

การบรรยายพิเศษ
เนื่องในวโรกาสวันคล้ายวันเฉลิมพระชนมพรรษา
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
พระบรมราชชนนีพันปีหลวง
วันพฤหัสบดีที่ 12 สิงหาคม 2564
เรื่อง การดูแลแม่ในสถานการณ์โควิด-19
โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสภามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

กราบเรียน ท่านอธิการบดี คณาจารย์ พนักงาน และท่านผู้มีเกียรติที่เคารพ

ผมขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษมเป็นอย่างสูงที่ทำให้เกียรติเชิญผมมาบรรยายในวโรกาสอันสำคัญยิ่งนี้

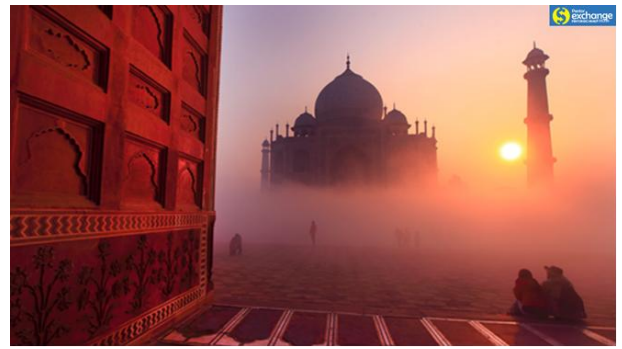
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ในหัวใจของประชาชนคนไทย และทรงได้รับการยอมรับในระดับโลก ด้วยการได้รับการถวายรางวัลทรงเกียรติมากมาย ทรงเป็นแม่ของแผ่นดิน และทรงเป็นพระราชินีคู่พระทัยของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พระผู้มีความยิ่งใหญ่เป็นที่ประจักษ์ทั้งแก่ชนชาวไทยและชาวโลก

ในประวัติศาสตร์โลก พระราชินีที่ครองพระทัยพระสวามีจนเป็นตำนานรักอันยิ่งใหญ่ที่คนทั่วโลกรู้จักดีคือ พระนางมুমตัส มาฮาล ผู้เป็นต้นกำเนิดแห่งทัชมาฮาลที่ได้รับยกย่องว่าเป็น 1 ใน 7 สิ่งมหัศจรรย์ของโลกที่มนุษย์สร้างสรรคขึ้น

ทัชมาฮาล

อนุสรณ์สถานแห่งความรักอันยิ่งใหญ่

ในบรรดาอนุสรณ์สถานแห่งความรัก ไม่มีสถานที่แห่งใดยิ่งใหญ่เทียบเท่าทัชมาฮาล ที่พระเจ้าชาห์ชะฮาน สร้างให้พระนางมুমตัส มาฮาล ณ นครอัครา รัฐอุตตรประเทศ ของอินเดีย ยิ่งใหญ่ทั้งในด้านความงดงาม อลังการ และเรื่องราวของความรักอมตะ และยิ่งใหญ่มากที่สุดในเรื่องความรักที่เคยมีผู้ชายคนหนึ่งมอบให้ศรีภรรยาของตน



ในด้านความยิ่งใหญ่ สถานที่แห่งนี้ใช้เงินค่าก่อสร้างในเวลานั้นสูงถึง 32 ล้านบาท คิดเป็นมูลค่าใน พ.ศ. 2558 สูงถึง 52,800 ล้านบาท หรือราว 827 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ใช้ช่างและคนงานรวมกันราว 2 หมื่นคน ใช้เวลาก่อสร้างยาวนานถึง 22 ปี ยูเนสโกรับรองให้ทัชมาฮาลเป็นมรดกโลก เมื่อ พ.ศ. 2526 ในฐานะ “อัญมณีแห่งศิลปะมุสลิมในอินเดีย” และเป็นหนึ่งในงานที่ได้รับยกย่องจากทั่วโลกว่าเป็นงานชิ้นเอกแห่งมรดกโลก รพินทรนาถ ฐากูร มหากวีแห่งอินเดีย ชาวตะวันตกคนแรกที่ได้รับรางวัลโนเบลสาขาวรรณกรรม ให้สมญานามทัชมาฮาลว่า คือ “หยาดน้ำตาบนแก้มแห่งกาลเวลา” มีผู้ไปเยี่ยมชมสถานที่แห่งนี้ถึงปีละ 7-8 ล้านคน ในปี 2550 ทัชมาฮาลได้รับการประกาศว่าเป็นสุดยอดแห่ง 7 สิ่งก่อสร้างที่เป็นสิ่งมหัศจรรย์ของโลก



ทัชมาฮาล เป็นสุสานของราชวงศ์โมกุล ซึ่งแต่ก่อนมักสร้างด้วยหินสีแดง แต่สถานที่แห่งนี้พระเจ้าชาห์ชะฮานทรงเลือกหินอ่อนสีขาว ประดับประดาด้วยการฝังอัญมณีสีต่างๆ ลงบนแผ่นหินอ่อน สถาปนิกคือ อุสทาด อาห์มัด ลากอร์ ช่างเชื้อสายเปอร์เซียแห่งราชสำนักโมกุล ด้านหน้าจึงใจสร้างให้ด้านบนผายออก เพื่อให้มองจากระยะไกลแล้ว ประตูกจะเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ด้านยาวตั้งขึ้น ทำให้หอคอยที่มุมทั้งสี่ผายออกด้านข้าง เพื่อว่าถ้าเกิดแผ่นดินไหวจนหอคอยพังทลายลง ก็จะล้มออกนอกตัวอาคาร ไม่เป็นอันตรายต่อพระศพของพระมเหสีสุดที่รักที่เก็บไว้ในตัวอาคาร



พระนางมومتัส มาฮาล เป็นพระมเหสีองค์ที่สองของพระเจ้าชาห์ชะฮาน อภิเษกสมรสตั้งแต่พระเจ้าชาห์ชะฮาน ยังเป็นเจ้าชายพระโอรสของพระเจ้าจางกีร์ ซึ่งมีพระโอรสที่อยู่ในข่ายเป็นรัชทายาทหลายพระองค์ และทรงตกอยู่ภายใต้อำนาจของพระมเหสีคือพระนางนัวร์ชะฮาน มีการรบพุ่งและรัฐประหารแย่งอำนาจกันหลายครั้ง จนในที่สุด เจ้าชายชาห์ชะฮานก็ได้ชัยชนะ ทรงทำพิธีราชาภิเษกที่เมืองละฮอร์ ในปลายปี พ.ศ. 2170 และเสด็จกลับอัครานครหลวง เมื่อ 24 มกราคม 2171 ตรงกับช่วงก่อนพระเจ้าปราสาททองของราชอาณาจักรอยุธยาขึ้นครองราชย์ 2 ปี



ในปี 2174 พระเจ้าชาห์ชะฮานทำสงครามแผ่ราชอาณาจักรออกไปทางใต้บริเวณที่ราบสูงเดคข่าน ทรงรบชนะได้แคว้นอามदनาค และชิซาปุระ แต่ในวันที่ 17 มิถุนายน ก็เกิดโศกนาฏกรรมครั้งใหญ่ในชีวิตของชาห์ชะฮาน เมื่อพระนางมومتัส สิ้นพระชนม์จากการประสูติพระโอรสองค์ที่ 14 ที่ใกล้เมืองเบอร์หันปุระ เหตุที่พระนางมومتัสสิ้นพระชนม์กลางสนามรบเพราะเจ้าชาห์ ชะฮาน ทรงรักและผูกพันพระนางอย่างแยกกันไม่ออก ทรงโปรดให้พระนางติดตามพระองค์อย่างใกล้ชิดแม้เมื่อไปราชการสงคราม ทรงมีพระโอรส ธิดาด้วยกันถึง 14 องค์โดยมีพระประสูติกาลรวม 12 ครั้งเนื่องจากทรงครรภ์แฝด 2 ครั้ง การมีประสูติกาลพระโอรสถึง 12 ครั้งย่อมเสี่ยงสูงต่อการที่จะตกพระโลหิต เนื่องจากมดลูกไม่ยอมหดตัว (Uterine inertia) จนสิ้นพระชนม์ ทรงฝังพระศพพระนางมومتัสไว้ที่เบอร์หันปุระ ทรงทำราชการสงครามต่อไปจนเสร็จสิ้นจึงโปรดให้ขุดพระศพขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม 2174 ฝังพระหีบศพทองคำ ให้ ชาห์ ชูจา พระโอรสองค์ที่สองของพระนางมومتัส นำพระศพกลับไปให้อัคราฝั่งไว้ชั่วคราว ณ ริมฝั่งแม่น้ำยมุนา

เล่ากันว่าหนึ่งปีหลังพระนางมومتัสสิ้นพระชนม์พระเจ้าชาห์ ชะฮาน ตกอยู่ในความโศกเศร้าทุกข์ระทมแสนสาหัส ทรงปลีกพระองค์อยู่อย่างโดดเดี่ยวถึงหนึ่งปี เมื่อกลับออกมาสู่สังคมอีกครั้งหนึ่งพระเกศาก็ขาวโพลน ไหล่อวบ และพระพักตร์เหี่ยวเฉา

หลังจากนั้น 26 ปี นอกจากการทำสงครามและปกครองประเทศแล้วงานใหญ่ที่ทรงทำอย่างต่อเนื่องคือสร้างทัชมาฮาล ใช้เวลาถึง 12 ปี จนโครงสร้างสำเร็จ หลังจากนั้นใช้เวลาตกแต่งอย่างประณีตอีกสิบปีจนสำเร็จในปี พ.ศ. 2196 หลังจากนั้นอีก 5 ปี เจ้าชายออรังเซบ พระโอรสองค์ที่ 3 ของพระนางมومتัสก็ทำรัฐประหารยึดอำนาจสำเร็จ เอาชนะพระโอรสองค์โตคือเจ้าชายดารา สุโข ซึ่งพระเจ้าชาห์ ชะฮาน ทรงประสงค์จะให้เป็นรัชทายาท พระเจ้าชาห์ ชะฮาน ถูกขังอยู่ในป้อมที่อัคราจนสวรรคตในอีก 8 ปีต่อมา ทรง

ประสงค์จะสร้างสุสานของพระองค์ด้วยศิลาสีดำบนฝั่งตรงข้ามของแม่น้ำยมุนา แต่พระเจ้าอริรังเซบไม่ยินยอม พระศพของพระเจ้าซาร์ ซะฮาน จึงประดิษฐานอยู่เคียงข้างพระศพของพระนางมุตัสในทัชมาฮาลโดยนอนตะแคงขวาหันพระพักตร์ไปยังกรุงเมกกะ

ระหว่างประทับในพระราชวังที่อัครา เมื่อพระเจ้าซาร์ ซะฮาน ทรงตกปลาในสระ จะให้พระนางมุตัสมาประทับอยู่บนฝั่งริมสระตรงข้าม เมื่อถูกขังอยู่ในป้อมอัครา ทรงมองไปที่ทัชมาฮาลทุกวัน บั้นปลายชีวิตมีปัญหาพระเนตรจึงติดกระจกไว้ที่เสาศาลาริมน้ำมองเงาทัชมาฮาลในกระจกเป็นประจำทุกวัน

มีคำกล่าวหาเหตุใดพระเจ้าซาร์ ซะฮาน จึงรักพระนางมุตัสอย่างเต็มคำ มั่นคง และยืนยาวได้เช่นนั้น ทรงรักตั้งแต่ยังเยาว์วัย จนพระนางสิ้นพระชนม์ไป เมื่อพระองค์มีพระชนมายุได้เพียง 40 พรรษา และยังคงระลึกถึง อย่างมั่นคงจนสวรรคตในวัย 75 พรรษา

แน่นอนว่าความงามย่อมเป็นคำตอบแรก ซึ่งก็เป็นความจริง เพราะพระนางมุตัสเป็น 1 ใน 7 ยอดหญิงงามของอินเดีย แม้จะไม่งามเท่าพระนางลักษมี พระชายาของพระนารายณ์ ซึ่งถือกันว่างดงามเลิศเลอที่สุด แต่ความงามเพียงประการเดียวย่อมไม่สามารถผูกใจชายได้มากขนาดนั้น

ผู้เขียนพยายามหาคำตอบจากการสืบค้นมายาวนานจากหนังสือหลายเล่ม จากการไปเยือนทัชมาฮาล 3 ครั้ง 2 ครั้งในเวลากลางวัน ครั้งหนึ่งได้ไปชมทัชมาฮาลยามราตรีได้แสงจันทร์ วันเพ็ญ พอจะประมวลคำตอบได้ว่านอกจากเรื่องความงามแล้วยังมีเหตุปัจจัยดังนี้

ประการแรก พระนางมุตัส เป็นกุลสตรีจากตระกูลดี บิดาเป็นชนเชื้อสายเปอร์เซีย ซึ่งเข้ามาสู่ราชสำนักโมกุล ตั้งแต่รัชสมัยพระเจ้าอัครับหาราชเมื่อพ. ศ. 2120 แม้จะมาอย่างคนยากจน แต่ก็ไต่เต้าจนมีตำแหน่งสูงและร่ำรวย

พระนามเดิมของพระนาง มุตัส คือ อรุฆมันท์ บานู เบกุม เกิดเมื่อ 27 เมษายน 2136 ได้ศึกษาเล่าเรียนจนเชี่ยวชาญทั้งภาษาอารบิกและเปอร์เซีย สามารถแต่งบทกวีในภาษาเปอร์เซียได้ จึงเป็นเสน่ห์อีกประการหนึ่งโดยพื้นฐาน เมื่อทรงเป็นใหญ่แล้ว ทรงอุปถัมภ์กวี นักปราชญ์และคนเก่งๆจำนวนมาก รวมทั้งการนิยมนกย่องคนเคร่งศาสนา ทำให้พระนางมีบารมีสูง เป็นที่รัก และนับถือของคนจำนวนมาก

ประการที่สอง อรุฆมันท์ เป็นเด็กสุภาพ เปิดเผย บางครั้งโผงผาง แต่ควบคุมอารมณ์ได้ดีและมีจิตใจเมตตากรุณา เมื่อทรงเป็นพระราชินีแล้วทรงช่วยเหลือคนจน คนยากไร้ ขณะเดียวกันก็มีพระทัยเข้มแข็ง ทรงชอบดุก็หาชนช่างและการต่อสู้ทุกชนิด

ประการที่สาม วัยของอรุฆมันท์ และซาร์ซะฮาน ใกล้เคียงกัน ทั้งคู่หมั้นหมายกันเมื่ออรุฆมันท์อายุ 13 และ ซาร์ซะฮาน อายุ 15 และเสกสมรสกัน 5 ปีหลังจากนั้น เมื่อ 30 เมษายน 2155 ทั้งคู่จึงแต่งงานกันด้วยความรัก ในวัยที่รักร้อนแรง และเป็นคู่รักที่ทั้งรักและภักดีมั่นคงต่อกันและกันอย่างแนบแน่นที่สุดตลอดจนกระทั่งลมหายใจสุดท้ายของทั้งคู่

ก่อนเสกสมรสกับมมุตัส ซาห์ชะฮาน สมรสแล้วกับชายาคนแรกในปี 2152 และหลังเสกสมรสกับมมุตัสแล้วก็ยังเสกสมรสกับชายาคนที่สาม เมื่อพ. ศ. 2160 แต่ความรักแทบทั้งหมดของเจ้าชายซาห์ชะฮานมอบให้ออร์ซุมันท์ ซาห์ชะฮาน เพียง มีทายาทกับชายาคนที่ 1 และคนที่ 3 เพียงคนละคน แต่มีโอรสธิดากับ ออร์ซุมันท์ หรือมมุตัสรวมถึง 14 คน

เมื่อทรงราชาภิเษกเป็นพระมหากษัตริย์ ซาห์ชะฮาน ทรงสถาปนา มมุตัสเป็นพระมเหสีเอกทรงพระนาม "มาลิกา-อิ-จะฮาน" หรือ " นายหญิงแห่งโลก"(Lady of the World) และ "มาลิกา-อุซ-ซามานี" หรือ "นายหญิงแห่งยุคสมัย"(Lady of the Age)

นอกจากความรักอย่างหมดหัวใจแล้วทรงมอบทรัพย์สินสมบัติให้มากมาย พระตำหนักที่พระนางมมุตัสประทับ ในป้อมที่อัครา ทรงตกแต่งด้วยทองคำและอัญมณีมีค่า พระราชทรัพย์ที่พระราชทานแก่มเหสีองค์อื่นก็เพียงพอแก่ค่าใช้จ่ายในวังและเพื่อการเดินทาง แต่ทรงพระราชทานมมุตัสสูงถึงปีละหนึ่งล้านรูปี ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดที่ไม่มีพระมเหสีพระองค์ใดในราชวงศ์โมกุลเคยได้รับมาก่อน

พระนางมมุตัสไม่เพียงเป็นพระมเหสีที่งามสง่าและทรงเสน่ห์เท่านั้น แต่ทรงเป็นพระสหายคู่ใจที่ทรงไว้วางพระราชหฤทัยที่สุด ไม่เพียงไว้วางพระราชหฤทัยในความจงรักภักดีที่สุดเท่านั้นแต่ในพระสติปัญญาความรู้ความสามารถและพระวิจารณ์ญาณที่หาใครเสมอเหมือนมิได้ พระเจ้าซาห์ชะฮาน จึงต้องประสงค์ให้พระนางอยู่เคียงข้างพระวรกายทั้งในยามสงบ และยามต้องออกศึกสงคราม ทรงไว้วางพระราชหฤทัยถึงขั้นให้เป็นผู้เก็บรักษาพระราชลัญจกร ที่ใช้ประทับในพระราชโองการทุกครั้ง ทรงถวายคำแนะนำในการบริหารราชการแผ่นดินอยู่เสมอ เมื่อพระเจ้าซาห์ชะฮาน ทรงร่างพระราชโองการแล้วต้องทรงส่งให้พระนางตรวจตราก่อนเสมอ พระเจ้าซาห์ชะฮานสวรรคตจากโรคพระวัณโรคกะพิกการ เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2209 ขณะทรงฟัง อาลักษณ์อ่านคัมภีร์อัลกุรอานถวาย รุ่งขึ้นเจ้าพนักงาน ได้นำพระศพลงเรือไปบรรจุไว้เคียงข้างพระนางมมุตัสที่ทัชมาฮาล

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
พระบรมราชชนนีพันปีหลวง



สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ทรงเป็นสมเด็จพระบรมราชินีนาถในสมเด็จพระบรมชนกาศิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร ซึ่งเป็นพระมหากษัตริย์ที่ยิ่งใหญ่ของปวงชนชาวไทย ทรงครองราชย์ยาวนานในยุคสมัยแห่งสงครามเย็นที่มีการต่อสู้กันอย่างยาวนานระหว่างค่ายโลกเสรีและค่ายสังคมนิยม แม้จะทรงเป็นพระมหากษัตริย์ภายใต้รัฐธรรมนูญ โดยขึ้นครองราชย์ตั้งแต่ทรงพระเยาว์ ภายใต้อำนาจระหว่างผู้นำและความแตกแยกทางความคิดระหว่างคนในชาติมายาวนานตลอดรัชสมัย แต่ทรง “ครอง” แผ่นดินไทยโดยมิได้มีหน้าที่ “ปกครอง” ประเทศ (reign not rule) และสามารถ “ครองใจ” ประชาชนที่รักและเทิดทูนพระองค์ไว้เหนือเกล้าฯ ตลอดรัชสมัยและตราบเท่าทุกวันนี้ เพราะทรงเปี่ยมด้วยทศพิธราชธรรมอย่างแท้จริง



เพราะคุณธรรมและพระปรีชาสามารถของพระองค์ท่านมิได้ครองแต่หัวใจคนไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นที่ยอมรับอย่างสูงในนานาอารยประเทศ ถึงพร้อมตามพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ปฐมกษัตริย์แห่งราชจักรีวงศ์ ที่ว่า

พระบารมีเป็นที่เฉลิมภพ
เลิศลบกษัตริย์รามหาศาล
เป็นที่จรรโลงโลกาสุหาธาร
ทุกสถานน้อมเกล้าประนมกร



ตลอดรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงมีสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ เป็นพระราชินีคู่พระทัยที่ตามเสด็จไปทั่วทุกหนทุกแห่ง สมดังเนื้อร้องในเพลงสดุดีมหาราชา ที่ว่า “ขอเดชองค์สมเด็จพระราชินี คู่บุญ บารมี จักรีเกริกฟ้า...” เพราะทรงเสด็จพระราชดำเนินตามพระราชสวามีไปทุกหนทุกแห่ง แม้หนทางจะทุรกันดารยากลำบากเพียงใด และเต็มไปด้วยภัยอันตรายมากมายเพียงใด และทรงริเริ่มงานในส่วนพระองค์เอง เพื่อช่วยเหลือราษฎร เสริมงานของพระสวามีได้อย่างยิ่งใหญ่งดงาม เช่น งานของมูลนิธิศิลปาชีพพิเศษที่มีชื่อเสียงไปทั่วโลก

การเสด็จพระราชดำเนินไปในท้องที่อันทุรกันดารนั้น ผู้ที่ไม่เคยตามเสด็จอาจไม่ทราบถึงความยากลำบากแสนสาหัส ดังพระราชนิพนธ์ “เดินตามรอยเท้าพ่อ” ที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามมกุฎราชกุมารีได้ตามเสด็จพระราชบิดาไปยังพื้นที่ห่างไกลหลายต่อหลายแห่ง ทรงพระราชนิพนธ์ไว้ว่า



“ฉันเดินตามรอยเท้าอันรวดเร็วของพ่อโดยไม่หยุด
ผ่านเข้าไปในป่าใหญ่ นรกแล้ว ทึบ
แผ่เข้าไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด มืดและกว้าง
มีต้นไม้ใหญ่ใหญ่เหมือนหอคอยที่เข้มแข็ง
พ่อจ๋า ... ลูกหิวจะตายอยู่แล้ว และเหนื่อยด้วย
คูชิจ๊ะ ... เลือดไหลออกมาจากเท้าทั้งสองที่บาดเจ็บของลูก
ลูกกลัวงู เสือ และหมาป่า
พ่อจ๋า ... เราจะถึงจุดหมายปลายทางไหม?
ลูกเอ๋ย ... ในโลกนี้ไม่มีที่ไหนดอกไม้ที่มีความรื่นรมย์
และความสบายสำหรับเจ้า
ทางของเรามิได้ปูด้วยดอกไม้สวยสวย
จงไปเถิด แม้ว่ามันจะเป็นสิ่งที่บีบคั้นหัวใจเจ้า
พ่อเห็นแล้วว่า หนามตำเนื้ออ่อนอ่อนของเจ้า
เลือดของเจ้าเปรียบดั่งทับทิมบนใบหญ้าใกล้น้ำ
น้ำตาของเจ้าที่ไหลต้องพุ่มไม้สีเขียว
เปรียบดั่งเพชรบนมรกตที่แสดงความงามเต็มที่
เพื่อมนุษยชาติ จงอย่าละความกล้า
เมื่อเผชิญกับความทุกข์ให้อดทนและสุขุม
และจงมีความสุขที่ได้ยึดอุดมการณ์ที่มีค่า
ไปเถิด ... ถ้าเจ้าต้องการเดินตามรอยเท้าพ่อ”

โชคดีของประชาชนชาวไทย ที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปี
หลวง ทรงมีพระชนมพรรษา ยืนนาน จนล่วงพ้นสมัยแห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพล
อดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ต่างจากพระนางมومتต์สมาฮาลที่มีพระชนมายุสั้น และกษัตริย์ชาห์ชะฮาน
ได้ทรงสร้างอนุสรณ์สถานทัชมาฮาลให้เป็นอนุสรณ์สถานแห่งความรักอันยิ่งใหญ่และอมตะ

แต่หากเปรียบเทียบกันแล้ว พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช
บรมนาถบพิตรทรง “ยิ่งใหญ่” ยิ่งกว่า เพราะทรงเป็น “มหาบุรุษ” ที่ยิ่งใหญ่ของโลกอย่างแท้จริง

รัฐบุรุษของโลกโดยมากจะหวังใญ่ว่าประวัติศาสตร์จะจดจำตนเองอย่างไร แต่พระบาทสมเด็จพระ
บรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงอยู่เหนือกว่ารัฐบุรุษทั้งปวง ดังพระราช
ดำรัสเมื่อคราวเฉลิมพระชนมพรรษา เมื่อ พ.ศ. 2523 ที่พระราชทานแก่ผู้ไปเฝ้าทูลละอองธุลีพระบาท
ถวายชัยมงคล ณ ศาลาดุสิดาลัย พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน พระราชวังดุสิตว่า



“เมื่อหลายปีมาแล้ว ตอนที่ไปสหรัฐอเมริกา
มีทีวีอเมริกันมาสัมภาษณ์ เขาถามว่า
ในรัชกาลของท่าน ท่านต้องการอะไร จุดหมายต้องการอะไร
อยากให้รัชกาลของท่านจารึกในประวัติศาสตร์อย่างไร
ก็ต้องตอบเขาว่า ความปรารถนาคือว่า
รัชกาลนี้ไม่ขอจารึกในประวัติศาสตร์ ไม่ให้มี
เขาก็แปลกใจ แต่ท่านทั้งหลายคงไม่แปลกใจ
เพราะอธิบายแล้วว่า ถ้ามีความสงบ
มีความเรียบร้อยของประเทศชาติ
จะไม่เป็นประวัติศาสตร์ เราไม่ต้องการประวัติศาสตร์
เวลาไหนที่มีสงคราม มีความยุ่งยาก ตีกัน
นั่นนะเป็นประวัติศาสตร์ ฉะนั้น ที่ต้องการก็คือ
ต้องการให้เมืองไทยอยู่ไปอย่างสงบ
ไม่ต้องมีอะไรโหดโผนเท่าไร ไม่ต้องมีชื่อ ไม่ต้องดัง”

พระราชดำรัสนี้ย่อมแสดงอย่างชัดเจนว่า ทรงเป็นยิ่งกว่ารัฐบุรุษ เพราะทรงเป็นมหาบุรุษ โดยแท้

เชื่อว่า แม่ทรงรักสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงมาก
เพียงใด ก็คงไม่ใช่พระราชทรัพย์สร้างอนุสรณ์สถานให้มากมาย เพราะทรงรักราษฎรของพระองค์ยิ่งกว่า สมดัง
พระปฐมบรมราชโองการที่ว่า

เราจะครองแผ่นดินโดยธรรม เพื่อประโยชน์สุขแห่งมหาชนชาวสยาม

ขอสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน



ในวโรกาสวันคล้ายวันเฉลิมพระชนมพรรษาสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง จึงเป็นการดีที่จะพูดถึงการดูแลแม่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออันตรายอย่างโควิด-19 ซึ่งกำลังเป็นภัยคุกคามอย่างร้ายแรงประดุจสงครามของคนทั้งโลกรวมทั้งประชาชนคนไทยในเวลา

สิ่งหนึ่งซึ่งควรกระทำคือ การศึกษาบทเรียนจากอดีต

บทเรียนการต่อสู้โรคระบาดในอดีต

ประเทศไทยก็เหมือนประเทศส่วนมากในโลก ที่ล้วนเคยเผชิญปัญหาโรคระบาดมาแล้วหลายครั้ง ทั้งกาฬโรค ไข้ทรพิษ อหิวาตกโรค โรคเอดส์ ไข้หวัดนก โรคซาร์ส โรคเมอร์ส เป็นต้น โรคระบาดที่คล้ายคลึงกับโควิด-19 มากที่สุด คือ ไข้หวัดใหญ่สเปน บทเรียนจากอดีตเรื่องนี้ ถ้าศึกษาให้ดี จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญกับโรคร้ายอย่างโควิด-19 ไปได้ด้วยดีพอสมควร

ไข้หวัดใหญ่สเปน

ไข้หวัดใหญ่สเปน ระบาดใหญ่ในช่วง พ.ศ. 2461-2463 โดยระบาด 4 ระลอกด้วยกัน

ระลอกแรก เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2461 คนไข้รายแรก หรือ “ผู้ป่วยหมายเลขศูนย์” (Patient Zero) ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการระบาด ชื่อ อัลเบิร์ต กิตเชล (Albert Gitchell) เป็นพ่อครัวในค่ายทหารฟันสตัน (Camp Funston) ในแคนซัส สหรัฐอเมริกา

เชื้อต้นเหตุของไข้หวัดใหญ่ ทราบต่อมาภายหลังว่าเป็นเชื้อไวรัส พบในสัตว์ปีก เช่น นก เป็ด ไก่ แพร่เข้ามาสู่คนโดยผ่านตัวกลาง คือ หมู

ค่ายทหารสมัยนั้น มีคอกหมูเป็นแหล่งเสียบียงอาหาร ทำให้มีการเชื่อมโยงจากสัตว์ปีก ผ่านหมู สู่คน โรคที่ติดต่อกับสัตว์สู่คน เรียกว่า “โรคจากสัตว์สู่คน” (Zoonosis) โรคจะระบาดกว้างขวางและรวดเร็วได้ ก็ต่อเมื่อเชื้อโรคมีการปรับตัวจนสามารถแพร่จากคนสู่คนได้โดยง่าย

จากคนไข้รายแรก คือ อัลเบิร์ต กิตเซล เพียง 2-3 วัน ต่อมาก็มีรายงานทหารในค่ายป่วยถึง 522 คน และแพร่ไปอย่างรวดเร็ว สู่เมืองควีนส์ในมลรัฐนิวยอร์ก และกระจายไปยังภาคตะวันตกตอนกลาง (Mid West) และฝั่งตะวันออก (East Coast) ของสหรัฐอย่างรวดเร็ว

สมัยนั้น การคมนาคมขนส่ง ยังมีเพียงทางบกและทางเรือ การเดินทางทางอากาศยังไม่มี แต่โรคก็แพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วมาก เพราะเป็นโรคติดต่อทางระบบหายใจ และติดต่อกันง่ายจากการสัมผัสโดยตรง (Direct Contact) และการสัมผัสกับ “สิ่งของ” (Fomites) ที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลายของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า เสื้อผ้า โต๊ะ เก้าอี้ มือจับประตู ฯลฯ

ช่วงนั้นเป็นช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งตั้งต้นรบกันในยุโรป ระหว่างฝ่ายพันธมิตร (Allied Powers) มีอังกฤษและเครือจักรภพ ฝรั่งเศส รัสเซีย อิตาลี ฝรั่งเศส เซอร์เบีย เบลเยียม ญี่ปุ่น กรีซ สยาม โปรตุเกส เป็นต้น รบกับฝ่าย “อำนาจกลาง” (Central Powers) มีเยอรมนี ออสเตรีย-ฮังการี จักรวรรดิออตโตมาน และบัลแกเรีย

การรบเริ่มต้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2457 สิ้นสุดเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2461 แต่สนธิสัญญาสงบศึกลงนามกันหลังจากนั้นอีกหลายเดือน เช่น สนธิสัญญาแวร์ซายส์ ลงนามเมื่อ 28 มิถุนายน 2462 สนธิสัญญาแซงแยร์แมง ลงนามเมื่อ 10 กันยายน 2462 สนธิสัญญาตรีอานอง ลงนามเมื่อ 4 มิถุนายน 2463 สนธิสัญญาสันติภาพระหว่างสหรัฐกับออสเตรีย ลงนามเมื่อ 24 สิงหาคม 2464

สหรัฐอเมริกา เข้าร่วมสงครามกับฝ่ายพันธมิตรช่วงปลายสงคราม โดยมีการฝึกทหาร ในค่ายทหารเพื่อส่งไปรบ

ธรรมชาติของไข้หวัดใหญ่ จำนวนไม่น้อยที่ติดเชื้อ จะไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อย ไม่ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อ ยังเดินทางไปไหนมาไหนได้ จึงสามารถแพร่โรคไปได้โดยง่าย และรวดเร็ว

ทหารสหรัฐที่ส่งไปรบ เดินทางทางเรือข้ามมหาสมุทรแอตแลนติกไปขึ้นที่ท่าเรือในฝรั่งเศส



พอเดือน เมษายน 2461 โครคัพแรไปถึงฝรั่งเศส อังกฤษ อิตาลี และสเปน และเลยไปถึง เอเชีย
อาคเนย์

ในเดือนมีนาคม 2461 มีการลงนามในสนธิสัญญาสงบศึก เบรสต์-ลิตอฟ (Brest-Litovsk) เยอรมนี
ปล่อยเชลยส่วนหนึ่ง เชลยรัสเซีย เดินทางกลับบ้านก็นำโรคไปแพร่ในรัสเซียด้วย โรคแพร่ต่อไปยังแอฟริกา
อินเดีย ญี่ปุ่น พอถึงเดือนมิถุนายน 2461 โครคัพแรไปถึงจีน และในเดือนกรกฎาคม 2461 โครคัพแรไปถึง
ออสเตรเลีย

การระบาดของโรคแรกเริ่มช้าลง ะลอกนี้มีคนเสียชีวิตไม่มาก

ระลอกสอง เริ่มต่อเนื่องจากระลอกแรก

กรกฎาคม 2461 พบผู้ป่วยรายแรกในหมู่ทหารในจักรวรรดิออตโตมาน

เดือนสิงหาคม 2461 เกิดระบาดของโรคสองในสหรัฐ แถบบอสตัน โดยมีการระบาดในค่ายฝึก
ทหารเรือ คือ ค่ายเดเวนส์ (Camp Devens) ค่ายนี้ต่อมาชื่อว่า Fort Devens ซึ่งตั้งอยู่ห่างจากบอสตันไป
30 ไมล์ โรคระบาดไปทั่วสหรัฐ และลุกลามลงไปทวีปอเมริกาใต้ คือ บราซิล และทะเลแคริบเบียน

เดือนกันยายน 2461 ทหารจากฝรั่งเศสเดินทางจากเมืองเบรสท์ไปแอฟริกาใต้ พาโรคไปด้วย

28 กันยายน 2461 มีการเดินขบวนรณรงค์หาทุนทำสงครามในเมืองฟิลาเดลเฟีย เรียกว่า
“ขบวนพาเหรดระดมเงินเพื่อเสรีภาพแห่งฟิลาเดลเฟีย” (The Philadelphia Liberty Loans Parade)
เกิดการระบาดใหญ่ ผู้ไปร่วมขบวนเสียชีวิตไปราว 12,000 คน



ในรัสเซีย เกิดสงครามกลางเมือง หลังการปฏิวัติเดือนตุลาคม เกิดการระบาดใหญ่ ขบวนรถไฟสาย
ทรานส์ไซบีเรีย นำโรคแพร่สู่อิหร่าน อินเดีย

เดือนพฤศจิกายน 2461 มีงานเฉลิมฉลองการยุติสงคราม (Armistice Day หรือ A-Day) เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2461 เกิดการระบาดที่เมืองลิมา เปรู, และไนโรบี ในแอฟริกา

การระบาดระลอกสอง มีคนตายมาก ในสหรัฐมีรายงานการตายในช่วง กันยายน-ธันวาคม 2461 ราว 292,000 ราย (เทียบกับปี 2458 ช่วงเดียวกัน ตาย 26,500 ราย) เนเทอร์แลนด์ ตาย 4 หมื่นเศษ เมืองมัมไบในอินเดีย ประชากรราว 1 ล้าน ตาย 15,000 คน ประเมินการว่าอินเดียมีคนตายมากระหว่าง 12.5 - 20 ล้าน (ในช่วง ตุลาคม - ธันวาคม 2461)

ระลอกสาม เริ่มมกราคม 2462

ออสเตรเลียเล็ก “การกักกันทางทะเล” (Maritime Quarantine) ทำให้เกิดการระบาด มีคนตายเป็น 12,000 คน เกิดระบาดในยุโรป อังกฤษ และสหรัฐ (ระบาดในลอสแอนเจลิส, กรุงนิวยอร์ก, เมมphis, แนชวิลล์, ซานฟรานซิสโก, เซนต์หลุยส์) เสียชีวิตหลายหมื่นคนในช่วงครึ่งปีแรก ของปี 2462

ระลอกสี่ เริ่มช่วงฤดูใบไม้ผลิ ปี 2463 ระบาดในกรุงนิวยอร์ก, สวิตเซอร์แลนด์, สแกนดิเนเวีย, หมู่เกาะในอเมริกาใต้ ในกรุงนิวยอร์ก มีรายงานการเสียชีวิต 6,374 คน ในช่วงธันวาคม 2462 - เมษายน 2463 (2 เท่าของระลอกแรก) ในยุโรป ระบาดมากช่วง มกราคม - เมษายน 2463 ในสเปน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์

การระบาดค่อยๆ สงบไป

ในญี่ปุ่นรายงานคนไข้รายสุดท้ายในเดือนมีนาคม 2463



การพัฒนาวัคซีนมีขึ้นหลังการระบาด ใช้เวลาราว 20 ปี จึงสำเร็จ สามารถนำมาใช้ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ส่วนยาด้านไวรัสยังไม่มี

ชื่อโรค

โรคนี้ เรียกชื่อต่างๆ กันถึง 10 ชื่อ ดังนี้

(1) “ไข้ 3 วัน” (The three-day fever)

เพราะจะมีไข้สูงอยู่ราว 3 วัน ชื่อนี้เรียกครั้งแรกในเมืองแคนซัสซิตี สเปนก็เรียกชื่อนี้ โดยมีรายงานครั้งแรก ตั้งแต่ 21 พฤษภาคม 2461 ชื่อภาษาสเปนคือ “Fiebre de los tres días”

(2) ไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish Flu)

เริ่มจากหนังสือพิมพ์ The Times of London รายงานว่าพบผู้ป่วยกว่าหนึ่งแสนคนป่วยด้วย “โรคที่ไม่เป็นที่รู้จัก” (unknown disease) ซึ่งเกิดขึ้นในกรุงแมดริด (which appeared in Madrid)

สามสัปดาห์ต่อมา ในวันที่ 25 มิถุนายน 2461 นสพ.ฉบับนี้เขียนว่า “ในหมู่ผู้อ่าน ทุกคนคิดถึงโรคนี้ทุกวันนี้ว่า ‘ไข้หวัดใหญ่สเปน’” (among its readership, every body thinks of it as the ‘Spanish influenza’ to-day”

สเปนเองเรียกโรคนี้ว่า “La gripe” ซึ่งหมายถึงไข้หวัดใหญ่ (Flu)

สเปนไม่รู้สึกร้อนอะไรที่เรียกชื่อนี้ เพราะสเปนประกาศตัวเป็นกลาง ไม่เข้าข้างฝ่ายใด จึงไม่มีปัญหาเรื่องกลัวทหารเสีย “ขวัญ” (morale) หรือ “ความพร้อมรบ” (Combat readiness)

3. ทหารอังกฤษและเยอรมันเรียกโรคนี้ว่า **Flanders fever (ไข้แฟลนเดอร์)** หรือ **Flanders flu (ไข้หวัดใหญ่แฟลนเดอร์)** จากการที่ทหารป่วยมากหลังจากไปรบในสมรภูมิที่เบลเยียม

4. ในเซเนกัล เรียกโรคนี้ว่า **ไข้หวัดใหญ่บราซิล (Brazilian flu)**

5. ชาวบราซิลเรียก **ไข้หวัดใหญ่เยอรมัน (German flu)**

6. ชาวโปแลนด์เรียกโรคของพวกบอลเชวิค (**Bolshevik disease**) บอลเชวิค คือ พรรคการเมืองที่นำโดยเลนิน ที่ปฏิวัติยึดอำนาจในรัสเซียสำเร็จ

7. ชาวฝรั่งเศส เรียก **ไข้หวัดใหญ่อเมริกัน (American flu)** ต่อมาเปลี่ยนเป็น Spanish flu เพื่อให้กระทบต่อสหรัฐอเมริกาซึ่งเข้าร่วมเป็นพันธมิตรกับตน

8. ชาวสเปนเรียก **ไข้หวัดใหญ่ฝรั่งเศส (French flu)** ชื่อเล่นว่า “ทหารเนเปิลส์” (**Naples soldiers**)

9. หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นสงครามโลกครั้งแรกเรียกสงครามครั้งนี้ว่า **Great War** ทำให้มีการเรียกโรคนี้ว่า **The Great Influenza**

10. ชื่อที่เป็นกลางๆ ต่อมา เรียกว่า “การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในปี 1918” (**1918 Influenza pandemic**) ชื่อย่อคือ “**1918 Flu pandemic**”

คำว่า Spanish Flu ในภาษาสเปนคือ Gripe Española

สาเหตุของโรค

สมัยนั้น วิชาจุลชีววิทยายังมีข้อจำกัดมาก กล้องจุลทรรศน์ที่ใช้ยังเป็นแบบธรรมดา ใช้แสงอาทิตย์หรือแสงจากดวงไฟ (Light microscope) ยังไม่มีกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน (Electron microscope) จึงเห็นแค่แบคทีเรีย ยังไม่เห็นเชื้อไวรัส จากการพบเชื้อแบคทีเรีย Hemophilus influenzae ในผู้ป่วยโรคนี้จำนวนมาก จึงเข้าใจผิดว่าแบคทีเรียนี้เป็นต้นเหตุของโรค และตั้งชื่อโรคว่า Influenza ต่อมาจึงพบว่า เชื้อแบคทีเรียเหล่านี้เป็นโรคแทรกซ้อน (Complication) มิใช่ต้นเหตุของโรค แต่ต้นเหตุที่แท้จริงเป็นไวรัส และตั้งชื่อว่า Influenza virus และต่อมาสามารถแยกชนิดของไวรัสที่เป็นต้นเหตุของโรคนี้ว่าเป็นสายพันธุ์ H₁N₁

H คือ โปรตีน Hemagglutinin

N คือ เอนไซม์ Neuraminidase

เชื้อไข้หวัดใหญ่จะมี H และ N แตกต่างกันไป เช่น ไข้หวัดนกที่ระบาดครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2540 ที่ฮ่องกง เป็นชื่อ H₅N₁ และต่อมาพบสายพันธุ์อื่นๆ อีก

เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 นี้ ไม่ได้หายไปไหน ยังคงก่อโรคในมนุษย์เรื่อยมา แต่ลดความรุนแรงลง เพราะมนุษย์สร้างภูมิคุ้มกันขึ้น โรคนี้จึงกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) แต่เชื่อจะมีการกลายพันธุ์ไปเรื่อยๆ ถ้ากลายพันธุ์ไประดับหนึ่งแต่ไม่มากนัก เรียกว่า Antigenic dript จะทำให้เกิดโรครุนแรงขึ้นแต่ไม่มาก และไม่เกิดการระบาดในวงกว้าง แต่เมื่อมีการกลายพันธุ์มากเรียกว่า Antigenic shift จะเกิดการระบาดวงกว้าง เช่นในปี 2520 มีการระบาดในรัสเซียเรียกว่า “ไข้หวัดใหญ่รัสเซีย” (Russian Flu) และเมื่อ พ.ศ. 2552 ก็เกิดการระบาดในวงกว้างอีกครั้งเรียกว่า “ไข้หวัดใหญ่ 2009” (Flu 2009)

เชื้อ H1N1 นี้ แม้ไม่ระบาดใหญ่ แต่ก็มักทำให้เกิดโรคที่เรียกว่า ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Flu) ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ซึ่งต้องปรับสูตรผสมโดยใช้เชื้อสายพันธุ์ที่คาดว่าจะระบาดในปีหน้า จากเชื้อ 3-4 สายพันธุ์ มาประกอบเป็นวัคซีนฉีดประจำปี โดยในประเทศไทยจะระบาดในช่วงฤดูหนาว จะฉีดวัคซีนดังกล่าวในช่วงประมาณเดือนตุลาคม ส่วนในประเทศไทยจะระบาดในช่วงฤดูฝน จะฉีดวัคซีนดังกล่าวในช่วงเดือนพฤษภาคม โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว ซึ่งหากป่วยมักจะมีอาการรุนแรง

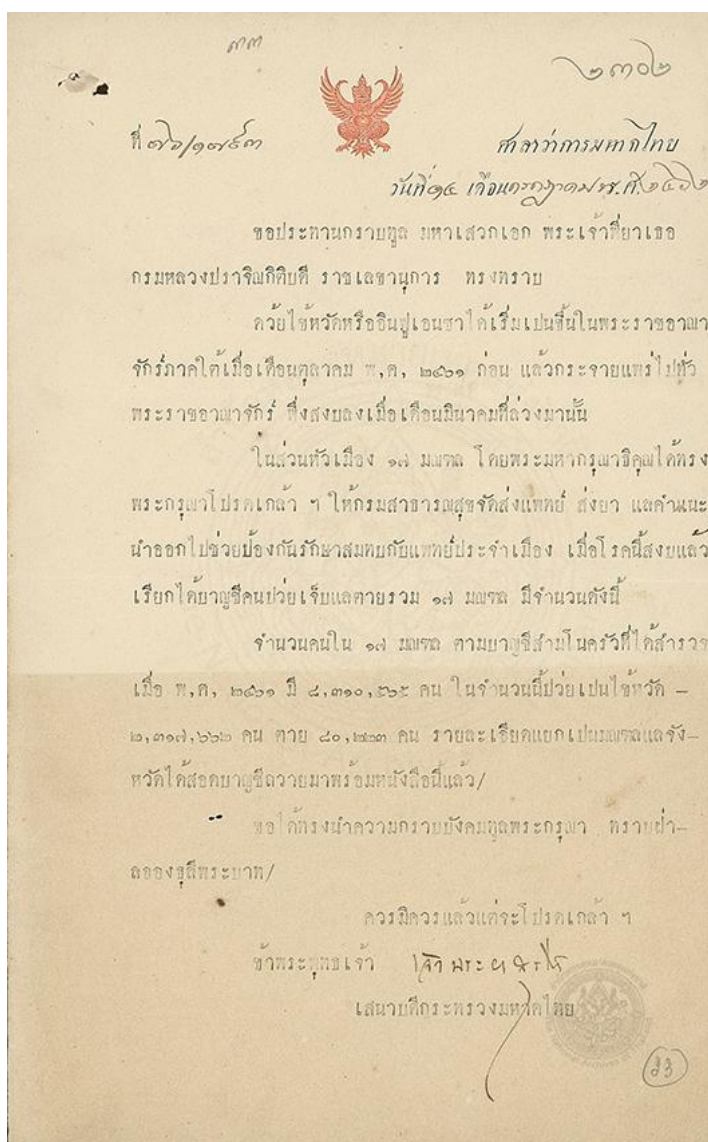
ทั่วโลกจะมีศูนย์เฝ้าระวังเชื้อไข้หวัดใหญ่ คอยเก็บตัวอย่างเชื้อมาตรวจแล้วส่งให้องค์การอนามัยโลก ซึ่งจะมีคณะผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์และสรุปว่า ศึกโลกเหนือและใต้ควรเลือกสายพันธุ์ใดมาประกอบเป็นวัคซีน ส่งให้โรงงานต่างๆ นำไปผลิตวัคซีนออกมาจำหน่าย ซึ่งแต่ละโรงงานก็จะพิจารณาว่าจะใช้ 3 หรือ 4 สายพันธุ์ เพื่อทำการผลิต

วัคซีนไข้หวัดใหญ่ต้องฉีดทุกปี เพราะเมื่อเชื้อกลายพันธุ์ไป วัคซีนสูตรเดิมก็จะป้องกันไม่ได้หรือป้องกันไม่ได้ดี ปรากฏการณ์นี้กำลังเกิดขึ้นกับวัคซีนโควิด-19 แต่ข้อแตกต่างคือ ประชากรโลกส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันต่อไข้หวัดใหญ่มากบ้างน้อยบ้างแล้ว แต่ประชากรโลก ณ เดือนสิงหาคม 2564 ส่วนมากยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโควิด-19 ขณะที่วัคซีนที่ผลิตออกมามีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับความจำเป็น (Need) ของประชากรทั่วโลก

โดยสรุปแล้ว ไข้หวัดใหญ่สเปนที่ระบาดครั้งแรกเมื่อร้อยกว่าปีมาแล้ว เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ขณะนั้นประชากรโลกมีประมาณ 1,840 ล้านคน การเดินทางยังมีเฉพาะทางบกและทางเรือ ยังไม่มีการเดินทางทางอากาศ และยานพาหนะต่างๆ ก็ยังเชื่องช้ากว่าปัจจุบันมาก แต่การระบาดก็แพร่ไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ประมาณว่ามีประชากรโลก ติดเชื้อราว 500 ล้าน หรือราว 27% และเสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน อินเดียประเทศเดียว เสียชีวิตไปราว 20 ล้าน โดยการระบาดมี 4 ระลอก ในช่วงเวลาราว 2 ปี 1 เดือน โรคก็สงบ แต่การเกิดโรคยังมีประปรายในลักษณะโรคประจำถิ่น และมีการระบาดในวงกว้างขึ้นเป็นครั้งคราว

การระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนในประเทศไทย

ไข้หวัดใหญ่สเปนระบาดเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ในช่วงเดือนตุลาคม 2461 โดยสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอเจ้าฟ้ายุคลทิฆัมพร กรมหลวงลพบุรีราเมศวร์ อุปราชมณฑลปักษ์ใต้ ได้โทรเลขถึงเจ้าพระยาสุรสีห์ วิสิษฐศักดิ์ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยว่า เกิดการระบาดของโรคอินฟลูเอนซา ที่จังหวัดปัตตานีและสงขลามีคนป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะนักโทษในเรือนจำ ข้าราชการ และตำรวจ ต่อมาโรคแพร่กระจายไปทั้ง 17 มณฑล ทั้ง 78 จังหวัดโรคสงบลงในเดือนมีนาคม 2462 กระทรวงมหาดไทยจัดทำบัญชีประชากรและผู้ป่วยรายงานต่อมหาเสวกเอกพระเจ้าพี่ยาเธอกรมหลวงปราจิณกิติบดีราชเลขาณุกการ เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2462 สรุปลำจนวนประชากรใน 17 มณฑล 8,310,565 คน ป่วยเป็นไข้หวัด 2,317,662 คน คิดเป็น 27.9% เสียชีวิต 80,223 คน คิดเป็นอัตราป่วย-ตาย 3.46%



ถ้าเปรียบเทียบกับโควิด-19 ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดใหญ่ในระลอก 3 ในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อรวม 707,659 ราย เสียชีวิตสะสม 6,066 ราย การระบาดของไข้หวัดใหญ่เมื่อ พ.ศ. 2461 ก็รุนแรงกว่ามากมาย เพราะขณะนั้นประชากรทั้งประเทศเพียง 8,310,566 คน ป่วยถึง 2,317,622 และเสียชีวิตถึง

80,223 คน โดยเวลานั้นโรงพยาบาลก็มีเพียงไม่กี่แห่งในกรุงเทพฯ ต่างจังหวัดยังแทบไม่มีโรงพยาบาลเลย เมื่อเจ็บป่วยก็คงดูแลรักษากันไปตามมีตามเกิดเท่านั้น

สาธารณสุข
จำนวนคนเป็นโรค ไข้หวัด
ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

จังหวัดและมณฑล	ส่วนในคดีสำรวจเมื่อ พ.ศ. ๒๕๖๐	ป่วย	ตาย
๑๖ มณฑลอุบล			
จังหวัดอุบล	๕๑๐,๓๐๓	๑๘๕,๒๗๒	๓,๖๐๒
.. สุรินทร์	๒๖๐,๒๕๘	๓๖,๕๗๑	๓,๑๑๕
.. สุรินทร์	๒๐๐,๑๕๐	๑๕๐,๒๕๘	๕,๗๒๕
รวมทั้งมณฑล	๙๗๐,๗๑๑	๓๖๒,๑๐๑	๑๑,๔๔๒
๑๗ มณฑลอุดร			
จังหวัดอุดร	๑๓๑,๒๗๗	๑๖,๘๑๕	๑,๔๕๐
.. นครพนม	๑๖๖,๓๒๖	๓,๗๓๐	๑๕๔
.. เลย	๗๕,๘๓๑	๑๐,๕๖๔	๖๗๑
.. ขอนแก่น	๒๓๗,๕๗๔	๘๐,๕๗๗	๓,๗๖๕
.. สกลนคร	๑๓๑,๓๕๖	๖๕,๖๒๘	๒,๕๕๕
.. หนองคาย	๗๖,๐๘๐	๕,๖๘๘	๗๑
รวมทั้งมณฑล	๘๑๘,๔๗๐	๑๘๒,๘๐๒	๘,๖๕๐
รวมทั้ง ๑๖ มณฑล	๘,๕๗๘,๕๖๖	๒,๓๑๗,๖๖๖	๕๑,๒๕๓

ความรู้เบื้องต้นเรื่องโควิด-19

โควิด-19 ภาษาอังกฤษคือ COVID-19 เป็นคำย่อมาจากคำว่า Coronavirus Disease-2019 หมายความว่าโรคจากไวรัสโคโรนา เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2019

องค์การอนามัยโลกประชุมผู้เชี่ยวชาญแล้วตั้งชื่อเชื้อต้นเหตุอย่างเป็นทางการว่า SARS-Coronavirus-2 แปลตรงตัวว่า ไวรัสโคโรนาที่เป็นต้นเหตุโรคซาร์ส หมายเลข 2 คำว่า SARS ย่อมาจาก Severe Acute Respiratory Syndrome คือ กลุ่มอาการระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง เรียกย่อๆ ว่าโรคซาร์ส การที่ตั้งชื่อไวรัสเช่นนี้ เพราะเป็นไวรัสโคโรนาที่มีลักษณะพันธุกรรมคล้ายคลึงกับไวรัสโคโรนาที่เป็นต้นเหตุของโรคซาร์ส และใส่ลำดับ 2 ไว้ เพราะในอนาคตอาจพบไวรัสโคโรนาที่คล้ายคลึงกันนี้ตัวใหม่ ก็อาจจัดเป็นหมายเลข 3 เพื่อให้เข้าใจง่าย และมีผลสำคัญต่อวิธีการตรวจ รักษา และคิดค้นวัคซีนป้องกันต่อไป

ระบบการตั้งชื่อเช่นนี้ เป็นระบบเดียวกันกับการตั้งชื่ออื่นๆ เช่น เชื้อไข้หวัดใหญ่ ก็ตั้งชื่อเรียงลำดับของ Hemagglutinin และ Neuraminidase ชื่อตัวย่อคือ H กับ N เรียงลำดับไปเรื่อยๆ

ไวรัสโคโรนา เรียกชื่อตามลักษณะที่เห็นจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนที่มีรูปร่างทรงกลม มีหนามรอบๆ ดูคล้ายมงกุฎ จึงเรียกไวรัสโคโรนา (Corona) ซึ่งแปลว่ามงกุฎ

ไวรัสโคโรนา เข้ามาก่อนโรคในมนุษย์แล้ว 6 ชนิด 4 ชนิดแรก ทำให้เกิดโรคหัดธรรมดา ไม่รุนแรง จึงไม่เป็นข่าวครึกโครมจนคนทั่วไปแทบไม่เคยรู้ว่า ไวรัสโคโรนาเหล่านั้นเข้ามาก่อโรคในมนุษย์แล้ว และไม่มี การคิดค้นวัคซีนมาใช้เพราะไม่คุ้มค่า เนื่องจากมนุษย์โดยทั่วไปสามารถต่อสู้เอาชนะโรคนี้ได้เอง จนกลายเป็นโรคที่เป็นแล้วหายเอง (self-limited disease) ถ้าลงทุนฉีดวัคซีนป้องกันทุกปี จะ “ได้ไม่คุ้มเสีย”

อันที่จริง ไข้หวัดเกิดจากไวรัสชนิดอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งก็ “เป็นแล้วหายเอง” เช่นกัน การรักษาก็เพียงรักษาตามอาการเป็นหลักเท่านั้น จึงไม่มีการคิดค้นวัคซีนมาใช้เช่นกัน

ไวรัสโคโรนาตัวที่ 5 ที่เข้ามาก่อโรคในมนุษย์ คือโรคซาร์ส ซึ่งเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ร้ายแรง เริ่มระบาดในจีนเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2545 ระบาดไป 17 ประเทศ / ดินแดน มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 8,096 ราย ตาย 774 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในจีน และฮ่องกง ระบาดอยู่ราว 9 เดือนก็สงบไป ในเดือนกรกฎาคม 2546

มีสถิติ ผู้ป่วย และเสียชีวิต ดังนี้

	ผู้ป่วย	เสียชีวิต
จีน	5,327	349
ฮ่องกง	1,755	299
ไต้หวัน	346	37
แคนาดา	251	43
สิงคโปร์	238	33
เวียดนาม	63	5
สหรัฐ	27	0
ฟิลิปปินส์	4	2
ไทย	9	2
เยอรมนี	9	0
มองโกเลีย	9	0
ฝรั่งเศส	7	1
ออสเตรเลีย	6	0
มาเลเซีย	5	2
สวีเดน	5	0
อินเดีย , เกาหลีใต้	3 , 3	0 , 0
อินโดนีเซีย	2	0

แอฟริกาใต้, คูเวต, ไอร์แลนด์, มาเก๊า, นิวซีแลนด์, โรมานี, รัสเซีย, สเปน, สวิตเซอร์แลนด์	พบประเทศ / ดินแดน ละ 1 ราย ไม่มีเสียชีวิต
---	--

ซาร์สเป็นโรคที่มีอัตราการตายค่อนข้างสูง เฉลี่ย 9.56%. ในช่วงแรก ที่ระบาดในจีนอัตราการตายสูง แต่ต่อมา มีการพัฒนาวิธีการรักษาทำให้ตายน้อยลงเฉลี่ย 6.55%. ในฮ่องกงอัตราการตายสูงถึง 17.04% ในไต้หวันก็อัตราการตายสูงถึง 10.69% เมื่อโรคเริ่มระบาดไปในไต้หวัน แคนาดา สิงคโปร์ เวียดนาม และสหรัฐ ทำให้องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ “จำกัดการเดินทาง” (Travel Restriction) ทำให้สนามบินหลายแห่งกลายเป็น สนามบินร้าง เช่น ที่ฮ่องกง ต่อมาโรคสงบไปเอง โดยไม่มีรายงานโรคนี้อีก

ต้นตอของไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคซาร์ส มีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องมาอีกหลายปี ในที่สุดก็ได้ข้อสรุปว่า ไวรัสนี้ น่าจะมาจากค้างคาวในถ้ำที่มณฑลยูนนาน

ไวรัสโคโรนาชนิดที่ 6 ที่เข้ามาก่อโรคร้ายแรงในมนุษย์ คือ ไวรัสโคโรนาโรคเมอร์ส (MERS : Middle East Respiratory Syndrome) หรือกลุ่มอาการระบบหายใจในตะวันออกกลาง

โรคเมอร์ส เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาเมอร์ส (MERS-Coronavirus : MERS-CoV) ทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจ มีไข้ ไอ หอบ อาจมีท้องเสียด้วย อาการมีตั้งแต่น้อยๆ จนรุนแรง เริ่มระบาดเมื่อเดือนเมษายน 2547 ในซาอุดีอาระเบีย มีผู้ป่วยรวม 688 ราย เสียชีวิต 282 ราย ประเทศที่ระบาดมากอันดับสองคือเกาหลีใต้ เริ่มในเดือนพฤษภาคม 2548 โดยมีชาวเกาหลีใต้ที่เดินทางไปซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และ บาห์เรน จนถึงวันที่ 27 มิถุนายน 2548 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 184 ราย มีผู้สัมผัสโรคที่เข้าสู่ระบบกักกันอย่างน้อย 6,508 คน

มีชาวเกาหลีใต้รายหนึ่งเดินทางไปประเทศจีน และตรวจพบว่าเป็นโรคเมอร์ส เป็นผู้ป่วยรายเดียวที่พบในจีน

ในสหรัฐ พบผู้ป่วย 1 ราย เมื่อ 2 พฤษภาคม 2547 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เดินทางกลับจากซาอุดีอาระเบียราว 1 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในเมืองมันสเทอร์ มลรัฐอินเดียนา อาการไม่มาก รายที่สอง พบในเมืองออร์แลนโด มลรัฐฟลอริดา เมื่อ 12 เมษายน 2547

ในเนเธอร์แลนด์พบผู้ป่วย 1 ราย เมื่อ 14 พฤษภาคม 2547 ในเดือนเมษายน 2547 มีรายงานพบผู้ป่วยในฟิลิปปินส์ เป็นผู้ใช้แรงงานชาวฟิลิปปินส์ เดินทางกลับจากซาอุดีอาระเบีย ต่อมาพบรายที่ 2 เมื่อ 6 กรกฎาคม 2548 เป็นชาวต่างประเทศ เพศชาย อายุ 36 ปี จากตะวันออกกลาง ในสหราชอาณาจักรพบผู้ป่วยต้องสงสัย 2 ราย เมื่อ 27 กรกฎาคม 2548 ทำให้โรงพยาบาลที่แมนเชสเตอร์ปิดแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ต่อมาพบว่าผู้ป่วย 2 รายนั้นไม่ติดเชื้อ ในเคนยา พบการระบาดของโรคนี้อีก เมื่อเดือนกรกฎาคม

2548 จนถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549 มีรายงานอูฐตายกว่า 500 ตัว ที่เชื่อว่าตายจากโรคนี้นี้ เมื่อถึงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2549 มีการยืนยันว่าอูฐเป็นโรคเมอร์สจริง แต่ไม่พบในคน

ผู้ป่วยโรคเมอร์สรวมทั้งสิ้น 1,733 ราย ตาย 628 ราย อัตราตายสูงถึง 36.2% นับเป็นเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในมนุษย์ และทำให้อัตราตายสูงสุด แต่โรคสงบลงไปเอง การศึกษาพันธุกรรมของเชื้อพบว่าเหมือนในค้างคาวที่พบในสุสานในอียิปต์ อูฐอาจเป็นตัวเชื่อมสู่มนุษย์ แต่ยังไม่ยืนยัน ปัจจุบัน ยังมีการเฝ้าระวังโรคนี้อย่างต่อเนื่อง

การระบาดของโรคซาร์ส เมอร์ส และโรคอื่นๆ นักวิทยาศาสตร์มีการศึกษา ติดตาม สังสม ความรู้ เพื่อเตรียมรับมือกับโรคระบาดใหม่ๆ ทั้งในการวิจัยและพัฒนาหาเครื่องมือ (tools) อุปกรณ์ (equipment) ยา วัคซีน และมาตรการ (measures) ต่างๆ เพื่อควบคุม ป้องกัน รักษา และแก้ปัญหาต่างๆ

กรณีการระบาดของโควิด-19 เมื่อค้นพบว่าเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีสารพันธุกรรมและรหัสพันธุกรรมคล้ายคลึงกับไวรัสโรคซาร์ส ก็มีการนำยาที่เคยใช้รักษาโรคซาร์สแล้ว “ได้ผล” “มากบ้าง น้อยบ้าง” มาใช้รักษาโควิด-19

การระบาดของโควิด-19

จุดตั้งต้นการระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้นในประเทศจีน โดยมีลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญ ดังนี้

ปลายเดือนธันวาคม 2562	พบผู้ป่วยโรคปอดบวมรุนแรงจนเข้าลักษณะของ “การระบาด” ที่นครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน
31 ธันวาคม 2562	จีนแถลงอย่างเป็นทางการ และรายงานต่อองค์การอนามัยโลก
7 มกราคม 2563	สามารถระบุว่าโรคนี้นี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (novel Coronavirus)
10 มกราคม 2563	นักวิทยาศาสตร์จีน สามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อก่อโรค รายงานต่อสถาบันแห่งชาติของจีน และรายงานต่อธนาคารพันธุกรรมโลกในวันที่ 11 มกราคม 2563
23 มกราคม 2563	โรคแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางในนครอู่ฮั่น จีนประกาศปิดนครอู่ฮั่น และดำเนินการควบคุมโรคอย่างเข้มงวด สร้างโรงพยาบาลสนามพันเตียงเสร็จใน 10 วัน และแห่งที่ 2 ขนาด 1,500 เตียง เสร็จใน 12 วัน ระดมแพทย์ พยาบาล และสิ่งสนับสนุนจำนวนมากเข้าสู่นครอู่ฮั่น
8 เมษายน 2563	โรคสงบ สามารถเปิดนครอู่ฮั่นได้อย่างเป็นทางการ

การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย

8 มกราคม 2563

ไทยพบผู้ติดเชื้อต้องสงสัยรายแรกนอกประเทศจีน สามารถตรวจพบเชื้อ และตรวจรหัสพันธุกรรมได้ และประกาศอย่างเป็นทางการ เมื่อ 13 มกราคม 2563 เป็นจุดตั้งต้นของการระบาดในประเทศไทย

การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย จนถึงต้นเดือนสิงหาคม 2564 อยู่ในช่วงของการระบาดระลอก 3

ระลอกที่ 1 8 ม.ค. 63 – 30 พ.ย.63 มีผู้ติดเชื้อที่ยืนยัน รวม 4,331 ราย เสียชีวิต 60 ราย เป็นช่วงที่ประเทศไทยสามารถควบคุมโรคได้ดี โดยยังไม่มีทั้งยาและวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการหลักในการควบคุมโรค คือ มาตรการทางสาธารณสุข โดยนับจากช่วงกลางเดือนพฤษภาคม 2563 ไม่มีการติดเชื้อภายในประเทศเลย ผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นล้วนเดินทางมาจากต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่เดินทางกลับประเทศ แต่ไม่มีการแพร่ระบาด เพราะทุกรายเข้าสู่ระบบสถานกักกันของรัฐ (State Quarantine : SQ) และบางส่วนเข้าสู่สถานกักกันทางเลือกของรัฐ (Alternative State Quarantine : ASQ)

ระลอกที่ 2 เริ่มจากช่วงกลางเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 การระบาดเริ่มจาก 2 จุด ได้แก่ (1) กลุ่มแรงงานอพยพในจังหวัดสมุทรสาคร ที่รับการแพร่ระบาดจากแรงงานอพยพจากเมียนมา ที่เริ่มมีการระบาดใหญ่บริเวณชายแดนติดกับประเทศไทย (2) บ่อนพนันที่จังหวัดระยอง

การระบาดที่สมุทรสาคร เกิดในตลาดอาหารทะเล ซึ่งเป็นแหล่งอาหารของจังหวัดต่างๆ โดยรอบ การแพร่ระบาดกระจายไปตามผู้นำสินค้าจากสมุทรสาครไปตามจังหวัดต่างๆ ทำให้เกิดคลัสเตอร์ของการระบาดกระจายไปทั่ว และยากแก่การควบคุม แต่ระบบบริการสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆ ยัง “รับมือ” ได้ เพราะจำนวนผู้ป่วยหนักยังมีไม่มาก แต่คลัสเตอร์ต่างๆ จำนวนมาก ที่กระจายไปทั่ว เป็นตัวเชื่อมกับการระบาดในระลอกต่อมา

ระลอกที่ 3 เริ่มจากช่วงวันที่ กลางเดือนเมษายน 2564 โดยเริ่มจากสถานบันเทิงที่ชอยทองหล่อ ที่คนชั้นสูงไปใช้บริการ ส่วนผู้ให้บริการจำนวนมากเป็นคนชั้นล่าง และส่วนหนึ่งพักอาศัยในชุมชนแออัดที่คลองเตย ซึ่งเป็นชุมชนแออัดขนาดใหญ่ของกรุงเทพฯ ประกอบกับเชื้อไวรัสเป็นสายพันธุ์เดลตาที่สามารถแพร่โรคได้อย่างรวดเร็ว ค่า “อัตราการแพร่เชื้อ” (Infectivity Rate หรือ Reproduction Number : R ศูนย์) จากเดิมประมาณ 1.5 คือ ผู้ติดเชื้อ 1 คน แพร่ได้ 1.5 คน เป็น 8.0 หรือมากกว่า ทำให้จำนวนการติดเชื้อเพิ่มในลักษณะ “พหุคูณ”

(exponential) จากการติดเชื้อวันละหลักหน่วย หลักสิบ หลักร้อย กลายเป็นหลักพัน หลักหมื่น ในเวลาอันรวดเร็ว การเสียชีวิตก็เพิ่มเป็นหลักร้อย

การควบคุมโรคในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 กระทำได้ยาก เพราะคลัสเตอร์ที่แพร่โรคกระจายไปทั่ว การ “ล๊อคดาวน์” ได้ผลไม่มาก เพราะเริ่มกระทำ “ช้าไป” และยังเป็นเพียงการล๊อคดาวน์บางส่วนเท่านั้น ไม่เคร่งครัดเหมือนที่ประเทศจีนกระทำอย่างได้ผลชะงัดที่อยู่อัน และอีกหลายๆ เมืองที่พบมีผู้ติดเชื้อ

จีนเป็นประเทศใหญ่ มีประชากรถึง 1,430 ล้านคน แต่ถึงวันที่ 7 สิงหาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อยังไม่ถึง 1 แสนคน ขณะที่สหรัฐอเมริกา มีประชากรราว 330 ล้าน มีผู้ติดเชื้อถึงกว่า 20 ล้าน และเสียชีวิตไปแล้วกว่า 6 แสนคน

จีนสามารถ “ควบคุมโรค” อย่างได้ผล เพราะดำเนินการตาม “หลักวิชาการควบคุมโรคระบาด” ได้ อย่างเข้มงวด และมีประสิทธิผล นั่นคือ

(1) การหยุดยั้งการแพร่ระบาด ตามหลักการ “รู้เร็ว แก้ปัญหาอย่างทันท่วงที” (Early recognition and prompt response) โดยการดำเนินการ มาตรการควบคุมกัน ได้แก่

ก. การเร่งรัดการตรวจหาผู้ติดเชื้อ โดยมีการพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบการตรวจที่รวดเร็ว ในการระบาดระลอกใหม่ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ในเมืองใหญ่ที่มีการพบผู้ติดเชื้อเพียง 7 ราย อย่างนครอู่ฮั่นมีการ “ปูพรม” ตรวจวันละ 1.5 ล้านราย จึงสามารถตรวจประชากร 11 ล้านคนอย่างทั่วถึงในเวลาราว 1 สัปดาห์เท่านั้น เมื่อพบผู้ติดเชื้อก็สามารถแยกกักมิให้แพร่โรคในชุมชน จึงหยุดยั้งการระบาดได้อย่างรวดเร็ว ทันการณ์

ข. การสืบค้น (Tracing) หาแหล่งต้นตอการแพร่เชื้อ และติดตาม (Tracking) ผู้สัมผัส นำเข้าสู่ระบบการแยกกัก (Isolation) สำหรับผู้ติดเชื้อ และเข้าสู่ระบบกักกัน (Quarantine) สำหรับผู้สัมผัส มิให้มีการแพร่เชื้อ

(2) มาตรการการดูแลรักษา ด้วยระบบบริการที่มีอยู่เดิม และการสร้างเพิ่มอย่างรวดเร็ว เช่น การสร้างโรงพยาบาลสนามพันเตียงที่อู่ฮั่น ในเวลาเพียง 10 วัน และสร้างแห่งที่ 2 ขนาด 1,500 เตียง เสร็จในเวลาเพียง 12 วัน ระดมบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลของกองทัพที่ยังไม่พบการแพร่ระบาด เข้าไปช่วยเหลือแก้ปัญหาอย่างเต็มที่ รวมทั้งประกาศรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ฟรี

(3) มาตรการรักษาระยะห่าง (Distancing) เช่น การประกาศล๊อคดาวน์ การจำกัดการออกนอกเคสสถานอย่างเคร่งครัด

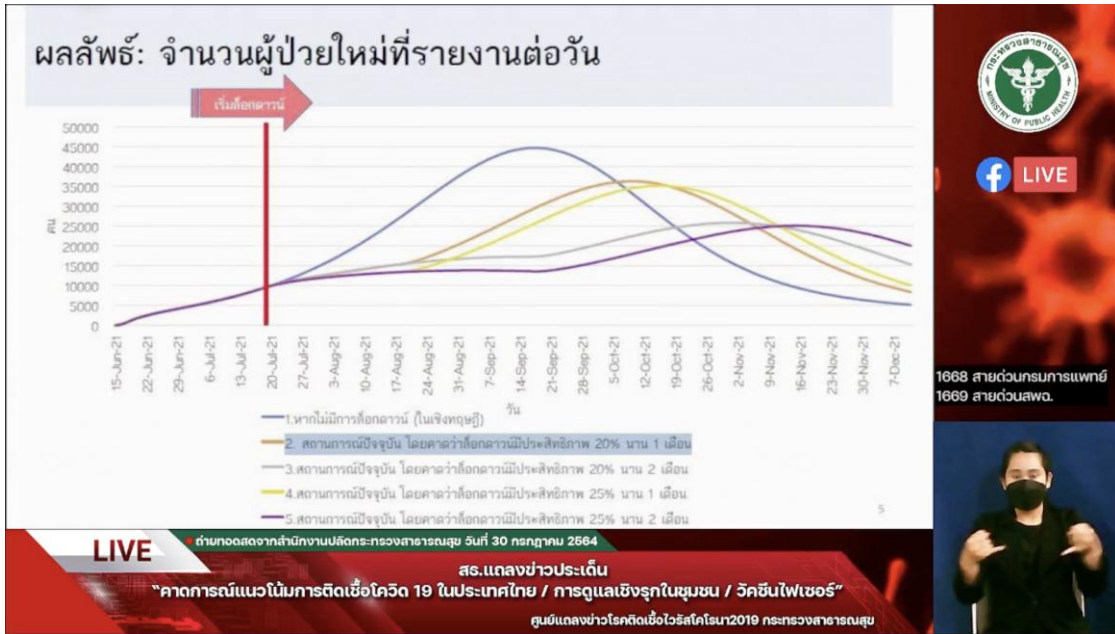
(4) การเร่งรัดวิจัยและพัฒนาวัคซีนขึ้นในประเทศ โดยสามารถเริ่มฉีดให้แก่ประชาชนได้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563 สำหรับประชาชนที่กลัววัคซีนก็มีมาตรการจูงใจต่างๆ จนทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ดี

ตั้งแต่ต้นเดือนสิงหาคม 2564 เริ่มพบการแพร่ระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตา ซึ่งวัคซีนที่มีอยู่ป้องกันเชื้อสายพันธุ์นี้ได้ไม่ดี มีการพบผู้ติดเชื้อแล้วหลักร้อยรายในบางเมือง โดยพบแล้วว่า เกิดจากการหละหลวมของการตรวจตราผู้โดยสารที่เดินทางมาจากต่างประเทศที่สนามบินนานาชาติ ทำให้มีการแพร่กระจายของผู้ติดเชื้อไปตามเมืองใหญ่ๆ บางเมือง จะต้องติดตามต่อไปว่า จีนจะ “เอาอยู่” หรือไม่

แนวโน้มของการแพร่ระบาดในระลอก 3

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม คาดว่าถ้าไม่มีการ ล็อคดาวน์ภายในเดือนกันยายนยอดผู้ติดเชื้อจะพุ่งเกิน 40,000 รายต่อวัน

ถ้าล็อคดาวน์มีประสิทธิภาพ 25% นาน 2 เดือน ผู้ติดเชื้อจะลดลงเหลือ 2 หมื่นรายต่อวัน





อัตราการเสียชีวิตจากโควิด-19

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 5 สิงหาคม 2564 วิเคราะห์ผู้เสียชีวิต 5,663 ราย ดังนี้

ลักษณะของผู้ป่วยเสียชีวิต (รวม 5,663 ราย)	ระลอก 1 ม.ค. – 14 ธ.ค. 63 (60 ราย)	ระลอก 15 ธ.ค. 63 – 31 มี.ค. 64 (34 ราย)	ระลอก 1 เม.ย. 2564 – ปัจจุบัน (5,569 ราย)
อัตราป่วยตายตามกลุ่มอายุ			
● 15 – 39 ปี	0.20%	0.02%	0.12%
● 40 – 59 ปี	2.10%	0.02%	0.89%
● 60 ปีขึ้นไป	6.50%	2.60%	7.06%
● อายุต่ำกว่า 1 ปี 2 ราย			
มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือสูงอายุ	64%	100%	90%
ระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างวันเริ่มป่วย ถึงวันได้รับการรักษา (ต่ำสุด – สูงสุด)	3.5 (0 – 19)	1.2 (0 – 8)	3.2 (0 – 61)

จากสถิติจะพบว่า ถ้านับเฉพาะกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุจะเสียชีวิตสูงกว่า กลุ่ม 40-59 ปี ราว 7.9 เท่า และสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-39 ปี ราว 58.8 เท่า

ในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโควิด-19 มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเด็กถึง 1,000 เท่า

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง นอกจากอ้วน และตั้งครรภ์ ผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุ ฉะนั้น กลุ่มผู้สูงอายุคือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากโควิด-19 สูงที่สุด จึงต้องดูแลเป็นพิเศษ

แน่นอน แม่ของพวกเราส่วนใหญ่ที่ต้องรับการดูแลจากลูกหลาน จะไม่นับรวมแม่ที่young mother ลูก ส่วนใหญ่คือผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ คือ วัคซีน เพราะวัคซีนคือเครื่องมือสร้าง “ภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค” ให้แก่ร่างกาย

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 3 ระบบ ได้แก่

1. ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค แบ่งเป็น 2 ระบบย่อย คือ

1.1 ภูมิคุ้มกันทั่วไป เช่น ระบบเม็ดเลือดขาวที่จะขจัดเชื้อโรคทุกชนิดที่เข้าสู่ร่างกาย

1.2 ภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค ซึ่งร่างกายจะสร้างขึ้นเมื่อรับเชื้อโรคนั้นๆ เข้าไป สำหรับโรค

ร้ายแรงต่างๆ เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ ตับอักเสบบี มะเร็งปากมดลูก ถ้ารอให้รับเชื้อเข้าไปจะเสี่ยงต่อชีวิต ทางที่ดีกว่า คือ การใช้วัคซีนกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคเหล่านี้ เมื่อร่างกายมีภูมิคุ้มกันแล้ว เมื่อได้รับเชื้อโรคเข้าไปก็จะสามารถต่อสู้กับโรคเหล่านี้ได้ ที่ดีที่สุดคือ ด้านการติดเชื้อได้ รองลงไปคือไม่เกิดโรคแม้จะติดเชื้อ หรือลดความรุนแรงของโรค เป็นต้น วัคซีนป้องกันโควิด-19 เวลานี้พิสูจน์แล้วว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ระดับหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่สามารถป้องกันความรุนแรงของโรคได้ดีพอสมควร

2. ภูมิคุ้มกันที่คอยกำจัดเซลล์มะเร็งที่เกิดขึ้นในร่างกาย

3. ภูมิคุ้มกันที่คอยกำจัดเซลล์ที่แก่และตายไปไม่ให้เป็นโทษแก่ร่างกาย

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ใช้ในการจัดการกับเชื้อโควิด-19 มีองค์ประกอบ 4 อย่างด้วยกัน ได้แก่

(1) แอนติบอดีเพื่อการยับยั้งการติดเชื้อ (neutralizing antibodies) ที่ทำหน้าที่ยับยั้งไม่ให้สไปค์โปรตีนเข้าไปจับเกาะกับตัวรับ เอช 2 (ACE2 receptors)

(2) บี-เซลล์ (B cells) ที่พบในเม็ดเลือดขาว, ไชกระดุก และต่อมน้ำเหลืองต่างๆ ที่กระจายกันอยู่ทั่วร่างกาย ที่สำคัญก็คือ บี-เซลล์มี “ความทรงจำ” ต่อเชื้อ และจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีเพื่อการยับยั้งเชื้อออกมามหาศาลทันทีที่พบเชื้อเดียวกันในร่างกายในอนาคต

(3) แอนติบอดีที่พุ่งเป้าจัดการกับส่วนประกอบอื่นๆ ของไวรัสนอกเหนือจากสไปค์โปรตีน โดยเฉพาะส่วนที่เป็นกลไกในการรุกรานเข้าสู่เซลล์แล้วเพิ่มจำนวน

(4) ที-เซลล์ (T cells) ที่สร้างเซลล์ ซีดี8 และซีดี4 (CD8 and CD4 cells) ขึ้นมาเพื่อทำลายเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัส และปล่อยสารเคมีที่ส่งสัญญาณเตือนทุกอวัยวะทั่วร่างกาย

วัคซีน ไม่ว่าจะเป็นเอ็มอาร์เอ็นเอ หรือไม่ใช่เอ็มอาร์เอ็นเอ ไม่ว่าจะของอเมริกัน รัสเซีย หรือจีน ล้วนกระตุ้นกลไกเหล่านี้ให้ทำงานเหมือนกันทั้งหมด เพียงแต่มีระดับมากน้อยแตกต่างกันไปเท่านั้นเอง

ตามข้อมูลของอิสราเอลและไฟเซอร์เอง ภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แอนติบอดีเพื่อการยับยั้งจะเปลี่ยนไปเป็นภูมิชนิดบี-เซลล์ ภายใน 4 เดือนหลังเข็มที่ 2 ในอัตราส่วนราว 6 เปอร์เซ็นต์ต่อเดือน ดังนั้น ภายใน 8 เดือน ภูมิคุ้มกันที่เหลืออยู่ในผู้ฉีดวัคซีน ก็จะมีเพียงแค่อันติบอดีเท่านั้น

ปัญหาที่คือ ควรฉีดกระตุ้น (booster) เข็มที่ 3 หรือไม่ คำตอบอยู่ที่วิธีพิจารณา ถ้าในแง่บุคคล (Individual) การฉีดกระตุ้นย่อมป้องกันบุคคลนั้นได้ดีกว่า แต่ในแง่การสาธารณสุข (Public health) การฉีดกระตุ้นไม่ใช่ความจำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะในภาวะที่ทั่วโลกมีวัคซีนไม่พอกับความต้องการอย่างมาก การที่ระดับภูมิคุ้มกันลดลงไป มิได้แปลว่าภูมิคุ้มกันหมดไป เพราะทันทีที่ได้รับเชื้อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ได้รับการกระตุ้นด้วยวัคซีนครบแล้ว จะยังคงจำได้ และสามารถสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เราจึงจะได้ยินบริษัทยาเสนอขอ อย. สหรัฐ และยุโรป ขอเพิ่มข้อบ่งใช้ของวัคซีนเพื่อฉีดกระตุ้น แต่ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกออกมาคัดค้าน เรื่องนี้จึงเป็นการเลือกระหว่าง “สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับบางคน” (the best for the few) กับ “สิ่งที่พอเพียงสำหรับคนส่วนมาก” (the sufficient for the most) ซึ่งในโลกเสรีนิยม มีใครยิวสาวได้สาวเอา ในที่สุดเสียงที่ดังกว่าคือเสียงของคนที่ได้เปรียบในสังคม ย่อมชนะเสมอ

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ และสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การกินอาหารให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามสมควร พักผ่อนให้เพียงพอ ทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถมีส่วนในการป้องกันโรคติดเชื้อได้บ้าง แต่สำหรับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างโควิด-19 การมีร่างกายแข็งแรง มิได้เป็นหลักป้องกันว่าจะป้องกันโรคได้

การป้องกันโควิด-19 ที่ดี คือ

- (1) การฉีดวัคซีน
- (2) การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการล้างมือบ่อยๆ ไม่จับต้องใบหน้า ปาก จมูก ด้วยมือที่ไม่สะอาด
- (3) การรักษาระยะห่าง
- (4) การสวมหน้ากากอนามัย

มายาคติเรื่องโควิด-19

มี “มายาคติ” (Myth) หรือความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโควิด-19 ที่ทำให้บางคนถึงขั้นเสียชีวิตไปแล้ว เช่น

(1) เชื่อว่าการกินมังสวิรัต ทำให้เลือดเป็นกรด สามารถฆ่าเชื้อโควิด-19 ที่เข้าสู่ร่างกายได้ ความจริงคือ เลือดมนุษย์เป็นด่างอ่อนๆ ค่า pH เท่ากับ 7.4 ถ้าเลือดเป็นกรดจะเกิดภาวะที่เรียกว่า “ภาวะเลือดเป็นกรด” (Acidosis) จะทำให้ภาวะธำรงดุล (Homeostasis) ในร่างกายเสียไป ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เรรวน จนเสียชีวิตได้

(2) เชื่อว่าถ้าร่างกายแข็งแรง กินผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยาบำรุงต่างๆ แล้ว จะต้านโควิด-19 ได้

การมีร่างกายแข็งแรง เปรียบเสมือนมีบริเวณบ้านที่กว้างขวาง และมีรั้วเตี้ยๆ แสดงอาณาเขตเท่านั้น แต่ป้องกันขโมยขโจรไม่ได้ การฉีดวัคซีนเปรียบเสมือนการมีรั้วบ้านและประตูที่แข็งแรง แม้จะป้องกันขโมยขโจรไม่ได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็ป้องกันได้มาก

(3) เชื่อว่าการกินยา หรือสมุนไพรบางอย่างสามารถป้องกันโควิด-19 ได้

ปัจจุบัน ยังไม่มียาหรือสมุนไพรใดที่พิสูจน์ว่าป้องกันโควิด-19 ได้ การกินยาหรือสมุนไพรใด ๆ ก็ตามนาน ๆ จะมีผลเสียต่อร่างกายโดยเฉพาะตับและไตได้

(4) ความเชื่อว่า สมุนไพรเป็นสารจากธรรมชาติ ไม่มีอันตราย

ความจริง มีตัวอย่างที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น มะเกลือที่เคยใช้ถ่ายพยาธิมาแต่โบราณ ทำให้ตาบอดได้ โดยเมื่อตาบอดแล้ว แม้พบแต่เนิ่น ๆ ก็รักษาไม่ได้ นอกจากนั้น ความเชื่อที่ว่า การที่มะเกลือทำให้ตาบอด เพราะนำมาใช้ผิดจากวิธีการโบราณ ที่นำมาตำแล้วใส่กะทิให้กิน ความจริงคือ มีคนนำมะเกลือมาตำแล้วใส่กะทิให้ลูกกิน ก็ทำให้ตาบอด โดยได้นำไปรักษาที่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ก็รักษาไม่ได้

อีกตัวอย่างหนึ่งคือ ใบขี้เหล็ก ที่นำมาบดใส่แคปซูลกินเป็นยานอนหลับ เมื่อใช้เป็นประจำก็พบว่า ทำให้ตับแข็ง

(5) มายาคติว่าโควิด-19 ก็แค่ใช้หวัดธรรมดา

ความจริงก็คือ โรคนี้เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ร่างกายมนุษย์ไม่เคยรู้จัก แม้มนุษย์โดยมากจะมีระบบต่อสู้กับเชื้อโรค ทำให้คนส่วนมากเมื่อรับเชื้อแล้วอาจไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่มาก แต่ราว 20% จะมีอาการปานกลางจนถึงขั้นอาการหนัก โดยเฉพาะคนสูงอายุและคนที่มิโรคประจำตัว ที่อัตราการตายจะสูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัวถึง 100 เท่า หรือ 1,000 เท่า

ข้อสำคัญ คนที่ติดเชื้อแล้ว ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย แต่เชื้ออาจลงปอดและทำให้เสียชีวิตได้ โดยแทบไม่มีสัญญาณบ่งบอกว่าใครจะอาการหนัก โดยเฉพาะเชื้อสายพันธุ์เดลต้า ที่แม้เชื้อลงปอดแล้ว อาจยังไม่มีอาการ เรียกว่า “ปอดบวมแบบสบายๆ” (Happy pneumonia) และโรคลูกกลามจนเสียชีวิตได้

ยุทธศาสตร์เรื่องวัคซีน

หลักการที่ 1 การฉีดวัคซีนป้องกันคือ ยุทธศาสตร์สำคัญ เพราะช่วยป้องกันการติดเชื้อได้ ส่วนหนึ่ง และแม้ฉีดแล้วติดเชื้อก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้มาก

หลักการที่ 2 รัฐมนตรีกลาโหมอิสราเอลบอกว่า ถ้าฉีดวัคซีนได้ครอบคลุม 60-70% โรคระบาดนี้จะค่อยๆ สงบลง ข้อมูลปัจจุบัน พบว่า เชื้อสายพันธุ์เดลต้าที่กำลังแพร่ระบาด มีอัตราการแพร่เชื้อ (ค่าอาร์ศูนย์) สูงถึง 8 หรือมากกว่าแล้ว การฉีดวัคซีนครอบคลุมเพียง 60-70% อาจไม่ถึงขั้นทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ (Herd Immunity) ได้ อาจต้องฉีดให้ได้ 80-90% หรือมากกว่านั้น โดยที่ ณ ปัจจุบัน และในอนาคตอันใกล้วัคซีนจะมีอยู่จำกัด ไม่เพียงพอที่จะสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้เกิดขึ้นได้ การฉีดวัคซีนจึงต้องฉีดอย่างมียุทธศาสตร์ ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** ฉีดให้บุคลากรสาธารณสุขด่านหน้าเพื่อให้สามารถ “รับมือ” กับ ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยที่จะยังคงมีมากจนอาจเกินกำลังของระบบจะรับไหว
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** มุ่งฉีดให้แก่ผู้มีความเสี่ยงสูง คือ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค เพราะคนเหล่านี้เมื่อติดเชื้อแล้ว จะมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง ซึ่งจะเกิดผลตามมา 2 ด้าน ได้แก่ (1) จะเป็นภาระหนักแก่ระบบบริการที่ล้นมือ และเกินกำลังอยู่แล้ว (2) อัตราการเสียชีวิตจะสูง
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** จะต้องเร่งหาวัคซีนเข้ามาเพิ่มโดยเร็ว และเร่งฉีดให้ครอบคลุม กว้างขวางโดยเร็ว โดยมีการจัดลำดับความสำคัญอย่างถูกต้อง

การดูแลแม่ในสถานการณ์โควิด-19

ใช้หลักง่ายๆ 3 ข้อ คือ

1. หลักการดูแลผู้สูงอายุ
2. การป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดจากโควิด-19
3. การเอาใจใส่ใกล้ชิด

1. หลักการดูแลผู้สูงอายุ

แม่ที่ต้องการให้ลูกหลานญาติมิตรดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หรือใกล้จะเป็นผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในทางสากลแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- (1) วัยต้น อายุ 60-69 ปี
- (2) วัยกลาง อายุ 70-79 ปี
- (3) วัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อ้วน เข้าเสื่อม โรคในช่องปาก ฯลฯ

ผู้สูงอายุจะแบ่งตามลักษณะการพึ่งพิงผู้อื่นเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- (1) ผู้ที่ยังใช้ชีวิตได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ บางคนเรียกว่า **กลุ่มติดสังคม** มีราว 90%
- (2) ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย ออกจากบ้านด้วยตนเองไม่ได้ แต่ยังช่วยตัวเองในการใช้ชีวิตประจำวันได้ เรียกว่า **กลุ่มติดบ้าน** มีราว 9%
- (3) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมาก ต้องนอนใช้ชีวิตบนเตียง เรียกว่า **กลุ่มติดเตียง** มีราว 1%

ประชากรประเทศไทยมีเกือบ 70 ล้าน กลุ่มติดเตียงรวม 1% ก็มีราวเกือบ 7 แสน

ประเทศไทยโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ริเริ่มโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีการทำแผนยุทธศาสตร์ตั้งแต่ พ.ศ.2555 แต่เริ่มดำเนินการจริงเมื่อปีงบประมาณ พ.ศ.2559

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมานานแล้ว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เมื่อประเทศเริ่มฟื้นตัวหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งญี่ปุ่นมีการเติบโตทางเศรษฐกิจมาก และรัฐธรรมนูญซึ่งสหรัฐผู้ชนะสงครามและเข้าไปปกครองญี่ปุ่นราว 5 ปีเศษ เป็นผู้ร่างให้ รัฐธรรมนูญกำหนด

มาตรการป้องกันสงครามไว้โดยการห้ามญี่ปุ่นมีกองทัพ ญี่ปุ่นจึงใช้เงินที่หาได้ไปเพื่อสวัสดิการสังคม โดยเริ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ตั้งแต่พ.ศ.2504 ก่อนประเทศไทย 40 ปี

ญี่ปุ่นเคยมีประสบการณ์อันขมขื่นจากปัญหาความยากจนและไม่สามารถดูแลคนสูงอายุได้ดี มีเรื่องเล่า เช่น ลูกชายเอาแม่ขึ้นหลังขึ้นไปบนเขาพร้อมข้าวกล่องให้กินได้ 1 มื้อ ให้แม่จากโลกนี้ไปบนภูเขา เพื่อลดปากท้องที่ต้องกินในครอบครัว และไม่ต้องมีภาระในเรื่องการจัดการศพด้วย ปล่อยให้ร่างของแม่เป็นอาหารแก่แร้งกาหรือสัตว์ป่าอื่นๆ ไป

เมื่อญี่ปุ่นล้มตาอำปาก และมั่งคั่งขึ้น ญี่ปุ่นจึงใช้เงินดูแลแม่พ่ออย่างเต็มที่ มีการสร้างสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นมากมาย โดยความเชื่อว่า การนำคนสูงอายุมาอยู่ด้วยกันจะได้เป็นเพื่อนกัน และสามารถใช้วิชาความรู้ตลอดจนบุคลากรดูแลคนชราได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

ปัญหาที่ตามมา คือ ค่าใช้จ่ายแพงลิบลิ่ว และผู้สูงอายุก็หาความสุขได้ยาก เพราะถูก “พรากร” จากครอบครัวและสภาพแวดล้อมตลอดจนญาติมิตรที่คุ้นเคย มาอยู่ในหมู่คนที่ล้วนเดินทางมาอยู่หน้าประตูแห่งมรณะ เป็นสภาพเหมือนเนื้อเพลงของวงดนตรีคาราวานที่ว่า “...ทุกอย่างมันรางเลือน เหมือนอยู่กับความตาย...”

ทางด้านค่าใช้จ่าย ก็แพงมาก ในปี 2560 ที่ผมได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานระยะสั้นๆ ที่ญี่ปุ่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) สูงถึง 11 ล้านล้านเยน คิดเป็นเงินไทยราว 3.3 ล้านล้านบาท มากกว่างบประมาณทั้งประเทศของไทย งบประมาณดังกล่าวนี้ แยกต่างหากจากค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่น ที่ในปีนั้นสูงถึง 41 ล้านล้านเยน หรือราว 12.3 ล้านล้านบาท

ในประเทศไทย แผนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เราเรียนรู้จากประสบการณ์ของญี่ปุ่น โดยเราเชิญผู้เชี่ยวชาญญี่ปุ่นมาเป็นที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำแก่เราว่า อย่าทำแบบญี่ปุ่น จะแพงมากจนแบกรับไม่ไหว และถ้าสร้างสถานดูแลคนชราหลายๆ ครอบครัวและสังคมจะอ่อนแอ เพราะทุกครอบครัวจะผลักรถให้พ่อแม่เข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นส่วนใหญ่ ยุทธศาสตร์ของเรา จึงมุ่งสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนแทน

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช อดีตประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เล่าว่า ในพิธีเปิดบ้านบางแค ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2496 ประธานในพิธี คือ ท่านผู้หญิงละเอียด พิบูลสงคราม ท่านอาจารย์นิลวรรณ ปิ่นทอง เลขาธิการท่านผู้หญิงละเอียดได้แสดงทัศนะว่า เรากำลังทำสิ่งที่ผิด เพราะเรากำลังแยกพ่อแม่ออกมาจากลูกหลานและญาติมิตรที่คุ้นเคยมาตลอดชีวิต

แผนยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของเรา จึงมุ่งส่งเสริมการดูแลในครอบครัวและชุมชนด้วยการสร้าง “ผู้ดูแล” (Care giver) ขึ้นโดยมี “ผู้จัดการดูแล” (Care manager) เป็นผู้เขียน “แผนการดูแล” (Care plan) และเป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ดูแล หน่วยงานรับผิดชอบ คือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์การบริหารท้องถิ่น โดยเสนอขอใช้งบประมาณเพียงปีละ 6 พันล้านบาทเท่านั้น ต่ำกว่าของญี่ปุ่นราว 270 เท่า แต่งบประมาณปีแรกได้มาเพียง 600 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ.2559 และปีต่อๆ มาก็ได้อยู่ในวงเงินราว 1,000 ล้านบาท

ที่กล่าวมาเป็นภาพใหญ่ของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สิ่งที่ถูกหลานพืงกระทำ ก็คือ ทำอย่างไรให้แม่พึ่งพิงตนเองได้ตลอดจนลมหายใจสุดท้ายของชีวิต เหมือนสมเด็จพระสัมมาสัม

พุทธเจ้าที่ทรงทำงานจนลมหายใจสุดท้ายของชีวิต และก่อนจะเสด็จดับขันธปรินิพพานยังได้แสดงธรรมสำคัญ คือ อัมปมาทธรรม ที่ว่า “สังขารทั้งหลายย่อมเสื่อมสิ้นไปเป็นธรรมดา ภิกษุทั้งหลายจงยังกิจทั้งปวงให้ถึงพร้อมด้วยความไม่ประมาทเถิด”

หลักง่ายๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 หลักใหญ่ๆ คือ (ก) หลัก 5 อ. และ (ข) การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ก. **หลัก 5 อ.** ประกอบด้วย (1) อาหาร (2) ออกกำลังกาย (3) อากาศ (4) อารมณ์ และ (5) อุจจาระ ซึ่งมีหลักการโดยสังเขป ดังนี้

1. อาหาร มีหลักการโดยย่อ ดังนี้

1.1 ควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และเกลือแร่ คนสูงอายุมักมีปัญหาเรื่องฟัน ระบบการย่อย และการดูดซึม จึงมีโอกาสที่จะขาดสารอาหาร ต้องระวัง

1.2 เมื่อยังหนุ่มสาว ควรกินอาหารแต่พอประมาณ ไม่ควรกินจนอ้วน หรือ “อ้วนแปล้” ซึ่งจะเป็นปริมาณที่มากเกินไปจนความต้องการของร่างกาย ทำให้อ้วนและมีโรคเรื้อรังตามมา

ในยุคดึกดำบรรพ์ อาหารมีน้อย และยากในการหา ต้องไปไล่ล่า หรือหาจากธรรมชาติ มนุษย์สมัยก่อนจะหิวโหยมาก ธรรมชาติของร่างกายจะส่งเสริมให้คนกินจนเกินอิ่ม เพื่อสำรองไว้เพื่อมือต่อไป หรือวันต่อไปซึ่งอาจจะไม่มีอาหารกิน เมื่อกินอาหารจนเต็มกะเพาะแล้ว จะยังไม่รู้สึกอิ่ม เพราะกระเพาะจะยืดออกไปได้อีก ทำให้กินต่อไปได้อีกราว 20 นาที ความรู้สึก “อ้วน” ในสมองจึงจะเกิดขึ้น ปัจจุบันอาหารมีมากขึ้นมาก ในรอบร้อยปีที่ผ่านมามนุษย์เพิ่มจำนวนขึ้นราว 5-6 เท่า แต่อาหารในโลกเพิ่มขึ้นราว 100 เท่า จากความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ดังนั้น หากกินอาหารอย่างไม่บันยะบันยัง มนุษย์จะอ้วน และทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา

ขงจื้อ จึงสอนให้กินเพียง 7 หรือ 8 ส่วนแล้วหยุด

ในพระพุทธศาสนาก็สอนเรื่องการสำรวมในการบริโภคอาหารไว้มาก

1.3 ควรกินอาหารที่ปรุงสุก ซึ่งจะสะอาด ปราศจากเชื้อโรค และง่ายต่อการย่อย

1.4 เน้นอาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ อาหารเนื้อควรเป็นเนื้อที่มีไขมันน้อย คือ “โปรตีนขาว” (White protein) เช่น ปลา มากกว่า “โปรตีนแดง” (Red protein)

1.5 กินแต่ละมือไม่มาก แต่ถี่ขึ้น เพื่อให้ค่อยๆ ย่อยและดูดซึม

1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ก็ต้องกินอาหารให้เหมาะสมแก่โรค และสภาพร่างกาย

2. ออกกำลังกาย

2.1 ธรรมชาติร่างกายมนุษย์ ต้องออกกำลังกาย เพราะร่างกายมนุษย์ถูกออกแบบมาให้ต้องไล่ล่า หาอาหาร และต่อสู้หรือหนีศัตรู นอกจากโครงสร้างของร่างกายแล้ว ยังมีโครงสร้างฮอร์โมน เช่น แอดรีนาลิน ทำให้หัวใจเต้นแรง เลือดสูบฉีดดีขึ้น พร้อมออกแรง ถ้าไม่ได้ใช้จะทำให้ใจสั่น นอนไม่หลับ ความดันโลหิตสูง

โลกปัจจุบัน มีเครื่องทุ่นแรงมากมาย ทำให้เกิด “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” (sedentary behavior) ซึ่งจะทำให้การทำงานของร่างกายเรรวน เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมา

คติโบราณที่ถือว่า การได้นั่งกินนอนกิน คือ สุขและความสำเร็จในชีวิต ปัจจุบันยอมรับกันแล้วว่าเป็นคติที่ผิด ต้องเปลี่ยน

2.2 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ต้องเลือกให้เหมาะสมแก่วัย และสภาพร่างกาย ต้องออกกำลังกายให้นานพอ หนักพอ และได้ออกกำลังกายทั่วทุกส่วนของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การแกว่งแขน การรำมวย การฝึกกลมหายใจ การยืดเหยียดแขนขา การรำไม้พลอง การเต้นรำ การรำวง โยคะ ฤาษีดัดตน เป็นต้น

3. อากาศ ต้องอยู่ในที่อากาศสะอาด ไม่มีมลพิษ มลภาวะ สมัยนี้สิ่งแวดล้อมของประเทศไทยดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก เพราะ (1) เราเลิกใช้ฟืน-ถ่านในการหุงอาหาร (2) เราเลิกใช้น้ำมันที่มีสารตะกั่ว (3) ถนนหนทางมีการลาดยางหรือเป็นถนนคอนกรีตเป็นส่วนใหญ่ ผู้บนถนนลดลง (4) ตั้งแต่ พ.ศ.2535 รัฐบาลคุณอนันท์ ปันยารชุน กำหนดให้รถยนต์ใหม่ต้องมีเครื่องกรองท่อไอเสีย (Catalytic Converter) เป็นต้น

นอกจากนี้ เรายังประสบความสำเร็จในการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ จากแต่ก่อนมีคนสูบบุหรี่ราว 34% ปัจจุบันเหลือราว 19% และมีกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะที่ค่อนข้างเข้มงวด และเอาใจใส่กันจริงจังด้วย

แต่ปัจจุบัน เราใช้เครื่องปรับอากาศมาก ต้องมีการเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท และให้แสงอาทิตย์ส่องเข้าไปฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ เรายังมีปัญหาเรื่องฝุ่นละอองขนาดเล็ก คือ PM 2.5 ซึ่งยังแก้ไม่ตก ก็ต้องพยายามช่วยกันต่อไป

4. อารมณ์ ทุกคนต้องรักษาสุขภาพจิตให้ดี สำหรับคนสูงอายุ ควรยึดคำสอนท่านพุทธทาสภิกขุ ที่ว่า คนสูงอายุควรมุ่งทำ 2 อย่าง คือ “แจกของ ส่องตะเกียง”

แจกของ คือ ทาน ซึ่งเป็นธรรมะข้อแรกในสังคหวัตถุ 4 คือ ทาน ปิยวาจา อตถจริยา และสมานัตตตา และเป็นธรรมะข้อ 4 ในฆราวาสธรรม คือ สัจจะ ทมะ ขันติ จาคะ นอกจากนี้ยังเป็นธรรมะข้อแรกในไตรสิกขา ของฆราวาส คือ ทาน ศีล ภาวนา

ต้องเชื่อมั่นว่า สุขจากการให้ เหนือกว่าสุขจากการรับ

ส่องตะเกียง คือ ให้สติปัญญาแก่ลูกหลาน

สำหรับลูกหลาน ต้องรู้ว่า คนสูงอายุมักใจน้อย คิดว่า ลูกหลานไม่รัก ไม่เชื่อฟัง ไม่เคารพ ต้องระมัดระวังทั้งคำพูด การกระทำ และภาษากายต่างๆ อย่าย้ำพ่อแม่เกิดความรู้สึกน้อยใจ ต้องใช้ทั้งหลักสังคหวัตถุ 4 และทศ 6

5. อุจจาระ หลักการสำคัญ คือ

5.1 ผู้สูงอายุ นั้น ถ้าท้องเสียจะอันตราย เพราะปัญหาการขาดน้ำ และเกลือแร่ ทำให้เป็นลม ช็อก หมดสติ หกล้ม และเสียชีวิตได้

ต้องระวังเรื่องอาหารและน้ำที่สะอาด ข้อสำคัญภาชนะก็ต้องสะอาด และหมั่นล้างมือบ่อยๆ ก่อนหยิบจับอาหารทุกครั้งต้องล้าง ทำความสะอาดมือเสมอ

5.2 ผู้สูงอายุมักมีปัญหา เรื่อง ท้องผูก ควรระมัดระวังป้องกันโดยการปฏิบัติ ดังนี้

(1) กินอาหารที่มีกากใยสูง โดยเฉพาะผัก ผลไม้ ผักควรต้องให้สุก ให้อย่างง่ายด้วย
(2) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
(3) ดื่มน้ำบ่อยๆ ให้เพียงพอ ไม่ต้องห่วงกังวลเรื่องการเข้าห้องน้ำบ่อย โดยควร
ทำห้องน้ำให้เป็นที สบายๆ คือ เป็นที่สบาย ถ้าไม่อยากจะเข้าห้องน้ำบ่อยก็ควรมีกระโถน หรือ กระบอก
ปัสสาวะไว้ใกล้ๆ

(4) ถ่ายให้เป็นเวลา ควรถ่ายเป็นประจำทุกเช้า อย่านั่งอุจจาระ การนั่ง
อุจจาระจะทำให้ท้องผูก เพราะอุจจาระที่ไปอยู่ใกล้บริเวณไส้ตรง (Rectum) จะถูกดูดน้ำกลับเข้าร่างกาย ทำ
ให้อุจจาระแข็งและทำให้ท้องผูก ถ่ายยาก

(5) สังเกตว่า กินอาหารอะไรบ้างแล้วท้องผูก เช่น น้ำชา ก็หลีกเลี่ยง หรือดื่มน้ำ
ชาอย่างถูกต้อง ในน้ำชาที่มีสารที่ทำให้ท้องผูก คือ แทนนิน (tannin) มักละลายออกมาในน้ำแรก ก็อาจต้อง
เทน้ำแรกทิ้งเสียก่อน นอกจากนี้ ชาแต่ละชนิดมีแทนนินมากน้อยต่างกัน ควรศึกษาและเลือกใช้ให้เหมาะสม
หนึ่ง แทนนินมีประโยชน์ในการขจัดไขมันในอาหาร วิธีดื่มน้ำชาที่ถูกต้อง คือ ดื่มน้ำ
ชาพร้อมกับอาหารที่มัน แทนนินในน้ำชาจะคลุกเคล้ากับไขมันและขจัดออกไปกับอุจจาระ ไม่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย
เคล็ด คือ กินพร้อมๆ กับอาหารหรือมีแต่อาหารไขมันๆ ถ้าปล่อยให้ไขมันดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตแล้วสาร
แทนนินในน้ำชาจะลดไขมันในกระแสโลหิตไม่ได้

(6) อาหารหลายชนิด กินแล้วช่วยระบายท้อง เช่น ลูกพรุน อาหารรสเผ็ด
มะขาม มะขามแขก เป็นต้น ถ้า “ธาตุหนัก” ก็อาจกินอาหารเหล่านี้ช่วยเป็นครั้งคราว

ข. การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากหลัก 5 อ. แล้ว จะต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทั้งในบ้าน รอบบ้าน
และในชุมชน

ข.1 การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน ได้แก่

- (1) สภาพทั่วไป
- (2) ห้องนอน
- (3) ห้องน้ำ ห้องส้วม

1. สภาพทั่วไปในบ้าน มีหลัก ดังนี้

- (1) พื้นบ้านต้องเรียบ ไม่เล่นระดับ
- (2) ไม่มีสิ่งของเกะกะ ที่จะทำให้เกิดสะดุดหกล้ม

ผู้สูงอายุโดยมาก กระดูกจะบาง ถ้าหกล้มกระดูกสะโพกแตกหัก หรือขาหัก จะ
กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและหายยาก ถ้าล้มแล้วหัวฟาดอาจทำให้บาดเจ็บที่ศีรษะ เลือดออกในสมอง ถึงขั้น
เสียชีวิต พิกการ หรือกลายเป็นผักได้

- (3) มีแสงสว่างเพียงพอ
- (4) มีราวจับ ช่วยพยุง เวลาเดิน

2. ห้องนอน ควรอยู่ชั้นล่าง ไม่ต้องขึ้นลง

3. ห้องน้ำ ควรอยู่ภายในบ้าน และควรอยู่ชั้นล่าง ไม่มีพื้นต่างระดับ พื้นไม่ลื่น ส้วม ควรเป็นแบบนั่งห้อยเท้า มีราวให้จับ

ประตู ควรเปิดออกด้านนอก และสามารถปลดล็อกได้จากด้านนอก

บริเวณรอบบ้าน และในชุมชน พื้นควรเรียบ ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งที่จะทำให้สะดุด มีแสงสว่างเพียงพอ มีที่นั่งเป็นเก้าอี้ ไม่ควรให้ต้องนั่งกับพื้น และถ้าไม่จำเป็น ไม่ควรต้องให้ถอดรองเท้า การก้ม-เงย ถอดรองเท้าอาจทำให้หกล้มได้

2. การป้องกันและแก้ปัญหาที่เกิดจากโควิด-19

หลักการง่ายๆ คือ

(1) ให้คำแนะนำ ฝึก ให้ปฏิบัติเรื่องอนามัยส่วนบุคคล ล้างมือ ใช้หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง และรักษาระยะห่างเหมือนคนทั่วไป

(2) ลูกหลานและทุกคนที่มาพบปะ เยี่ยมเยือน ต้องรักษาระยะห่างอย่างถูกต้อง

(3) จัดการให้ได้รับวัคซีนโดยเร็ว

(4) เมื่อสงสัยว่าติดเชื้อให้ติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านโดยเร็ว

3. การเอาใจใส่ใกล้ชิด

คนสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรเปราะบาง มีโอกาสสูงที่จะป่วยหนักและเสียชีวิต เมื่อมีปัญหาต้อง “รู้เร็ว แก้ปัญหาเร็ว” ซึ่งจะทำให้ ต้องยึดหลักการเอาใจใส่ใกล้ชิด

เมื่อราว 50 ปีมาแล้ว มีผู้นำต้นแอฟริกันไวโอเลตมาปลูกในเมืองใหญ่ ต้นไม้นี้มีดอกสีม่วง ปลูกยากในเมืองไทยเพราะเป็นไม้เมืองหนาว ต้องควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น ดิน น้ำ และปุ๋ย ให้ถูกต้อง คนที่นำมาปลูกคนแรก คือ นายแพทย์อมร นนทสุด ซึ่งต่อมาได้เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ท่านมีบ้านที่ อ.สะเมิง จ. เชียงใหม่ บ้านในกรุงเทพฯ ของท่านอยู่ริมถนนวิภาวดีรังสิต ท่านตั้งชื่อบ้านว่า บ้านไวโอเลต

ท่านเป็นผู้นำต้นไม้ไปมอบให้ ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ทดลองปลูก ซึ่งปลูกได้งดงาม หนังสือพิมพ์สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์ไปถ่ายรูปมาเผยแพร่เป็นที่ฮือฮา 'รงค์ วงษ์สวรรค์ ไปสัมภาษณ์ท่านว่า ท่านมีเคล็ดลับอย่างไรว่า ปลูกต้นไม้เงินออกดอกงดงามมาก ท่านตอบอย่างนักปราชญ์ว่า คือ “เงาของเจ้าของ”

“เงาของเจ้าของ” คือ “ความเอาใจใส่ใกล้ชิด” เพราะการนำต้นไม้เมืองหนาวมาปลูกต่างถิ่นในเมืองไทย ซึ่งเป็นเมืองร้อน จึงต้องปลูกในโรงเรือนที่ปรับอุณหภูมิและความชื้นอย่างถูกต้อง การรดน้ำ พรุนดิน ก็ต้องเอาใจใส่ สังเกตดูว่า ใบเหี่ยวเฉาหรือไม่ ชุ่มน้ำเกินไปหรือไม่ จึงต้องหมั่นดูแลเอาใจใส่อย่างดี

การดูแลให้ดีได้ ก็ต้องอาศัยเงาของลูกหลานที่ทอดทับบนตัวแม่อย่างสม่ำเสมอ และบ่อยๆ นั้นเอง

บทสรุป

วันนี้เป็นวันที่ระลึกถึงสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง ผู้เป็นแม่ของแผ่นดินของปวงชนชาวไทย เราทุกคนต้องระลึกบุญคุณของแม่และดูแลแม่อย่างดี ซึ่งในสถานการณ์โควิด-19 ต้องดูแลป้องกันมิให้ท่านติดเชื้อ และช่วยกันให้ท่านได้วัคซีนอย่างทั่วถึงโดยเร็ว

.....

