

นโยบายมาลาเรียในยุคสงครามเย็นกับการขยายอำนาจรัฐเวชกรรม สู่ชนบทไทย ทศวรรษ 2490-2510*

Malaria Fever Policy between Cold War Era with Extension Medical State Power through Rural in Thailand in the 1950s – 1970s

ชาติชาย มุกสง¹
Chatichai Muksong

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการเสนอให้เห็นถึงจุดเปลี่ยนและผลของนโยบายควบคุมและกำจัดมาลาเรียในประเทศไทยในบริบทสงครามเย็น โดยจะเสนอให้เห็นถึงแนวนโยบายระดับโลกผ่านโครงการความช่วยเหลือจากต่างประเทศที่ส่งผลต่อการดำเนินนโยบายมาลาเรียในสังคมไทยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนยุติในกลางทศวรรษ 2510 สนใจวิเคราะห์ปฏิบัติการเข้าไปปราบยุงด้วยวิธีฉีดพ่นสารเคมีและรักษาคนป่วยในชนบทโดยเฉพาะในเขตป่าเขาห่างไกลทุรกันดารที่การบริการสาธารณสุขของรัฐไทยแทบจะหายไปไม่ถึงมาก่อนท่ามกลางบริบทของสงครามอุดมการณ์แย่งชิงมวลชน การจัดการมาลาเรียในช่วงดังกล่าวก่อให้เกิดการขยายอำนาจรัฐผ่านการทำให้หมู่บ้านและครัวเรือนอย่างละเอียดเพื่อการฉีดพ่นกำจัดยุงและเข้าไปถึงในห้องนอนชาวบ้านและการตรวจร่างกายเพื่อหาเชื้อและรักษาจนการระบาดของมาลาเรียลดลง แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของนโยบายรัฐและการเอื้ออำนาจรัฐไปสู่ชนบทห่างไกลอย่างกว้างขวางไปพร้อมกัน

คำสำคัญ: ไข้จับสั่น นโยบายมาลาเรีย รัฐเวชกรรม สงครามเย็น ชนบทไทย

*บทความนี้ปรับปรุงและเพิ่มเติมแก้ไขข้อมูลจากงานวิจัยที่ผู้เขียนเป็นหัวหน้าโครงการวิจัยใน ชาติชาย มุกสง และคณะ. รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโรคมาลาเรียในประเทศไทย ได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 โดยการวิเคราะห์เป็นส่วนที่ผู้เขียนนำเสนอขึ้นมาใหม่ทั้งหมด จึงขอขอบคุณคณะผู้ร่วมวิจัยที่อนุญาตให้นำข้อมูลส่วนหนึ่งของการวิจัยมาใช้เขียนบทความนี้ด้วย

¹อาจารย์ประจำภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ

Lecturer, Department of History, Faculty of Social Science, Srinakharinwirot University, Bangkok.

Corresponding e-mail: kchatichai@yahoo.com

Abstract

The aim of this article is laid on changes as well as outcomes of the policy on how to control and wipe out Malaria in Thailand in relation of the Cold War. International policy should be looked at in relation with foreign supports, which had an effect on Thai malaria-policy after the Second World War until the 1960s. The way to use chemicals to kill mosquitoes as well as treatment of sick people in the rural area – especially in the area, in which modern medicine was a rare subject although the propaganda war to win people was going on in a full speed – should be studied and analyzed. The way to deal with malaria in the studied period forced Thai government to make a detailed map of every villages for the use of spitting the chemicals, so that the governmental influence could be spread through the villages with the process of map-making. This, the thoroughly search of the house, also in the bedroom, as well as the physical examination have proven to be successful measures to stop the spread of Malaria. It shows that the government was succeeded in spreading its influence to the rural area while using the governmental policy.

Keywords: *Intermittent fever, Malaria policy, Medical state, Cold war, Thai rural*

บทนำ

ไข้มาลาเรียหรือที่รู้จักกันมาก่อนหน้านี้ว่าไข้จับสั่นนั้นถือได้ว่าเป็นโรคประจำถิ่นที่สร้างปัญหาด้านสุขภาพแก่คนไทยมาโดยตลอด มีหลักฐานตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์ที่พบหลักฐานในกระดูกจากการศึกษาทางโบราณคดี ในตำนานและบันทึกชาวต่างชาติก็ยิ่งชี้ชัดว่าไข้จับสั่นหรือที่ชาวบ้านเรียกกันว่าไข้ป่านั้นแพร่หลายและเป็นโรคที่คุกคามต่อสุขภาพและชีวิตของคนไทยอย่างมาก เพียงแต่ไม่ได้เฉียบพลันรุนแรงให้ถึงตายเฉียบพลัน แต่ในสมัยก่อนนั้นการป้องกันสำคัญของคนไทยก็คือการไม่เข้าไปในป่าถ้าไม่จำเป็นหรือถ้าจำเป็นต้องรู้จักรักษาตัวในป่าและการรักษาโรคนี้อาศัยยาสมุนไพรเป็นสำคัญ แต่เมื่อในราวปลายพุทธศตวรรษที่ 24 เป็นต้นมา การนำเอายาควินินเข้ามาของมิชชันนารีได้กลายเป็นวิธีการจัดการรักษาไข้จับสั่นเป็นหลักและเป็นการแสดงถึงอำนาจของการแพทย์ตะวันตกอย่างสำคัญในสังคมไทย (ดู ชาติชาย มุกสงและคณะ. 2560)

ความเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติจัดการกับไข้จับสั่นเกิดขึ้นอย่างชัดเจนในทศวรรษ 2440 หลังการค้นพบว่าสาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อโรคและมีุงเป็นพาหะของโรคที่ทำให้เกิดวงจรการแพร่เชื้อ แต่กระนั้นการควบคุมจัดการไข้จับสั่นหรือกำจัดยุงที่เป็นสาเหตุของโรคก็จำกัดอยู่เฉพาะในพระนครก่อนเป็นหลัก ต้องรอราวสี่ทศวรรษคือในปี 2472 ถึงจะมีหน่วยงานขึ้นมาจัดการทั่วราชอาณาจักร คือกองโรคระบาด ที่รวบรวมงานเกี่ยวกับโรคระบาดมารวมไว้เป็นกองเดียวกัน โดยการควบคุมไข้จับสั่นนั้นเป็นส่วนหนึ่ง (กระทรวงสาธารณสุข. 2505: 404) ส่วนไข้ป่าที่อยู่นอกเขตนครบาลและเป็นชนบทในเขตป่าดงของสยามยิ่งเป็นไปอย่างช้าๆ กว่า จะมีก็แต่ที่มณฑลพายัพที่จัดตั้งหน่วยงานศึกษาและปราบไข้จับสั่นด้วยการให้ยาควินินรักษาแก่ราษฎรในเวลาเดียวกันนี้ ด้วยการบุกเบิกของหลวงอายุรภิกิจโกศล (2511: [2]) ต่อมาเมื่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี 2485 แล้วถึงจะมีกอง

ใช้จับสั้นขึ้นมาโดยเฉพาะ นอกจากนี้แม้จะรู้ว่ายังเป็นตัวการสำคัญในการเป็นพาหะแพร่เชื้อและการกำจัดย่อมจะเป็นการควบคุมการแพร่เชื้อใช้จับสั้นที่ชะงัดและรับรู้กันในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั่วโลกแล้วก็ตาม แต่กว่ารัฐไทยจะหันมาให้ความสนใจกับการกำจัดควบคุมโรคนี้อย่างจริงจังก็ล่วงมาถึงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 แล้ว ทั้งยังเกิดจากปัจจัยภายนอกคือนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและความช่วยเหลือจากโลกพัฒนาแล้วทางการแพทย์ที่มาพร้อมกับการขยายบทบาททางการเมืองและสงครามเย็นที่ส่งผลต่อนโยบายมาลาเรียของประเทศไทยอย่างมาก

บทความนี้ต้องการเสนอให้เห็นถึงพัฒนาการและผลของนโยบายควบคุมและกำจัดกวาดล้างมาลาเรียในประเทศไทย อันเป็นอิทธิพลจากนโยบายระดับโลกจากองค์การระหว่างประเทศและผู้นำโลกเสรีประชาธิปไตยอย่างสหรัฐอเมริกาในบริบทสงครามเย็น ส่งผลให้เกิดการดำเนินนโยบายมาลาเรียในสังคมไทยด้วยการเข้าไปปราบยุงและรักษาคนป่วยในชนบทโดยเฉพาะในเขตป่าเขาห่างไกลทุรกันดาร ที่การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐไทยแทบจะหายไปไม่ถึงมาก่อนอย่างกว้างขวางทั่วทั้งประเทศ นับเป็นครั้งแรกที่บริการการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐเข้าถึงพลเมืองอย่างทั่วถึง ทั้งยังเป็นการขยายอำนาจรัฐประชาชาติสมัยใหม่หลังปฏิวัติ 2475 ผ่านการแพทย์สมัยใหม่ที่มีแนวคิดรัฐเวชกรรมให้ซึมซาบไปทุกอณูของสังคมไทย จนถึงชุมชนในชนบทห่างไกล เข้าไปสัมผัสกับพลเมืองที่มาเป็นผู้รับบริการและสัมพันธ์กับอำนาจรัฐที่มาพร้อมกับการจัดการมาลาเรีย และสถาปนาอำนาจรัฐเวชกรรมขึ้นทั่วทั้งสังคมไทยเป็นครั้งแรก

บททวนการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ในช่วงหลังสงคราม

การศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในสังคมไทยนั้น ส่วนใหญ่จะมองว่าเป็นนโยบายที่ต่อเนื่องมาจากหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 ที่ตกอยู่ภายใต้แนวความคิดว่าด้วย “รัฐเวชกรรม” ที่บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขกำลังผลักดันให้การแพทย์ขยายตัวไปถึงร่างกายประชาชนพลเมืองทุกคนและครอบคลุมทุกพื้นที่ของรัฐ ประชาชาติในจินตนาการถึงความเป็นชาติที่ปรับเปลี่ยนไป (ทวิศักดิ์ เผือกสม. 2550: 171-176, 234-235) นอกจากนี้ยังมักจะมองว่าเป็นผลต่อเนื่องมาจากการพยายามสร้างชาติด้านอนามัยของพลเมืองให้เกิดขึ้นในสมัยจอมพล ป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรีสมัยแรก (พ.ศ.2481-2487) ที่เน้นการให้ประชาชนปรับความรู้และเปลี่ยนการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพให้เป็นไปตามการแพทย์สมัยใหม่เพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรและสร้างความแข็งแรงของร่างกายเพื่อความเจริญก้าวหน้าของชาติ (ชาติชาย มุกสง. 2546) รวมทั้งนโยบายการกินตามหลักโภชนาการใหม่ที่ถูกให้ความสำคัญมาตั้งแต่ พ.ศ. 2482 ด้วยการตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้น ก็ถูกให้ความสำคัญอย่างมากในทศวรรษ 2490 ที่จอมพล ป. พิบูลสงครามกลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีอีกครั้ง และยอมรับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศและสหรัฐอเมริกาอย่างมหาศาลในการดำเนินนโยบายในช่วงที่เข้ามาขยายอิทธิพลในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงสงครามเวียดนามและสงครามเย็น (ชาติชาย มุกสง. 2556) ซึ่งเป็นนโยบายที่มาพร้อมกันกับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการควบคุมกำจัดมาลาเรียหลังสงคราม

งานวิจัยที่ให้ความสำคัญกับการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขในทศวรรษ 2490 เสนอให้เห็นถึงการเน้นการขยายบริการด้านการแพทย์และสุขภาพไปยังหัวเมือง โดยมีเป้าหมายหลักคือการสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดในทศวรรษนี้ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขอีกด้านหนึ่งที่มีเป้าหมายชัดเจนคือการป้องกันและกำจัดโรค โดยเฉพาะโรคที่คุกคามและเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยได้

รับการสนับสนุนวิธีการ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์จากสหรัฐอเมริการวมถึงองค์การระหว่างประเทศ เช่น โครงการควบคุมโรคมาเลเรีย โรคเท้าช้างด้วยการฉีด ดี.ดี.ที. (Dichlorodiphenyltrichloroethane: D.D.T.) กำจัดยุงตามบ้านเรือนราษฎรในพื้นที่ระบาดทั่วประเทศ การควบคุมโรคคุดทะราด โรคเรื้อน รวมทั้งโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในแม่และเด็ก เช่น วัคซีนโรค การปลูกฝี เป็นต้น ทั้งนี้เพื่ออาศัยเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในการควบคุม กำจัดปัญหาสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศ (ธันวา วงศ์เสงี่ยม. 2553)

แต่การศึกษาที่เน้นไปที่นโยบายทางการแพทย์เชิงป้องกันและควบคุมโรคติดต่อและการสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของประชาชนหลัง 2475 เป็นต้นมาเพื่อควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ กวีวงศ์ประเสริฐ (2528) ได้เสนอให้เห็นว่าแม้จะมีความพยายามกำหนดนโยบายการแพทย์เชิงป้องกันมาโดยตลอดแต่ความสำคัญยังน้อยกว่าการรักษาที่ถูกเน้นทั้งบุคลากรและงบประมาณที่เหนือกว่าอยู่อย่างเห็นได้ชัด ขณะที่งานศึกษาที่จะชี้ชัดและครอบคลุมนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำคัญเฉพาะโรคอย่างมาเลเรียในทศวรรษ 2490 นั้นยังมีปรากฏอย่างเป็นระบบให้เห็นไม่มากนัก และขาดการศึกษาที่มีข้อเสนอแสดงถึงความสำคัญของการพัฒนานโยบายมาเลเรียที่มีต่อสังคมไทย แม้ว่าจะมีการศึกษาระบบการสาธารณสุขในภาพรวมที่มีมาเลเรียเป็นตัวอย่างสำคัญอยู่ในนั้นด้วย (ธันวา วงศ์เสงี่ยม. 2553: 197-201)

ในขณะที่งานศึกษาเกี่ยวกับประวัติศาสตร์โรคมาเลเรียโดยเฉพาะในเชิงนโยบายและการดำเนินงานยุคใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2492 เป็นต้นมานั้น มีข้อมูลยืนยันให้เห็นถึงการประสบผลสำเร็จชัดเจนมากกว่าครึ่งศตวรรษ และเป็นพื้นฐานที่ทำให้การควบคุมมาเลเรียสำเร็จอยู่ในอัตราการป่วยและตายต่ำจนปัจจุบัน แต่กลับขาดการวิเคราะห์ให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับบริบททางเศรษฐกิจและการเมืองระหว่างประเทศที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขในประเทศไทย (สมทัศน์ มะลิกุล. 2543) แต่อย่างไรก็ตามเห็นได้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้แสดงถึงความสำคัญของการดำเนินนโยบายและผลกระทบต่อประชาชนไทยในชนบทไทยให้เห็นชัดเจน รวมทั้งความสำคัญทางการเมืองของนโยบายสาธารณสุขไทยเกี่ยวกับมาเลเรียในยุคสงครามเย็นเหมือนกับความพยายามที่บทความนี้จะนำเสนอต่อไป

จุดเปลี่ยนสำคัญของนโยบายมาเลเรียของรัฐไทย

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2484 - 2488) กรมสาธารณสุขได้ปรับปรุงโครงสร้างยกฐานะเป็นกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2485 มีการตั้งแผนกไข้จับสัน ในสังกัดกองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัยขึ้นทำหน้าที่จัดการป้องกันโรค และในเวลาไม่ห่างกันได้มีประกาศใช้พระราชบัญญัติไข้จับสัน เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2485 (ราชกิจจานุเบกษา. 2485 เล่ม 59 ตอนที่ 52) “โดยที่สภาผู้แทนราษฎรลงมติว่า สมควรมีที่จะควบคุมไข้จับสันเพื่อความปลอดภัยของประชาชน” แสดงว่าเป็นโรคสำคัญที่รัฐให้ความสนใจจะควบคุมจัดการ เพราะถึงกับมีโทษปรับถ้าราษฎรไม่ทำตามกฎหมาย ถัดจากนั้นใน พ.ศ. 2487 ได้มีการยกฐานะแผนกไข้จับสัน เป็นกองไข้จับสัน ซึ่งต่อมาสำนักนายกรัฐมนตรีประกาศบัญญัติศัพท์ “มาเลเรีย” แทน “ไข้จับสัน” เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2487 จึงมีผลให้กองไข้จับสันเปลี่ยนชื่อเป็นกองมาเลเรีย ซึ่งจากสถิติประจำปีพบว่า มีผู้ป่วยตายด้วยไข้มาเลเรียสูงถึง 54,597 คน (สมทัศน์ มะลิกุล. 2543: 5) ในระหว่างสงครามปรากฏว่ามาเลเรียเป็นโรคที่คร่าชีวิตของทหารและพลเรือนไปจำนวนมากเพราะการขาดแคลนยาและการป้องกันโรค โดยเฉพาะในการสร้างเมืองหลวงใหม่ที่เพชรบูรณ์ที่รำลึกกันว่าเป็นดงมาเลเรีย

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จบใน พ.ศ. 2488 กองมาลาเรียได้เริ่มงานควบคุมไข้มาลาเรียใหม่ โดยจัดตั้งเป็น 5 ภาค คือ ภาค 1 และภาค 2 ปฏิบัติในท้องที่ภาคกลาง ภาค 3 ปฏิบัติงานในท้องที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาค 4 ปฏิบัติงานในท้องที่ภาคเหนือ และ ภาค 5 ปฏิบัติงานในท้องที่ภาคใต้ โดยแต่ละภาคมีหน่วยมาลาเรีย 5 หน่วย (รวม 25 หน่วยมาลาเรีย) ต่อมาใน พ.ศ. 2490 กองมาลาเรียได้รับอนุมัติให้เพิ่มหน่วยมาลาเรียขึ้นอีก 25 หน่วย รวมกับที่มีอยู่เดิมเป็น 50 งานสำคัญที่ทำคือ แจกยาอเตบรินแก่ผู้ป่วยมาลาเรียเพื่อรักษาเป็นหลัก ยังไม่เน้นป้องกัน (สมทัศน์ มะลิกุล. 2543: 5) อย่างไรก็ตามแสดงให้เห็นว่ารัฐไทยพยายามจะขยายงานมาลาเรียให้ครอบคลุมทั่วประเทศแล้ว

จากนั้นใน พ.ศ. 2491 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศใช้ธรรมนูญ และที่ประชุมสมัชชา ได้มีมติว่า “การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นงานสำคัญอันดับแรกที่จะต้องระดมสรรพกำลังช่วยเหลือประชาชนที่กำลังป่วยด้วยไข้มาลาเรียอยู่แทบทุกประเทศ เฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์” ทำให้องค์การอนามัยโลกได้มาเปิดสำนักงานสาขาเพื่อบริหารงานในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์โดยตรง ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย ประเทศไทยได้เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก จึงได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านการพัฒนาบุคลากร และพัฒนาเทคโนโลยีในการควบคุมไข้มาลาเรีย โดยมีการให้ทุนแก่นายแพทย์ของกรมอนามัยไปศึกษาวิชามาลาเรีย ณ สถาบันมาลาเรียของประเทศอินเดีย จำนวน 2 รุ่น เป็นครั้งแรก (สมทัศน์ มะลิกุล. 2543: 5-6)

ก่อนหน้านี้การควบคุมมาลาเรียในสยามแม้จะมีหน่วยงานขึ้นมารับผิดชอบแล้วก็ตาม แต่ยังไม่ค้นพบวิธีควบคุมอย่างได้ผลและไม่สิ้นเปลือง เทคนิควิธีการเดิมที่ใช้จะให้ผลน้อยเพราะทำได้แค่กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ การใช้มุ้งและแจกยารักษาแก่คนที่อาศัยอยู่ในแหล่งที่ระบาดของชุกชุม จุดเปลี่ยนสำคัญของวิธีการจัดการควบคุมไข้มาลาเรียหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 นั่นก็คือการค้นพบวิธีการกำจัดยุงด้วยวิธีการฉีดพ่นสารเคมีโดยเฉพาะ ดี.ดี.ที. (ธันวา วงศ์เสงี่ยม. 2553: 199) ให้ติดค้างอยู่ตามฝาผนังของบ้านเรือนให้ยุงมาเกาะแล้วตาย แต่ไม่ส่งผลอันตรายต่อคนอาศัย (เท่าที่เห็นได้ชัด) ถือว่าการกำจัดพาหะของโรคคือยุงกันปล่องได้ชะงัดทำให้เห็นผลถึงการเกิดโรคที่ลดลงในพื้นที่ดำเนินการที่เป็นชนบทป่าเขา

นโยบายมาลาเรียกับความช่วยเหลือจากต่างประเทศหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

ภายหลังจากที่จอมพล ป. พิบูลสงครามกลับขึ้นมาใช้อำนาจอีกครั้งในช่วงหลังการรัฐประหาร พ.ศ. 2490 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามก็ยังกลับมาให้ความสนใจกับการควบคุมไข้มาลาเรียอีกส่วนหนึ่งเพราะเห็นผลร้ายของโรคนี้นระหว่างสงครามต่อทหารและประชาชนชัดเจน โดยใน พ.ศ. 2491 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในโครงการควบคุมไข้มาลาเรียโดยวิธีฉีดพ่น ดี.ดี.ที. เพื่อให้การควบคุมไข้มาลาเรียซึ่งเป็นเหตุให้มีคนตายมากที่สุด และเป็นผลร้ายแก่การเกษตร (ธันวา วงศ์เสงี่ยม. 2553: 197; ทวีศักดิ์ เผือกสม. 2550: 113) ซึ่งในระยะแรกเป็นการทดลองควบคุมไข้มาลาเรียของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ทางองค์การอนามัยโลกส่งมาปฏิบัติการที่ประเทศไทย โดยโครงการควบคุมไข้มาลาเรียเริ่มขึ้นอย่างจริงจังใน พ.ศ. 2493 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกองควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้าง กรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข. 2510: 81)

ในหนังสือสัญญาเรื่อง “ความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งประเทศไทยกับองค์การอนามัยโลก สำหรับการจัดบริการในประเทศไทยโดยองค์การอนามัยโลก” ที่ได้ลงนามเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2492 นั้น มีทั้งหมด 11 มาตรา มีใจความสำคัญว่าองค์การอนามัยโลกได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทย

ในหลายๆ อย่าง แต่ในทางกลับกันประเทศไทยก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมอบสิทธิพิเศษบางประการให้แก่องค์การอนามัยโลก ซึ่งหลังจากที่ความตกลงฉบับนี้มีผลบังคับใช้ โครงการควบคุมไข้จับสั่นในประเทศไทยก็จะได้เริ่มดำเนินการขึ้น (สจช. (2)สร 0201.27.1/13)

โดยแผนการในข้อตกลงครั้งนี้ได้ระบุว่า จะทดลองควบคุมในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่เป็นตัวอย่างก่อน ในปีแรกนั้นเป็นการสำรวจไข้มาลาเรียโดยทั่วไปและสำรวจโรคอื่นๆ ที่นำโดยแมลง การสำรวจสุขภาพ ผลผลิตทางเกษตรกรรมและฐานะทางเศรษฐกิจในท้องที่นั้นๆ ด้วย พอสำรวจจนสามารถที่จะพิจารณาผลของการควบคุมได้แล้ว ก็จะเริ่มทำการควบคุมไข้มาลาเรียโดยทันที จะประกอบด้วยการใช้ยากำจัดแมลงพ่นตามบ้านเรือนในท้องที่อำเภอสารภีของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีพลเมืองประมาณ 40,000 คน และมีเนื้อที่ประมาณ 100 ตารางกิโลเมตร เมื่อเสร็จการควบคุมแล้ว จะได้จัดให้มีการสำรวจอีกครั้งหนึ่ง เพื่อพิจารณาผลที่ได้รับจากการควบคุม ซึ่งแผนการแสดงวิธีควบคุมนี้จะจัดทำเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี และองค์การอนามัยโลกจะยังคงให้ความช่วยเหลือทั้งในวิทยาการและทางการเงินในปีที่ 2 ตามกำลังและงบประมาณขององค์การ (สจช. (2)สร 0201.27.1/13)

ในการดำเนินการให้บรรลุผลทางองค์การอนามัยโลกจะจัดเจ้าหน้าที่ในคณะผู้เชี่ยวชาญให้มีจำนวน 7 คน ผู้อาวุโสหรือหัวหน้าคณะจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านไข้มาลาเรีย 1 คน ผู้เชี่ยวชาญในวิชากีฏวิทยา 1 คน นางสงเคราะห์ 1 คน สารวัตรมาลาเรีย 1 คน ผู้ช่วยการชันสูตร 1 คน และผู้จับแมลง 2 คน ส่วนเรื่องการจัดหาบริภัณฑ์ ทางกองทุนฉุกเฉินระหว่างชาติสำหรับเด็กจะเป็นผู้จัดหาให้ โดยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ เครื่องมือเครื่องใช้สำหรับปีที่หนึ่ง คือ เครื่องพ่นพร้อมด้วยเครื่องอะไหล่ 30 เครื่อง รถยนต์บรรทุก 1 คัน รถจี๊ปพร้อมด้วยเครื่องอะไหล่ 3 คัน รถจักรยาน 30 คัน อุปกรณ์ห้องวิทยาศาสตร์สนาม 2 ชุด และเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับปีที่สอง คือ เครื่องพ่น 70 เครื่อง (สจช. (2)สร 0201.27.1/13)

ในส่วนของเวชภัณฑ์ทางกองทุนฉุกเฉินระหว่างชาติสำหรับเด็กจะเป็นผู้จัดหาให้ ได้แก่ สำหรับปีที่หนึ่ง คือ ดี.ดี.ที.ชนิดละลายในน้ำมันสำหรับผสมน้ำแรงร้อยละ 25 จำนวน 1,000 แกลลอน ดี.ดี.ที.ผงชนิดผสมน้ำแรงร้อยละ 50 จำนวน 4,000 ปอนด์ โคลเดน 1,500 ปอนด์ คลอกาโนลด์ ขวดละ 1,000 เม็ด 100 ขวด ยูควินิน 11 ปอนด์ และสำหรับปีที่สอง คือ ดี.ดี.ที.ชนิดละลายในน้ำมันสำหรับผสมน้ำแรงร้อยละ 25 จำนวน 4,000 แกลลอน ดี.ดี.ที.ผงชนิดผสมน้ำแรงร้อยละ 50 จำนวน 16,000 ปอนด์ โคลเดน 500 ปอนด์ คลอกาโนลด์ ขวดละ 1,000 เม็ด 100 ขวด (สจช. (2)สร 0201.27.1/13) แสดงให้เห็นว่างานการควบคุมมาลาเรียตั้งต้นมาได้ก็ได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศและยังเป็นการฝึกฝนให้บุคลากรสาธารณสุขชาวไทยได้เรียนรู้ความชำนาญในการมาดำเนินการเองในเวลาต่อมาอีกด้วย

ในส่วนของการรักษามาลาเรียได้จ่ายยาควินินให้ผู้ป่วยโดยไม่คิดมูลค่า จึงเป็นที่นิยมกันอย่างมาก เพราะก่อนหน้านี้รักษาแต่กับสมุนไพรไม่มีประสิทธิภาพดีเท่าควินิน ต่อมาในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ประสิทธิภาพขาดแคลนยาเนื่องจากเรือสินค้าไม่สามารถส่งสินค้าได้เช่นในยามปกติ แต่ช่วงสงครามได้มีการคิดค้นยาสังเคราะห์หลายชนิด เช่น Pamaquine (ค.ศ.1926) Atabrin หรือ Mepacrine (ค.ศ. 1930) Chloroquine (ค.ศ.1934) Amodiaquine, Primaquine, Proguanil และ Pyrimethamine (ในช่วง ค.ศ. 1945 - 1952) โดยเฉพาะคลอโรควิน มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อมาลาเรียในเม็ดโลหิตแดงได้ดีกว่าควินิน และอาการข้างเคียงน้อยกว่า อีกทั้งมีราคาถูก รับประทานเพียง 3 วันก็หาย จึงได้ถูกนำมาใช้แทนควินิน ดังนั้นในช่วงแรกของโครงการควบคุมไข้มาลาเรียตามแผนใหม่ พ.ศ. 2492-93 เป็นต้นมา จึงมีเฉพาะยาคลอโรควินินเป็นยาหลัก (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 88)

การดำเนินงานแผนการควบคุมไข้มาลาเรีย

คณะผู้เชี่ยวชาญได้ทดลองการควบคุมมาลาเรียแผนใหม่ขึ้นที่ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ การดำเนินงานในปีแรกเป็นช่วงของระยะทดลองของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ได้ลงมือไปบนทางสำรวจและพิจารณาเรื่องยุงที่เป็นพาหะของโรคเป็นส่วนมาก โดยในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2492 ดร.บาเทีย (Bhatia) ได้ผ่ายุงก้นปล่องมินิมัส 10 ตัวที่จับจากอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบ 2 ตัว มีสปอโรซอติโนตอม น้ำลาย แต่ไม่มีอูชีสต์ในกระเพาะ ยุงก้นปล่องอื่นๆ ก็ผ่าด้วยแต่ไม่พบอะไร แต่ยุงก้นปล่องชนิดนี้เป็นพาหะสำคัญนำเชื้อไข้มาลาเรียซึ่งเริ่มทำให้โรคระบาดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคมของ พ.ศ. 2492 (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 1) ขณะนั้นทั่วประเทศมีอัตราการตายด้วยไข้มาลาเรียสูงถึง 201.5 ต่อ 100,000 ประชากร (หรือเท่ากับจำนวนตาย 38,046 ราย) นอกจากนี้ยังได้เริ่มต้นใช้วิธีการพ่น ดี.ดี.ที. ให้มีฤทธิ์ตกค้างอยู่ตามอาคารบ้านเรือนของประชาชน เป็นจำนวน 8,000 หลังคาเรือนเศษเมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2493 นับเป็นการพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงเป็นครั้งแรกของประเทศไทย โดยพ่นที่ฝาบ้านด้านใน หลังคาบ้านที่ต่ำกว่า 6 ฟุต พื้นกระดานส่วนใต้ถุนบ้าน เสาบ้าน และเครื่องเรือนในขนาด 200 มิลลิกรัมต่อหนึ่งตารางฟุต (หรือ 2 กรัมต่อหนึ่งตารางเมตร) โดยใช้ ดี.ดี.ที. 50 เปอร์เซนต์ Wettable Powder หรือ 26 เปอร์เซนต์ Emulsion Concentrate อย่างใดอย่างหนึ่งในแต่ละหมู่บ้านที่ได้กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบกับผลอำเภอสารภีมีเนื้อที่ 95.7 ตารางกิโลเมตร 96 หมู่บ้าน และประชากร 40,145 คน (สจช. (2) สร 0201.27.1/13; สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 1,6; กระทรวงสาธารณสุข. 2525: 672-675) หลังจากได้รับการพ่นเคมีเพียงครั้งเดียวเท่านั้น ไข้มาลาเรียได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจนต่างๆ ที่เคยเป็นเขตระบาดชุกชุมมาก่อน ยุงก้นปล่องมินิมัสก็เช่นกันลดความชุกชุมลงจนจับไม่ได้อีก คงเป็นเพราะอำเภอนี้เป็นที่ราบทางตีนเขาหลายกิโลเมตร และอำเภออื่นๆ ที่อยู่ล้อมรอบได้รับการพ่นเคมี ดี.ดี.ที. อย่างทั่วถึงในปีถัดต่อมา (พ.ศ. 2494-2496) (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 1-2)

หลังได้รับการฉีดพ่น ดี.ดี.ที. เพื่อป้องกันไข้มาลาเรียชาวอำเภอสารภีได้แสดงความรู้สึกว่า

ชาวสารภีชื่นชอบมากที่ตัวเรือดในห้องนอนของเขาตายเรียบ พวกเขานอนหลับเป็นสุขตลอดคืน หลังจากที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับมันมาตั้งแต่เกิดก็ว่าได้ พวกเขาบอกด้วยว่า ดีดีที (ชนิดละลายในน้ำมัน) ในถังเหล็กนั้นไม่ค่อยทำให้บ้านเรือนสกปรกเท่าใด แต่ชนิดผงที่อยู่ในถังกระดาดทำให้ฝาบ้านสกปรกยังกะประแป้ง เราก็ได้แต่กำชับว่าอย่าล้างออกนะ มันให้คุณหลายอย่าง ขอให้อดทนเอาสักปีหนึ่งเท่านั้น ซึ่งพวกเขาเชื่อฟังโดยดีเพราะเห็นคุณมากกว่าโทษ... (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 2)

ส่วนทีมงานของรัฐบาลไทยก็ได้จัดทำอย่างเดียวกันในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นประมาณ 6,000 หลังคาเรือน ภายหลังจากการพ่นยาแล้วก็ได้จัดให้เจ้าหน้าที่คอยจับยุงตามบ้านราษฎร ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2493 ก็ปรากฏว่าไม่พบยุงก้นปล่องชนิดมินิมัส จึงทำให้เล็งเห็นว่าการพ่น ดี.ดี.ที. ทุกบ้านเรือนนี้จะทำให้ไข้มาลาเรียลดลงอย่างแน่นอนในปีต่อไป ทางกรมสาธารณสุขได้แสดงความเห็นว่าใน พ.ศ. 2494 ควรจะได้ขยายการควบคุมไข้มาลาเรียออกไปยังอำเภอที่ใกล้เคียง สำหรับทีมผู้เชี่ยวชาญจะได้ขยายการควบคุมเข้าไปในอำเภอสันทราย ดอยสะเก็ด และสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ กับบางส่วนของอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ส่วนทีมของรัฐบาลไทยก็

จะขยายการควบคุมไปในอำเภอสันป่าตอง และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจำนวนพลเมืองในอำเภอสารภีและหางดงที่ได้ทำการควบคุมใน พ.ศ. 2492 มีประมาณ 66,000 คน แต่ถ้าได้จัดการตามโครงการที่จะขยายงานนี้แล้วจะควบคุมพลเมืองได้ทั้งหมด 300,000 คน ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เจรจากับเจ้าหน้าที่ของกองทุนฉุกเฉินระหว่างประเทศสำหรับเด็กเป็นอันตกลงกันว่า กองทุนฉุกเฉินระหว่างประเทศสำหรับเด็กจะช่วยในเรื่องของเครื่องมือ ดี.ดี.ที. และเครื่องใช้สำหรับทีมผู้เชี่ยวชาญในการขยายงานเป็นเงิน 11,400 ดอลลาร์ ถ้ารวมเข้ากับที่ได้รับความช่วยเหลืออยู่แล้วตามความตกลง 900,000 บาท ก็จะรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1 ล้านบาทเศษ ส่วนทางรัฐบาลไทยก็จำเป็นต้องออกค่าใช้จ่ายตามความตกลงให้แก่ทีมผู้เชี่ยวชาญเป็นเงินประมาณ 425,000 บาท และทางที่รัฐบาลที่ไปดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียอยู่นั้นก็ต้องใช้จ่ายเป็นค่า ดี.ดี.ที. เครื่องพ่น ค่ายานพาหนะ ค่าขนส่ง และค่าเบ็ดเตล็ดอื่นๆ เป็นเงินประมาณ 475,000 บาท รวมทั้งสิ้น 900,000 บาท ซึ่งจำนวนเงินที่จะต้องใช้จ่ายนี้ กรมสาธารณสุขได้ขอตั้งไว้ในงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2494 แล้ว (สจข. (2)สร 0201.27.1/13)

ระยะเวลาการดำเนินงานของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกตามความตกลงที่ลงนามกัน ในวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2492 คือตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2492 ถึง เดือนกรกฎาคม 2494 โดยหากรัฐบาลไทยมีความปรารถนาที่จะขอให้คณะผู้เชี่ยวชาญมาลาเรียแห่งองค์การอนามัยโลกปฏิบัติงานต่อไปอีก ก็อาจจะทำได้โดยทำความตกลงกับองค์การอนามัยโลกเป็นปีๆ ไป ทางกระทรวงสาธารณสุขมีความเห็นว่าควรขอคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การปฏิบัติงานในประเทศไทยต่อไปอีก 1 ปี คือ จากเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2494 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2495 โดยผู้แทนของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดออกเดินทางออกจากประเทศไทยประมาณวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2493 เพื่อนำเรื่องนี้เข้าเจรจានในที่ประชุมขององค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ซึ่งทางคณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาลงมติและอนุมัติให้ดำเนินการได้ เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2493 (สจข. (2) สร 0201.27.1/13)

ภายหลังจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขได้เดินทางไปเจรจានในที่ประชุมองค์การอนามัยโลกส่วนภูมิภาคเอเชียอาคเนย์แล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้วางโครงการควบคุมไข้มาลาเรียขึ้นใน พ.ศ. 2494 โดยมีมุ่งปฏิบัติในท้องที่มีไข้มาลาเรียสูงก่อน แล้วจึงขยายตัวออกทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2530: 103) ซึ่งตรงจุดนี้มีหลักฐานสำคัญที่บ่งชี้ว่า ภายหลังจากเริ่มโครงการควบคุมไข้มาลาเรียได้มีการขยายตัวออกจากภาคเหนือ ไปยังภูมิภาคต่างๆ เช่น ที่จังหวัดสระบุรี ลพบุรี เป็นต้น การฝึกปฏิบัติงานของบุคลากรใช้ห้องที่อำเภอพระพุทธบาท ซึ่งเป็นท้องที่มีไข้มาลาเรียชุกชุม เมื่อจบหลักสูตรต่างคนต่างแยกย้ายกันไปปฏิบัติงานในท้องที่รับผิดชอบและมีมาลาเรียชุก

การขยายโครงการควบคุมมาลาเรียรุคหน้าไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นจากความช่วยเหลือของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มารับผิดชอบด้านงบประมาณต่อจากองค์การอนามัยโลกในปี 2495 หลังจากลงนามในความช่วยเหลือต่อรัฐบาลไทยในปี 2493 และให้ความช่วยเหลือผ่านองค์การความช่วยเหลือที่ตั้งขึ้นโดยรัฐบาลสหรัฐไปทั่วโลกในช่วงสงครามเย็น (ชาติชาย มุกสง 2556: 91-96) ด้วยการส่งดีดีที และวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ยานพาหนะรถยนต์ ตลอดจนเงินใช้จ่ายดำเนินการ ทำให้ทางองค์การอนามัยโลกได้ถอนความช่วยเหลือด้านการเงินและเจ้าหน้าที่ไป

เริ่มขยายโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย

รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม มีความปรารถนาที่กำจัดุงและไข้มาลาเรียซึ่งได้กลายเป็น ภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ควบคู่กับการปราบปรามพรรคคอมมิวนิสต์แห่ง ประเทศไทย (พคท.) โดยมีนโยบายที่พยายามส่งเสริมให้ประชาชนเข้าไปบุกเบิกป่าขึ้นใหม่ในพื้นที่ บางแห่งเพื่อการทำมาหากินของราษฎร เช่น นิคมสร้างตนเองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี และ นิคมสร้างตนเอง จังหวัดลพบุรี อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่เข้าไปบุกเบิกพื้นที่ดังกล่าว ไม่สามารถ บุกเบิกที่ทำมาหากินให้กว้างขวางออกไปได้เท่าที่ควร เนื่องจากภัยธรรมชาติได้คุกคาม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไข้มาลาเรีย (ทวิศักดิ์ เผือกสม. 2550: 113)

เมื่อวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2496 จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ลงพื้นที่ไปตรวจราชการด้วย ตนเอง และ “มีบัญชาให้พิจารณาใช้เครื่องบินโปรย ดี.ดี.ที.ปราบปรามไข้มาลาเรีย ในนิคมสร้างตนเอง พระพุทธรบาท สระบุรี นิคมสร้างตนเองลพบุรี และนิคมสร้างตนเองเขื่อนเพชร...” (สจข. (2)สร 0201.27.1/20) จากหลักฐานนี้จะเห็นได้ว่า โครงการควบคุมไข้มาลาเรียได้เริ่มขยายออกไปในภาค กลางและภาคตะวันตกของประเทศ การที่ผู้นำประเทศอย่าง จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้เห็นสภาพ ความเป็นอยู่ของผู้คนในพื้นที่ที่มีเชื้อไข้มาลาเรียระบาด คงทำให้ตระหนักว่าจะต้องทำการปราบปราม ไข้มาลาเรียอย่างจริงจัง เพราะเคยมีประสบการณ์มาแล้วในช่วงที่เป็นนายกรัฐมนตรีครั้งแรก ที่ต้อง ประสบปัญหาทั้งจากภาวะสงครามโลกครั้งที่ 2 และ ปัญหาการระบาดของไข้มาลาเรียพร้อมๆ กัน ซึ่งส่งผลเสียหายต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก

หลังจอมพล ป. พิบูลสงคราม มีคำสั่งให้พิจารณาการใช้เครื่องบินโปรย ดี.ดี.ที. ทางกระทรวง มหาดไทยได้มีหนังสือเรียนมายังจอมพล ป. เรื่อง การปราบไข้มาลาเรีย เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2496 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอหลักทางวิชาการและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามไข้ มาลาเรียว่า การฉีดพ่น ดี.ดี.ที. ติดค้างไว้ตามฝาผนังภายในบ้านเรือนเป็นวิธีการกำจัดที่เหมาะสมแล้ว ยังชี้ให้เห็นว่าการใช้เครื่องบินโปรย ดี.ดี.ที. ในการปราบมาลาเรียนั้น ถึงแม้วิธีนี้จะมีประโยชน์มากก็ จริง แต่จำเป็นต้องเลือกใช้เฉพาะบางโอกาสที่ไม่ปกติเช่นสงคราม เพราะจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มากกว่าวิธีอื่นๆ หลายเท่า เนื่องจาก ดี.ดี.ที. ที่โปรยลงมานั้นย่อมถูกกระแสลมพัดพาไปที่อื่นเสียมาก จึงเป็นจะต้องบินวนเพื่อโปรย ดี.ดี.ที. ให้ลงไปถึงที่ที่ต้องการหลายครั้งหลายหน และข้อสำคัญที่สุด คือ ดี.ดี.ที. จะไม่ติดค้างอยู่ภายในบ้านเรือน ไม่ทำให้บังเกิดผลอย่างถาวร (สจข. (2)สร 0201.27.1/20)

สรุปว่า การปราบไข้มาลาเรียด้วยวิธีพ่น ดี.ดี.ที. ติดค้างไว้ภายในผนังบ้านเรือนหรืออาคารต่างๆ เป็นวิธีที่ได้ผลดีที่สุด และเป็นการประหยัดกว่าวิธีอื่นทั้งหมดและนิยมใช้โดยทั่วไป ได้เริ่มใช้วิธีนี้ใน นิคมฯ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 ปรากฏว่าได้ทำให้เชื้อไข้มาลาเรียของนิคมทั้งสองแห่งลดน้อยลงไปมาก จนเกือบจะไม่เป็นภัยหรืออุปสรรคแก่การดำเนินชีวิตของประชาชนในบริเวณนั้น ดังจะเห็นได้จากสถิติ ของไข้มาลาเรียในนิคมฯ นี้ทั้ง 2 แห่งได้ลดลงตามลำดับ ก่อนหน้าที่จะได้มีการพ่น ดี.ดี.ที. นั้น ภาวะ ความรุนแรงของไข้มาลาเรียในนิคมสร้างตนเองทั้ง 2 แห่งนี้ต่างก็สูงด้วยกันทั้งคู่ กล่าวคือ นิคมสร้างตนเอง พระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี มีอัตราฆ่ามอดสูงถึงร้อยละ 59.38 และมีอัตราเชื้อไข้มาลาเรียสูงถึงร้อยละ 48.86 ส่วนในนิคมสร้างตนเองลพบุรี จังหวัดลพบุรีนั้น มีอัตราฆ่ามอดสูงถึงร้อยละ 57.04 และอัตรา เชื้อไข้มาลาเรียสูงถึงร้อยละ 26.06

ต่อมาหลังจากเมื่อได้ทำการพ่น ดี.ดี.ที. ตามฝาผนังบ้านเรือนประชาชน เพื่อควบคุมไข้มาลาเรีย ขึ้นเป็นครั้งแรกในนิคมสร้างตนเองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2493 และใน

นิคมสร้างตนเองลพบุรี จังหวัดลพบุรี เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2493 เป็นต้นมา รวมทั้งที่ได้จัดทำ การผัน ดิ.ดี.ที. เป็นประจำต่อมาอีกปีละครั้งเรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2496 ปรากฏว่า ภาวะความรุนแรง ของไข้มาลาเรียทั้ง 2 นิคมฯ นี้ได้ลดลงเป็นอย่างมาก คือ อัตรา मामโตของนิคมสร้างตนเองพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ได้ลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 5.72 และอัตราเชื้อไข้มาลาเรียก็ลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 3.09 ส่วนในนิคมสร้างตนเองลพบุรี จังหวัดลพบุรีนั้น อัตรา मामโตได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.77 และอัตราเชื้อไข้มาลาเรียก็ลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 1.03 เท่านั้น (สจช. (2) สร 0201.27.1/20) นอกจากนี้แล้วการลดลงของมาลาเรียส่งผลให้มิชชันนารีเข้ามาตั้งถิ่นฐานในนิคมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ ชัดอีกด้วย

ส่วนสาเหตุอีกประการหนึ่งที่ประชาชนในชนบทส่วนมากเจ็บป่วยเป็นไข้มาลาเรียนั้น เนื่องจาก นอนไม่กางมุ้งและเมื่อป่วยแล้ว “...ทำให้เสียเวลาในการประกอบกิจการอาชีพเป็นการทอนกำลังทาง เศรษฐกิจ-ส่วนรวมของชาติ สมควรจะได้หาทางแก้ไข...” เป็นประเด็นสำคัญที่ทางรัฐเป็นห่วงที่สุด ทั้งนี้ในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2496 ลงมติมอบให้กระทรวงสาธารณสุข ไปดำเนินการหาทางให้ประชาชนรู้จักการป้องกันไข้มาลาเรียโดยการกางมุ้งนอน ทั้งยังกำชับอีกว่า “ขอให้จัดการให้เป็นผลโดยเรียบร้อยภายในปี พ.ศ. 2500” (หจช. (2) สร 0201.27.1/21)

นอกจากนี้ในปี 2496 กระทรวงสาธารณสุขได้ตกลงรับเป็นเจ้าภาพจัดงานประชุม Asian Malaria Conference ครั้งที่ 1 ที่กรุงเทพฯ ในเดือนกันยายน ตามที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอขอมา เป็นการประชุมนักวิชาการด้านมาลาเรียเพื่อพิจารณาผลงานอันประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการ กำจัดยุงกันปล่องสกุลที่แพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศต่างๆ ของภูมิภาคเอเชีย ผู้ป่วยที่มีไข้มาลาเรีย ได้ลดจำนวนลงอย่างมากแทบจะหมดไปในอาณาบริเวณที่ใช้สารเคมี ดิ.ดี.ที. พ่นกำจัดยุงที่เป็นพาหะ จึงได้มีการพิจารณาว่า น่าจะเป็นโอกาสที่จะทำการกวาดล้างโรคมาลาเรียให้หมดสิ้นไป แต่ก็ยังมีได้ ปรากฏผลเป็นมติดีที่แน่ชัด (สมทัศนีย์ มะลิกุล. 2543: 7) แต่เห็นได้ชัดว่าการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดยุงใน การควบคุมมาลาเรียได้ผลดีที่มีการดำเนินการทั่วโลกผู้ป่วยด้วยมาลาเรียลดลงอย่างฉับพลัน ทำให้มี ความคิดจะกำจัดกวาดล้างมาลาเรียในองค์การระหว่างประเทศและประเทศพัฒนาแล้ว ในที่ประชุม สมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลกครั้งที่ 8 เมื่อปี 2498 ที่กรุงเม็กซิโกซิตี ได้ลงมติให้ประเทศสมาชิก ทำการรณรงค์กับไข้มาลาเรีย ด้วยจุดมุ่งหมายที่จะกำจัดกวาดล้างให้หมดสิ้นไป (สมทัศนีย์ มะลิกุล. 2543: 7)

ในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมเรื่อง ไข้มาลาเรีย (Malaria Symposium) ขึ้นที่กรุงเทพฯ ในปี 2500 โดยกระทรวงสาธารณสุขของไทยรับเป็นเจ้าภาพ ประเทศต่าง ๆ ในทวีป เอเชียซึ่งอยู่ในสังกัดขององค์การอนามัยโลกสาขาเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และสาขาแปซิฟิกตะวันตก ได้ส่งนักวิชาการและนักบริหารเข้าร่วมประชุมเกือบทุกประเทศ (ยกเว้นจีน) องค์ประชุมได้เน้นความ สำคัญ ความจำเป็นที่จะต้องริบระดมสรรพกำลังในการรณรงค์เพื่อการสาธารณสุขของประเทศ ให้แก่ งานกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรีย ในขณะที่เดียวกันปีนี้รัฐสภาของสหรัฐอเมริกาผู้ให้การช่วยเหลือทาง การเงินแก่ งานควบคุมโรคมาลาเรียในประเทศต่างๆ เกือบทั่วโลก ได้ลงมติให้ถือเป็นนโยบายของ สหรัฐอเมริกา ที่จะช่วยเหลือการรณรงค์ปราบไข้มาลาเรียแก่ประเทศที่ปฏิบัติการกำจัดกวาดล้างไข้ มาลาเรียเท่านั้น (สมทัศนีย์ มะลิกุล. 2543: 8-9) ซึ่งต่อมาส่งผลให้ไทยต้องปรับแผนงานด้านนี้ให้ สอดคล้องกับเงินช่วยเหลือจากสหรัฐอีกด้วย

นอกจากนี้การสรุปผลการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มแผนการควบคุมไข้มาลาเรียพบว่า จำนวนคนตายด้วยโรคมาลาเรีย ซึ่งเมื่อ พ.ศ. 2493 รวบรวมทั่วประเทศได้ 35,819 คน นั้น ได้ลดลงเหลือ 10,458 คน ใน พ.ศ.2500 หรือเป็นอัตรา 43.0 ต่อแสนประชากร สำหรับการพ่นสารเคมีดีดีทีที่ควบคุมไข้มาลาเรียได้ขยายพื้นที่ปฏิบัติการออกไปได้อย่างกว้างขวางตั้งแต่ พ.ศ. 2495 เป็นต้นมา จนมีอาณาบริเวณดำเนินงานทำการพ่นเคมีกำจัดแมลงในห้องที่ 62 จังหวัด มีจำนวนประชากรรวมได้ 11,968,667 คน ใน พ.ศ. 2500 (กระทรวงสาธารณสุข. 2510: 420-421)

โครงการเตรียมงานกำจัดไข้มาลาเรีย (พ.ศ. 2501-2507)

ใน พ.ศ. 2501 คณะรัฐมนตรีของไทยได้อนุมัติในหลักการตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอว่า การดำเนินงานเกี่ยวกับไข้มาลาเรียนั้น ควรเปลี่ยนเป้าหมายให้สอดคล้องกับมติขององค์การอนามัยโลก คือ มุ่งหมายจะกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรียให้หมดสิ้นไป เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2501 กองมาลาเรียจึงทำการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงบริหารงานควบคุมไข้มาลาเรีย ให้เป็นโครงการกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรีย (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 9)

รัฐบาลไทยได้เริ่มเปลี่ยนนโยบายจากการควบคุมไข้มาลาเรียมาเป็นการกำจัดไข้มาลาเรียใน พ.ศ. 2501 ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก แต่ยังมีได้ดำเนินการไปตามหลักการที่ถูกต้อง ต่อมาใน พ.ศ. 2504 ได้โอนการบริหารงานมาขึ้นตรงต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการปรับปรุงแผนงานและวิธีการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น แต่การปฏิบัติงานก็ยังไม่เป็นไปโดยครบถ้วนถูกต้อง เพราะขาดกำลังเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ และงบประมาณ (กระทรวงสาธารณสุข. 2510: 81)

การจัดองค์กรและรูปแบบของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียเริ่มเป็นรูปร่างขึ้นใน พ.ศ. 2504 ซึ่งในช่วงนั้นหัวหน้าทีปรึกษาขององค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐฯ (USOM) ได้เปลี่ยนจาก Dr. M.E. Griffith มาเป็น Mr. E.A. Smith (รับหน้าที่เมื่อ 3 กันยายน พ.ศ. 2503) กองควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้าง ได้ถูกย้ายไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และตั้งเป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ มีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร) เป็นผู้อำนวยการโครงการข้าราชการของกองในภูมิภาคโอนมาสังกัดส่วนกลางทั้งหมด เพื่อเริ่มขอรับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก โดยส่งนายแพทย์เมดาน แอล. บาเทีย (Dr. M.L. Bhatia) นักกีฏวิทยาเป็นหัวหน้าทีม และนายแพทย์เกรลด์ แอล. อาดาน (Gerald L. Adan) นักระบาดวิทยา มาเป็นที่ปรึกษาและร่วมเป็นคณะกรรมการวางแผนปฏิบัติงานโครงการ (Plan of Operations) เพื่อให้แผนปฏิบัติงานโครงการเป็นที่ยอมรับขององค์กรที่จะให้ความช่วยเหลือ คือ WHO และ USOM รัฐบาลได้ขอให้มีทีมประเมินอิสระมาประเมินโครงการในปี 2507 ซึ่งเห็นชอบกับ *แผนปฏิบัติงานของโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ (Plan of Operations National Malaria Eradication Project, Thailand)* ได้รับการลงนามตกลงเป็นข้อสัญญาระหว่างรัฐบาลไทย และองค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2508 โครงการมีระยะดำเนินงาน 8 ปี ตั้งแต่ปี 2508 ถึง 2515 โดยครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ ซึ่งคาดว่าเมื่อสิ้น พ.ศ. 2515 จะสามารถกำจัดไข้มาลาเรียในห้องที่ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 84 ของประเทศ ส่วนที่เหลือร้อยละ 16 ที่อาศัยอยู่ในชายแดนและห้องที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียสูง ยังคงต้องทำการควบคุมต่อไป(สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 31) แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เป้าหมายของโครงการกำจัดมาลาเรียต้องการเข้าไปจัดการกับประชากรทั่วทุกห้องที่ของประเทศไทยอย่างแท้จริง

ในช่วงระยะเตรียมงานกำจัดไข้มาลาเรียนี้ การดำเนินงานที่สำคัญควรกล่าวถึงคือ จัดทำแผนที่หมู่บ้าน (Geographical Reconnaissance) ทั่วประเทศในปี 2504 นับเป็นมาตรการที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้สามารถฟันคีมตามบ้านเรือนและกระท่อมได้ทั่วถึงมากที่สุด นอกจากนี้ยังได้เตรียมการฝึกอบรมพนักงานอนามัยหลักสูตรเร่งรัด 1 ปี พร้อมกันนั้น คณะรัฐมนตรีได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ” จำนวน 18 คน มีเลขาธิการสภาพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ เป็นประธาน และผู้อำนวยการโครงการกำจัดไข้มาลาเรียเป็นกรรมการและเลขานุการ และมีสำนักงานที่ทำการโครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติอย่างชัดเจน (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 9, 32)

ในส่วนของการทำแผนที่หมู่บ้านจากการศึกษาวิจัยของเก่งกิจ กิตติเรียงลาภ (2561: 133-134) พบว่าโครงการกำจัดมาลาเรียได้จัดทำแผนที่หมู่บ้านด้วยการสำรวจเดินเท้าไปในหมู่บ้านอย่างละเอียด และมีข้อมูลจำนวนประชากรในชุมชนอย่างละเอียด ส่งผลให้ข้อมูลจากโครงการทำแผนที่หมู่บ้านเมื่อนำมาเทียบกับแผนที่ภาพถ่ายทางอากาศนำมาใช้ได้ดี แม้จะไม่แม่นยำในพิกัดนัก ส่วนข้อมูลจำนวนประชากรในหมู่บ้านของทางการไทยเวลานั้นยังไม่แม่นยำจึงต้องอาศัยข้อมูลจากโครงการกำจัดมาลาเรียในการประมาณการเป็นสำคัญ ดังนั้นการทำแผนที่หมู่บ้านของโครงการมาลาเรียเลยมีความสำคัญมากกับการทำแผนที่ภาพถ่ายทางอากาศให้สมบูรณ์ โดยเฉพาะในภาคอีสานอันสัมพันธ์กันกับการรับมือกับภัยคอมมิวนิสต์โดยตรงที่สหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญอย่างมาก

ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าโครงการฉีดพ่นเคมีในชุมชนที่ต้องทำแผนที่และบัตรฉีดพ่นบ้านเรือนและการบันทึกการฉีดพ่นเอาไว้กับตัวบ้านเพื่อเฝ้าระวังนั้น ได้นำพาเทคโนโลยีแห่งการจัดการอำนาจของรัฐให้เข้าถึงชุมชนมาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1950-1960 ก่อนการให้กำเนิดหมู่บ้านจากการทำแผนที่อย่างละเอียดและแม่นยำทั่วประเทศจากภาพถ่ายทางอากาศสำเร็จ ซึ่งต่อมาแผนที่จากความช่วยเหลือของสหรัฐฯ นี้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างชาติให้เป็นรัฐประชาชาติสมัยใหม่อย่างแท้จริงขึ้นในทศวรรษ 1970 เสียอีก (เก่งกิจ กิตติเรียงลาภ. 2561: 138-140) ขณะเดียวกันโครงการความช่วยเหลือจากประเทศมหาอำนาจด้านการสาธารณสุขก็ได้นำเอาเทคโนโลยีทางการแพทย์ของรัฐเวชกรรมอย่างการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดยุงและการรักษามาลาเรียด้วยยาเคมีสมัยใหม่รุกคืบเข้าไปถึงห้องนอนชาวบ้านในชุมชนหมู่บ้านชนบทห่างไกล

โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย (พ.ศ. 2508-2515)

ในช่วงการดำเนินโครงการกำจัดไข้มาลาเรียปรากฏว่าการเข้าไปดำเนินในชุมชนเป็นไปอย่างกว้างขวาง โดยปรากฏว่าใน พ.ศ. 2508 ได้ทำการพ่น ดี.ดี.ที. 59 จังหวัด มีประชากรในท้องที่พ่นเคมี 22 ล้านคน (72.37 เปอร์เซ็นต์) จากประชากรทั้งประเทศ 30.4 ล้านคน คงเหลือเพียง 12 จังหวัดในภาคกลางที่ไม่ได้ทำการพ่นเคมี การพ่นเคมีในรอบแรกเริ่มเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน และพ่นเคมีรอบที่ 2 เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายนเนื่องจากภาวะไข้มาลาเรียในจังหวัดสมุทรสงครามและจังหวัดสิงห์บุรีมีสถานการณ์ไม่น่าไว้วางใจ ใน พ.ศ. 2509 จึงทำการพ่นเคมีทั้งสองจังหวัดนี้ด้วยทำให้มีจังหวัดที่ต้องพ่นเคมีเพิ่มเป็น 61 จังหวัด ซึ่งได้ทำการพ่นเคมีอยู่เพียงหนึ่งปี ต่อมาใน พ.ศ. 2510 โครงการกำจัดไข้มาลาเรียทำการพ่นเคมีครอบคลุมประชากร 23.2 ล้านคน หรือร้อยละ 71.1 ของประชากรทั้งหมด และเป็นจำนวนสูงที่สุดของโครงการฯ ในประเทศไทย การควบคุมมาลาเรีย ได้ขยายอาณาเขตออกไปกว้างขวางยิ่งขึ้น จนครอบคลุมประชากร 12 ล้านคน การค้นหาผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาได้เริ่มขึ้นในหลายท้องที่ และเริ่มใช้ยาซัลฟาไดออกซินร่วมกับไพริเมธาซีน ในขนาดรักษาให้หายขาดแก่ผู้ป่วยเชื้อฟัลซิพาริม (สมทศน์ มะลิกุล. 2543: 10) หรือไข้มาลาเรียแท้ในความรับรู้ของชาวบ้าน

เมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2512 จอมพลถนอม กิตติขจร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นได้ประกาศผลสำเร็จตามหลักจัดและป้องกันที่เกี่ยวข้องกับไข้มาลาเรียในแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรี มีใจความว่า

“...รัฐบาลนี้จะส่งเสริมการอนามัยของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยถือหลักจัดและป้องกันเป็นสำคัญ ดังเช่นที่ได้กระทำเป็นผลสำเร็จมาแล้วกับโรคหลายชนิด เช่น ไข้ทรพิษ กาฬโรค โรคคุดทะราด และไข้มาลาเรีย และดำเนินการป้องกันทุกวิถีทางมิให้โรคระบาดต่างๆ เกิดระบาดขึ้นได้” (นิพัทธ์ สระฉันทพงษ์. 2544: 161-162)

ทั้งนี้ พ.ศ. 2512 มีผลการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด กล่าวคือ มีการเจาะโลหิตได้สูงสุดถึง 5.45 ล้านราย และอัตราการพบเชื้อต่ำที่สุดในรอบ 8 ปี คือเพียงร้อยละ 2.40 ทำให้อัตราการตายด้วยไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคน ลดลงจาก 15.2 ใน พ.ศ. 2508 ที่เริ่มโครงการ เหลือเพียง 10.4 เป็นผลดีที่ทำให้ลดท้องที่พ่นเคมีในปีถัดไปได้มากเหลือเพียง 13.4 ล้านคน และเพิ่มท้องที่ปลอดจากไข้มาลาเรียเข้าสู่ระยะกวาดล้างเป็น 21.8 ล้านคน นับว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมากในช่วงเวลาถึงแผนงาน ทางองค์การบริหารวิเทศกิจฯ ได้เลิกส่งที่ปรึกษาชาวอเมริกันไปประจำตามศูนย์ฯ เขตต่างๆ และในที่สุดได้งดให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับเคมีภัณฑ์ ยานพาหนะ และทุนศึกษาดูงาน แต่ยังคงได้รับอุปกรณ์ต่างๆ จากงบประมาณของปีนี้ตามข้อตกลงให้ความช่วยเหลือ

การประกาศแผนกำจัดมาลาเรียทั่วโลกเมื่อปฏิบัติแล้วได้มีการทบทวนและปรับแผนกันใหม่อีกครั้งในปี 2512 จากการประชุมครั้งที่ 22 ของสมัชชาใหญ่องค์การอนามัยโลกมีมติให้ประเทศต่าง ๆ เปลี่ยนมาเป็นการควบคุมแทนการกำจัดสำหรับในท้องที่มีปัญหา ซึ่งสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวที่พบในประเทศไทยเองด้วยก็คือไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อได้โดยเด็ดขาดในหลายท้องที่ อันเนื่องมาจากปัญหาทางวิชาการและการบริหารจัดการ การพบผู้ป่วยมาลาเรียจำนวนมากเกินเกณฑ์ที่กำหนดในท้องที่ที่ทำการกำจัด ทำให้ไม่สามารถทำการกำจัดได้ครบถ้วนสมบูรณ์แบบ

นับตั้งแต่ปี 2514 ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ยุติให้การช่วยเหลือประเทศไทยในการจัดการมาลาเรียหลังจากได้ให้มาเป็นระยะเวลารวม 20 ปี สิ้นเงินไปประมาณ 20.72 ล้านดอลลาร์ หรือ 420 ล้านบาท และทางรัฐบาลไทยได้ออกเงินสมทบอีกประมาณ 630 ล้านบาทด้วยเช่นกัน แต่เมื่อมีปัญหาทางวิชาการ เช่น เชื้อมาลาเรียดื้อยา การเคลื่อนย้ายและบุกเบิกพื้นที่ทำกินและอาศัยของชาวบ้าน การปรับเปลี่ยนนิสัยของยุงพาหะ ประสิทธิภาพของเคมีกำจัดแมลงต่อการยับยั้งการแพร่เชื้อของยุงพาหะ องค์การความช่วยเหลือแห่งสหรัฐฯ (USAID) จึงเปลี่ยนให้เป็นความช่วยเหลือทางศึกษาวิจัยแทน โดยทำเป็นโครงการ TMORU (Thai Malaria Operation Research Unit) ทำการศึกษาร่วมกับไทยแทน (สมทัศน์ มะลิกุล. 2543: 33-34)

ในปีถัดมาโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย ได้ดำเนินงานต่อไปด้วยงบประมาณแผ่นดินเพียงอย่างเดียวพร้อมกันนี้ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการขึ้นใหม่เป็นแผน 5 ปี (2514 - 2519) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาทางวิชาการและการบริหาร โดยมีหลักการว่าการกำจัดไข้มาลาเรียยังเป็นเป้าหมายอยู่แต่ไม่กำหนดระยะเวลาสิ้นสุด สำหรับท้องที่ที่ได้รับความสำเร็จจากผลการดำเนินงานกำจัดก็ได้รับการดูแลรักษาให้ดีเพื่อป้องกันการกลับมาแพร่หลายของไข้มาลาเรียอีก ส่วนท้องที่ป่าเขาและท้องที่บุกเบิกตามแกนกลางและชายแดนของประเทศให้ดำเนินการควบคุมไปก่อนเป็นโครงการระยะยาว

บทวิเคราะห์เรื่องการเมืองของความช่วยเหลือ

ทั้งนี้ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 บทบาทของสหรัฐอเมริกาที่ส่งผลต่อการเมืองไทยและมีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายทางการเมืองและเศรษฐกิจไทยอย่างมากรั้น กุลดา เกษบุญชู มีต์ ได้สร้างคำอธิบายกระแสทวนขึ้นมาท้าทายการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกาที่มีมาก่อนหน้านี้ที่มองตามแนวทางสังคมนิยมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างรัฐต่อรัฐ (ตามนัยยะทฤษฎีคือเท่าเทียมกัน) โดยเปลี่ยนมามองตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากเอกสารชั้นต้นคือบันทึกทางการทูตของสหรัฐอเมริกาแล้วพบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างไทยและสหรัฐอเมริกาดังอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศมหาอำนาจในฐานะศูนย์กลางทุนนิยมโลกกับประเทศชายขอบอย่างรัฐไทย ซึ่งถูกกำหนดให้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่สหรัฐอเมริกาต้องการขยายระบบทุนนิยมมายังประเทศไทยและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติและตลาดระบายสินค้าที่สำคัญแก่ญี่ปุ่นที่สหรัฐอเมริกาเข้าไปกำหนดแผนพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตอยู่ และนโยบายต่อต้านคอมมิวนิสต์ของสหรัฐอเมริกาที่ไทยกลายเป็นส่วนหนึ่งของความสำคัญทางยุทธศาสตร์ขึ้นมาตามทฤษฎีโดมิโน ซึ่งนโยบายของสหรัฐอเมริกาส่งผลต่อรัฐไทย 2 ประการสำคัญคือ การเผยแพร่แนวคิดเรื่อง "การพัฒนาเศรษฐกิจ" โดยการกำหนดให้ไทยปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจให้สอดคล้องกับการเข้ามาลงทุนของต่างชาติ และการจัดการกับภัยคุกคามคอมมิวนิสต์ซึ่งไทยถูกกำหนดให้เป็นฐานปฏิบัติการเพื่อความมั่นคงของภูมิภาค (กุลดา เกษบุญชู มีต์. 2550: 1-3)

ในขณะที่งานศึกษาของณัฐพล ใจจริงได้ไปสู่ข้อเสนอให้พิจารณายุค 2490 ใหม่ถึงการเข้ามา มีบทบาทของพลังทางการเมืองสำคัญของสหรัฐอเมริกาควบคู่กันไปกับพลังจากภายในสังคมไทยที่สำคัญยิ่งคือ "กลุ่มรอยัลลิสต์" ซึ่งมีผลไม่เฉพาะการเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์การเมืองไทยในยุคทศวรรษ 2490 เท่านั้น แต่ได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับประวัติศาสตร์การเมืองไทยสมัยใหม่หลัง พ.ศ. 2475 จนถึงปัจจุบันได้ชัดเจนขึ้นด้วย การพิจารณาบทบาทของสหรัฐอเมริกาและกลุ่มรอยัลลิสต์ในช่วงทศวรรษ 2490 แล้วพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2493 หลังการลงนามในสัญญาความตกลง 3 ฉบับรวมทั้งสัญญาการช่วยเหลือทางการทหารได้ทำให้รัฐไทยเข้าสู่ "ภาวะกึ่งอาณานิคมของสหรัฐฯ" ที่การดำเนินงานของรัฐไทยอยู่ภายใต้อิทธิพลและการเห็นชอบของสหรัฐอเมริกา รวมทั้งการเข้ามามีส่วนสนับสนุนกลุ่มพลังอำนาจทางการเมืองกลุ่มรอยัลลิสต์ให้กลายเป็นพันธมิตรสำคัญร่วมกับกลุ่มทหารจนกลายเป็น "ไตรภาคี" ซึ่งได้ทำรัฐประหาร 16 กันยายน พ.ศ. 2500 ได้รับความช่วยเหลือและดำรงอยู่ในอำนาจการเมืองไทยอย่างยาวนานมากกว่าสองทศวรรษต่อมา (ณัฐพล ใจจริง. 2552) และส่งผลต่อการดำเนินนโยบายภายในรัฐไทยอย่างสูงในทุกด้าน

ทั้งรัฐบาลไทยและสหรัฐอเมริกาต่างก็เห็นชอบร่วมกันว่าโครงการพัฒนาชนบททั้งหลายมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การให้ประชาชนเห็นว่ารัฐบาลให้ความสำคัญและใส่ใจในความเป็นอยู่ของราษฎร และปรารถนาจะให้ประชาชนในชนบทอยู่ดีกินดีมีสุขภาพอนามัยที่ดี การดำเนินงานสาธารณสุขในชนบทจากความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกานั้น มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการแทรกซึมและต่อต้านการขยายตัวของขบวนการคอมมิวนิสต์ในชนบททางไกลของไทยอย่างสำคัญ ซึ่งรัฐไทยได้ใช้การบริหารงานสาธารณสุขเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความนิยมในหมู่ประชาชน และใช้เป็นเครื่องมือต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ (วิวรรณ เอกกรินทรากุล. 2547) ซึ่งวิธีการสำคัญคือยกระดับคุณภาพชีวิตของชาวบ้านในชนบทให้ดีขึ้น เพื่อไม่ให้ตกเป็นเครื่องมือของฝ่ายคอมมิวนิสต์

ในนิตยสารเสรีภาพที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์โฆษณาชวนเชื่อของรัฐบาลอเมริกันในยุคสงครามเย็น ได้ยกเอาโครงการควบคุมและกำจัดไข้มาลาเรียมาเป็นกรณีสำคัญที่แสดงถึงความสำเร็จของความช่วยเหลือที่ทะลุทะลวงไปสู่ชนบท ด้วยการนำเสนอว่าเพื่อต้องการปราบปรามโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของชาวบ้านและเพื่อความสุขสบายกายมีอนามัยที่ดีของชาวบ้านในทุกแห่งของเมืองไทย ภาพที่นำเสนอจึงมีทั้งการบรรทุกถังพ่น ดี.ดี.ที. ขึ้นไปบนหลังช้างบุกป่าฝ่าดงไปฉีดให้ประชาชน ดังภาพที่ 1 (เสรีภาพ. 2500 (13): 28) หรือภาพการเดินทางไปทางเรือ (เสรีภาพ. 2500 (15) : 9) และการเดินทางโดยรถจี๊ปมีถังสารเคมีไปด้วยและภาพการทำงานฉีดพ่นเคมีตามบ้านของเจ้าหน้าที่ด้วย เหล่านี้คือสื่อชวนเชื่อทางการเมืองที่จะนำเสนอเพื่อแย่งชิงมวลชนในสังคมไทยเองโดยแท้จริง



ภาพที่ 1: ถังพ่น ดีดีที บรรทุกบนหลังช้างบุกป่าฝ่าดงไปยังหมู่บ้านห่างไกลเพื่อฉีดสารเคมีปราบยุง
ในโครงการควบคุมมาลาเรีย
ที่มา: เสรีภาพ. (2500). (13: 28)

สรุป: บริบทสงครามเย็นกับการขยายตัวของรัฐเวชกรรมถึงพื้นที่ทุกถนในดินแดนไทย

เป้าหมายสำคัญของโครงการขยายอำนาจรัฐเวชกรรมของรัฐประชาชาติไทยหลังการปฏิวัติ 2475 นั้น มีจินตนาการในการสร้างรัฐเวชกรรมที่รัฐมีหน้าที่ให้ความเอื้อเพื่อสอดส่องดูแลร่างกายพลเมืองให้เข้มแข็งมีอรรถประโยชน์ในการผลิตและการดำรงชีวิตอย่างสมเหตุสมผลตามแบบสังคมนิยมใหม่ ด้วยการขยายโรงพยาบาลและสถาบันทางการแพทย์เป็นแขนขาของอำนาจสอดส่องไปดูแลทุกพื้นที่และทุกคนในสังคมผ่านการจัดตั้งโรงพยาบาลทุกจังหวัด อำเภอและสถานีอนามัยในทุกตำบลที่สำเร็จลงในทศวรรษ 2510 และต่อมาความสำเร็จสำคัญของรัฐเวชกรรมที่เอื้อไปถึงชาวบ้านทุกหมู่บ้านนั้น ได้แสดงผ่านโครงการสาธารณสุขมูลฐานในต้นทศวรรษ 2520 ที่วิศศักดิ์ เผือกสม (2550: 249) เห็นว่าชาวบ้านที่เข้ามาเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ที่มีทุกหมู่บ้านเป็นกองกำลังตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่และอุดมการณ์ความเป็นรัฐเวชกรรมสำหรับออกไปตั้งสอดส่องแทรกซึมในชุมชนหมู่บ้านทุกแห่งทั่วประเทศอย่างเบ็ดเสร็จเป็นครั้งแรก

แต่การเอื้อมมือไปถึงพลเมืองไทยทุกชุมชนทะเลาะลงไปถึงในบ้านและถึงห้องนอนนั้น ได้ปฏิบัติการณ์การจัดการด้านการแพทย์เชิงป้องกันและรักษามาก่อนแล้วอย่างเข้มข้นทั่วประเทศผ่านโครงการควบคุม/กำจัดมาลาเรียในทศวรรษ 2490 และ 2500 เป็นต้นมา ผ่านปฏิบัติการฉีดพ่น ดี.ดี.ที. ในกลางวันและเจาะเลือดตรวจเชื้อมาลาเรียเพื่อจ่ายยารักษาที่ต้องทำในตอนกลางคืนทุกหมู่บ้านแม้จะห่างไกลทั่วประเทศนั้น นับได้ว่าเป็นการนำเสนอความเอื้อเฟื้อปรานีของรัฐเวชกรรมไทยเข้าไปถึงพลเมืองทั่วหัวระแหงมาก่อนแล้ว เทคนิควิธีการต้องฉีดพ่นสารเคมีซ้ำทุกปีและการเฝ้าระวังด้วยการทำแผนที่ข้อมูลหมู่บ้าน และบัตรประจำครัวเรือนเพื่อบันทึกการฉีดพ่นที่จารึกเป็นรหัสเอาไว้ที่ตัวเรือนราษฎรนั้น ถือเป็นการจับยึดให้บ้านเรือนที่เป็นวัตถุสภาพของครอบครัวและร่างกายพลเมืองมาเป็นเป้าหมายของการสอดส่องของรัฐเวชกรรมสมัยใหม่อย่างถึงแก่นมาแล้ว ในแง่นี้แล้วบทความนี้ต้องการเสนอข้อถกเถียงว่าการขยายตัวของรัฐเวชกรรมไทยไปทั่วประเทศนั้นได้เกิดขึ้นมาแล้วในยุคสงครามเย็นผ่านโครงการควบคุมมาลาเรียที่ได้ควบคุมพลเมืองไทยทุกอณูของสังคมไปพร้อมกันด้วยแล้วก่อนหน้าโครงการสาธารณสุขมูลฐานกว่าทศวรรษ

กลไกของรัฐเวชกรรมนั้นอาศัยการขยายตัวของความรู้จากสถาบันของรัฐเพื่อใช้เป็นเครื่องมือปกครองที่อาศัยการนำของปฏิบัติการหรือการนำทางให้ตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นการจัดการให้ผู้อื่นกระทำการอย่างมีเสรีภาพในขอบเขตที่กำหนดไว้ นี่คือนิยามความหมายของ “การปกครองชีวญาณ (governmentality)” ที่นำเสนอโดยมิเชล ฟูโกต์ ในทศวรรษ 1970 ว่าการปกครองของรัฐสมัยใหม่ไม่ใช่แค่การใช้อำนาจในการปกครองคนและดินแดน แต่ความสำคัญของรัฐในการแสดงให้ปรากฏผ่านการใช้ยุทธวิธีของ “การปกครอง” ที่มีรากฐานจากสถาบัน ความรู้ การวิเคราะห์และการคำนวณเพื่อจะจัดการประชาชน สิ่งของและเหตุการณ์โดยรวม เป็นการจัดการและการจัดระเบียบวินัยทางสังคมโดยใช้ยุทธศาสตร์และยุทธวิธีอย่างซับซ้อน โดยอาศัยการแทรกแซงประชากรโดยรวมผ่านวิธีการวิเคราะห์สถิติต่างๆ เช่น จำนวนประชากร การแต่งงาน การคลอด อายูขัยเฉลี่ย ความเจ็บป่วย อัตราการตาย เป็นต้น ซึ่งประกอบเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อกำหนดนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์และการสาธารณสุข อันเป็นหัวใจสำคัญของการปกครองชีวญาณของแต่ละรัฐ (ซีเกฮาร์ ทานาเบ. 2551: 57-61) ในกรณีของโครงการควบคุมกำจัดมาลาเรียของรัฐไทยที่อาศัยความรู้ทางการแพทย์สาธารณสุขแพร่ขยายเข้าไปสู่การรับรู้และยอมรับของชาวบ้านในการต้องกำจัดและป้องกันมาลาเรียตามความรู้ที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญผ่านความช่วยเหลือระหว่างประเทศจากมหาอำนาจโลกเสรีได้สนับสนุนให้รัฐไทยสามารถขยายอำนาจการปกครองชีวญาณเข้าไปถึงชุมชนห่างไกลได้สำเร็จอย่างเด็ดขาด ขณะเดียวกันก็เป็นกระบอกเสียงถ่ายทอดอุดมการณ์โลกเสรีเพื่อเบียดขับอุดมการณ์ฝ่ายซ้ายที่ปฏิบัติการแย่งชิงมวลชนในพื้นที่ที่อำนาจรัฐค่อนข้างอ่อนจางจากความเป็นส่วนหนึ่งของรัฐชาติไทยให้ปรากฏชัดเจนขึ้นในสำนึกของชาวบ้าน ที่สำเนียงต่อบุคคลที่เอื้อเฟื้อของรัฐไปพร้อมๆ กับองค์การเหนือรัฐและประเทศที่ให้ความช่วยเหลือนั้น

กล่าวถึงที่สุดแล้วโครงการควบคุมและกำจัดมาลาเรียที่แสดงให้เห็นผ่านปฏิบัติการและผลสำเร็จที่บรรยายให้เห็นมาก่อนหน้านั้น อาจวิเคราะห์ได้ว่าเทคโนโลยีแห่งอำนาจของรัฐผ่านแนวคิดรัฐเวชกรรมด้วยวิธีการปกครองชีวญาณนั้นได้สถาปนาความรู้เกี่ยวกับรัฐประชาชาติสมัยใหม่ให้ปรากฏเป็นรูปเป็นร่างที่เริ่มกระจ่างชัดขึ้นแล้วในจินตนาการของผู้ปกครองในดินแดนเกือบทั่วทั้งประเทศในทศวรรษ 2490-2510 ทั้งยังเป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงสำคัญสำหรับโครงการสร้างรัฐประชาชาติให้ปรากฏขึ้นอย่างกระจ่างชัดและแน่นหนาในการปกครองด้วยการสร้างภาพตัวแทนความเป็นรัฐไทยขึ้นนั่นคือ

การสร้างแผนที่ขึ้นให้ปรากฏขึ้นในแผ่นกระดาษ ให้กลายเป็นสิ่งที่จินตนาการได้ร่วมกันเป็นครั้งแรกของประเทศไทยในคริสต์ทศวรรษ 1970 (ราวทศวรรษ 2510) และหมู่บ้านชนบทที่เดิมถูกนำเสนอผ่านเรื่องเล่าให้จินตนาการกันเอาเอง แต่ด้วยการสนับสนุนของเทคโนโลยีการถ่ายภาพและการทำแผนที่จากสหรัฐอเมริกาในช่วงสงครามเย็น หมู่บ้านชนบทกลายเป็นตัวต้นในสำนักคิดเกี่ยวกับความเป็นชาติและความเป็นอื่นของหมู่บ้านในชนบทถูกวาดและจินตนาการผ่านแผนที่และภาพถ่ายจนกลายเป็นรัฐสมัยใหม่ที่รับรู้กัน (แก๊งกิจ กิตติเรียงลาภ. 2561: 144)

ในแง่การดำเนินโครงการมาลาเรียด้วยเทคโนโลยีการแพทย์อันทันสมัยที่ไปถึงหมู่บ้านและการเก็บข้อมูลที่ยาวนานของโครงการมาลาเรีย ต่างก็เป็นโครงการจัดการทางอำนาจของรัฐในสงครามเย็นไม่ต่างจากการทำแผนที่จากภาพถ่ายทางอากาศที่มาจากมหาอำนาจ แต่ที่สำคัญโครงการควบคุมกำจัดมาลาเรียจากความช่วยเหลือระหว่างประเทศที่นำพาถึงฉีดยาและสารเคมี ดี.ดี.ที. และเทคนิคการจัดการยุงและยารักษาความเจ็บป่วยของชาวบ้านคือความเป็นจริงทางการเมืองที่ฉีกเอาสัญลักษณ์ทางอำนาจของการปกครองชีวญาณของรัฐไทยให้สามารถทะลุทะลวงถึงหมู่บ้านในชนบทอันห่างไกลเป็นครั้งแรกก่อนจะมีแผนที่ภาพถ่ายทางอากาศสร้างแผนที่ขึ้นได้เสียอีก ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเดียวกันคือการสร้างความรู้เพื่อการครอบงำทางอำนาจทั้งในระดับชาติและระดับโลก

เอกสารอ้างอิง

เอกสารชิ้นต้นยังไม่ได้ตีพิมพ์.

- สจช. กต. 44.13/9. บัญชีรายชื่อข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ขออนุมัติให้รับทุนการศึกษาขององค์การบริการร่วมมือกับต่างประเทศ.
- สจช. (2)สร 0201.27.1/13. เรื่อง ทำสัญญากับองค์การอนามัยโลกในเรื่องขอคณะผู้เชี่ยวชาญเข้ามาลาเรีย.
- สจช. (2)สร 0201.27.1/20. เรื่อง การปราบไข้มาลาเรียและวิเคราะห์ดินในนิคมสร้างตนเองพระพุทธรบาทจังหวัดสระบุรี.
- สจช. (2)สร 0201.27.1/21. สถิติการควบคุมไข้มาลาเรียโดยการฟัน ดี.ดี.ที. (ปี 2493 - 2496) นิคมสร้างตนเองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี.

เอกสารตีพิมพ์

- กระทรวงสาธารณสุข. (2505). **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ. 2485-2505**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเซชม.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2510). **อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 25 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2510**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2525). **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 40 ปี พ.ศ. 2485-2525**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2530). **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 45 ปี พ.ศ. 2485-2530**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลลดา เกษบุญชู มีดี. (2550). **การเมืองไทยในยุคสฤษดิ์-ถนอมภายใต้โครงสร้างอำนาจโลก**. งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากทุนปรีดี พนมยงค์ มูลนิธิ 50 ปี ธนาคารแห่งประเทศไทย. ฉบับอัดสำเนา.

- แก่งกิจ กิตติเรียงลาภ. (2561) **แผนที่สร้างชาติ. : รัฐประชาชาติกับการทำแผนที่หมู่บ้านไทยในยุคสงครามเย็น.** กรุงเทพฯ: Illuminations.
- ชិเกฮารุ ทานาเบ. (2551). **ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย.** กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- ชาติชาย มุกสง. (2546). **วาทกรรมทางการเมืองกับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487).** เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชาติชาย มุกสง. (2556). **“รัฐ โภชนาการใหม่กับการเปลี่ยนแปลงวิถีการกินในสังคมไทย พ.ศ. 2482-2517”.** วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาติชาย มุกสง วัลัญญา เพ็ชรคง ทนง บุญมาสู่ วัฒนา กิริติชาญเดชา ปิยวัฒน์ สีแดงสุก ปกรณ์เกียรติ ติโรจนวานิช และธัญญพร มากคง. (2560). **ประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของโรคมะเร็งใน ประเทศไทย.** ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐพล ใจจริง. (2552). **การเมืองไทยสมัยรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามภายใต้ระเบียบโลกของสหรัฐอเมริกา (พ.ศ. 2491-2500).** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฉบับอัดสำเนา.
- ธันวา วงศ์เสงี่ยม. (2553). **“รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500”.** วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ศึกษาค้นคว้าเพื่อเอกสาร. (2550). **เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพัทธ์ สระฉันทพงษ์. (2544). **เอกสารรายงานรัฐสภา รวมคำแถลงนโยบายของรัฐบาลตั้งแต่คณะแรกจนถึงคณะปัจจุบัน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). **บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475).** วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2485). เล่ม 59 ตอนที่ 52, วันที่ 4 สิงหาคม 2485
- วิวรรธน์ เอกรินทรากุล. (2547). **การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520.** วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ ภาควิชาประวัติศาสตร์ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฉบับอัดสำเนา.
- สมศักดิ์ มะลิกุล. (2543). **มาลาเรียวิทยา 2542.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สมาคมมาลาเรียแห่งประเทศไทย.
- เสรีภาพ. (2500). (13).
- เสรีภาพ. (2500). (15).
- อายุรกิจโกศล, หลวง. **อนุสรณ์ในงานพระราชทานเพลิงศพ นายแพทย์หลวงอายุรกิจโกศล (กิม ภมรประวัติ).** ณ สุสานหลวง วัดเทพศิรินทราวาส วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2511.
- อุกฤษฏ์ ปัทมานันท์. (2526). **สหรัฐอเมริกากับนโยบายเศรษฐกิจไทย ค.ศ. 1960-1970.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ฉบับอัดสำเนา.