในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายโรคติดต่อนำโดยแมลง ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๑. ๑๓-๑๔ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ชาตรี เจตนธรรมจักรและวันทนี เจตนธรรมจักร.๙ สุดยอดตำราการแพทย์แผนโบราณ.กรุงเทพฯ: จามจุรี โปรดักท์.๒๕๕๑.

ชาร์ลส ไฮแอมและรัชนี ทศรัตน์. สยามดึกดำบรรพ์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ถึงสมัยสุโขทัย. กรุงเทพฯ: ริเวอร์บุ๊คส์. ๒๕๔๒.

ฌอง แบปติสต์. ปาลเลอกัวซ์. สัพพะ พะจะนะ พาสาไท.กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.๒๕๔๒.

แดเนียล บีช บรัดเลย์.หนังสืออักขราภิธานศรับท์.กรุงเทพฯ: ครุสภา. ๒๕๑๔.

ดำรงราชานุภาพ, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยา. นิทานโบราณคดี. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพฯ: เขษมบรรณกิจ, ๒๕๐๓.

ดำรงราชานุภาพ, สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยา; ธานีนิวัต, พระวรวงศเธอ พระองค์เจ้า; และ อาทิตย์ทิพอาภา, พระวรวงศเธอ พระองค์เจ้า. ประวัติของมหาอำมาตย์นายกเจ้าพระยายมราช (ปั้น สุขุม) กับพระราชหัตถ์เลขาส่วนพระองค์ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึง มหาอำมาตย์นายก เจ้าพระยายมราช (ปั้น สุขุม). (พิมพ์แจกในงานพระราชทานเพลิงศพเจ้าพระยายมราช (ปั้น สุขุม) วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๔๘๒ ณ เมรุวัดเทพศิรินทราวาส) พระนคร: บำรุงธรรม, ๒๔๘๒.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๕๐. หน้า ๑๑๓.

ธันวา วงศ์เสงี่ยม,หมอบรัดเลกับการปลูกฝีในสยาม. กรุงเทพฯ: สำนักวรรณกรรมและประวัติศาสตร์ กรมศิลปากร,๒๕๖๐.

นภนาท อนุพัฒน์พงศ์. รอยเวลา: เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สุขศาลา. ๒๕๕๖.

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคณะ., พ.ศ. ๒๔๐๓.การใช้ยาควินินของกรมหลวงวงศาธิราชสนิท.ใน รอยเวลา เส้นทางประวัติสุขภาพ.วิชัย โชควิวัฒน และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).๒๕๕๖.

บุษบา ประภาสพงศ์, ศิริมาลา สุวรรณโภคิน และอุทัย ไชยกลาง. แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ภูมิปัญญาทางการแพทย์และมรดกวรรณกรรมของชาติ. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.๒๕๔๒.

แบรดเลย์, วิลเลี่ยม แอล. สยามแต่ปางก่อน. แปลโดย ศรีเทพ แววหงษ์ และศรีลักษณ์ สง่าเมือง. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๒๕๒๙.

ประสงค์ ชัยรัตน์. “งานพื้นฐานทางการแพทย์ของหมอบรัดเลย์”.ใน หมอบรัดเลย์กับสังคมไทย (เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง “หมอบรัดเลย์กับสังคมไทย” จัดโดยสถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และโครงการไทยศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๑๖-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๒๘).

มงเซเญอร์ ปาลเลกัวซ์. เล่าเรื่องกรุงสยาม.แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร. พิมพ์ครั้งที่ ๔. นนทบุรี: ศรีปัญญา.๒๕๕๒.

มองซิเออร์ เดอ ลาลูแบร์. จดหมายเหตุ ลา ลูแบร์ ราชอาณาจักรสยาม.แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร. พิมพ์ครั้งที่ ๒ .นนทบุรี: สำนักพิมพ์ศรีปัญญา. ๒๕๕๘.

แมคกิลวารี, เดเนียล ดี.ดี.. กึ่งศตวรรษในหมู่คนไทยและคนลาว. แปลโดย จิตราภรณ์ ตันรัตนกุล กรุงเทพฯ : สยามประเทศ, ๒๕๓๗.

พระเจ้าราชวงศ์เธอกรมหมื่นจัตุรัสพรปฏิภาณ, “เวชปุจฉา,” ใน ลิทธิธรรมเนียมต่างๆ ภาค1-6. กรุงเทพฯ:องค์การค้าของคุรุสภา, ๒๕๐๔.

ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, ๒๕๓๘.

วงเดือน นาราสัจจ์. “บทบาทของมิชชันนารีในประเทศไทยในคริสต์ศตวรรษที่ ๑๙ : ความแตกต่างระหว่างศาสนาประจำสังคมไทยและอเมริกัน”, ใน รวมบทความประวัติศาสตร์ ฉบับที่ ๑๑. ๒๕๓๒.

วิเชียร จีรวงศ์. คินโชนากับไข้ป่า. ใน หนังสืออนุสรณ์งานศพ นายเรืองศักดิ์ พันธ์วิศวาส. ณ เมรุวัดเทพศิรินทราวาส ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๒๑. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. ๒๕๒๑.

สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค. จากไม้ใหญ่ ถึงต้นกล้า.พิมพ์ครั้งที่ ๑.นนทบุรี : พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

ส.พลายน้อย. ๒๕๔๗. “๒๐๐ ปี หมอบรัดเลย์ชีวิตและงานอันยิ่งใหญ่ของชายผู้หนึ่ง”.สารคดี.ปีที่ ๒๐ ฉบับที่ ๒๓๓. (กรกฎาคม ๒๕๔๗).

สมพงษ์ ขุทรานนท์. “ตีนโทะ”. ใน อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์สมพงษ์ ขุทรานนท์ ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม วันพฤหัสบดีที่ ๑๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๕. หน้า ๑๗๘.

สมทัศน์ มะลิกุล,นายแพทย์., มาลาเรียวิทยา ๒๕๔๒. พิมพ์ครั้งที่ ๒. สมาคมมาลาเรียแห่งประเทศไทย: นนทบุรี. ๒๕๔๓.

สุด แสงวิเชียร. “นายแพทย์บรัดเลย์กับการนำการแพทย์แผนปัจจุบันสู่ประเทศสยามในสมัยรัตนโกสินทร์.” เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง “หมอบรัดเลย์กับสังคมไทย” จัดโดยสถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และโครงการไทยศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๑๖– ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๒๘.

สุด แสงวิเชียร. “มนุษย์สมัยหินในประเทศไทย”. อดีต: รวมเรื่องราวก่อนประวัติศาสตร์ของชิน อยู่ดี และสุดแสงวิเชียร. กรุงเทพฯ: พิฆเณศ, ๒๕๑๗.

สุพรรณี กาญจนัษฐิติ. บทบาทของมิชชันนารีในประเทศไทยตั้งแต่ รัชกาลที่ ๓ ถึงรัชกาลที่ ๕ แห่งกรุงรัตนโกสินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๒๗.

สำนักราชเลขาธิการ. หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้พิมพ์พระราชทานในงานพระราชทานเพลิงศพ นายสมหมาย ฮุนตระกูล ป.จ., ม.ป.ช., ม.ว.ม. ณ เมรุหลวงหน้าพลับพลาอิศริยาภรณ์ วัดเทพศิรินทราวาส วันเสาร์ ที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๖. กรุงเทพฯ: อมรินทร์, ๒๕๓๗.

คณะแพทย์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล. ชัยนาทนเรนทรานุสรณ์. พิมพ์เป็นที่ระลึกในโอกาสครบรอบ ๑๓๐ ปี แห่งวันประสูติ สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘.

ภาษาอังกฤษ

Gordon Harrison. Mosquitoes, malaria, and man: a history of the hostilities since 1880. New York: Dutton.1987.

Kiple, Kenneth F. “The Ecology of Disease”,in Bynum, William F. and Porter, Roy (eds). Companion encyclopedia of the history of medicine. London: Routledge, 1993.

Kiple, Kenneth F. “The History of disease”, in Porter, Roy (ed). The Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

McNeill, William H. Plagues and Peoples. London: Penguin Books, 1979.

Miles Weatherall. “Drug Therapeis”. in William F. Bynum and Roy Porter (eds). Companion encyclopedia of the history of medicine. London: Routledge, 1993.

Miles Weatherall. “Drug treatment and the rise of pharmacology”. in Porter, Roy. The Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Reid, Anthony and Jiang Na, The Battle of the Microbes: Smallpox, Malaria and Cholera in Southeast Asia,” Asia Research Institute Working paper series no.62, Asia research Institute, National University of Singapore, 2006.

Roy Porter. The Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Warboys, Micheal. “Tropical Diseases”. in Bynum, William F. and Porter, Roy (eds). Companion encyclopedia of the history of medicine. London: Routledge, 1993.

Watts, Sheldon. Disease and Medicine in World history. New York: Routledge, 2003.

เอกสารจากสำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ม-ร.๕น/๘๓ นำความเห็นแพทย์ต่างๆคิดจัดการยุงให้น้อยลงขึ้นทูลถวาย.

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ม.ร. ๕ น/๘๕ เรื่องรายงานประจำปี ร.ศ. ๑๒๐.

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ม ร.๕ น/๘๕ เรื่องรายงานกรมศุขาภิบาลประจำปี ร.ศ. ๑๒๑. (ร.ศ. ๑๒๐ – ๓๐ ธ.ค. ๑๒๒).

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ม-ร.๗ ม/๑๑. อิตาลีเชิญเข้าร่วมมือตั้งสำนักงานจัดการเรื่องไข้มาลาเรีย. (๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๖๗ – ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๖๙) .

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ร.๕ ม๑๒/๔ ขอแพทย์จากเมืองเพชรบูรณ์ พ.ศ. ๒๔๔๒ (ร.ศ. ๑๑๘).

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ม ร. ๕ ศ/๔๕ เรื่องโอสถศาลาตามหัวเมือง (๑ ม.ค. ร.ศ.๑๒๐-๒๐ มิ.ย. ร.ศ. ๑๒๒).

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ร.๕ ศ.๒๔/๑๙ เอกสารกรมราชเลขาธิการ รัชกาลที่ ๕ กระทรวงศึกษาธิการ เรื่องพระนามและนามที่ให้เงินแลสิ่งของแก่โรงพยาบาลและบัญชีไข้ปลูกทรพิษ จ่ายเงินตามโรงพยาบาลต่างๆ (ร.ศ. ๑๐๙ – ๑๑๑).

สำนักจดหมายเหตุแห่งชาติ. ศธ.๘/๑๔๔ เรื่องรายงานตรวจไข้เจ็บตามหัวเมืองต่าง ๆ (๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๔๖ – ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๔๗)

สำนักหอจดหมายเหตุแห่งชาติ. ศธ. ๖๐/๖๖ ส่งหลักสูตรวิชาแพทย์ฝึกหัดให้โรงศิริราชพยาบาล (๒๑-๒๒ ม.ค. ๒๔๔๘).

ราชกิจจานุเบกษา

“แจ้งความกระทรวงธรรมการ แผนกสังฆการี ,แผนกพยาบาล ,แผนกพิพิธภัณฑ์ [แต่งตั้งไวยาวัจกร, ตั้งโอสถศาลา, บริจาคจานแก่พิพิธภัณฑ์สถาน]” (๒๔๔๕, ๗ กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๙ ตอนที่ ๒๓ หน้า ๔๖๕.

“แจ้งความของสภากาชาดสยาม เรื่องตั้งกองสุขาภิบาลกำจัดโรคพยาธิ์ปากขอและไข้มะลาเรีย.” (๒๔๖๒, ๑๔ มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๓๖. หน้า ๔๐๐๖-๔๐๐๘.

“ประกาศตั้งกรมสาธารณสุขและตั้งอธิบดีกรมสาธารณสุข” (๒๔๖๑, ๘ ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๓๕ ตอน ๐ ก หน้า ๓๐๒.

“พระบรมราชโองการ ประกาศ ตั้งโอสถสภา” (๒๔๔๕, ๒๕ พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๙ ตอนที่ ๘ หน้า ๑๑๔.

“พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ รัตนโกสินทร์ ศก ๑๑๖” (๒๔๔๐, ๒๑ พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๔ ตอนที่ ๓๕ หน้า ๕๑๗.

บทความ

กรองทอง ทิมาสาร,แพทย์หญิง., ปิยะพร หวังรุ่งทรัพย์. การควบคุมการแพร่ระบาดของไข้มาลาเรีย. ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค ...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. หน้า ๑๑๐-๑๑๗. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

การเริ่มศึกษาเรื่องไข้จับสั่น. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๗,๖. (๒๔๗๔). หน้า ๖๕๑-๖๕๙. ร.อ.ท. ขุนสอนสุขกิจ. มปท: โรงพิมพ์โสภณพิพรรฒธนากร.

การสอนวิชชาสาธารณสุขในคราวอบรมครูที่มหาสารคาม. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๕,๒. (๒๔๗๑). หน้า ๕๘๒-๕๙๔. ร.อ.ท. ขุนสอนสุขกิจ. มปท: โรงพิมพ์บำรุงนุกูลกิจ.

ไข้จับสั่น. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๔,๔. (๒๔๗๑). หน้า ๓๘๑-๓๙๔. ร.อ.ท. สอน อันตะริกานนท์. มปท: โรงพิมพ์อักษรนิติ.

ไข้จับสั่นในมณฑลพายัพ. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๕,๒. (๒๔๗๑). หน้า ๒๙๔-๒๙๘. ร.อ.ท. ขุนสอนสุขกิจ. ม.ป.ท.: โรงพิมพ์บำรุงนุกูลกิจ.

จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ,นายแพทย์. ความสำเร็จและความก้าวหน้าในการควบคุมไข้มาลาเรีย. 40 ปี ครบรอบวันสถาปนากรมควบคุมโรค. หน้า ๙๐-๑๐๔. สำนักจัดการความรู้.กรมควบคุมโรค. ๒๕๓๖.

ปาฐกถาเรื่องไข้จับสั่นโดยสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๖,๑๒ (๒๔๗๓). หน้า ๑๓๓๙-๑๓๕๓. ร.อ.ท. ขุนสอนสุขกิจ. มปท: โรงพิมพ์อักษรนิติ.

พยุงเวชชศาสตร์, หลวง. ยุงก้นปล่อง. จดหมายเหตุทางการแพทย์. ๑๙,๔. (๒๔๗๙). หน้า ๕๙๐-๖๑๐.

เยาวเรศ วิสูตรโยธิน,ด็อกเตอร์. มาลาเรีย : การพัฒนาคุณภาพบริการแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่อง พื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก สคร.๒ พิษณุโลก. ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. หน้า ๒๘๔-๒๙๑. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

วิชชาสาธารณสุขซึ่งได้สอนในการอบรบครูประชาบาล จังหวัดจันทบุรี. แถลงการณ์สาธารณสุข. ๖,๑ (๒๔๗๒). หน้า ๕๒๒-๕๓๓. ร.อ.ท. ขุนสอนสุขกิจ. มปท: โรงพิมพ์อักษรนิติ.

สุทัศน์ นุตสถาปนา. ผลของดีดีที.ต่อสังกะสี. วารสารมาเลเรีย ๘ (๓) : ๒๓-๒๖ : พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๑๖.
สำราญ รัตนพันธ์. มาเลเรียลอยแพ. วารสารมาเลเรีย ๘ (๓) : ๒๗-๓๐ : พฤษภาคม-มิถุนายน ๒๕๑๖.
หรรษา รักษาคม,แพทย์หญิง., เยาวเรศ วิสูตรโยธิน,ดร., สายใจ วิลัยการ. มาลาเรีย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายมาลาเรียแบบบูรณาการ. ๔๐ ปี ครบรอบวันสถาปนากรมควบคุมโรค. หน้า ๑๓๐-๑๓๔. สำนักจัดการความรู้. กรมควบคุมโรค. ๒๕๓๖.

ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์

๑. แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์	อดีตรองอธิบดี กรมควบคุมโรค
๒. ดร. นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค อดีตผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
๓. ดร.นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ อดีตผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันโรคที่ ๑๒ สงขลา

วิทยากรอภิปรายในหัวข้อ “วิวัฒนาการและจุดเปลี่ยนงานควบคุมโรคมาลาเรียของประเทศไทย” ในงานสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๗-๒๙ มกราคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ

๑. แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร นายแพทย์ ๑๐ วช. อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๙-๒๕๔๓) ผู้เชี่ยวชาญด้านมาลาเรียระดับนานาชาติ

๒. นายแพทย์จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค

๓. ดร.ชาติชาย มุกสง อาจารย์ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย	อธิบดีกรมควบคุมโรค
๒. นายแพทย์ปณิธี ธัมมวิจยะ	ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย

คณะทำงาน

๑. นางมณี สุขประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๒. นางสาวพรรณพร กะตะจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุข
๓. นางสาวลาวัณย์ อาทร	นักวิชาการสาธารณสุข

ที่มาภาพ

มาลาเรีย... หนึ่งในโรคร้ายแรงเก่าแก่ของโลก

Timeline ยุคก่อนประวัติศาสตร์ - พุทธศตวรรษที่ ๒๑

ภาพที่ ๑	http://sao-thakham.go.th/public/gallery/data/index/menu/36
ภาพที่ ๒	http://www.sac.or.th/databases/physanth/app/works.php?id=10
ภาพที่ ๓-๔	http://www.gypzyworld.com/article/view/541
ภาพที่ ๕	https://www.catdumb.com/roman-emperors-were-assassinated-cause-no-rain-378/

หน้า ๑๙		https://th.wikipedia.org/wiki/การวินิจฉัยทางการแพทย์
หน้า ๒๐	(ภาพที่ ๑)	https://th.wikipedia.org/wiki/ชาร์ล_หลุยส์_อาลฟงส์_ลาฟว์ร็อง
	(ภาพที่ ๒)	https://th.wikipedia.org/wiki/โพรโทซัว
หน้า ๒๑		https://th.wikipedia.org/wiki/ไฟล์:Homo_erectus.jpg
หน้า ๒๒		https://news.nationalgeographic.com/2015/09/150911-how-we-became-human-theories-evolution-science/
หน้า ๒๕	(ภาพที่ ๑)	https://th.wikipedia.org/wiki/ไฟล์:Galenoghippokrates.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://www.wtfintheworld.com/2018/06/07/13-facts-of-medieval-6987/
หน้า ๒๖		http://history-ofthailand.blogspot.com/2012/07/blog-post.html
หน้า ๒๗		ยุโรปสมัยใหม่ https://www.timetoast.com/timelines/fe124ba6-654f-43a6-bc42-0f8ce6f0ee5e
หน้า ๒๘		https://pantip.com/topic/33461928
หน้า ๒๙		https://www.lshtm.ac.uk/research/research-action/lshtm-120/historical-timeline
หน้า ๓๑	(ภาพที่ ๑)	http://gannonvarietygroup.blogspot.com/2011/07/blog-post_24.html
	(ภาพที่ ๒)	http://sao-thakham.go.th/public/gallery/data/index/menu/36
หน้า ๓๒		http://peepeestory.com/2018/04/29/วิญญาณทาสผิวดำล้างแค้น/
หน้า ๓๓		http://history-ofthailand.blogspot.com/2012/07/blog-post.html
หน้า ๓๔	(ภาพที่ ๑-๒)	https://pantip.com/topic/30372643
หน้า ๓๕		https://www.tnews.co.th/religion/417265/สุดเหลือเชื่อ-!!!-หมอเหยา-แพทย์พื้นบ้านโบราณ...ผู้รักษาโรคภัยต่างๆ-ด้วยการให้ความบันเทิงกับ-ผี-!!!
หน้า ๓๖		http://www.sac.or.th/databases/manuscripts/main.php?m=document&p=item&id=138
หน้า ๓๗		http://yingthai-mag.com/magazine/reader/13713
หน้า ๓๘	(ภาพที่ ๑-๒)	https://poovaratsuchart.blogspot.com/2016/01/blog-post.html
หน้า ๓๙		http://cnxmassage.blogspot.com/2018/02/blog-post_12.html
หน้า ๔๑-๔๒		https://phuketthaitraditionalmedicinecenter.blogspot.com/2013/10/blog-post_18.html

เมื่อสยามเริ่มใช้วิธีรักษามาลาเรียแบบแพทย์ตะวันตก

Timeline ช่วงที่ ๒ พุทธศตวรรษที่ ๒๑ - พุทธศตวรรษที่ ๒๕

ภาพที่ ๑	https://medthai.com/ควินิน/
ภาพที่ ๒	http://thaiknows.blogspot.com/2018/01/blog-post_302.html
ภาพที่ ๓	hhttps://i.pinimg.com/originals/b0/02/59/b00259b4d6859fb 90136c257f3ad5c90.jpg
ภาพที่ ๔	https://cklanpratoom.wordpress.com/tag/โรงพยาบาลวังหลัง/
ภาพที่ ๕	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ronald_Ross.jpg
ภาพที่ ๖	http://thaitribune.org/contents/detail/309?content_id= 22746&rand=1475656201 ขอบคุณ รูปต้นฉบับจากหอจดหมายเหตุ, Facebook : Coloured By Sebastian Peet
ภาพที่ ๗	http://www.khunmaebook.com/product.detail_646347_th_6281256
ภาพที่ ๘-๙	หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หน้า ๕๑		http://www.wvww.vcharkarn.com/uploads/35/35044.jpg
หน้า ๕๓	(ภาพที่ ๑)	https://www.pinterest.com/pin/43487952636553572/
	(ภาพที่ ๒)	http://catholichaab.com/main/index.php/research-and-study/2015-10-05-02-39-46/1473-2016-11-11-09-20-17
หน้า ๕๕		https://www.hfocus.org/content/2013/11/5497
หน้า ๕๖		https://howlingpixel.com/i-en/Cinchona
หน้า ๕๗	(ภาพที่ ๑)	https://www.nybg.org/poetic-botany/cinchona/ images/cinchona3.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://amunaor.files.wordpress.com/2012/07/paracelsus.jpg
หน้า ๕๘		https://www.gonnelli.it/it/asta-0019/ricettario-fiorentino-di-nuovo-illustrato-.asp
หน้า ๕๙		https://th.wikipedia.org/wiki/ไฟล์:Spanish_Galleon_ Firing_its_Cannon.jpg
หน้า ๖๑	(ภาพที่ ๑)	https://th.wikipedia.org/wiki/อาร์มาดาสเปน#/media/ File:Invincible_Armada.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://pantip.com/topic/32130740
หน้า ๖๓	(ภาพที่ ๑)	https://th.wikipedia.org/wiki/ไฟล์:Jean-Baptiste_Pallegoix.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://www.wataryat.com/เหตุการณ์สำคัญ/bowring-treaty/
หน้า ๖๕	(ภาพที่ ๑)	https://www.hfocus.org/content/2013/11/5401
	(ภาพที่ ๒)	https://variety.thaiza.com/interest/376135/
หน้า ๖๗	(ภาพที่ ๑)	https://www.hfocus.org/content/2013/11/5314
	(ภาพที่ ๒)	http://dl.kids-d.org/handle/123456789/2719
หน้า ๖๘	(ภาพที่ ๑)	https://www.hfocus.org/sites/default/files/images/image_large.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://9yaud.files.wordpress.com/2018/07/fb_img_ 1530666874066681732401.jpg
หน้า ๗๕		http://library.payap.ac.th/christianity/doc/history_ christian_chiangmai_lamphun.pdf

หน้า ๗๗		https://www.silpa-mag.com/this-day-in-history/article_1610
หน้า ๘๑		http://yanatt12312.blogspot.com/2017/01/blog-post.html
หน้า ๘๓	(ภาพที่ ๑-๖)	หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
หน้า ๘๕	(ภาพที่ ๑)	http://journal.sirirajmuseum.com/2016/02/03/ โรงเรียนแพทย์-๕-โรงเรียน/
	(ภาพที่ ๒-๓)	http://www.reurnthai.com/index.php?PHPSESSID= 472c731a88b4da341f5fbd3080f718e3&topic=5929.135
หน้า ๘๗	(ภาพที่ ๑)	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:LaveranCrop.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sir_Ronald_Ross._ Photograph._Wellcome_V0028781.jpg
	(ภาพที่ ๓)	https://pantip.com/topic/32741833
หน้า ๘๘		https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sir_Ronald_Ross, _C.S._Sherrington,_and_R.W._Boyce_in_a_labor_ Wellcome_V0006747.jpg
หน้า ๘๙		หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
หน้า ๙๑		หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
หน้า ๙๒	(ภาพที่ ๑)	hhttp://teakdoor.com/Gallery/albums/userpics/ 58147/1881-carrion-and-vultures-wat-saket-xbx.jpg
	(ภาพที่ ๒)	https://museum.redcross.or.th/archive/site/archive-bg.php
	(ภาพที่ ๓)	http://img.tarad.com/shop/k/khunmaebook/img-lib/spd_ 20150302230924_b.JPG
หน้า ๙๔	(ภาพที่ ๑-๒)	หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
หน้า ๙๖	(ภาพที่ ๑)	http://www.naph.or.th/content/detail/print/115/
	(ภาพที่ ๒)	www.si.mahidol.ac.th/th/department/pharmacology/ pharmacology2007/01_about/a.auy2.jpg
หน้า ๙๗	(ภาพที่ ๑-๔)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

จุดเริ่มต้นกำจัดกวาดล้างมาลาเรียไปจากประเทศไทย

Timeline ช่วงที่ ๓ พ.ศ.๒๔๙๒ - พ.ศ.๒๕๔๐

ภาพที่ ๑	http://uauction4.uamulet.com/AuctionDetail.aspx?bid=383&qid=215785
ภาพที่ ๒	กองสุขศึกษา หอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ
ภาพที่ ๓	http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/content_attachfile/ 5abb3e96b91f1.pdf
ภาพที่ ๔	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
ภาพที่ ๕	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
ภาพที่ ๖	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
ภาพที่ ๗	https://www.brandbuffet.in.th/2017/07/lesson-financial-crisis- 20-years-ago/

หน้า ๑๐๕	https://th.wikipedia.org/wiki/ไฟล์:Houang-Chin-San.jpg
หน้า ๑๐๖ (ภาพที่ ๑-๒)	http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/book/5bbebc3939d73.pdf
หน้า ๑๐๗	https://th.wikipedia.org/wiki/แปลก_พิบูลสงคราม
หน้า ๑๑๑	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๑๒ (ภาพที่ ๑-๒)	http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/book/5bbebc3939d73.pdf
หน้า ๑๑๔ (ภาพที่ ๑-๓)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๑๕ (ภาพที่ ๑)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
(ภาพที่ ๒)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๑๗	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๑๙	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๒๑ (ภาพที่ ๑)	https://thaienews.blogspot.com/2017/02/blog-post_64.html
(ภาพที่ ๒)	https://www.tbthailand.org/about.html
หน้า ๑๒๒	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๒๔ (ภาพที่ ๑-๓)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๓๑	http://www.tm.mahidol.ac.th/hospital/ha/download/Hospital%20_Profile_53-Teera.pdf
หน้า ๑๓๓	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๓๔ (ภาพที่ ๑)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
(ภาพที่ ๒)	https://www.thairath.co.th/content/85008
หน้า ๑๓๕ (ภาพที่ ๑-๒)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๓๘	https://www.matichon.co.th/local/news_351048
หน้า ๑๔๐	https://www.facebook.com/151226688371009/photos/d41d8cd9/363438913816451/
หน้า ๑๔๑	http://www.riskcomthai.org/th/news/region-detail.php?id=26291&pcid=76&pcpage=935
หน้า ๑๔๒-๑๔๓	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๔๔ (ภาพที่ ๑)	http://www.meedeegraphic.com/แบบออกแบบใหม่ทั้งเล่ม.htm
(ภาพที่ ๒)	https://www.the101.world/what-we-talk-about-when-we-talk-about-food/
หน้า ๑๔๕,๑๔๗, ๑๔๘,๑๕๐,๑๕๒,๑๕๕ และ ๑๕๖	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๕๗ (ภาพที่ ๑)	http://www.meedeegraphic.com/แบบออกแบบใหม่ทั้งเล่ม.htm
(ภาพที่ ๒)	https://www.the101.world/what-we-talk-about-when-we-talk-about-food/
หน้า ๑๖๑	https://eent.co.th/articles/๑๐/
หน้า ๑๖๓-๑๗๔	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

เป้าหมายสุดท้าย...กำจัดมาลาเรียให้หมดไป

Timeline ช่วงที่ ๔ พ.ศ.๒๕๔๐-ปัจจุบัน

ภาพที่ ๑-๓ กรมควบคุมโรค
ภาพที่ ๔ https://www.thai-tour.com/history/1057
ภาพที่ ๕ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
ภาพที่ ๖ https://www.matichon.co.th/local/news_116383

หน้า ๑๘๑-๑๙๐		สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๙๑	(ภาพที่ ๑)	https://www.who.int/malaria/mpac/mpac-mar2015-RBM-report.pdf?ua=1
	(ภาพที่ ๒)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๙๒	(ภาพที่ ๑-๓)	พญ.กรองทอง ทิมาสาร
หน้า ๑๙๓	(ภาพที่ ๑-๓)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๙๔	(ภาพที่ ๑-๖)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๑๙๕-๑๙๖		นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน
หน้า ๑๙๗		http://www.gonorththailand.com/review_detail_141
หน้า ๑๙๘		http://travelpangsida.blogspot.com/2014/02/blog-post_8.html
หน้า ๑๙๙	(ภาพที่ ๑)	https://www.thai-tour.com/history/1057
	(ภาพที่ ๒)	สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
หน้า ๒๐๐	(ภาพที่ ๑)	https://board.postjung.com/942546
	(ภาพที่ ๒)	https://www.news-lifestyle.com/contents/311792
	(ภาพที่ ๓)	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก กรมควบคุมโรค
หน้า ๒๐๑	(ภาพที่ ๑)	http://www.bpp344.com/news/show/582
	(ภาพที่ ๒)	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก กรมควบคุมโรค
หน้า ๒๐๒	(ภาพที่ ๑)	http://www.bpp344.com/news/show/582
	(ภาพที่ ๒)	https://www.thai-tour.com/history/1057
หน้า ๒๐๓	(ภาพที่ ๑)	http://www.bpp344.com/news/show/582
	(ภาพที่ ๒)	https://www.thai-tour.com/history/1057
หน้า ๒๐๔		http://www.thaincd.com/2016/mission/activity-detail.php?id=12718&tid=&gid=17
หน้า ๒๐๕	(ภาพที่ ๑-๕)	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก กรมควบคุมโรค

หน้า ๒๐๘ (ภาพที่ ๑-๖) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ พิษณุโลก กรมควบคุมโรค

หน้า ๒๐๙ http://envocc.ddc.moph.go.th/galleries/view/งานเลี้ยงส่งดรนพปรีชา-เปรมปรี-ผอสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม-๑๒๐

หน้า ๒๑๑ (ภาพที่ ๑-๒) สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

หน้า ๒๑๓ (ภาพที่ ๑-๖) รายงานประจำปี พ.ศ.๒๕๑๕ โครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หน้า ๒๑๔ รายงานประจำปี พ.ศ.๒๕๑๕ โครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หน้า ๒๑๗ (ภาพที่ ๑-๒) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก กรมควบคุมโรค

หน้า ๒๑๘ http://prold.moph.go.th/iprg/search_news.php?SearchDate=&date_start=--&date_stop=--&idNews=๐๖&head_hot=&current=๘๒&page=%๓C%๒๐%๓C%๒๐Prev

หน้า ๒๒๐-๒๒๑ สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค

หน้า ๒๒๒ (ภาพที่ ๑) http://odpc2.ddc.moph.go.th/odpc2/?attachment_id=4947

(ภาพที่ ๒) https://sc01.alicdn.com/kf/HTB1FzLHKFXXXXbGaXXXq6xXFXXXt/Voyage-high-accuracy-nice-price-diagnostic-kits.jpg

หน้า ๒๒๓ http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/applications/pics//551000003663601.jpg

หน้า ๒๒๔ https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/119791/

หน้า ๒๒๙ http://www.riskcomthai.org/en/news/region-detail.php?id=25285&pcid=76&pcpage=1004

หน้า ๒๓๑-๒๓๕ โครงการบาเจาะโมเดล/ ศูนย์ประสานการปฏิบัติที่ ๕ กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร บาเจาะโมเดล ต้นแบบการกำจัดไข้มาลาเรียโดยชุมชน http://www.isoc๕.net/index.php?current=last_video_read&id=๕๗๔๓

9786161141172

เรื่องราวของมาลาเรียที่เคยถูกเรียกขานกันในอดีตว่า
ไข้ป่า ไข้จับสั่น ไข้พิษหรือไข้พิศม์
และอีกหลายชื่อและหลายอาการเจ็บป่วย
ขึ้นอยู่กับว่าไปเกิดขึ้นที่ไหน
ก็เรียกชื่อเรียกอาการต่างกันไปตามท้องถิ่น
และยุคสมัยที่เกิดโรคนี้ ซึ่งมาลาเรียเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง
ที่มีประวัติความเป็นมายาวนานตั้งแต่มีมนุษย์ถือกำเนิดขึ้น
และมีวิวัฒนาการมาพร้อมกับการ
ก่อร่างสร้างตัวของอารยธรรมสำคัญหลายแห่งทั่วโลก
แต่ละยุคสมัยความรู้ทางการแพทย์ได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมควบคุมโรค
กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

กองนวัตกรรมและวิจัย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 3251-3 แฟกซ์ 0 2965 9610
เว็บไซต์ http://irem.ddc.moph.go.th

เส้นทางต่อสู้ของมาลาเรียในประวัติศาสตร์ไทย