**เมลิออยโดสิส: โรคเขตร้อนที่ถูกละเลยกับภาพสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางสังคม**

**Melioidosis: a Neglected Tropical Diseases with a Reflection of Social Inequality**

อัจฉรา ยะราไสย\*

**บทคัดย่อ**

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แบบแผนและขอบเขตความรู้ด้านระบาดวิทยา ที่เข้ามากำกับควบคุมองค์ความรู้ระบาดทั้งหมด อันเกิดจากการทำงานของรัฐที่ละเลยโรคเมดิออยโดสิส ซึ่งเป็นรากเหง้าหลักของปัญหาด้านสาธารณสุข กลบเกลื่อนสภาวะการเจ็บป่วยตามที่เป็นจริง และเกิดปฏิกิริยาตอบโต้กับชุดความรู้นี้ขึ้นในสังคม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบแนวคิดเชิงระบาดวิทยา วัฒนธรรม นำมาวิเคราะห์การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ซึ่งเป็นกระแสหลักที่ใช้กันในการเล่าเรื่องระบาดวิทยา ผลการศึกษาพบว่า การเล่าเรื่องยังคงยึดหลักการคล้ายคลึงกันจนเป็นปกติวิสัย โดยลดทอนความเจ็บป่วยให้เหลือเพียงตัวเลขและค่าทางสถิติในการตัดสินความเสี่ยงของโรค ผลิตซ้ำความทุกข์ยาก ลดทอนคุณค่า และตีตราความเป็นมนุษย์ให้เหลือเพียงตัวเลขอัตราการรอดชีวิตและอัตราการตาย อันตอกย้ำความเหลื่อมล้ำทางสังคมให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนประชากรในพื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัยนั้น ต่างก็มีปฏิกิริยาในการตอบโต้ ผ่านวิธีการเปลี่ยนแปลงการสื่อสารการระบาด การเล่าเรื่องปากต่อปากว่าโรคนี้เป็น “โรคต่างบ้านต่างเมือง” รักษาไม่ได้ ขณะที่แพทย์ในพื้นที่นั้น ๆ ก็พยายามต่อสู้กับชุดความรู้ของประชากรและเร่งรักษาโรคติดเชื้อนี้ ปรากฏการณ์ทางสังคมเช่นนี้ แสดงให้ประจักษ์ถึงการขาดประสิทธิภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้จะวางหลักเกณฑ์ครอบคลุมสุขภาพประชาชนถ้วนหน้า แต่ก็ยังประสบความเหลื่อมล้ำทางสังคม ตอกย้ำความล้มเหลวของมโนทัศน์การพัฒนาสุขภาพของรัฐ อันขาดการตระหนักรู้เท่าทันต่อความซับซ้อนและความหลากหลายของมูลเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางสุขภาพของมนุษย์

**ABSTRACT**

This article aims to analyze the pattern and the scope of Epidemiology which control and regulate the whole epidemiological body of knowledge relating to Melioidosis, an infectious disease, neglected by the Public Health Authority. As such that negligence is highly considered as the major problem in the Health Care system, resulting in the concealment of real disease situations and the social reaction against the body of knowledge. The research instruments are as follows: observations, in depth interview and literature review within the contexts of epidemiological concepts, Culture and Health Risk Program in order to examine the mainstream studies of descriptive Epidemiology as the outbreak narrative. The studies reveal that the storytelling methods still adhere to similar pattern maintenance as principles and norms through an underestimation of the prevalence of disease and risk factors in numbers and statistical data. Therefore, human values and sufferings are deprecated into survival rates and death tolls with emphasis on generating further social inequality. In response to this social distress, the population in this research transforms the outbreak narrative into rumor: the “Foreign Diseases” non-endemic diseases, cannot be cured, whereas the local health care providers strive to deliver accurate information about the infectious disease and accelerate treatment for their targeted population. This social phenomenon has revealed the inefficiency of the Universal Health Coverage Scheme for all nationals, resulting in social inequality and emphasizing the failure of the concept in the national Health Care Development owing to the unawareness of the complexity and diversity of causes and factors relating to human health security.

**คำสำคัญ**: เมลิออยโดสิส, ความเหลื่อมล้ำทางสังคม, ระบาดวิทยา, เรื่องเล่าการระบาด, ระบาดวิทยาวัฒนธรรม

**Key Words**: Melioidosis, social inequality, epidemiology, outbreak narrative, Cultural Epidemiology Health

\*พยาบาลวิจัย โครงการ Public Engagement, Melioidosis ภาควิชาจุลชีววิทยาและอิมมิวโนโลยี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

**บทนำ**

จากกรณีเรื่องราวที่พูดถึงในโลกออนไลน์ เมื่อวันที่11 พฤศจิกายน 2562 โดยเจ้าของเฟชบุ๊กชื่อ WIRAT SAWANGAROM ได้เผยแพร่เรื่องราวความใจดีและความเก่งของทีมแพทย์ของโรงพยาบาลมุกดาหาร ที่มีน้ำใจช่วยเหลือชายชาวลาว ที่ทางครอบครัวเริ่มทำใจกับอาการการเจ็บป่วยได้รับการวินิจฉัยและยืนยันแล้วว่าเป็นโรคเมลิออยโดสิส (Melioidosis) ลงในพื้นที่ทางสังคมโลกออนไลน์ ในเพจกลุ่มทวงคืนปตท. ในข้อความว่า *“เทวดาผู้คืนชีวิตพาพ่อกลับคืนมาให้ลูกๆ”* ซึ่งชาวลาวคนนั้น เป็นเพศชาย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีฐานะที่ยากจน ประกอบกับเงินที่นำมารักษาตัวที่เมืองไทยเริ่มหมด เหลือเงินติดตัว 200 บาท และได้จ่ายค่ารักษาขั้นต้นไปแล้ว 38,000 บาท จากการไปหยิบยืมนายจ้างที่ทำงานในประเทศลาว ภรรยาจึงปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อที่จะนำคนไข้กลับไปตายที่ประเทศเกิด เพราะไม่มีเงินรักษา แต่แพทย์ไม่ยอมให้กลับ เพราะมั่นใจว่าจะรักษาคนไข้รายนี้ได้ จึงเกิดการระดมทุนจากเครือข่ายความช่วยเหลือกลุ่มแพทย์ พยาบาลและกลุ่มเพื่อน ช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้สำเร็จ (สยามรัฐออนไลน์, 11 พฤศจิกายน 2562) จากปรากฏการณ์ของโรคเมลิออยโดสิสบนพื้นที่ข่าว ทำให้คนได้รู้จักโรคเมลิออยโดสิสบนพื้นที่สังคมอยู่ช่วงหนึ่ง จนทำให้เกิดการตั้งคำถามเกี่ยวกับโรคนี้ขึ้นมาอย่างมากมาย ในการสื่อสารโรคเมลิออยโดสิสของงาน Public Engagement ที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการอยู่ เกิดปัญหาจากตัวซื่อโรคที่เรียกยาก ความลำบากในการเรียก และไม่เคยคุ้นชินกับชื่อโรคของประชาชน พร้อมทั้งความเป็นความตายอยู่ใกล้แค่เอื้อมหากบังเอิญโชคร้ายติดเชื้อนี้ขึ้นมา หากกลับไปพิจารณาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความพยายามเรื่องเล่า โรคระบาดในพื้นที่อีกรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยเปิดเผยให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรม ทางเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งความเหลื่อมล้ำที่ทำให้ คนด้อยโอกาศต้องเผชิญกับความเสี่ยงและเข้าไม่ถึงบริการ ซึ่งอาจทำให้เรา เข้าใจปัญหาเชิงโครงสร้างทางสาธารณสุขและมองเห็นรากเหง้าของปัญหาชัดเจนขึ้นด้วยปรากฏการณ์ที่เกิด จึงนำมาสู่วัตถุประสงค์ของบทความนี้

**วัตถุประสงค์ในการศึกษา**

เพื่อวิเคราะห์แบบแผนและขอบเขตความรู้ทางระบาดวิทยาที่เข้ามาควบคุมและกำกับองค์ความรู้ระบาดวิทยาของโรคทั้งหมด ได้ละเลยโครงสร้างที่เป็นปัญหาหลักและกลบเกลื่นความจริงเรื่องของความเจ็บป่วยของคนไข้โรคเมลิออยสิสอย่างไร และสังคมมีปฏิกริยาตอบโต้กับชุดความรู้โรคนี้อย่างไร ใครเป็นผู้เข้ามาร่วมในปฏิกิริยานี้บ้าง

**วิธีในการศึกษา**

การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์แบบลึก และศึกษาจากเอกสาร เป็นการศึกษาไปพร้อมกับการทำงานประจำเป็นพยาบาลวิจัย ในโครงการวิจัย ภาควิชาจุลชีววิทยาและอิมมิวโนโลยี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี รศ.ดร.นริศรา จันทราทิตย์ เป็นหัวหน้าโครงการ ณ.โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคอีสาน โดยศึกษากับคนไข้และญาติ ที่เข้ามารับการรักษาแบบนอนในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยจากผลการเพาะเชื้อในห้องปฏิบัติการว่ามีเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อว่า เบอโคลเดอเรีย สูโดมาลิไอ (Burkholderia pseudomallei) ซึ่งคือเชื้อก่อโรคเมลิออยโดสิส ซึ่งผู้วิจัยมีหน้าทีในการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังจากรักษาโรคเมลิออยโดสิสหายแล้วทางโทรศัพท์ ตามระเบียบวิธีวิจัยในโครงที่ทำงาน ที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว และสังเกตการการณ์จากปฏิกิริยาตอบโต้โรคเมลิออยโดสิส จาการติดตามข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรค พร้อมทั้งข้อมูลที่เป็นการสัมภาษณ์ ทางฝ่ายของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ หมอพยาบาล นักวิจัย ล้วนเกิดจากการสนทนาด้วยกันเอง ตามระเบียบวิธีในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้ แนวคิดเรื่องระบาดวิทยา (Epidemiology) วัฒนธรรมและความเสี่ยงสุขภาพ (Culture and Health Risk) มาวิเคราะห์ขนบการเล่าเรื่องการระบาด (Outbreak narrative) ภายใต้การพรรณาการระบาดวิทยา และสังคมมีปฏิกริยาตอบโต้กับชุดความรู้โรคนี้อย่างไร ใครเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ในปฏิกริยาตอบโต้นี้ ซึ่งคือแสดงออกถึง ความรู้สึกนึกคิด การตีความหมายโรค ความคาดหวังในสุขภาพ และการคาดการณ์ในการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต

**ผลการศึกษา**

**ระบาดวิทยา**

**ระบาดวิทยา** หรือ **Epidemiology** มีคำจำกัดความมาจากรากศัพท์ภาษากรีก 3 คำ คือEpi+Demos+Logos โดย Epi=Upon, On, To, Demos=People, Logos=Knowledge ซึ่งแปลความหมายโดยสรุปได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับคน ซึ่งในหนังสือหรือตำราด้านระบาดวิทยาเกือบทุกเล่ม ทั้งที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ มักจะเริ่มต้นการกล่าวถึง “ระบาดวิทยา” ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมักจะเริ่มจากการกล่าวถึงที่มาของคำจำกัดความดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของแนวคิดและระเบียบวิธีด้านระบาดวิทยามาอย่างยาวนาน เป็นวิทยาการแขนงหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการศึกษามนุษย์ (Farmer, et al.,c1983, 1991, 1996, 1997, อ้างในพัชรินทร์ สิรสุนทร, 2558)

ขอบเขตของศาสตร์ด้านระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นแขนงวิชาหนึ่งของวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเดิมระบาดวิทยา เป็นวิชาที่เริ่มด้วยการศึกษาเกี่ยวกับการระบาดของโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ หรือโรคติดต่อ (พันธุ์ทิยพ์ รามสูต, 2540) ระบาดวิทยาจึงเป็นวิชาพื้นฐานของเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ป้องกันและสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่ออธิบายหรือพรรณาภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งในยามปกติและผิดปกติ นั้นคือการศึกษาทางระบาดวิทยาจึงรวมไปถึงประเด็นสาขาที่ให้ความสนใจเป็นพิเศษ แตกแขนงวิชาระบาดวิทยาออกไปเป็นสาขาย่อยอื่นๆ ที่ไม่ใช่แค่โรคระบาดหรือโรคติดต่อเพียงอย่างเดียวอย่าง เช่นโรคเรื้อรังต่างๆ อุบัติเหตุ โรคจิตและพฤติกรรมอื่นๆของมนุษย์ในปัจจุบัน ที่ระบาดวิทยาประยุกต์ใช้ อาทิ ระบาดวิทยาคลินิก (Clinical Epidemiology) ถูกนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพ ระบาดวิทยาและการวิจัยบริการด้านสาธารณสุข (Epidemiology and Health service Research ) ถูกนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลและชุมชน ระบาดวิทยาและสาธารณสุขมูลฐาน (Epidemiology and Primary Health Care) ถูกใช้เพื่อการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน และระบาดวิทยาสังคม (Social Epidemiology) ถูกใช้เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการเกิด การกระจายของโรค และภาวะสุขภาพ (พันธุ์ทิยพ์ รามสูต, 2540) ระบาดวิทยาจึงครอบคลุมประเด็นสำคัญหลักขของวิทยาการดังนี้ 1) การศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ (Human) 2) การกระจายของโรค (Distribution) 3) ปัจจัยหรือองค์ประกอบที่มีอิทธิพล (Determinant) 4) พลวัตรของโรค (Dynamic of Disease) 5) เงื่อนไข (Condition) ทั้งที่เป็นและไม่เป็นโรค (Disease/Non Disease) 6) โรคทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ (Infection/Non-Infection Disease) 7) การป้องกันและการควบคุม (Prevention and Control) จากคำจำกัดความทั้งหมดที่กล่าวมานี้ ระบาดวิทยา จึงมีเป้าหมายหลักเพื่อทำความเข้าใจกับธรรมชาติของโรค กลไกการแพร่เชื้อโรคและวิธีการที่จะนำไปใช้เพื่อควบคุมโรค (พันธุ์ทิยพ์ ราสูต, 2540:1-3 ; Farmer, et al.,c1983, 1991, 1996, 1997, อ้างในพัชรินทร์ สิรสุนทร, 2558) ระบาดวิทยามีจุดมุ่งหมายสำคัญของระบาดวิทยามี 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาการกระจาย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายโรคในชุมชนหรือสังคม ตามองค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ บุคคล (Person) สถานที่ (Place) เวลา (Time) 2) ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor) หรือสาเหตุของโรค (Etiologic agent) ตลอดจนประวัติตามธรมมชาติของโรค 3) แนวทางการป้องกันโรค

ในส่วนขององค์ประกอบ มีสาระสำคัญของ 2 ประการ ประการแรกคือ องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยา (Body of knowledge) ซึ่งจะประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural History of disease) แนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค (Concept of Causation)แนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์(Concept of Association) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหรือปัจจัยเสี่ยง (Concept of risk Factor) ประการ 2 คือสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย 1) รูปแบบของการศึกษา ด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Investigation Designs) ตลอดจนวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้เพื่อการศึกษาทางระบาดวิทยาได้แก่ การสอบสวนทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวัง และการติดตามกำกับดูแล 2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยา เช่น Rate, Ratio ,ตารางชีพ และ 3) วิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ เช่น สิถิตเพื่อการพรรณา และสถิติที่ใช้เพื่อการทดสอบ (พัชรินทร์ สิรสุนทร, 2558)

สรุประบาดวิทยาในปัจจุบันมีการนำแนวคิดเรื่องระบาดวิทยาไปประยุกต์ ใช้และการจำแนกประเภทของระบาดวิทยาออกเป็นสาขาย่อยๆจำนวนมากขึ้นอยู่กับขอบเขตและเป้าหมายในแต่ละสาขา คุณลักษณะของวิทยาการที่จะนำไปประยุกต์ใช้ และบริบททางสังคมนั้น มีความแตกต่างไปบ้างในส่วนของกรอบแนวคิดทฤษฏี ขอบเขต ในมูลเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทั่วไปของระบาดวิทยา ที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์นิยมนำมาใช้ ประกอบด้วยระบาดวิทยาเชิงพรรณา (Descriptive Epidemiology) ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์สาเหตุของโรค (Analytic or Etiological or Investigative Epidemiology) และระบาดวิทยาเชิงปฏิบัติการ หรือเชิงทดลอง (Experimental or Operational Epidemiology) แต่หลักการส่วนใหญ่ทุกสาขาจะยังคงใช้หลักการ วิธีการ และเทคนิควิธีการศึกษาแบบเดียวกัน คือเน้นเนื้อหาสำคัญในการศึกษาการเกิดโรค (Occurrence) วัดการดำเนิน 2 ลักษณะ คือ อัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) และอัตราการอุบัติการของโรค (Incidence rate) โดยมีมิติที่สำคัญอยู่ 2 ด้าน คือ 1) การพรรณนาถึงลักษณะโรค หรือศึกษาการกระจายตัวของโรค (Distribution) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (Person) สถานที่ (Place) และเวลา (Time) 2) การศึกษาตัวกำหนดโรค หรือปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (Determinants) โดยวิเคราะห์ให้เห็นถึง สาเหตุการเกิดโรค และปัจจัยซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบสามทางของระบาดวิทยา (Epidemiologic Triad) ประกอบด้วย คน (Host) สิ่งก่อโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) (ประชาธิป กะทาและคณะ, 2561, พันธุ์ทิยพ์ รามสูต, 2540, พัชรินทร์ สิรสุนทร, 2558) ที่สุดระบาดวิทยา ใช้อัตราค่าเฉลี่ยที่คิดคำนวณ ด้วยเทคนิควิธีทางสถิต แทนค่าด้วยตัวเลขทางคณิตศาสตร์ เป็นภาพแทน (representation) นำเสนอข้อมูลปรากฏการณ์การเกิดโรค และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเกิดโรคและผลลัพธ์ของปัญหาสุขภาพ ระบาดวิทยาวิเคราะห์การเกิดโรคและตัวกำหนดการเกิดโรคบนฐาน “ประชากร” (at the population level) โดยอ้างอิงผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง มากกว่าวิเคราะห์ข้อมูลในระดับ “ปัจเจกบุคคล” (ประชาธิป กะทาและคณะ, 2561) แต่ระบาดวิทยามีประโยชน์ และเป็นความรู้สำคัญเริ่มต้นในการทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ 2 ประการคือ 1) ประโยชน์ทางตรงต่อการรักษาพยาบาล ในการเข้าใจแบบแผนการเกิดโรค เพื่อปรับปรุงการบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น 2) ประโยชน์ทางอ้อม ต่อการรักษาพยาบาล เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านระบาด ผ่านการวิจัย นำไปสู่การวางแผนงานด้านสาธารณสุข ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของวิธีการรักษาและป้องกันโรค

**ระบาดวิทยาของโรคเมลิออยโดสิส**

โรคเมลิออยโดสิส (Melioidosis) มาจากภาษากรีกว่า melis หมายความว่า โรคติดเชื้อของลาและคำท้าย -oid หมายถึง *“คล้ายคลึง”* และ -osis หมายถึง *“ภาวะ”* ดังนั้นชื่อโรคเมลิออยโดสิส ในภาษาอังกฤษจึงถูกบันทึกไว้ว่าเป็น โรคคล้ายแกลนเดอร์ส หรือมีความหมายว่า “*ภาวะซึ่งคล้ายกับโรคแกลนเดอร์ส (Glanders –like disease)”*ในอดีตเมลิออยดโดสิส ถูกรู้จักด้วยโรคมงคล่อเทียม (Whitmore’s disease) ซึ่งตั้งชื่อตาม Alfred Whitmore พยาธิแพทย์ชาวอังกฤษผู้ซึ่งเป็นคนแรกที่รายงานโรคนี้ในปี ค.ศ. 1910 พ.ศ. 2454 โดยคนไทยรู้จักโรคนี้ในฐานะเป็นโรคที่ก่อโรคในสัตว์ คือ โรคมงคล่อ จากนั้นก็มีคนเรียกโรคเมลิออยโดสิสว่าโรคมงคล่อเทียม หรือ โรคคล้ายมองคล่อ(พรพรรณ ภูมิรัตน์, 2554) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1992 มีการจำแนกทางวิวัฒนาการการแยกเชื้อทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความใกล้ชิดกับเชื้อ Burkholderia mallei ซึ่งก่อโรคแกลนเดอร์ส (Glander) ที่พบในสัตว์กีบ เช่น ม้า ลา ล่อ โค กระบือ สุกร แพะ แกะ (พรพรรณ ภูมิรัตน์, 2554)ส่วนแบคทีเรียที่ก่อโรคเมลิออยโดสิส (Melioidosis) ในคน ชื่อเบอโคลเดอเรีย สูโดมาลิไอ (Burkholderia pseudomallei หรือย่อ B.pseudomallei) แบคทีเรีย B. pseudomallei จัดอยู่ในจีนัส Pseudomonas และเคยใช้ชื่อวิทยาศาสตร์ว่า ซูโดโมแนส สูโดมาลิไอ (Pseudomonas pseudomallei) ที่เป็นชื่อเดิม ซึ่งเชื้อที่ก่อโรคเกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ (Gram Negative) รูปแท่ง (Bacillus) ไม่สร้างสปอร์ เคลื่อนที่โดยใช้ flagella เมื่อย้อมด้วยสีแกรม หรือ Wayson จะติดสีเข้มบริเวณหัวและท้ายของเซลล์ที่ปลายทั้ง 2 ข้างแบบ bipolar staining คล้ายเข็มกลัดซ่อนปลาย (safetypin) ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะจัดอยู่ใน Family Burkholderiaceae, Genus Burkholderia ซึ่งมีมากกว่า 30 species เชื้อมีความทนทานต่อสิ่งแวดล้อมสามารถเจริญได้ดีในสภาวะที่เป็นกรด pH 4.5-8 อุณหภูมิระหว่าง 15-42 องศา (Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ, 2012; 367:1035-44. อ้างใน ทิยะพงศ์ เนติวงษ์, 2561:9, วัชรี สายสงเคราะห์, 2562)

เมลิออยโดสิสเป็นโรคติดเชื้อที่มีสถานการณ์ระบาด เป็นปัญหาของหลายประเทศ มีรายงานว่าโรคเมลิออยโดสิสมีถิ่นระบาดอยู่ระหว่างเส้นรุ้งขนาน 20 องศาเหนือใต้ของเส้นศูนย์สูตร ซึ่งหมายถึงเกือบทั่วโลก แต่โรคนี้พบได้บ่อยในประเทศทางแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทางตอนเหนือของประเทศออสเตรเลีย เป็นบริเวณที่มีโรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic area) และสามารถตรวจพบโรคนี้ได้บ้างใน ฮ่องกง ไต้หวัน อินเดีย นิวซีแลนด์ และประเทศอื่นๆ ทั่วโลก ในส่วนของประเทศไทยพบผู้ป่วยได้ทุกภาคทั่วประเทศ แต่พบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 – 95 เป็นชาวไร่ชาวนา หรือผู้ที่ทำงานกับดินและนํ้า พบผู้ป่วยมากในฤดูฝน จากการคาดคะเนคิด น่าจะมีผู้ป่วยเพาะเชื้อยืนยันมากกว่าปีละ 2000 รายในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 40 แต่ไม่พบการรายงานด้วยระบบ รง. 506 หรือลงในระบบลงรหัสโรค แบบ ICD-10 เนื่องจากการผู้ป่วย ส่วนมากมักจะเสียชีวิตก่อนได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยผลเพาะเชื้อ และโรงพยาบาลมักไม่ได้รายงานทาง รง 506 เนื่องจากไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีผลเพาะเชื้อยืนยันว่าเป็นโรคเมลิออยด์จากทางห้องปฏิบัติการ และส่วนมากได้ข้อมูลจากการสำรวจระดับแอนติบอดีต่อเชื้อของคนปกติในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบมีการติดเชื้อ (seroprevalence) ประมาณร้อยละ 20

เชื้อนี้พบได้ในสิ่งแวดล้อมทั่วไปในดิน น้ำ และฝุ่นดิน คนและสัตว์ ตัวเชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายได้หลายทาง ได้แก่ ผ่านทางผิวหนัง เช่น หากมีบาดแผลและเดินบนดินหรือน้ำที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ ทำให้ติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ผ่านทางลมหายใจ กรณีที่มีการฟุ้งของฝุ่นหรือดินที่มีเชื้ออยู่และสูดดมเข้าไป ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด จะส่งผลให้เกิดอาการปอดอักเสบ ติดต่อเชื้อก่อโรคจาการสัมผัส สูด ดมหรือรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อม น้ำและดิน หากติดโรคนี้จะแสดงอาการหลากหลาย ไม่เฉพาะเจาะจง ตั้งแต่ไม่มีอาการเลย หรือมีจุดที่ปอดแต่ไม่แสดงอาการ จนถึงมีฝีที่ผิวหนัง ฝีที่อวัยวะภายใน เนื้อเยื่อปอดอักเสบตาย หรือติดเชื้อในกระแสเลือดจนเสียชีวิตซึ่งอาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นโรคอื่น ซึ่งอาการอาจคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อหลายโรค เช่น ไข้ทัยฟอยด์ หรือวัณโรคที่มีโพรงในปอดหนองในช่องปอด ฝีเรื้อรัง และเยื่อกระดูกติดเชื้อ ดังนั้นหากได้รับเชื้อก่อโรคนี้ จะแสดงออกในลักษณะการแสดงอาการเฉพาะที่

1) การติดเชื้อผ่านทางผิวหนัง อาจทำให้เกิดอาการแผลเรื้อรัง เกิดฝีหรือหนองตามผิวหนัง และอาจมีตุ่มขึ้น เป็นที่อยู่ของเชื้อแบคทีเรีย หากรับเชื้อผ่านทางน้ำลาย เช่น การรับประทาน จะทำให้ติดเชื้อที่ต่อมน้ำลาย มีลักษณะบวมขึ้นมาเป็นฝีหรือหนอง หรืออาจบวมบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่คอ มีอาการกดเจ็บได้

2) การติดเชื้อในปอด จะทำให้มีอาการไข้ขึ้น และอาการทางเดินหายใจ ไอ มีเสมหะ หากนำเสมหะมาตรวจดูอาจพบเชื้อได้ และหากเอ็กซเรย์ที่ปอดอาจพบก้อนหนอง บางครั้งแพทย์สับสนระหว่างวัณโรค

3) การติดเชื้อในกระแสเลือด เชื้อสามารถเข้าทางผิวหนังหรือปอด เช่น กรณีที่มีบาดแผล เชื้ออาจเข้าทางบาดแผลและติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ความดันโลหิตต่ำ ช็อค เป็นฝีในตับ หรือในม้าม สามารถเสียชีวิตได้ภายใน 2-3 วัน หากได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง

4) การติดเชื้อแบบชนิดเรื้อรัง เพราะโรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคที่ดำเนินโรคช้า

กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโลหิตจางหรือธาลัสซีเมีย ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี รวมถึง คนไข้โรคมะเร็งบริเวณต่าง ๆ และกลุ่มเกษตรกรที่ต้องสัมผัสกับดินและน้ำด้วยเท้าเปล่า ในคนดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเมลิออยโดสิส หากสัมผัสไปโดนสารคัดหลั่งก็มีโอกาสติดเชื้อได้ รวมถึงผู้ที่ดูแลวัวหรือควายซึ่งเป็นสัตว์ที่สามารถป่วยเป็นโรคเมลิออโดสิสได้ มีความเสี่ยงเช่นกัน สำหรับเชื้อที่อยู่ในซากสัตว์ที่ตายไปแล้วและถูกฝัง เชื้อจะคงอยู่ในดินบริเวณนั้นและอยู่ตลอดไป หากมีการสัมผัสดินบริเวณนั้นก็มีโอกาสได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายป้องกันโดยสวมใส่รองเท้าบูทหากเป็นไปได้ หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่าบนดินและน้ำ ไม่ปล่อยให้เท้ามีบาดแผล และควรทำความสะอาดให้ดีหลังเดินบนดินและน้ำ ล้างมือหลังสัมผัสดิน หากมีไข้ควรรีบพบแพทย์แต่แรกอย่าปล่อยทิ้งไว้นาน เพื่อการรักษาที่ทันเวลา ป้องกันอาการรุนแรงที่เป็นอันตราย โรคเมลิออยโดสิส สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากมีการวินิจฉัยถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะใน 2 สัปดาห์แรกด้วยวิธีฉีด หลังจากนั้นแพทย์จะให้ยาชนิดกินต่อไปเป็นเวลา 5 เดือน หากมีภาวะแทรกซ้อนอาจให้ยาเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม แต่วินิจฉัยโรคช้าเกินไปทำให้รักษาไม่ทันเวลา ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตตามมา เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การเกิดภาวะไตวาย หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ทำให้อวัยวะอื่นทำงานบกพร่องไป การได้รับยาไม่ถูกชนิดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ ([รายการพบหมอรามา ช่วง Big Story โรคเมลิออยโดสิส โรคที่ถูกพยากรณ์ให้เฝ้าระวังในปี 60 วันที่ 3 มกราคม 2560](https://www.youtube.com/embed/XYKrG3b5BPk))

**ความสำคัญในการเป็นเชื้ออาวุธชีวภาพ อาวุธที่ใกล้ตัว**

มีการรายงานถึงทหารชาวอเมริกา (American soldiers in Vietnam) ที่เข้ามารบช่วงสงครามเวียดนาม แล้วเกิดเป็นโรคนี้ขึ้น เชื่อว่าน่าจะได้รับเชื้อผ่านทางการหายใจช่วงที่เครื่องเฮลิคอปเตอร์บินขึ้นและลง ทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของดินที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่และมีการหายใจสูดดมเข้าไป (ศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ, 2549) รัฐบาลอเมริกา ให้ความสำคัญ “ว่าเป็นเรื่องใกล้ตัว” ปัจจุบันศูนย์ควบคุม และป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (CDC, USA) ได้จำแนกกลุ่มเชื้อที่อาจนำมาใช้เป็นอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism Agents) ซึ่งเบอโคลเดอเรีย สูโดมาลิไอ (Burkholderia pseudomallei) เป็นเชื้อก่อโรคติดต่อสำคัญ คือโรคเมลิออยโดสิส เป็นเชื้อกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อมนุษย์ระดับ 3 (risk group 3) ที่ เป็นกลุ่มอาวุธชีพภาพและเชื้ออันตรายใน กลุ่ม B (Category B) เป็นเชื้อที่แพร่กระจายได้ง่ายปานกลาง มีอัตราป่วยปานกลาง อัตราการตายต่ำ เป็นกลุ่มเชื้อที่ยังต้องการการพัฒนาศักยภาพการตรวจวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรค (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมวิทยาศาตร์การแพทย์, 2562) ในสถานการณ์ปัจจุบันโรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคติดเชื้อที่ในประเทศไทยยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ต้นปี 2560 ซึ่งหมายความว่าหมายความว่า โรคมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังติดตาม ตรวจสอบหรือจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ระบาดวิทยาพรรณนา (Descriptive Epidemiology) ถึงการกระจายตัวของโรค โดยเปรียบเทียบความถี่ของโรคในประชากรกลุ่มต่างๆ

**อภิปรายผล**

**สถิติทางการระบาดวิทยา :ศาสตร์แห่งการควบคุม อำพราง และการละเลย**

จากการวิเคราะห์วิทยาการทางระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นการศึกษากระจายตัวของโรค (Distribution) และปัจจัยในการเกิดโรค (Determinants) ในประชากรกลุ่มหนึ่ง เพื่อควบคุมป้องกันโรคนั้นๆ ซึ่งคำถามพื้นฐานในระบาดวิทยา เมื่อศึกษาโรค หรือปัญหาสุขภาพจะเริ่มต้นด้วย 1) โรคอะไร หรือปัญหาอะไร (what?) 2) ปัญหาเกิดมากเท่าไร (How many?) 3) ปัญหาเกิดกับใคร (Whom?) ซึ่งเข้ามาเกี่ยวข้องกลับ บุคคล (Person) 4) ปัญหาเกิดที่ไหน (Where?) เกี่ยวข้องกับสถานที่ (Place) 5) เกิดเมื่อไหร่ (When?) เกี่ยวข้องกับเวลา (Time) 6) เกิดปัญหาเกิดขึ้นอย่างไร (Why?) 7) จะควบคุมป้องกันอย่างไร (How?) เกี่ยวข้องกับปัจจัยและสาเหตุ จุดสำคัญในการนิยาม (Case definition) ในงานระบาดวิทยาคือ การระบุ ใคร ที่ไหน และช่วงเวลาใดให้ชัดเจน และนำไปวัด (Measurement of magnitude) ขนาดของปัญหา (How many?) ทางระบาดวิทยาอยู่ 3 ลักษณะ คือ 1) การวัดขนาดของโรค 2) การวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเกิดโรค 3) การวัดผลกระทบของปัจจัยที่ศึกษาต่อการเกิดโรค โดยการวัดขนาดของปัญหาจะประกอบไปด้วย คำเฉพาะของระบาดวิทยา ดังต่อไปนี้ 1) อัตราอุบัติการณ์ (Incidence) คือ จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขี้นในช่วงเวลาที่กำหนด 2) ความชุก (Prevalence) คือ จำนวนผู้ป่วยเก่า+ใหม่ ที่มีอยู่ในช่วงเวลาที่กำหนด 3) ความเสี่ยง (Risk) คือ จำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนด ÷ จำนวนประชากรทั้งหมด ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่วงเวลาที่กำหนด 4) การวัดอัตรา (Rate) ของการเกิดโรค หรือ Person-time incidence คือ จำนวนผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนด ÷ ระยะเวลาที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชากรทั้งหมด 5) อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) คือ จำนวนผู้ตายด้วยโรคหนึ่ง ÷ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้นทั้งหมด (โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, 2562) และที่สุดระบาดวิทยาจะพรรณนาวิทยาการการระบาด (Descriptive Epidemiology) ระยะของโรคนั้น ในเหลือเพียงแค่อัตราการตาย (Mortality rate) และอัตราการรอดชีวิตของโรคนั้น ความเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพของผู้คนถูกจับใส่แทนค่าด้วยตัวเลขทางคณิตศาตร์ “ทฤษฏีกฏความน่าจะเป็น (the calculus of probabilities)” (Terris, 1986:955, อ้างในประชาธิป กะทาและคณะ, 2561) อันเป็นความรู้ทางคณิตศาสตร์ ที่พัฒนาต่อเนื่อง จนกลายเป็นเครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติ หาความสัมพันธ์ของแบบแผนการเกิดโรค จนกลายมาเป็นหัวใจสำคัญของสาขาวิชาระบาด (ประชาธิป กะทา และคณะ, 2561) ที่ได้เริ่มกำเนิดตั้งแต่ยุคแรกเริ่มของการพัฒนางานด้านสาธาณสุขจนปัจจุบัน ซึ่งทำให้คนธรรมดาสามัญชนไม่อาจเข้าถึง หรือเข้าใจได้ในทันที

หากกลับมาพิจารณาตัวบทของวิทยาการระบาดวิทยาของโรคเมลิออยโดสิส ถูกความเชี่ยวชาญในสาขาการระบาดวิทยา จัดการกับข้อมูล และวัดค่าออกออกมาได้ในเชิงตัวเลขทางการแพทย์ และวนเวียนวางอยู่บนกระบวนทัศน์ ที่ให้ความสำคัญกับทฤษฏีโรค อาทิ การมุ่งเน้นการกระจายโรค เงื่อนไขการเกิดโรคทั้งที่เป็นโรคติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ ระบาดวิทยาได้นำสถิติมาวิเคราะห์บนฐาน “ประชากร” กล่าวคือ จากการศึกษาโรคเมลิออยโดสิส ในปี 2016 หรือ พ.ศ. 2559 พบมีผู้ได้รับผลกระทบจาก การติดเชื้อ โรคเมลิออยโดสิส 165,000 คนทั่วโลกในแต่ละปี และมีผู้เสียชีวิต 89,000 รายต่อปี ในของจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเมลิออยโดสิส การค้นพบข้อมูลของผู้ติดเชื้อโรคของนักวิจัย จากอัตราการตาย และการยืนยันโรค ที่เป็นข้อมูลจากการสำรวจระดับแอนติบอดีต่อเชื้อของคนปกติ โดยพบมีการติดเชื้อความชุกที่ตรวจพบทางซีรัม (seroprevalence) มากกว่าการรายงานโรคที่เป็นจริง และโรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย อันเนื่องมาจากเป็นสาเหตุการตาย จากการติดเชื้อนี้เป็นอันดับ 3 รองลงมาจากโรคเอดส์ และวัณโรค มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 40 ในโรคนี้ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรค และสูงกว่าผู้ป่วยมาลาเรียหรือไข้เลือดออก (Limmathurotsakul et al., 2010 อ้างใน สุปริญญา สัมพันธวัฒน์, 2557) จากการเข้าไปทำงานในพื้นที่เสี่ยงโรคเมลิออยโดสิส ของผู้วิจัยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งภาคอีสาน ผู้วิจัยสังเกตเห็นความปกติหลายอย่าง ในงานการระบาดของโรคเมลิออยโดสิส กล่าวคือ 1) แทบจะไม่มีการรายงานงานการระบาดโรคที่ต้องรายงาน ลงในใบ รง. 506 และผู้ป่วยบางรายที่เสียชีวิตด้วยโรคเมลิออยโดสิส ไม่มีการบันทึกถึงสาเหตุการตายด้วยโรคนี้ที่ลงในรหัสโรค ICD-10 (International of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ซึ่งเป็นรหัสโรคและอาการที่จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดประเภทการเจ็บป่วย ตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกรวบรวมข้อมูลทางสถิติ ในการวางแผนสุขภาพระดับสากล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) แม้จะมีความถี่ในการเกิดโรค และถูกยืนยันจากการทำการเพาะเชื้อ (Culture) ทางชีวเคมีของเชื้อแล้วว่า เป็น เบอโคลเดอเรีย สูโดมาลิไอ (Burkholderia pseudomallei) ซึ่งเป็นตัวก่อโรคโมลิออยโดสิส 2) เมื่อคนไข้ถูกยืนยันว่า ติดเชื้อโรคเมลิออยโดสิสแล้ว ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ ที่ถูกต้องในการรักษาโรค บางรายได้ยาแต่ไม่ครบกำหนดตามจำนวนวัน ตามการบริหารยาของโรคเมลิออยโดสิส และบางรายไม่ได้รับการปรับยารับประทานที่โรงพยาบาล แล้วให้กลับบ้านเลย และบางรายไม่ได้รับประทานกลับไปกินที่บ้าน และข้อสังเกตนี้ รวมไปถึงปัญหาที่ว่า แพทย์และพยาบาล จบใหม่ขาดการเรียนการสอนโรคระบาดเขตร้อน และไม่เคยเจอผู้ป่วยที่เป็นโรคเมลิออยด์ไม่รู้ด้วยซ้ำว่า เบอโคลเดอเรีย สูโดมาลิไอ (Burkholderia pseudomallei) เป็นตัวก่อโรคโมลิออยโดสิส จึงทำให้เกิด การักษาและบริหารยาไม่ถูกต้อง 3) คนไข้กลับมา นอนโรงพยาบาลด้วยโรคเมลิออยโดสิสอีกครั้งภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากออกโรงพยาบาลไปแล้ว ด้วยสาเหตุเดิม เช่นอาการไข้ ไอ เหนื่อย เพราะไม่ได้รับยากลับบ้าน รับประทานยาไม่ได้ เบื่ออาหารและเหนื่อย 4) ในขณะที่นอนโรงพยาบาล และเมื่อมีการใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ ญาติคนไข้มักจะปฏิเสธการรักษา (against advice) แม้ว่าแพทย์จะแนะนำการรักษา แนะนำโรคและคาดเนการรักษาว่าจะหายได้และให้รอ ซึ่งตัวอย่างจากที่ผู้วิจัยสังเกตได้จากการทำงานประจำ ในการเป็นพยาบาลวิจัยโรคเมลิออยโดสิส ทำให้เห็นปัญหาหลากหลายที่เกิดขึ้น กับองค์ความรู้ที่เป็นตัวบทจริงของโรคเมลิออยโดสิส ที่ไม่ถูกบันทึกลงในแบบฟอรม์การบันทึกทางการระบาดวิทยา ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับงานการศึกษา ของ แนนซี่ เชเปอร์ ฮิวส์ (Nancy Scheper-Hughes, 1977, อ้างในประชาธิป กระทา และคณะ, 2561) โดยแนนนี่ ได้ชี้ให้เห็นถึงอำนาจของภาษาทางสถิติในการบิดเบือน ไม่ให้เรามองเห็นสาเหตุสำคัญที่เป็นปัจจัยทางสังคม ที่เป็นตัวก่อโรคจากการศึกษาชุมชนสลัม ประเทศบราซิล ที่มีอัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกแรกเกิดสูงมาก 35 เปอร์เซ็นต์ในใบบันทึกระบุสาเหตุการตาย เกิดจากหัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจเฉียบพลัน คลอดก่อนกำหนด ตายเพราะความอ่อนแอ หิว ขาดน้ำเพราะอาหารเป็นพิษ หรือไม่ก็ใช้ภาษาราวกับบทกวี ที่ไม่รู้ว่าหมายถึงสาเหตุการตายจากอะไร เช่น “ตายจนความทุกข์ทนในวัยเด็กอย่างฉับพลัน” (acute infantile suffering) แนนซี่ ชี้ให้เห็นแบบฟอร์มการกรอกข้อมูลทางระบาดวิทยาและความลึกลับ ของภาษาสถิติ ได้ซุกซ่อนอำพรางให้เราหลงเชื่อว่า การตาย ของเด็กทารก ในสลัมยากจนแห่งนี้เป็นเรื่องธรรมชาติ ปกติธรรมดา และคนในสลัมก็เรียกเด็กทารกที่เสียชีวิตว่า เทพธิดาตัวน้อย ที่มาไถ่ปาบ ให้หลุดพ้นจากความทุกข์ การตายของเหล่าเทพธิดาน้อยเป็นเรื่องศักดิ์สิทธิ์ ไม่สมควรที่ครอบครัวจะต้องโศกเศร้าเสียใจ เพราะหากเด็กพวกนี้โตขึ้นมาจะได้ไม้ข่เป็นโจร หรือโสเภณี เฉพาะเป็นการดี ที่พระเจ้าไปลดเปลื้องความทุกข์ให้เขาตั้งแต่เด็ก ทั้งที่ความจริงแล้ว การตายของเด็กทารกที่ระบุในทะเบียนราษฎร์ว่าเกิดจาก “ความทุกข์ทนที่ฉับพลัน” เป็นผลลัพธ์มาจากการเผชิญการความทุกข์ทรมานที่ยึดเยื้อยาวนาน ของเด็กทารกที่เกิดในครอบครัวยากจน ร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัว ขาดอาหาร และปัญหาโรคเมลิออยโดสิสที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นเพราะองค์ความรู้ของโรคยังขาดพัฒนา แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ในการวินิจฉัย และรายงานโรคเมลิออยโดสิส ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในโลกต่ำมาก ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยที่ไม่ดี และวนเวียนในการศึกษาอยู่กับกระบวนทัศน์สุขภาพแบบเก่า และสถาบันทางการแพทย์ ที่เป็นองค์ประธานในการทำหน้าที่หลักในการผลิตความรู้ ก็ได้ละเลยโรคเมลิออยสิส เพราะเหตุที่เชื่อกันว่า โลกหลังสมัยใหม่ ได้หลุดพ้นจากการคุกคามโรคติดเชื้อแล้ว ไม่ได้อยู่ในความสนใจทางการแพทย์ ดังนั้นทั้งแหล่งทุน บริษัทยา ในการพัฒนาองค์ความรู้ของโรคจึงมุ่งไปศึกษาโรคอื่นๆ ที่อยู่ในกระแสสังคมหลักแทน และโรคเมลิออยโดสิสก็ขาดการสื่อสารทางสังคม (Social advocacy) ทำให้โรคไม่ได้อยู่ในการรับรู้ บนพื้นที่ทางสังคม แม้กระทั่งแพทย์ และพยาบาล ซึ่งปัญหาหลักที่ทำให้เป็นเช่นนี้ก็เพราะ สถิติทางระบาดวิทยาได้ครอบงำ กลบเกลื่อนความจริงเกี่ยวกับสุขภาพ อำพรางพยาธิสภาพทางสังคมของผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส จนกลายเป็นการตั้งใจละเลยความเป็นจริงของพยาธิภาพของโรค ลดลอนประสบการณ์ เสียงพูด และเรื่องเล่าที่ผู้ป่วยบอก อีกทั้งการวัดค่าทางสถิติ และข้อมูลทางสถิติ ยังปกปิดรากเหง้าสาเหตุหารตายที่แท้จริง ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงโครงสร้างสังคมที่ทำให้เกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นการบริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตราฐาน การเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียมและโครงสร้างทางสังคมที่ผลิตซ้ำความไม่เป็นธรมทางสังคมในชีวิตประจำ ของผู้ป่วยในระดับปัเจกบุคคล

**เงื่อนไขการละเลยทางระบาดวิทยา : จุดกำเนิดความทุกข์ และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส**

จากการสำรวจสถานการณ์การระบาดของโรคเมลิออยโดสิส ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างประปราย (Sporadic) ในประเทศ และหวนกลับมาอุบัติใหม่ เป็นปัญหาสาธารณสุขไม่ต่างไปจาก HIV , Ebola, Lassa Fever, SARS, และอีกหลายโรคของโรคติดเชื้อในประเทศไทย (คณะกรรมการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ, 2555 อ้างใน สุปริญญา สัมพันธวัฒน์, 2557) หากแต่ “โรคเมลิออยโดสิส (Melioidosis)” กลับไม่ปรากฏตัวอยู่บนในพื้นที่ทางสังคม หรือแม้แต่อยู่ในห่วงความทรงจำในวิชาระบาดวิทยาโรคเขตร้อนของเจ้าหน้าที่ทางแพทย์ พยาบาล ที่จะส่งต่อความรู้ความเข้าใจในโรคนี้ไปสู่ประชาชนได้ จึงกล่าวได้ว่า แทบไม่มีใครรู้จักโรคเมลิออยโดสิส จากหลักฐานการวิจัยในเชิงประจักษ์เช่นนี้ โรคเมลิออยโดสิส จึงเป็น “โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases: NTDs)” และจากหลักฐานการศึกษาประวัติศาตร์โรคเมลิออยโดสิส ได้ว่าตั้งแต่ที่กำเนิด และค้นพบเชื้อก่อตัวก่อโรคเมลิออยโดสิส โดย Alfred Whitmore พยาธิแพทย์ชาวอังกฤษผู้ซึ่งเป็นคนแรกที่รายงานโรคนี้ในปี ค.ศ. 1910 พ.ศ. 2454 เมื่อ 109 ปีที่ผ่านไป หลังจากถูกค้นพบครั้งแรกที่พม่า โรคเมลิออยโดสิส ก็ยังไม่เป็นที่รู้จักในพื้นที่ทางสังคม ซึ่งมีการศึกษามีคนไทยเพียงร้อยละ 28 ที่รู้จักโรคเมลิออยโดสิส และร้อยละ 1 เท่านั้น ที่รู้จักวิธีป้องกันโรคเมลิออยโดสิสได้อย่างถูกต้อง ในขณะที่โรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคที่มีความรุนแรงเป็นอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับโรคติดเชื้ออื่นๆ (ศูนย์วิจัยมหิดล-ออกซ์ฟอร์ด, 2555 อ้างใน สุปริญญา สัมพันธวัฒน์, 2557)

จากการสัมภาษณ์นักวิจัยท่านหนึ่ง ที่วิจัยเกี่ยวกับโรคเมลิออยสิสมาอย่าง หัวหน้าโครงการวิจัยโรคเมลิออยโดสิส รศ ดร. นริศรา จันทราทิตย์ ได้คลุกคลีกับโรคนี้มาเกือบ20 กล่าวว่า

*“ โรคนี้ถูกมองว่า เป็นโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และส่วนตัวที่เป็นผู้วิจัยเองก็รู้สึกว่า โรคละเลยจริง ไม่ค่อยไม่มีคนสนใจเพิ่มขึ้นเท่าไหร่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงเรื่องทุนในการวิจัย ระบบการดูแลที่ไม่มีประสิทธิ ซึ่งโรคนี้จะถูก เลือกให้ดูแลทีหลัง เพราะโรคอื่นสำคัญกว่า และหลังๆ เมลิออยโดสิส เริ่มมีผลกระทบต่อสังคมมากขึ้น เพราะ มีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น เกือบร้อยละ 40-60 แต่ผลกระทบก็ยังไม่ชัดเจน เพราะโรคเมลิออยโดสิส ส่งผลกระทบเฉพาะคนบางกลุ่ม และคนอีกกลุ่มที่ไม่กระทบ ก็จะมองเป็นเรื่องไกลตัว แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า คนที่กระทบ กับเป็นคนยากคนจน ชาวไร่ ชาวนา คนรับจ้างที่ต่อสัมผัสดินฝุ่น แต่กลุ่มที่ยากจนอีกกลุ่มที่ไม่ได้ ทำงานสัมผัส ดิน ฝุ่น ก็มองเป็นเรื่องไกลตัวเองอยู่ดี ซึ่งจริงแล้วเชื้อนี้กระจายตัวอยู่ทุกที่ และคนที่เห็นว่าเป็นโรคไกลตัวส่วนใหญ่ขาดความรู้ ขาดทรัพยากรต่าง และคนกลุ่มนี้ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องอื่นๆ มากกว่าจนส่วนใหญ่เรื่องศึกษาโรค สิ่งที่จะทำให้คนเห็นว่าไกลตัว คือการให้เขารู้ ว่าเป็นอาวุธชีพ และมันคืออันตรายต่อชีวิต อย่างที่ต่างชาติเขาสนใจ และมาให้ทุน แต่ก็ยากเพราะคนที่มีอำนาจ ชนชั้นสูง นักการเมือง ก็ย่อมคิดว่าครอบครัวเขาไม่ติด ไม่เสี่ยงต่อโรคนี้อยู่ ดังนั้นย่อมเป็นได้ยากที่เขาจะสนใจ และการที่จะหาเทคนิดในการไปกำจัดเชื้อในดินก่อนทำไม่ได้ เฉพาะจึงเป็นเรื่องที่ยากมาก ทางออกของปัญหาก็คือ มุ่งหาการผลิตวัคซีนให้ได้”*

จากทัศนะของนักวิจัยขั้นตอน ก็สอดคล้องกับความสนใจโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยถูกกล่าวถึงครั้งแรกถูกจัดขึ้นเนื่องในวาระครบ 15 ปีรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ขึ้นระหว่างวันที่ 1-2 ก.พ. 2550 โดยมีหัวข้อประชุมหลักคือหัวข้อประชุมหลักคือ “การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับโรคที่ถูกมองข้ามและคนที่ถูกละเลย” (Improving Access to Essential Health Technologies: Focusing on Neglected Diseases, Reaching Neglected Populations) ซึ่งจัดขึ้นในปี 2550 นี้เป็นปี โดยมีมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ร่วมจัดการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล (Prince Mahidol Award Conference) โดย ดร.มาร์กาเรต ชาน (Dr.Margaret Chan) ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก (World Health Oganization: WHO) ได้มาบรรยายพิเศษในหัวข้อที่สอดคล้องกับการประชุมคือ “การเข้าถึงประชาชนที่ถูกทิ้งไว้เบื้องหลัง: ความสำเร็จที่ถูกละเลย” (Reaching the people left behind: a neglected success) ทั้งนี้เธอเคยได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดลในปี 2541 ซึ่งเป็น 1 ปีภายหลังความสำเร็จในการควบคุมการเชื้อไวรัสไข้หวัดนก เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) ที่แพร่สู่คนครั้งแรก ดร.มาร์กาเรต กล่าวว่า

*“ไม่ใช่มีเพียงโรคใหม่ๆ เท่านั้นที่เป็นภัยคุกคามของนานาชาติ โรคเก่าๆ ที่มีมานานแล้วก็เป็นภัยคุกคามโลกเช่นกัน โรคเขตร้อนที่ถูกละเลยให้อยู่ในวาระสุดท้ายที่โลกจะกล่าวถึง แต่โรคเหล่านั้นทำให้บาดเจ็บ อ่อนกำลัง ตาบอด เสียโฉมไปจนถึงนำพาซึ่งความตายได้ โรคเขตร้อนยังลดศักยภาพของมนุษย์และยังกระทบต่อประชากรส่วนใหญ่ของโลกที่มีฐานะยากจน มีอัตราการรู้หนังสือต่ำ และมีอำนาจต่อรองทางการเมืองต่ำ โรคเหล่านั้นไม่ใช่โรคใหม่ และไม่ใช่โรคที่ทำให้ตื่นกลัว มันเป็นโรคโบราณ แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นทำให้ตายในทันทีทันใด และไม่สามารถยึดพื้นที่ข่าว โรคเหล่านี้ไม่แพร่กระจายผ่านการติดต่อระหว่างประเทศ หรือคุกคามความปลอดภัยระหว่างประเทศ จึงเป็นโรคที่ถูกลืมในสังคมที่ประชากรมีความสุขการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี*

*อีกทั้งชื่อของเชื้อโรคเขตร้อนเหล่านี้ยังยากที่จะออกเสียง อาทิ โรคพยาธิออนโคเซอเซียซิสหรือโรคตาบอดในแม่น้ำ (onchocerciasis) โรคจากเชื้อปรสิตไทรพาโนโซไมอะซิสหรือโรคเหงาหลับ (trypanosomiasis) โรคพยาธิฟิลาเรีย (lymphatic filariasis) โรคจากเชื้อปรสิตไชโตโซไมอะซิสหรือโรคพยาธิใบไม้ในเลือด (schistosomiasis) โรคพยาธิลำไส้ที่ติดต่อผ่านดิน (soil transmitted helminthiasis) และโรคริดสีดวงตา (Blinding trachoma) เป็นต้น และตัวเลขของผลกระทบจากโรคเหล่านี้ยากที่จะหยั่งรู้ แต่อย่างน้อย 1 พันล้านคน หรือ 1 ใน 6 ของประชากรโลก กำลังทุกข์ทรมานจากเชื้อโรคเหล่านี้ หนึ่งชนิดหรือมากกว่านั้น มากกว่า 40 ล้านคนต้องไร้สมรรถภาพอย่างถาวร และพิกลพิการจากเชื้อพยาธิฟิลาเรีย”*

ทางด้าน ศ.ดร.มรกต ตันติเจริญ ผู้อำนวยการศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ (ไบโอเทค) กล่าวถึง โรคเขตร้อนที่ถูกละเลยว่า

*“โรคที่ถูกละเลยโดยเฉพาะโรคเขตร้อนเป็นเรื่องสำคัญ ไม่ได้รับความสนใจจากบริษัทยาที่จะมาลงทุน เพราะเป็นโรคของคนจนที่ไม่คุ้มกับการลงทุน ดังนั้นเป็นหน้าที่ของไบโอเทคที่จะต้องพัฒนายารักษา จึงเกิดโครงการเกี่ยวกับโรคเขตร้อนขึ้น ที่เห็นได้ชัดคือโรคมาลาเรีย ที่ปัจจุบันเชื้อเริ่มดื้อยา ก็มีความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและ Wellcome trust ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร ร่วมกันพัฒนายาสำหรับมาลาเรีย โดยศึกษากลกาการเกิดโรคแล้วหาตัวยามารักษาตอนนี้ได้ผลค่อนข้างดี ส่งไปทดสอบที่ต่างประเทศแล้วได้ผลว่ามีการดูดซึมยาได้ดี น่าจะได้ทดสอบยาในต่อไป”*

(MGR Online เผยแพร่ 1 ก.พ. 2550 21: เข้าถึงใน [mgronline.com/science/detail/9500000013085](https://mgronline.com/science/detail/9500000013085))

จากคำอภิปราย และวิสัยทัศน์ที่ถูกวิพากษ์ข้างบน ในการมองโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย ในการประชุมที่ได้กล่าวมาข้างต้น ล้วนแล้วสะท้อนให้เห็นถึง ร่องรอยของเงื่อนไขวิทยาการระบาดวิทยา ที่ตั้งใจในการละเลย ไร้การเหลียวแลทั้งทางภาครัฐ และเอกชน เพราะเห็นว่าไม่คุ้มต่อการลงทุน ทั้งการพัฒนายา และการหาแนวทางในการรักษา ที่เป็นเหตุนี้ก็เพราะว่า โรคเมลิออยโดสิสถูกมองว่า ไม่ใช่ปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของเมืองไทย และการประเมินความเสี่ยง ประเมินตีความ ให้กับความหมายของโรคตั้งแต่แรกว่า โรคเมลิออยโดสิส ไม่ใช่โรคที่เป็นปัญหา ไม่ใช่โรคทำเงินในเชิงธุรกิจ หรือเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และคนที่มองว่าไม่ใช่ปัญหาการมักจนเป็นคนชนชั้นปกครอง ที่มีอำนาจในการสั่งการ หากใครที่รู้สึกว่าโรคเมลิออยโดสิสเป็นปัญหา ก็คือคนที่รู้ตัวว่าตนเองเป็นกลุ่มเลี่ยง หรือมองว่ามันเป็นเรื่องใกล้ตัวกับเป็นคนที่ไร้ซึ่งอันอำนาจ ไร้สัยงในการเรียกร้อง คนยากคนจน ชาวไร่ ชาวนา ซึ่งโรคระบาดหรือติดเชื้อเกือบทุกโรคก็มักจนปรากฏอยู่กับคนยากคน คนจน อันจุดเริ่มต้นแห่งการกำเนิดความไม่เท่าเทียม และสืบทอดความไม่เป็นธรรม ที่ยั่งรากลึกให้ลึกลงไปอีก ซ้ำเติมความทุกข์ และความล้ำเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ที่เป็นตัวก่อโรคที่แท้จริงในสังคม (Farmer, 1996)

**พื้นที่สื่อออนไลน์ : สนามแห่งการตอบโต้ภาพสะท้อนการล้ำเหลื่อมทางสังคมสุขภาพ**

ปรากฏการณ์ระดมทุนเพื่อช่วยเหลือคนไข้โรคเมลิออยโดสิสชาวลาว ที่ปรากฏอยู่บนสื่อหนังสือพิมพ์ออนไลน์ โทรทัศน์ เฟสบุ๊ค ทั้งในเพจของคนไทยและคนลาว ที่ได้ระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ เป็นภาพแสดงให้เห็นถึงการเห็นอกเห็นใจ การช่วยเหลือช่วยเหลือกันของเพื่อนที่แสดงให้เห็นถึง คุณค่าและศักดิ์ศรีของมนุษย์เท่าคน มีค่าเท่ากัน ไม่มีใครสมควรตายด้วยโรคที่รักษาได้ เพียงแค่ไม่มีเงินรักษา และแสดงให้เห็นถึงการรักษาของแพทย์ ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ที่ไม่ได้ปล่อยให้คนไข้กลับบ้านไป ทั้งๆที่รู้ว่ารักษาได้ และหากกลับบ้านไปคนไข้จะต้องเสียชีวิต จากการสัมภาษณ์ คุณหมอเจ้าของไข้ ชาย ชาว สสป.ลาว อายุ 44 ปี

“จากประสบการณ์ทำงาน มา14 ปี ที่โรงพยาบาล ผมเห็นคนไข้โรคเมลิออยโดสิสเกือบทุกวัน ทุกเดือน และที่สำคัญมักเกิดกับคนไข้วัยทำงาน วัยกลางคน ที่มีปัจจัยเสี่ยงมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน หัวใจ ธาลัสซีเมีย แต่ในช่วงหลังๆ คนไข้ที่โรงพยาบาลโรค มักเจอกับคนไข้ ไม่มีโรคประจำตัวอะไร เป็นืนพทคนสุขภาพดีปกติทุกอย่าง และเราจะเจอปีหนึ่ง เกือบ 300 คน ทั้งคนไทยและคนลาว อัตราการเสียชีวิต 20-30 ซึ่งบุคคลที่ป่วย ส่วนใหญ่จากไปก่อนวัยอันควร และเป็นกำลังให้กับครอบครัว ส่วนใหญ่คนไข้จะมาช้า ซึ่งโรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคดำเนินช้า หากคนไข้มาทั ก็จะรอดชีวิต แต่หากเจอกับคนไข้ที่มีภาวะไต ก็จะมีอัตราการตายสูงเช่นก็ จีงเกี่ยวข้องกับการพัฒนาตัวยา และวัคซีน ให้ลดภาวะเหล่านี้ และหากคนไข้ที่มีไข้ให้รีบมาตรวจที่โรงพยาบาล เพราะอีสานมีการระบาดโรคนี้เยอะมาก”

“*ในส่วนการช่วยเหลือคนไข้ลาว คือทุกรายที่เข้ามารักการรักษาที่โรงพยาบาล พวกเราแพทย์จะไม่แยกนะครับว่าคนไข้คนไหนเป็นคนไทย คนไหนเป็นคนลาวพวกเราให้การรักษาเต็มที ทั้งให้ยา พร้อมทั้งคนไข้เป็นเบาหวาน ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ทางแพทย์เราประเมินแล้วว่า เรารักษาได้ ให้โอกาสคนไข้ และคิดว่าน่าจะรอด อายุยังไม่เยอะ และเราประเมินค่ารักษาแล้วหากเป็นลักษณะโรคเมลิออยโดสิส และเราก็มั่นใจว่าโรครักษาได้ จะตกค่ารักษาอยู่ที่ 140,000-200000 บาท ในการอยู่ ICU คนไข้เป็นคนวัยทำงาน ภรรยาขอเอากลับบ้านเพราะไม่มีเงินรักษา และขอไปตายที่บ้านเกิด แต่ผมเห็นว่าผู้ป่วยยังแข็งแรงมีลูกมีเมีย แต่แค่ให้เครื่องช่วยหายใจช่วย หากกลับบ้านได้ รักษาหาน ก็น่าจะกลับไปทำงาน ทำมาหาเงินต่อได้อีก และโรคเมลิออยด์ ก็ชอบพรากบุคคลวัยทำงานเหล่าออกจากครอครัว หากเราช่วยได้ก็เท่กับเราช่วยรักษาพลเมืองวัยทำงานี้ได้ จะได้กลับไปหาครอบครัวเป็นกำลังแรงกายแรงใจให้คนในครอบครัวต่อไป”*

ในทัศนะแล้วมุมมองของแพทย์ผู้ให้การรักษาไม่อาจหลีกเสี่ยง หรือปฏิเสธการรักษาได้ ซึ่งเป็นการตัดสินใจความเสี่ยงของผู้ป่วย ณ ขณะนั้นต้องทำขณะนั้น ส่วนผู้ป่วยและญาติก็ต้องตัดสินความเลี่ยงของตนเองในแบบบริบทสังคมวัฒนธรรม และเศรษฐานะการเงิน เข้ามาเกี่ยวข้อง การตัดสินใจในภาระฉุกเฉินของ แต่ละคนจึงมีความแตกต่างกันไป แต่สิ่งที่เป็นภาพชัดเจนจากปรากฏการณื นี้คือภาพสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ หากคิดในทางกับกัน หากผู้ป่วยเจอสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม หรือเครือข่ายสังคมที่ไม่พร้อมจะช่วยเหลือใดๆได้ การตัดสินใจกับความเลี่ยงก็คยเป็นก็แบบอีก แบบ ภาพสะท้อนการระดมทุนในการบริจาคเงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นภาพตอกย้ำความไม่เท่าเทียม ความล้ำเลื่อมที่เกิดขึ้นอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน และไม่รู้ว่าใครจะเป็นเหยื่อ หรือโชคร้ายเขาไปประสบพบความทุกข์ทรมานเช่นนี้ อีกกี่คน การบริจาค วิ่งการกุศล การระดมทุนบนพื้นที่ออนไลน์ กับเป็นหนึ่งในปกิกิริยาในการตอบโต้สังคมที่เหลื่อมล้ำนี้ออกไป เรื่อยหากรัฐยังคงละเลย ไม่เท่าทัน รอบรู้ที่จะเข้าใจว่า ความมั่นคงและความปลอดภาพในชีวิต พื้นที่ในวิถีชีวิตของสามัญชนต้องประกอบด้วยอะไรบ้างจึงจะเกืดความมั่นคงให้กับรัฐและชาติได้ ส่วนหนึ่งคือ ต้องให้ความั่นคงในสุขภาพประชาชนในรัฐอย่างเท่าเทียมทั่วถึง

**สรุป**

ความรู้ทางระบาดวิทยา มีประโยชน์อย่างมากในการเข้าถึงโรคและสำรวจตรวจตรา ให้เข้าถึงการสอบสวนโรคในระยะเริ่มต้น แต่วิทยาการศาสตร์นี้ ก็สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างจำกัด ไม่สามารถขจัดปัญหา หรือเข้าถึงรากเหง้าของปัญหาสาธารณสุขที่แท้จริงได้ ไม่ว่าโรคเมลิออยโดสิส หรือว่าโรคใด การรวมเอาศาสตร์ที่เป็นสหสาขาวิชาอย่างระบาดวิทยาวัฒนธรรม เข้ามาร่วมในการเข้าถึงปัญหาที่เป็น โรคประสบการณ์ความเจ็บป่วย มองคนให้เป็นคน รักษาคน ไม่ใช่เพียงแค่รักษาโรค ซึ่งการมองให้เห็นปัญหาอย่างที่ระบาดวิทยาวัฒนธรรมมอง จะเป็นส่วนที่ช่วยเติมเต็ม การลดทอนคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่ให้เหลือเพียงแค่ คนรอดชีวิต หรือตายจากไป และการที่มีการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement) ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันในกรณีของชาวต่างชาติ ไม่เกี่ยวกับชาติ ศาสนาใด หากเกิดการเกิดความเห็นอกเห็นใจกัน ให้เกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน อย่างเช่นนี้ ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความบังเอิญแต่เป็นการเลือกทำแบบเพาะเจาะจง เพราะว่าต้องเลือกทำในขณะนั้น แล้วคนที่ไม่ถูกเลือกจะทำอย่างใด แม้ว่าเหตุการณ์นี้จะเป็นกรณีของชาวต่างชาติ แต่กับสะท้อนปัญหาที่เป็นโครงสร้างหลักของปัญหาสาธารณสุขได้อย่างได้ชัดเจน ถึงเรื่องการผลิตซ้ำความเหลื่อมล้ำ และสืบทอดความไม่เท่าเทียมทางสังคมต่อออกไปอีก (Farmer,1996) แม้รัฐจะพยายามทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพล้วนหน้า เพื่อเสริมฐานรากให้เข้าถึงบริการสุขภาพให้ครบทุกโรคแล้วก็ตาม จากการสังเกตนี้แสดงให้เห็นว่าการนิยามและให้ความหมายต่อโรคติดเชื้อซึ่งรวมถึงโรคเมลิออยสิสของรัฐ ไม่ได้รับรู้ว่าโรคนี้คือปัญหาและมองว่าเป็นโรคไกลตัว เพราะการปรากฏตัวของโรคเมลิออยโดสิสจะสัมพันธ์อยู่กับการเล่าเรื่องการระบาด (Outbreak narrative) ที่เริ่มในลักษณะเดียวกัน และสรุปลงในลักษณะเดียวกันโดยเปรียบเทียบเป็นตัวเลขเชิงสถิติ ละเลยและกลบเกลื่อนรากเหง้าของปัญหา และผลที่ได้รับผลกระทบในโรคติดเชื้อมักจะเกิดกับคนไร้โอกาส ไร้อำนาจ คนยากจน ไร้ซึ่งทุนทางสังคมในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ (Farmer,1996)

**ข้อเสนอแนะ**

จากอุบัติการณ์ซ้ำของโรคเมลิออยโดสิสในปัจจุบัน ทำให้เกิดคำถามมากมายที่เกิดขึ้น ที่ยังคงต้องรอการหาคำตอบ และหาแนวร่วมในการวิจัยในสหสาขาวิชาชีพเพื่อการวิจัยโรคเมลิออยโดสิส การนำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) น่าจะเป็นเครื่องที่ช่วยสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในสภาพของความไม่เท่าเทียมของสังคม

**เอกสารอ้างอิง**

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). การลงรหัสICD-10 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. นนทบุรีสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทิยะพงศ์ เนติวงษ์. (2561). เมลิออยโดสิส. นครราชศรีธรรมราชเวชสาร, ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 มกราคม-มิถุนาย2561: 95-104

ประชาธิป กะทา, สิทธิโชค ชาวไร่เงิน. (2561). ระบาดวิทยาวัฒนธรรม. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) โครงการศึกษามิติสังคมวัฒนธรรมของปัจจัยเสี่ยง.

พรพรรณ ภูมิรัตน์. (2554). รู้จัก โรคเมลิออยโดสิส : ไข้ดิน, มงคล่อเทียม, และยอดนักเลียนแบบ. TropMed Journal, ปีที่ 13 ฉบับที่ 2-3 ประจำเดือนเมษายน-กันยายน 2554. 12-14.

พัชรินทร์ สิรสุนทร. (2558). ความรู้ อำนาจ สุขภาพ: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พันธุทิพย์ รามสูต. (2540). ระบาดวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ พีเอลีฟวิ่ง.

วัชรี สายสงเคราะห์, ในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, (2562). เขื้ออาวุธและเชื้ออันตรายร้ายแรงแนวทางการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, (2562). เขื้ออาวุธและเชื้ออันตรายร้ายแรงแนวทางการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี

สุปริญญา สัมพันธวัฒน์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, (2562) . หลักระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**เอกสารอ้างอิงในอินเตอร์เน็ต**

[รายการพบหมอรามาช่วง Big Story โรคเมลิออยโดสิส โรคที่ถูกพยากรณ์ให้เฝ้าระวังในปี 60 วันที่ 3 มกราคม 2560](https://www.youtube.com/embed/XYKrG3b5BPk) อ. นพ.ประวัฒน์ จันทฤทธิ์ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สยามรัฐออนไลน์ เผยแพร่ 11 พฤศจิกายน 2562 <https://siamrath.co.th/n/114364><http://medicaldevices.oie.go.th/Thread.aspx?id=5613>

MGR Online เผยแพร่ 1 ก.พ. 2550 21: เข้าถึงใน [mgronline.com/science/detail/9500000013085](https://mgronline.com/science/detail/9500000013085)

ศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ. (2549). เมลิออยโดสิส. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2562, ใน

http.//www.ped.si.mahidol.ac.th/site\_data/mykku\_med/.../Melioidosis.doc