

COVID-19

มหันตภัยร้ายเขย่าโลก



มรรค หนึ่งใน อริยสัจสี่

ซึ่งเป็นหนึ่งใน “หัวใจพุทธศาสนา”

ประกอบด้วย ๑. **สัมมาทิฐิ** เห็นชอบ ๒. **สัมมาสังกัปปะ** คำริชอบ

๓. **สัมมาวาจา** เจรจาชอบ ๔. **สัมมากัมมันตะ** ทำการชอบ

๕. **สัมมาอาชีวะ** เลี้ยงชีพชอบ ๖. **สัมมาวายามะ** เพียรชอบ

๗. **สัมมาสติ** ระลึกรชอบ ๘. **สัมมาสมาธิ** ตั้งจิตมั่นชอบ¹

พึงสังเกตว่า มรรคมรรค ๘ นี้ เริ่มต้นที่ สัมมาทิฐิ ความเห็นชอบ เพราะเป็นจุดตั้งต้นอันสำคัญ การใดๆ ถ้าทิฐิ (บาลี) หรือ ทฤษฎี (สันสกฤต) ไม่ถูกต้องแล้ว ก็มักเดินหน้าไปสู่ความผิดพลาด ล้มเหลว และสร้างปัญหาต่างๆ ตามมาได้มาก

กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็น “เรื่องเด่น” “เรื่องดัง” ไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยตลอดปี พ.ศ. 2563 ก็เป็นตัวอย่งที่ดีของสังคมข้อนี้ ดังตัวอย่างที่ชัดเจน คือ สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่เจริญก้าวหน้ามากที่สุด ทั้งทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นวัตกรรม และเศรษฐกิจ แต่กลับกลายเป็นประเทศที่โรคแพร่ระบาดรุนแรง จนมีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด และเสียชีวิตมากที่สุด ก็เพราะมีผู้นำที่มีมิฉฉาหิฐิ และเดินหน้าแก้ปัญหาคด้วยนโยบายที่เป็นมิฉฉาหิฐิ ขณะที่ประเทศไทย ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจยังคง “ติดกับดัก รายได้ปานกลาง” และการเมืองการปกครองของประเทศยังคงตกอยู่ในวังวนแห่ง “วงจรอุบาทว์” (vicious cycle) สลับไปมาระหว่างระบอบเผด็จการกับประชาธิปไตยสามัญ แต่เราก็สามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในรอบที่หนึ่งได้ดีจนเป็นที่ยอมรับและยกย่องอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะจากผู้อำนวยกาหิฐิ องค์กรอนามัยโลก และแม้การเมืองการปกครองจะอ่อนแอและเศรษฐกิจไม่เข้มแข็ง แต่เราสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบรุนแรงของโควิด-19 ได้อยู่ในอันดับต้นๆ ของโลก จนเกือบตลอดปี พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม ใค้ติความอ่อนแอของระบบการเมืองการปกครองก็ทำให้เกิดการระบาครอบใหม่ขึ้นตอนช่วงปลายปี



สถานการณ์การระบาด

1.1

จากจุดเริ่มต้นถึง

ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก

แม้จะยังไม่มืข้อพิสูจน์แน่ชัดเรื่องจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดของโรคนี้ และมีข่าวเท็จ-ข่าวลวง (fake news) มากมาย แต่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงวิชาการว่า จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของโรคนี้อยู่ที่นครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน นครซึ่งมีประชากรราว 11 ล้านคน โดยมีลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญ ดังนี้²

31
ธ.ค.
2562

จีน

แถลงอย่างเป็นทางการ
และรายงานการเกิด
การระบาดของ
โรคปอดอักเสบรุนแรง
ที่ยังไม่ทราบสาเหตุ
ต่อองค์การอนามัยโลก

ม.ค.
2563

12

4
องค์การ
อนามัยโลก

เริ่มส่งข้อความ
ผ่านทวิตเตอร์ว่า
มีการระบาด
ของปอดอักเสบ
ที่เมืองอู่ฮั่น

องค์การอนามัยโลก
แถลงยืนยันการเกิด

โรคติดเชื้อ
อุบัติใหม่
(Emerging
Infectious
Disease)

21

องค์การอนามัยโลก
ยืนยันว่า

โรคนี้อาจ
ติดต่อจาก
คนสู่คน

18 ○ ประเทศไทยยืนยัน
การพบผู้ป่วยรายที่ 2
จากประเทศจีน

16 ○ ญี่ปุ่นรายงานการพบ
ผู้ติดเชื้อรายแรก
เป็นนักท่องเที่ยว
ชาวจีนวัย 30 ปี

13 ○ ประเทศไทยรายงาน
ผู้ป่วยรายแรกของโลกที่พบ
นอกประเทศจีน เป็นนักท่องเที่ยว
เที่ยวจากจีนเพศหญิงอายุ 61 ปี
ซึ่งเดินทางมาจากอู่ฮั่นตั้งแต่วันที่ 8 ม.ค. 63

17
สหรัฐอเมริกาเริ่ม
มาตรการตรวจผู้โดยสาร
จากนครอู่ฮั่นใน
สนามบินสำคัญ 3 แห่ง

20
เกาหลีใต้
รายงานยืนยัน
พบผู้ป่วยรายแรก
เป็นคนจีน
ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ตลาดค้าส่งอาหาร
ทะเลหัวหนาน
ถือว่าเป็นการแพร่เชื้อ
จากคนสู่คน

27 ○ กัมพูชา เยอรมนี ศรีลังกา ยินยัน
พบผู้ติดเชื้อรายแรกของประเทศ

25 ○

- มาเลเซียประกาศผู้ติดเชื้อยืนยัน 4 คนแรก
- ออสเตรเลียพบผู้ติดเชื้อ 3 คนแรก
- ฝรั่งเศสพบผู้ติดเชื้อ 3 คนแรก
- แคนาดาพบผู้ติดเชื้อคนแรก

เป็นการยืนยันแพร่ระบาดไปอีก 2 ทวีป
คือ ยุโรป และ ออสเตรเลีย

24 ○

- ญี่ปุ่นและสหรัฐฯ รายงานยืนยัน
พบผู้ติดเชื้อรายที่ 2 ในประเทศของตน
- เนปาลยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายแรก
- จีนยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 444 คน
ทำให้ยอดผู้ติดเชื้อเพิ่มเป็น 1,287 คน ใน
จำนวนนี้ 237 คน อาการสาหัสและเสียชีวิต
รวม 41 คน

23 ○ สิงคโปร์รายงานพบผู้ป่วย
รายแรกจากจีน เวียดนามรายงานพบ
ผู้ป่วย 2 ราย จากจีน

○ 31
สหราชอาณาจักร
รัสเซีย สวีเดน และสเปน
ยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายแรก
ของประเทศ

○ 29

- พบครอบครัวผู้ติดเชื้อ 4 คน
เข้าไปในสหรัฐอเมริกา
เอมิเรตส์
- ฟินแลนด์พบผู้ติดเชื้อ
รายแรก

จำนวนผู้ติดเชื้อในจีน
เพิ่มเป็น 7,711 คน ทั่วโลก
พบผู้ติดเชื้อรวม 7,816 คน
เสียชีวิต 170 คน

มี.ค.

27
ทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส
ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก
เดินทางไปกรุงปักกิ่งพบปะหารือ
กับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่ระดับสูงของจีน

28

ผู้อำนวยการใหญ่
องค์การอนามัยโลก
พบปะหารือกับ
ประธานาธิบดีสีจิ้นผิง
ของจีน

29

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก
ตัดสินใจเรียกประชุมคณะกรรมการกำกับ
ดูแลสุขภาพระหว่างประเทศ
ในภาวะฉุกเฉินในวันรุ่งขึ้น

30

องค์การอนามัยโลกประกาศ
**ภาวะฉุกเฉิน
ด้านสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ**
(Public Health
Emergency of
International
Concern: PHEIC)

31

สหรัฐฯ ประกาศให้
การระบาดของโรคนี้เป็น
สถานการณ์ฉุกเฉิน
ทางสาธารณสุข

11

องค์การ
อนามัยโลกประกาศ
“ภาวะระบาดใหญ่
ทั่วโลก (Pandemic)”

1.2

จุดเริ่มต้นของ การระบาดในจีน

การเริ่มต้นการระบาดของโรคนี้นั้นในจีนเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็ว และมีการดำเนินการต่างๆ ได้ค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีลำดับเหตุการณ์สำคัญ ดังนี้

11 ○ นักวิทยาศาสตร์จีนสามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เป็นต้นเหตุของโรคอุบัติใหม่นี้ โดยตั้งชื่อว่า 2019-nCoV (2019-novel Coronavirus) เผยแพร่ในธนาคารรหัสพันธุกรรมโลก

ธ.ค.

2562

ผู้ป่วยรายแรกที่มีอาการปอดบวมรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบผู้ป่วยอาการรุนแรงคล้ายกันเพิ่มมากขึ้นผิดสังเกตเข้าตามนิยามของการระบาด (Outbreak) ของโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง จึงมีการแถลงอย่างเป็นทางการและรายงานอย่างเป็นทางการต่อองค์การอนามัยโลก เมื่อ 31 ธ.ค. 62

8

ม.ค.

2563

7

จีนประกาศว่าเชื้อต้นเหตุของโรคระบาดใหญ่เป็น

เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (novel Coronavirus)

ความรวดเร็วของการระบุเชื้อไวรัสต้นเหตุของโรคเกิดจากหลังประสบการณ์เรื่องโรคซาร์ส จีนได้มีการพัฒนาศักยภาพทางด้านไวรัสวิทยาอย่างมาก โดยยกระดับห้องปฏิบัติการให้มีระบบชีวนิรักษาระดับ 4 (Biosafety Level 4: BSL4) ซึ่งเป็นระดับสูงสุด

23

จีนประกาศปิด (Shut down) นครอู่ฮั่น ตั้งแต่เวลา 10.00 น.

- เริ่มสร้างโรงพยาบาลขนาด 1,000 เตียง เพื่อรับมือผู้ป่วย เสร็จใน 10 วัน 4 วันต่อมา สร้างเพิ่มอีก 1 แห่ง ขนาด 1,600 เตียง เสร็จใน 12 วัน
- ระดมความช่วยเหลือทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อการดูแลและควบคุมป้องกันโรค อาหารเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ เข้าสู่นครอู่ฮั่น (จีนมีประสบการณ์ ด้รับการระบาดของโรคซาร์สเมื่อ พ.ศ. 2545 ได้สร้างโรงพยาบาลสนามขนาด 1,000 เตียง ขึ้นที่กรุงปักกิ่งเพื่อรองรับสถานการณ์ แต่ครั้งนั้นการระบาด สงบลงในเวลาประมาณ 8 เดือน และคนไข้ไม่เต็มโรงพยาบาลสนาม)
- แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในโรงพยาบาล สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) 2 ชั้น และเข้าเวรปฏิบัติการช่วงละ 6 ชั่วโมงติดต่อกัน (แทนการทำงานปกติเวรละ 8 ชั่วโมง โดยตลอดช่วง 6 ชั่วโมง ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร-น้ำ และการเข้าห้องน้ำ เพื่อประสิทธิภาพ การทำงาน และลดความเสี่ยงในการติดเชื้ขณะถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล) ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างเข้มงวด³

24

จีนประกาศปิดเมืองเพิ่มเติมเป็น 13 เมือง มีประชากรที่ได้รับผลกระทบ 41 ล้านคน

ก.พ.

องค์การอนามัยโลกประกาศอย่างเป็นทางการ

เรียกชื่อโรคว่า
Coronavirus Disease-2019
(โรคไวรัสโคโรนา-2019)
ชื่อย่อว่า **COVID-19**
(โควิด-19)

หมายความว่า เป็นโรคจากเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งอุบัติขึ้นในปี ค.ศ.2019 และเรียกชื่อเชื้อก่อโรคว่า SARS-Coronavirus-2 ชื่อย่อคือ SARS-CoV-2 (ซาร์ส-โควี-2) หมายความว่าไวรัสโคโรนาตัวที่ 2 ซึ่งมีลักษณะคล้ายไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส

12

เม.ย.

8

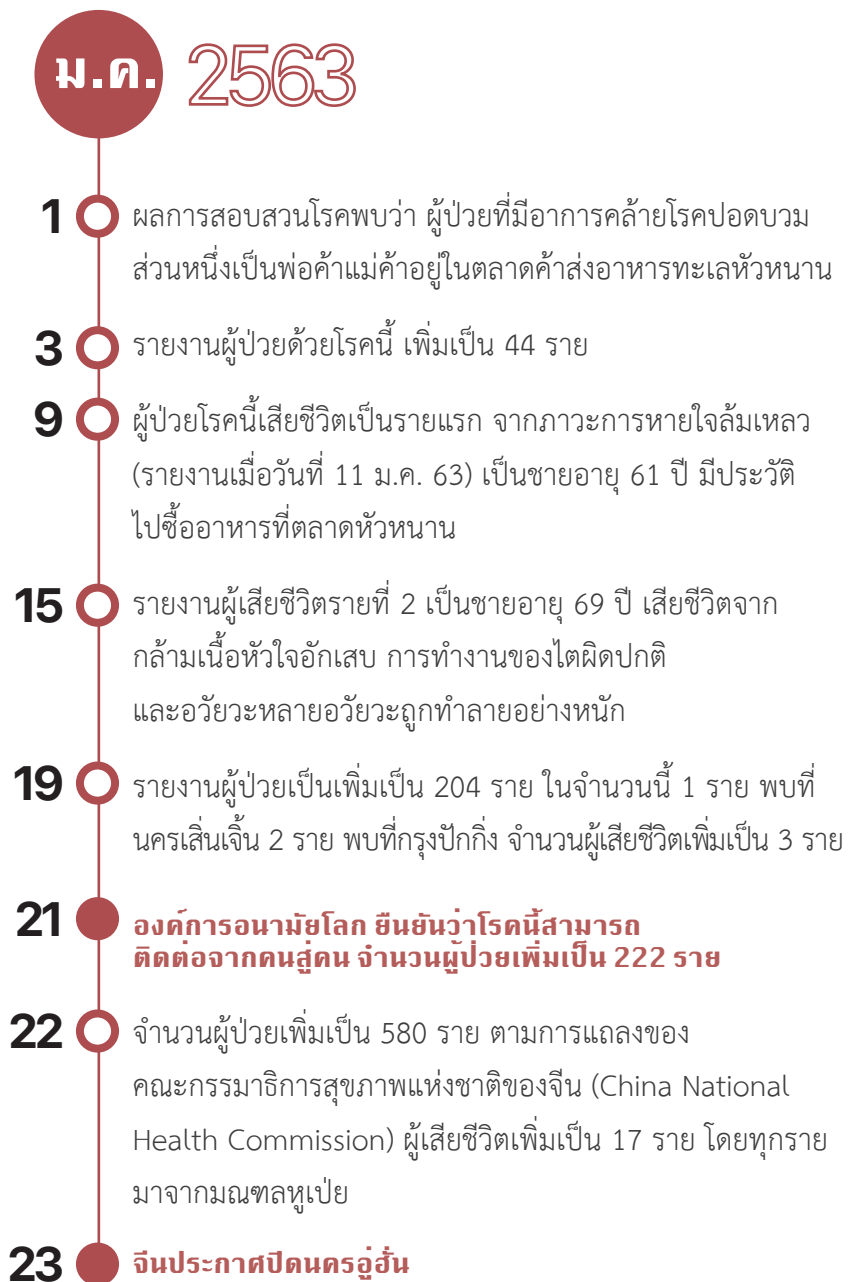
การระบาด
ในจีนสงบ
จีนประกาศ
เปิดนครอู่ฮั่น
อย่างเป็นทางการ

การระบาดของโควิด-19 ในประเทศจีน
มีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ดังนี้

- 1.2.1 รายละเอียดการแพร่ระบาดในจีน โดยสังเขป
- 1.2.2 จีนจัดการกับการแพร่ระบาดได้เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด
- 1.2.3 การดำเนินการขององค์การอนามัยโลกมีความเหมาะสมหรือไม่
- 1.2.4 โรคนี้ระบาดเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปกินค้างคาวใช่หรือไม่
- 1.2.5 การตั้งชื่อโรค และชื่อเชื้อโรค

1.2.1 รายละเอียดการแพร่ระบาด ในจีน โดยสังเขป

จีนได้ดำเนินการสอบสวนการระบาด (outbreak investigation) มาตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม หลังการรายงานต่อองค์การอนามัยโลกแล้ว มีเหตุการณ์สำคัญ ดังนี้⁴





Li
Wenliang

“เตือนภัย”
การระบาดของ
“โรคร้ายแรง
ที่ยังไม่รู้สาเหตุ”



TEDROS
Ghebreyesus

ประสบการณ์อัน
“เจ็บปวด”
ขององค์การ
อนามัยโลก

“ต้นตอ”
ของการระบาด ?
น่าจะมาจาก
ตลาดสด
อาหารทะเล
ที่หัวหนาน
และสัตว์ที่เป็น
แหล่งโรคคือ
“ค้างคาว”



1.2.2 จีนจัดการกับการแพร่ระบาด เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด

ประสบการณ์กรณีการเป็นจุดตั้งต้นการระบาดของโรคซาร์ส เมื่อ พ.ศ. 2545-2546 ซึ่งจีนเสียชื่อเสียงมากจากการ “ปกปิด” การระบาด ทำให้โรคแพร่ไปสู่ฮ่องกงและระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 สถานการณ์แตกต่างจากครั้งการระบาดของโรคซาร์สมาก จีนเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจจนก้าวหน้าขึ้นเป็นประเทศที่มีขนาดผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) เป็นอันดับ 2 รองจากสหรัฐอเมริกา แซงญี่ปุ่นมาแล้วหลายปี สภาพดังกล่าวทำให้โรคระบาดจากจีนสามารถแพร่ระบาดไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจซึ่งมีความรุนแรงและแพร่กระจายง่ายคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่ และจุดศูนย์กลางของการระบาด (epicenter) ของโรคอยู่ที่นครอู่ฮั่น ซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคมทางอากาศทางตอนกลางของประเทศจีน มีเที่ยวบินจำนวนมากบินตรงไปยังเมืองใหญ่ๆ ทั่วโลกทุกวัน

แม้จีนจะรายงานการระบาดของโรคไปยังองค์การอนามัยโลกในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว กล่าวคือนับจากพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 8 ธันวาคม 2562 มีการรายงานการระบาดเป็นทางการต่อองค์การอนามัยโลกในวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ต้องนับว่ารวดเร็วพอสมควร เพราะนับตั้งแต่พบ

ผู้ป่วยรายแรก จะต้องมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างผิดสังเกตมากพอ จนเป็นลักษณะของการระบาด (outbreak) จึงเข้าข่ายต้องรายงาน อย่างไรก็ตามวิธีการที่มีจักษุแพทย์ชื่อนายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ออกมา “เตือนภัย” การระบาดของ “โรคร้ายแรงที่ยังไม่รู้สาเหตุ” ทางสื่อสังคมออนไลน์แล้วถูกทางการดำเนินคดี ทำให้กระแสการโจมตีเรื่องการปิดกั้นการระบาดของทางการจีนโดยคู่ปรปักษ์สำคัญคือสหรัฐฯ มีน้ำหนัก โดยเฉพาะเมื่อต่อมานายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ตัดโรคนี้อันเสียชีวิตเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 ทำให้เกิดการ “ดราม่า” กระพือข่าวเรื่องนี้ ซึ่งมีผู้เชื่อมากขึ้นทั้งในจีนและโลก

อันที่จริง แม้จีนจะปกครองโดยพรรคการเมืองพรรคเดียวในลักษณะที่เรียกว่า “ประชาธิปไตยรวมศูนย์” (Democratic Centralism) แต่จีน “มีการกระจายอำนาจ” ทางการเมืองการปกครองสูงมาก ดูจากงบประมาณของรัฐบาลมณฑลและท้องถิ่นมากเกินกว่าร้อยละ 50 (งบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยประมาณ 25%) การ “รับมือ” กับโรคระบาดครั้งนี้ช่วงแรก ยังอยู่ในมือของรัฐบาลมณฑลหุเป่ย์และเทศบาลนครอู่ฮั่น จึงยังไม่สามารถรับมือกับความรุนแรงและร้ายแรงของการระบาดได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ประชาชนที่อยู่ในศูนย์กลางของการระบาดต่างตกอยู่ในสถานการณ์อันเลวร้าย โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ทั้งประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ที่ต่างต้องเผชิญชะตากรรมอันร้ายแรง ทั้งความทุกข์ทรมานจากโรคร้าย และการต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพงด้วย

จนกระทั่งเมื่อรัฐบาลกลางได้ยื่นมือเข้ามาจัดการปัญหาระดมความช่วยเหลือทั้งทางวิชาการ ทรัพยากร และการจัดการต่างๆ เข้าไป โดยมีการประกาศรักษาฟรีแก่ผู้ป่วยโรคนี้นี้ในวันที่ 23 มกราคม 2563 ที่ประกาศปิดนครอู่ฮั่นนั่นเอง รวมทั้งให้ผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายก่อนหน้านี้มาขอเบิกคืนได้ด้วย ปัญหาต่างๆ จึงบรรเทาเบาบาง และคลี่คลายลง

หลังข่าวมีการแจ้งข้อหานายแพทย์หลี่ เหวินเลียง จักษุแพทย์ซึ่งโพสต์ข้อความแจ้งเตือนภัยโรคระบาดใหม่ทางสื่อสังคมออนไลน์ในหมู่เพื่อนรวม 8 คน ในวันที่ 30 ธันวาคม 2562 รุ่งขึ้นคือวันที่ 31 ธันวาคม 2562 จึงก็รายงานการระบาดของโรคนี้ออกสู่การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ ดับกระแสเรื่องการปิดกั้นการระบาดลงได้มาก

1.2.3 การดำเนินการขององค์การอนามัยโลก เหมาะสมหรือไม่

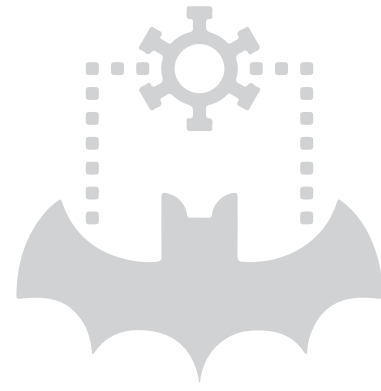
ในส่วนขององค์การอนามัยโลก เมื่อได้รับรายงานอย่างเป็นทางการเรื่องการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่นี้ ก็ไม่สามารถ “ผลิผลาม” ประกาศ “สถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข” ได้ เพราะประสบการณ์เมื่อครั้งโรคซาร์สระบาด องค์การอนามัยโลกประกาศมาตรการแบบ “ยาแรง” ให้จำกัดการเดินทาง เพราะมีหลักฐานการแพร่โรคของผู้ป่วยรายหนึ่งในเครื่องบินจากฮ่องกงไปแคนาดา มีผู้โดยสารหลายคนในเที่ยวบินนั้นติดโรค

ผลของการประกาศมาตรการจำกัดการเดินทางทำให้สนามบินทั่วโลกจำนวนมากร้างผู้คน เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ทำให้มีเสียงตำหนิองค์การอนามัยโลกไม่น้อย แม้ผลที่สุดโรคซาร์สจะหยุดแพร่ระบาดไปในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 8,096 ราย และเสียชีวิตไปเพียง 774 ราย และไม่มีรายงานการพบโรคนี้อีก ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 โดยน่าเชื่อว่าเป็นผลจากมาตรการจำกัดการเดินทางนี้เอง แต่แม้กระนั้นก็เป็นบทเรียนให้องค์การอนามัยโลกต้องระมัดระวังในเรื่องนี้อย่างมาก

ประสบการณ์อัน “เจ็บปวด” ขององค์การอนามัยโลกเกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และต่อมาทฤษฎีวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงว่าเป็นการตัดสินใจที่อาจทำไปโดยตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบริษัทยาและวัคซีนที่มุ่ง “กระพือข่าว” เพื่อประโยชน์ทางการค้า จนทำให้มีการตั้งคณะกรรมการอิสระขึ้นมาสอบสวนตามข้อกล่าวหาว่าเป็นทางการ ซึ่งผลที่สุดสรุปว่าข้อกล่าวหาไม่มีมูล แต่ก็ทำให้องค์การอนามัยโลกต้องระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

ตามปกติ การตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกจะมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญระดับโลกร่วมพิจารณา ซึ่งทั่วโลกต่างคาดหวังว่าจะต้องตัดสินใจอย่างถูกต้อง รอบคอบและทันการณ์ โดยผู้ที่ต้องรับ “บทหนัก” คือองค์การอนามัยโลก ซึ่งในกรณีโควิด-19 ได้ดำเนินการตามลำดับขั้น คือเริ่มจากผู้แทนองค์การอนามัยโลกในประเทศจีนติดต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Commission) ของจีน เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2563 เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากองค์การอนามัยโลกและขอข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้นได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อ 30 มกราคม 2563 หลังจกพบการยืนยันการพบโรคนี้ในหลายประเทศ ได้แก่ ไทย (13 ม.ค. 63) สหรัฐฯ (21 ม.ค. 63) ฝรั่งเศส (24 ม.ค. 63) ฯลฯ และประกาศภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 หลังจากโรคแพร่กระจายไปเกือบทุกทวีปทั่วโลกแล้ว

การประกาศขององค์การอนามัยโลกจึงเป็นไปอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยแต่ละครั้งจะมีคำอธิบายโดยมีหลักฐานและเหตุผลชัดเจน แต่ก็ไม่วายถูกตำหนิ โดยเฉพาะจากประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ แห่งสหรัฐฯ ว่าองค์การอนามัยโลกตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของจีนโดยไม่เพียงตำหนิเท่านั้น แต่ยังประกาศตัดเงินสนับสนุนจากสหรัฐฯ และในที่สุดถึงขั้นประกาศถอนตัวออกจากการเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก



1.2.4 โรคนี้ระบาดเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปกินค้างคาวใช่หรือไม่

เมื่อโรคโควิด-19 แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง ก่อความตื่นตระหนกไปทั่วโลก และมีข่าวว่า “ต้นตอ” ของการระบาดน่าจะมาจากตลาดสดอาหารทะเลที่หัวหนาน และสัตว์ที่เป็นแหล่งโรคคือ ค้างคาว ทำให้มีข้อสงสัยว่าเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปนำค้างคาวมาเป็นอาหาร จึงทำให้ติดโรคจากค้างคาว และทำให้เกิดการแพร่ระบาดสร้างปัญหาไปทั่วโลก

ความจริงมนุษย์วิวัฒนาการจากการเป็นสัตว์กินพืช (herbivorous) มากินทั้งสัตว์และพืช (omnivorous) มาแต่โบราณกาลแล้ว พืชเป็นอาหารที่สะสมพลังงานได้น้อยกว่าสัตว์ ทำให้สัตว์ที่กินแต่พืชเป็นอาหารต้องใช้เวลายาวนานมากในการกินอาหารแต่ละวัน ดังจะเห็นได้จากช้างที่ตัวโตต้องใช้เวลาแทบทั้งวันในการกินพืชเป็นอาหาร เมื่อมนุษย์เริ่มมีวิวัฒนาการมากินเนื้อสัตว์ และพัฒนาจากกินอาหารดิบมาเป็นอาหารสุก ทำให้อวัยวะในการย่อยอาหารมีการปรับตัวหดสั้นลง และเป็นผลให้สมองมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ การกินเนื้อสัตว์ทำให้มนุษย์สามารถได้พลังงานจากเนื้อสัตว์ ทำให้ลดเวลาในการหาอาหารมากินลงได้มาก จึงสามารถใช้เวลาในการสร้างอารยธรรมต่างๆ ได้มาก⁵

เพื่อการอยู่รอด มนุษย์จึงกินสัตว์นานาชนิดเป็นอาหาร รวมทั้งค้างคาว ดังรายงานการสำรวจหมีเกาะมาเลย์ของอัลเฟรด รัสเซล วอลเลซ ก็พบขนเผ่าหนึ่งในเกาะเซเลบีส นำอาหารมาเลี้ยงดู ซึ่ง “อาหารยอดเยี่ยมมาก มีไก่ปรุงรสหลายแบบ หมูปย่าง ตู๋น และทอด เนื้อค้างคาวตุ๋น ข้าวกับมันฝรั่ง และผักต่างๆ”⁶

แน่นอนว่าการกินเนื้อสัตว์เป็นอาหาร ย่อมทำให้มีโอกาสติดโรคจากสัตว์ ดังกรณีการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส ก็มีการพิสูจน์แล้วว่า เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาจากค้างคาว โดยต้นตอมาจากค้างคาวสายพันธุ์หนึ่งในถ้ำแห่งหนึ่งที่มณฑลยูนนานของจีน ใช้หวัดนกก็พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากสัตว์ปีกโดยเฉพาะไก่ ที่จุดตั้งต้นของการระบาดอยู่ที่ฮ่องกง โรคเอดส์ก็เชื่อว่าเป็นเชื้อไวรัสที่แพร่จากลิง โดยเริ่มต้นแพร่สู่คนในทวีปแอฟริกาเมื่อราวร้อยปีมาแล้ว ต่อมาโรคแพร่สู่สหรัฐอเมริกาจนเกิดการแพร่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลกเมื่อราว 40 ปีที่ผ่านมา

แท้จริงแล้ว เพราะมนุษย์กับสัตว์ต่างอยู่ใน “อาณาจักร” (kingdom) เดียวกัน คือ “อาณาจักรสัตว์” (animal kingdom) จึงย่อมมี “โรคจากสัตว์สู่คน” (zoonosis) เกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว แม้มนุษย์ไม่กินเนื้อสัตว์เป็นอาหาร ก็ยังสามารถรับโรคจากสัตว์ได้ การกินเนื้อสัตว์ปาก็มิใช่ต้นเหตุเดียวของการเกิด “โรคอุบัติใหม่” (emerging disease) เช่น โควิด-19 เพราะสัตว์เลี้ยงอย่างหมูก็แพร่โรคสู่คนได้ ดังกรณี “ไข้หวัดใหญ่หมู” (Swine Flu) ที่ระบาดเมื่อ ปี ค.ศ. 2009 (Flu 2009) เป็นต้น

นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคนี้ก็มิได้เกิดจากการ “เปียดเบียน” ธรรมชาติมากเกินไป หรือเพราะ “โลกาภิวัตน์” ซึ่งทำให้โรคแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว สร้างปัญหาให้แก่คนทั่วโลก เพราะแท้จริงแล้วโรคนี้คล้ายคลึงกับ “โรคไข้หวัดใหญ่สเปน” (Spanish Flu) โดยเป็นโรคติดเชื้อระบบหายใจเหมือนกัน มีระดับความรุนแรงใกล้เคียงกัน และติดต่อได้โดยง่ายคล้ายคลึงกัน

ไข้หวัดใหญ่สเปน ระบาดช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ขณะนั้นประชากรโลกมีราว 1,700 ล้านคน น้อยกว่าปัจจุบัน 4-5 เท่า การคมนาคมทางอากาศยังไม่มี แต่โรคก็แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง รุนแรง และร้ายแรงกว่าโควิด-19 มาก เพราะทำให้มีผู้ป่วยราว 500 ล้านคน และเสียชีวิตราว 50 ล้านคน โรคมีการระบาดใหญ่ 2-3 ระลอก และกินช่วงเวลาราว 3 ปี จึงสงบ และก็ไม่หายไปจากโลก แต่กลายเป็น

โรคตามฤดูกาล (Seasonal Flu) และระบาดใหญ่ขึ้นเป็นครั้งคราวตามธรรมชาติของโรค โดยพฤติกรรมมนุษย์มีส่วนน้อยมากที่ทำให้เกิดการระบาด แต่สาเหตุสำคัญของการระบาดเกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโรคทำให้โรคติดต่อได้ง่าย

การเกิดของโรคอุบัติใหม่อย่างโควิด-19 และมีการแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง จึงเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต และเป็นธรรมชาติของสังคมมนุษย์ที่จะต้องไม่ตกอยู่ในความประมาท เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ต้องตั้งสติและใช้ปัญญาในการแก้ปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะสามารถฟันฝ่าปัญหาที่แม้จะใหญ่โตเพียงไหน มีความรุนแรงและร้ายแรงเพียงใดก็ตาม

1.2.5 การตั้งชื่อโรคและชื่อเชื้อต้นเหตุของโรค

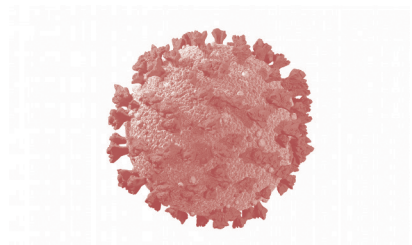
เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนเมื่อปลายสงครามโลกครั้งที่สอง ช่วง พ.ศ. 2460-2462 จุดกำเนิดของโรคเชื่อว่า เกิดขึ้นในสหรัฐฯ และแพร่ไปยุโรปโดยการนำของทหารสหรัฐฯ ที่เข้าร่วมรบในสงครามครั้งนั้นตอนช่วงปลายสงคราม⁷ โรคแพร่เข้าสู่ประเทศคู่สงครามทั้งเยอรมนี อังกฤษ ฝรั่งเศส และอิตาลี ซึ่งพยายามปกปิดการแพร่ระบาดเพื่อมิให้ฝ่ายตนเสียกำลังใจ และมีให้ฝ่ายตรงข้ามเกิดความอึกเขม ขณะที่สเปนประกาศตัวเป็นกลาง ไม่มีความจำเป็นต้องปกปิดเรื่องการแพร่ระบาดของโรค โรคระบาดครั้งนั้นจึงถูกเรียกชื่อจารึกในประวัติศาสตร์ว่า ไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish Influenza) ซึ่งการที่ตั้งชื่อเช่นนั้น เพราะเข้าใจผิดว่า เชื้อโรคที่เป็นต้นเหตุ เป็นเชื้อแบคทีเรีย คือ Haemophilus influenzae ต่อมาจึงพบต้นเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเชื้อไวรัส และตั้งชื่อต่อมาว่า Influenza Virus การพบเชื้อ Haemophilus influenzae ในผู้ป่วยเพราะเป็นโรคแทรกซ้อน

เมื่อมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 โดยมีจุดตั้งต้นที่ประเทศเม็กซิโก ก็มีการเรียกชื่อว่า ไข้หวัดใหญ่เม็กซิกัน (Mexican Flu) ซึ่งเป็นการสร้าง “ตราบาป” (stigma)

ให้แก่ประเทศและประชาชนโดยไม่สมควร เพราะการเกิดโรคระบาดขึ้นตามธรรมชาติในท้องที่ใด หากนักวิชาการและประชาชนในประเทศนั้นสามารถตรวจพบและเปิดเผยให้โลกรู้โดยเร็วเท่าใด ก็จะเป็นประโยชน์แก่การป้องกันและควบคุมโรคมากเท่านั้น การสร้างตราบาปในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่ไม่พึงกระทำ เพราะจะทำให้เกิดการปกปิดซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง รุนแรง และควบคุมป้องกันยาก

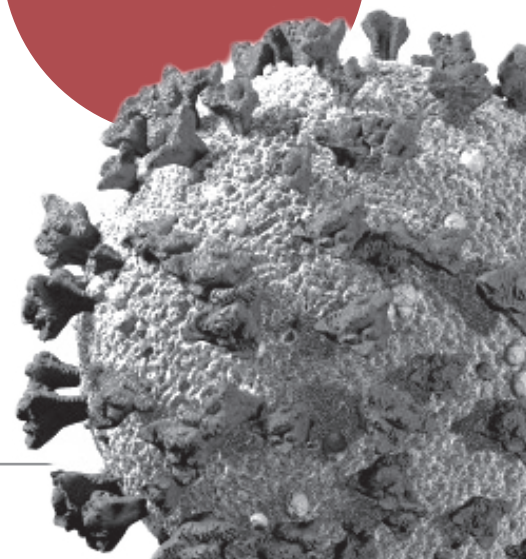
ด้วยหลักการดังกล่าว องค์การอนามัยโลก โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจึงเลือกแนวทางการกำหนดชื่อโรคตามหลักวิชาการเพื่อสะท้อนถึงเชื้อต้นเหตุและปีที่เกิดโรค โรคนี้จึงชื่อว่า Coronavirus Disease-2019 (โรคไวรัสโคโรนา-2019) ชื่อย่อว่า COVID-19 (โควิด-19) ส่วนเชื้อโรคต้นเหตุตั้งชื่อว่า SARS-Coronavirus-2 (ซาร์ส-โคโรนาไวรัส-2) เพราะเป็นเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีรหัสพันธุกรรมคล้ายเชื้อต้นเหตุของโรคซาร์ส (SARS) หรือกลุ่มอาการโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome) ตัวเลข 2 ข้างท้าย คือเป็นชื่อโรคซาร์สหมายเลข 2 ชื่อย่อคือ SARS-CoV-2 (ซาร์ส-โควี-2)

การค้นพบว่าเชื้อโรคโควิด-19 มีลักษณะพันธุกรรมคล้ายเชื้อโรคซาร์ส ทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถต่อยอดความรู้ในการตรวจ (testing) การรักษา (treatment) และการป้องกัน (prevention) โดยเฉพาะการค้นคว้าพัฒนาวัคซีนต่อไป ดังนักวิทยาศาสตร์จีน ริเริ่มนำยารักษาโรคเอดส์ตัวรับหนึ่ง คือ โลพินาเวียร์-ริโทนาเวียร์ (Lopinavir-Ritonavir) ที่เคยใช้ได้ผลบ้างในการรักษาโรคซาร์ส มาใช้ในการทดลอง (experiment) ทำการรักษาผู้ป่วย ในช่วงแรกที่ยังไม่มียาใดที่เป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับโรคนี้



กำหนดชื่อโรค
เพื่อสะท้อนถึง
เชื้อต้นเหตุ
และปีที่เกิดโรค

COVID-19





การควบคุม และป้องกันการระบาด

การควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค เริ่มต้นที่
ต้องหาสาเหตุของโรคให้ได้ แล้วจัดการกับตัวต้นเหตุ
อย่างถูกต้องและเหมาะสม ความเจริญก้าวหน้าทาง
วิทยาการในปัจจุบันพบว่าการจะจัดการกับเชื้อโรค
ต้นเหตุได้ จะต้องใช้ความรู้ระดับชีววิทยาโมเลกุล
(Molecular Biology) ซึ่งจีนสามารถรู้แล้วว่าเชื้อต้น
เหตุคือ ไวรัสโคโรนา หัวใจของการควบคุมป้องกันโรค
ที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วอย่างโรคนี้ คือ การเปิดประตู
ให้นักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกสามารถเข้ามามีส่วนร่วมให้
กว้างขวางมากที่สุด นั่นคือการถอดรหัสพันธุกรรมให้ได้
และเปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรคให้ทั่วโลกได้รับรู้
และประเทศต่างๆ จะต้องรู้หลักและวิธีการของการ
ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อและดำเนินการตามหลัก
และวิธีการนั้นอย่างถูกต้องและทันการณ์

2.1

การเปิดเผยรหัสพันธุกรรม ของเชื้อก่อโรค

นับเป็นโชคดียิ่งของมนุษยชาติที่โรคนี้เริ่มต้นแพร่ระบาดในจีน
ขณะที่จีนมีความเจริญก้าวหน้ามากทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์
เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งระบบการเมืองการ
ปกครองที่อยู่ในสภาวะสงบเรียบร้อย มีผู้นำประเทศที่มี
ความมั่นคงในตำแหน่งและได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยเพิ่ง
ผ่านการลงมติเห็นชอบจากสภาประชาชนให้สามารถดำรง
ตำแหน่งได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่มีข้อจำกัดให้ดำรงตำแหน่ง
ได้เพียง 2 สมัย ตามที่รัฐธรรมนูญของประเทศกำหนดไว้เดิม

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีโดยเฉพาะ
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้จีนสามารถตรวจพบ
และยืนยันเชื้อต้นเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยประกาศ
ต่อสาธารณะตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 ว่าเชื้อต้นเหตุของ
โรคนี้คือ ไวรัสโคโรนาตัวใหม่ (novel coronavirus) สามารถ
ถอดรหัสพันธุกรรมและเปิดเผยต่อชาวโลกในธนาคารรหัส
พันธุกรรมโลก ในชื่อ 2019-CoV เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563

การระบุว่าเชื้อโรคใดเป็นเชื้อก่อโรคใด จะต้องเป็นไปตาม “หลักของโคค” (Koch’s Postulates) ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ (1) ต้องพบเชื่อนั้นในผู้ป่วยทุกราย (2) ไม่พบเชื่อนั้นในโรคอื่น (3) เชื้อที่แยกได้นั้น สามารถก่อโรคได้ในสัตว์ทดลอง และ (4) โรคที่เกิดจากการทดลองนั้นต้องสามารถแยกเชื่อนั้นได้

หลักดังกล่าวนี้พัฒนาขึ้นโดย เอฟ.จี.จาค็อบ เฮนเล (F.G Jacob Henle) ปรับปรุงโดยโรเบิร์ต โคค (Robert Koch) เมื่อ พ.ศ. 2420 และขยายความอีกครั้งใน พ.ศ. 2425 ชื่อเต็มจึงชื่อว่า “หลักของเฮนเล-โคค” (Henle-Koch Postulates)

จินตคติสนใจเผยแพร่รหัสพันธุกรรมของเชื้อโรคนี้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องทั้งทางวิชาการ เศรษฐกิจ สังคม และมนุษยธรรม เพราะทำให้ทั่วโลกสามารถตั้งต้นในการประดิษฐ์คิดค้นเครื่องมือและนํ้ายาตรวจเชื้อ ยาและวิธีการรักษา และวัคซีนสำหรับป้องกันได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เปิดโอกาสให้นักวิทยาศาสตร์ หน่วยงาน และองค์กรธุรกิจต่างๆ สามารถลงมือเดินหน้าทุกอย่างได้อย่างฉับพลันทันที ทำให้ประเทศต่างๆ สามารถสร้างนํ้ายาตรวจหาเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และในที่สุดสามารถผลิตวัคซีนที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ฉีดป้องกันโรคได้ในเวลาเพียง 6 เดือน นับจากวันที่ 11 มกราคม 2563 โดยได้รับการขึ้นทะเบียนสำหรับใช้ในกรณีฉุกเฉินและเริ่มฉีดเป็นประเทศแรกในจีน เมื่อเดือนมิถุนายน 2563 (วัคซีนของบริษัทแคนซิโนไบโอโลจิกส์) ตามมาด้วยรัสเซียเมื่อเดือนสิงหาคม 2563 หลังการทดสอบในคนระยะที่ 2 เท่านั้น (วัคซีนสปุตนิก-5) และอังกฤษเป็นประเทศแรกของโลกตะวันตกที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้ให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นคนสูงอายุ คือ มาร์กาเรต คีแนน วัย 90 ปี เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2563³

อันที่จริง การค้นพบเชื้อก่อโรคและรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค เป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่มีมูลค่ามหาศาล ดังกรณีการค้นพบเชื้อโรคเอดส์ โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส คือ แพทย์หญิงฟรังซัวส์ บาร์เร โซนุสซี ร่วมกับนายแพทย์ ลุค มงตาเนียร์ แห่งสถาบันปาสเตอร์ ทำให้เกิดคดีฟ้องร้องกับนายแพทย์โรเบิร์ต แกลโล แห่งสถาบันไวรัสวิทยาสหรัฐอเมริกา จนรัฐบาลของสองประเทศคือ ฝรั่งเศสและสหรัฐฯ ต้องเข้ามาไกล่เกลี่ย ให้ทั้งคู่เป็นผู้ค้นพบร่วมกัน และได้ค่าธรรมเนียมจากสิทธิบัตรร่วมกันจำนวนมหาศาล

จินตคติเห็นแล้วว่า “มูลค่า” ของสิทธิบัตรการค้นพบเชื้อโรคและรหัสพันธุกรรมของเชื่อย่อมมี “คุณค่า” เทียบไม่ได้กับการเปิดเผยการค้นพบนั้นให้เป็นความรู้ร่วมกันของมนุษยชาติ ข้อสำคัญจีนน่าจะตระหนักดีว่า หากไม่รีบเปิดเผย ประเทศเจริญแล้วอื่นๆ จะได้เครดิตการเป็นผู้ค้นพบรหัสพันธุกรรมของเชื่อนี้ในไม่ช้า เพราะขณะนั้นโรคกำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

จินตคติเห็นแล้วว่า
“มูลค่า”

ของสิทธิบัตรการค้นพบ
เชื้อโรคและรหัสพันธุกรรม
ของเชื่อย่อมมี

“คุณค่า”

เทียบไม่ได้กับการเปิดเผยการค้นพบนั้น
ให้เป็นความรู้ร่วมกันของมนุษยชาติ

หลักและวิธีการ ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ

พุทธศาสนาเป็นเรื่องของปัญหาและการแก้ปัญหาสำคัญของมนุษย์ คือเรื่องทุกข์และวิธีแก้ทุกข์ หรือ หลักอริยสัจสี่ ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค หมายถึง (1) การรู้ปัญหาอย่างแจ่มแจ้ง (2) การรู้สาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง (3) การรู้เรื่องการดับปัญหาอย่างชัดเจน และ (4) การรู้วิธีการในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน

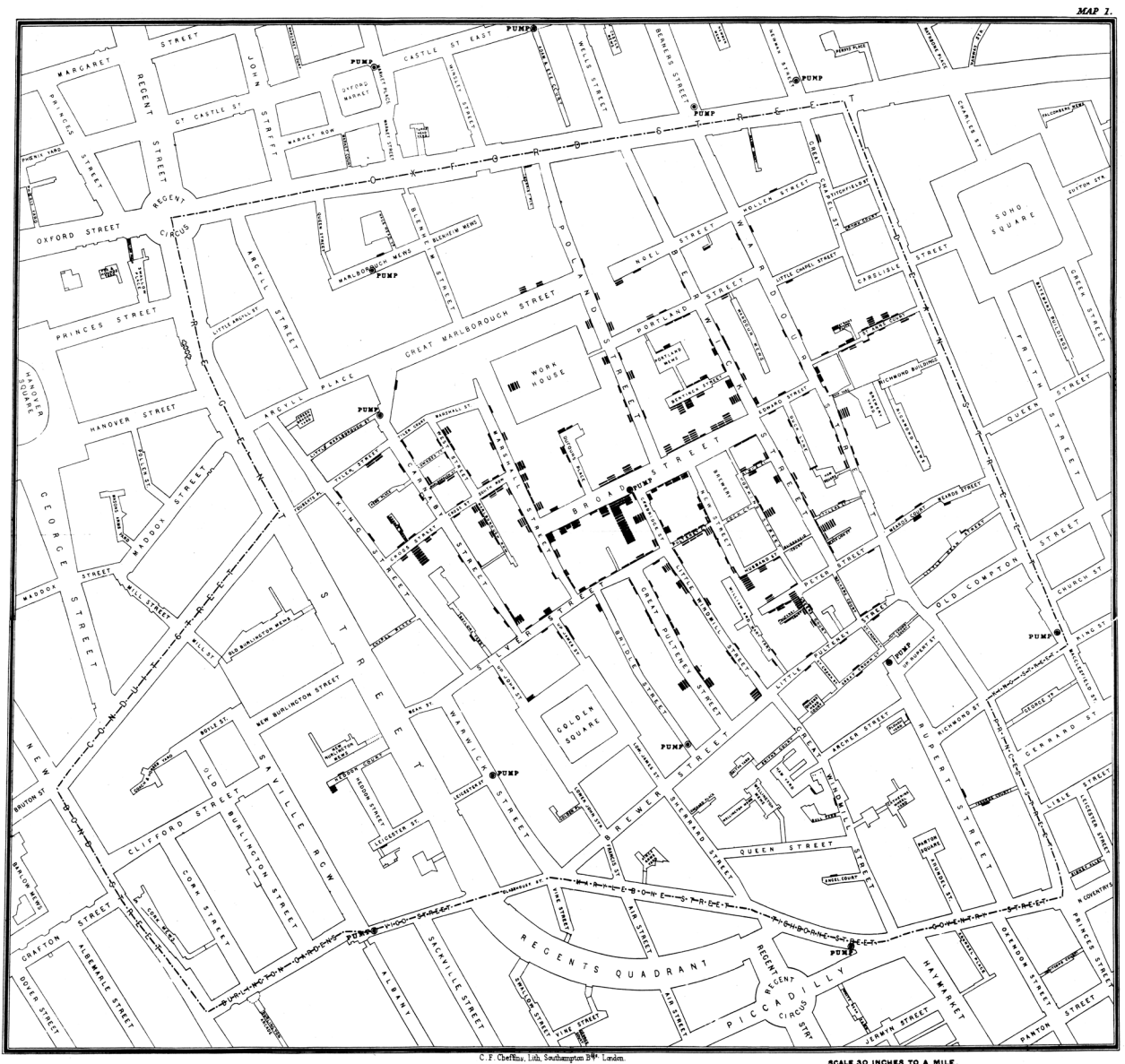
มนุษย์มีประสบการณ์มายาวนานในการเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บและโรคระบาด หมายความว่าสำคัญของการเอาชนะโรคระบาดอย่างได้ผล คือการค้นพบทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) โดยบุคคลสำคัญของโลก 3 คน คือ (1) หลุยส์ ปาสเตอร์ ที่ค้นพบว่าเชื้อจุลินทรีย์เป็นต้นเหตุของโรคและค้นพบวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างได้ผล (2) โจเซฟ ลิสเตอร์ ที่ค้นพบการป้องกันเชื้อโรคด้วยยาทำลายเชื้อ (Antiseptic) คือ กรดคาร์บอลิก และ (3) โรเบิร์ต โคค ซึ่งสามารถใช้กล้องจุลทรรศน์แสดงภาพเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นต้นเหตุของโรค และเป็นผู้วางทฤษฎี คือ “หลักของโคค”

หมายความว่าอีกเรื่องหนึ่งคือ การค้นพบหลักระบาดวิทยาโดย จอห์น สโนว์ ที่สังเกตเห็นว่าการระบาดของอหิวาตกโรคในย่านโซโฮ ของกรุงลอนดอน มิได้เกิดในลักษณะของการ “สุ่ม” (random) หรือ “กระจายอย่างสม่ำเสมอ” (homogeneous distribution) แต่จะสัมพันธ์กับเหตุปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determinants) คือ สถานีส่งน้ำประปาซึ่งมีคุณภาพในการกำจัดเชื้อโรคแตกต่างกัน การค้นพบของจอห์น สโนว์ ครั้งนั้น เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2397 มีคนตายจากอหิวาตกโรค ในครั้งนั้นราว 600 คน โดยบางวันตายถึง 200 คน จอห์น สโนว์ ใช้วิธีเดินสำรวจและจัดทำแผนที่ ซึ่งเป็น “แผนที่” ประวัติศาสตร์ อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เขาได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของวิชาระบาดวิทยา (ดูภาพที่ 1)

การค้นพบพาหะของโรค เช่นพบว่าหนูเป็นพาหะสำคัญของกาฬโรค ทำให้มีการจัดการเรื่องการสุขาภิบาลและความสะอาด การค้นพบว่ายุงเป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ทำให้มีการศึกษาเรื่องยุงและสารกำจัดยุง การค้นพบเรื่องระยะของการแพร่โรคทำให้มีการสร้างระบบการกักกันโรค (quarantine) ซึ่งช่วงแรกใช้กับการควบคุมเรือก่อนอนุญาตให้เทียบท่า โดยกำหนดให้มีการกักกันโรคก่อนเป็นเวลา 40 วัน โดยศัพท์คำนี้มาจากรากศัพท์ภาษาละตินที่แปลว่า 40

การค้นพบวัคซีนชนิดแรกของโลกที่ปลอดภัยและได้ผลดีคือวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษโดย เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ทำให้มีความพยายามค้นคว้าหาวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคพิษสุนัขบ้า กาฬโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก เป็นต้น และการค้นพบยาปฏิชีวนะตัวแรก คือ เพนิซิลลิน ทำให้โลกเข้าสู่ยุคยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการต่อสู้กับโรคระบาดแทบทุกโรค

ประสบการณ์สำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคระบาดอันเป็นรากฐานสำคัญของหลักและวิธีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ คือความสำเร็จในการกวาดล้างไข้ทรพิษ และการต่อสู้เอาชนะโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่พบว่ามีการระบาดต่อมา เช่น โรคเอดส์ ไข้หวัดนก ซาร์ส เมอร์ส ไข้หวัดใหญ่ 2009 ทำให้มีการสรุปบทเรียนเรื่องหลักและวิธีการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนที่การระบาดของอหิวาตกโรคย่านโซโหในกรุงลอนดอน เมื่อ พ.ศ. 2397 ของจอห์น สโนว์
 ที่มา: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Snow-cholera-map-1.jpg>

2.2.1 การกำหนดนิยามหรือคำจำกัดความของโรคและการระบาดให้ชัดเจนว่าเป็นโรคเดิมที่กลับมาระบาดใหม่ (Re-emerging disease) หรือโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) และกำหนดแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยให้ชัดเจนตามลำดับ

นิยาม “ผู้ป่วย” ได้แก่ (1) รายที่น่าสงสัย (suspected case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติ เป็นไปตามนิยามที่กำหนด (2) รายที่น่าจะเป็น (probable case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติตรงตามนิยาม และผลการตรวจทางคลินิก (clinical investigation) เช่น การตรวจเอกซเรย์ การตรวจเลือด ฯลฯ สนับสนุน และ (3) รายที่ยืนยัน (confirmed case) หมายถึง รายที่น่าจะเป็นและตรวจพบเชื้อ หรือชิ้นส่วนของเชื้อยืนยัน

2.2.2 หลักการควบคุมโรคเชิงรุก

คือ การตรวจพบแต่เนิ่นๆ และควบคุมป้องกันโดยฉับพลัน (early recognition and prompt response) เพื่อป้องกันมิให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง ซึ่งจะทำให้ควบคุมยากหรือควบคุมไม่ได้

ธรรมชาติของโรคติดต่อ (communicable disease) ที่เกิดจากโรคติดต่อ (infectious disease) ที่จะแพร่ระบาดในวงกว้างจะต้องสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ ถ้าแพร่ได้ง่ายและรวดเร็วเท่าใดจะต้องควบคุมให้ได้โดยเร็วพลันมากเท่านั้น

อัตราการแพร่ระบาดจากคนสู่คนของแต่ละโรคจะแตกต่างกัน ขึ้นกับช่องทางการติดต่อ และความรุนแรงในการแพร่โรคของเชื้อโรค โรคที่แพร่ได้รวดเร็วคือโรคที่ติดต่อทางระบบหายใจ โดยเฉพาะกรณีที่แพร่ได้จากผู้มีเชื้ออยู่ในร่างกายและมีอาการน้อยหรือมีอาการไม่รุนแรงและเดินทางไปไหนมาไหนได้ นักวิทยาศาสตร์จะมีการเก็บข้อมูลการแพร่โรค นำมาคำนวณเป็นค่าเรียกว่า “ค่าการก่อโรคซ้ำ” (reproduction number) ซึ่งย่อว่า “อาร์ศูนย์” (R0) [มิใช่อาร์โอ] หมายความว่า ผู้ที่ติดเชื้อ 1 คน จะสามารถทำให้คนอื่นติดเชื้อได้กี่คน ตัวเลขนี้สูงมากเท่าใดการแพร่โรคจะรวดเร็วและกว้างขวางมากเท่านั้น

หลักการสำคัญของการควบคุมการระบาด คือจะต้องหยุดยั้งการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงแคบ ดีที่สุดคือจำกัดมิให้ติดต่อสู่คนรอบข้าง ต่อไปคือควบคุมให้ติดต่อถึงแค่รุ่นที่ 2 ถ้าการติดต่อสู่รุ่นที่ 3, ที่ 4, ที่ 5, ... จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็นทวีคูณหรือพหุคูณ คือเพิ่มเป็น 2 เท่า, 3 เท่า, 4 เท่า, ... แล้วแต่ค่าอาร์ศูนย์จะมากน้อยแค่ไหน

โรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐฯ อิตาลี อิหร่าน อังกฤษ อินเดีย ฯลฯ หรือในจีนช่วง 1-3 เดือนแรก เพราะมีการแพร่ระบาดต่องานไปในหลายรุ่น ซึ่งส่วนหนึ่งจะเข้าสู่กลุ่มที่เปราะบาง เช่น คนสูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัว จึงมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำนวนมากจนสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์รับมือไม่ไหว เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจ ไม่เพียงพอ คนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนหนึ่งอาจไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยล้มตายลงมาก จนฝังศพไม่ทัน

2.2.3 หลักการปิดล้อมโรค (Containment of disease)

หลักการปิดล้อมเพื่อมิให้เป็นตัวการแพร่โรค โดยมาตรการต่างๆ ได้แก่ (1) การนำผู้ป่วยเข้าสู่การกักกันโรค (isolation) ซึ่งตามหลักการจะต้องกักกันในสถานที่ที่เหมาะสม จนเชื้อโรคหมดไปจากตัวผู้ป่วย ไม่สามารถแพร่โรคให้แก่ผู้อื่นได้อีกต่อไป (2) ถ้ามียาหรือวัคซีนที่ใช้ได้ ต้องมีการให้ยาแก่คนที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยในรัศมีโดยรอบที่กำหนดตามความเหมาะสม เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษให้แก่ประชาชนในอาณาบริเวณโดยรอบในรัศมีที่กำหนด หรือการให้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนโดยรอบในชุมชน ในกรณีพบผู้ป่วยอหิวาต์ เป็นต้น (3) การนำผู้สัมผัสที่อาจติดโรคจากผู้ป่วยมาตรวจหาเชื้อ และเข้าสู่สถานที่กักกันโรค (quarantine) โดยกำหนดระยะเวลา 2 เท่า ของระยะฟักตัวของโรค ทั้งนี้จะต้องมีการสอบสวนโรค โดยสืบหาผู้สัมผัสให้ได้ทุกรายหรือให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (testing and tracing or tracking)

2.2.4 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค

การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค โดยการคาดการณ์ตามหลักการและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนอกจากสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากร โดยมีการวางระบบป้องกันการแพร่โรคในสถานที่อย่างเข้มงวดแล้ว จะต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

03



การต่อสู้และชัยชนะ ของจีน

จุดเริ่มต้นของการระบาดของโรคนี้เกิดขึ้นในจีน ซึ่งระยะแรก โลกตะวันตกเรียกโรคนี้ว่า “โรคปอดบวมน่าสงสัยลึกลับ” (mysterious, suspected pneumonia) ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีอัตราป่วยตายค่อนข้างสูง โดยจีนต้องทำสงครามกับโรคร้ายนี้พร้อมกับการรับมือกับสงครามการค้าที่สหรัฐฯ โหมกระหน่ำโจมตีเป็นระยะๆ แต่จีนสามารถชนะสงครามนี้ได้อย่างงดงาม ขณะที่สหรัฐฯ พ่ายแพ้ยับเยิน จึงน่าสนใจที่จะต้องศึกษาบทเรียนครั้งนี้อย่างมีวิจารณญาณ

3.1

สถานการณ์การระบาดระยะแรก และการค้นพบการระบาด

ผู้ป่วยรายแรกเกิดขึ้นรอบๆ ตลาดสดที่ขายเนื้อสัตว์ บ่งบอกว่าโรคนี้แพร่จากสัตว์สู่คน (animal-to-human transmission) หรือเป็นโรคจากสัตว์สู่คน (Zoonosis)

รายงานข่าวของหนังสือพิมพ์เซาท์ไชนามอร์นิงโพสต์ในฮ่องกงระบุว่า ผู้ป่วยรายแรกจากมณฑลหูเป่ย์ อายุ 55 ปี พบตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2562 แต่รายงานที่เป็นทางการผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงอายุ 57 ปี เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2562 และต่อมาตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา ศัพท์วิชาการถือว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น “ผู้ป่วยหมายเลขศูนย์” (Patient Zero) เป็นจุดตั้งต้นของการระบาด โดยไม่มีประวัติเดินทางไปที่ตลาดสดอาหารทะเลหัวหนาน แต่ผู้ป่วยรายต่อๆ มา มีประวัติสัมพันธ์กับการไปหรือการสัมผัสกับตลาดแห่งนั้น โดยมีความเป็นไปได้ที่ต้นตอเชื้อโรคมมาจากค้างคาวสายพันธุ์หนึ่งซึ่งใช้เป็นส่วนผสมในตำรับยาจีนบางตำรับ

คณะกรรมการสุขภาพนครช่างไห่ (เซียงไฮ้) ได้รับตัวอย่างส่งตรวจจากคนไข้ปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุจากศูนย์ควบคุมโรคนครอู๋ฮั่นและโรงพยาบาลกลางนครอู๋ฮั่น จึงได้ทำการสอบสวนและยืนยันในเวลาต่อมาว่าเป็นโรคจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

บุคคลที่เป็นไวรัสที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ค้นพบการระบาดของโรคนี้คือ แพทย์หญิงจาง จี้เซียน (Zhang Jixian) ผู้อำนวยการแผนกโรคระบบหายใจของโรงพยาบาลผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตกแห่งนครหูเป่ย์ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ต่อสู้กับโรคซาร์สเมื่อ พ.ศ. 2546 ทำให้เธอ “ฉับไว” กับความรุนแรงของการระบาดนี้ โดยก่อนหน้านี้ แม้จะมี “โรคปอดบวมลึกลับ” เกิดขึ้นหลายรายแต่ก็มีลักษณะเกิดขึ้น “ประปราย” ตามจุดต่างๆ ไม่เป็นที่ “ผุดผ่อง” นัก จนกระทั่งวันที่ 26 ธันวาคม 2562 มีผู้ป่วยสูงอายุคนหนึ่งพำนักอยู่ใกล้ๆ โรงพยาบาลมาด้วยอาการไข้และไอ ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ซีทีสแกน) ปอดพบเงาภาพผิดปกติแตกต่างจากผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อไวรัสอื่นๆ ที่รู้จักกันแล้ว แพทย์หญิงจางตรวจลูกชายของสามีภรรยาคนนั้น พบลักษณะคล้ายกัน วันเดียวกันผู้ป่วยจากตลาดอาหารทะเลหัวหนาน มาตรวจกับแพทย์หญิงจางก็พบลักษณะผิดปกติคล้ายกัน

ต่อมาในวันที่ 28 และ 29 ธันวาคม 2562 มีผู้ป่วยอีก 3 คนที่เคยไปตลาดสดอาหารทะเลหัวหนานมาโรงพยาบาลด้วยอาการคล้ายกัน ทางโรงพยาบาลจึงรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขของเทศบาลและมณฑล ทางสาธารณสุขสั่งการให้ศูนย์ควบคุมโรคของอู๋ฮั่นและทางเจียงฮั่นร่วมกับโรงพยาบาลจินผินตันไปทำการสอบสวนทางระบาดวิทยาในผู้ป่วย 7 ราย เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วย 6 รายถูกย้ายไปโรงพยาบาลจินผินตันซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรคติดเชื้อ ผู้ป่วย 1 ราย ขอไม่ย้ายไป

วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ศูนย์ควบคุมโรคอู๋ฮั่นออกหนังสือแจ้งโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตให้รายงานผู้ป่วยที่มีอาการ “ปอดบวมลึกลับ” ที่พบในช่วงสัปดาห์ก่อนหน้านั้น โดยให้รายงาน “ผู้ป่วยปอดบวมทุกรายที่ไม่ทราบสาเหตุ และมีความสัมพันธ์กับตลาดอาหารทะเลหัวหนาน” และให้คำแนะนำในการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ พร้อมให้ข่าวแก่หนังสือพิมพ์ “เป่ย์จิง” (The Beijing News) ว่ากำลังทำการสอบสวนโรคโดยผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติกำลังเดินทางมาร่วมทำการสอบสวนโรคครั้งนี้แล้ว ท่ามกลางข่าวลือจากสื่อสังคมออนไลน์

วันเดียวกันนั้น ตำรวจอู๋ฮั่นได้เตือน “คนกระพือข่าวลือ” จำนวน 8 คน มิให้ “เผยแพร่ข่าวเท็จ” ทั้ง 8 คน เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลอู๋ฮั่น หนึ่งในนั้นคือจักษุแพทย์หลี่ เหวินเลียง โดยต่อมาตำรวจออกหมายเรียกไปปรับแจ้งข้อหาในวันที่ 3 มกราคม 2563

ต่อมา นายแพทย์หลี่ เหวินเลียง เป็นหนึ่งในผู้ติดเชื้อโควิด-19 และเสียชีวิตเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 นายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ได้รับการยกย่องจากประชาชนอย่างกว้างขวางว่าเป็นผู้ “เปิดโปง” การระบาดครั้งนี้ (whistleblower) และมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิทางราชการอย่างกว้างขวาง

ขณะเดียวกันแพทย์หญิงจาง จี้เซียน และจาง ดิงหยู ได้รับการยกย่องจากรัฐบาลมณฑลหูเป่ย์ในฐานะเป็นผู้ค้นพบการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่นี้

การดำเนินการควบคุมการระบาด

มีการดำเนินการตามลำดับในช่วงแรก วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อขึ้นแถลงอย่างเป็นทางการว่า มีการระบาดของโรคปอดบวมที่ยังไม่ทราบสาเหตุโดยเกี่ยวข้องกับตลาดสดอาหารทะเลหัวหนาน

มณฑลเหอหนานประกาศห้ามคนเดินทางจากอู่ฮั่นเข้าเขตมณฑลเหอหนาน ต่อมา มีการขุดคูปิดกั้นถนนที่เชื่อมจากมณฑลหูเป่ย์ นำรถขยะไปจอดขวางพร้อมแขวนป้ายข้อความ “กลับบ้านพร้อมอาการป่วยเป็นการไม่เคารพพ่อแม่” ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย กระทรวงคมนาคมได้แจ้งรัฐบาลท้องถิ่นให้ระงับโดยยึดหลัก “กั้นหนึ่ง อยู่กั้นสาม” หมายความว่า ให้ปิดกั้นไวรัสไม่ให้แพร่โรค แต่ต้องไม่ปิด 3 อย่าง ได้แก่ (1) ถนน (2) การจราจรและอินเทอร์เน็ต (3) การขนส่งสินค้าที่จำเป็นและฉุกเฉิน

1 มกราคม 2563 ผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเดินทางไปนครอู่ฮั่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจียงฮั่นและสำนักบริหารตลาดสั่งปิดตลาดสดหัวหนานเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อม เจ้าหน้าที่และตำรวจเข้าควบคุมดำเนินการในวันเดียวกัน

โรคยังแพร่กระจายไปยังมณฑลต่างๆ หลายมณฑล

21 มกราคม 2563 รัฐบาลประกาศเตือนห้ามการปกปิดโรค

22 มกราคม 2563 มณฑลหูเป่ย์ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับ 2

23 มกราคม 2563 มณฑลเจ้อเจียงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินระดับสูงสุด คือ ระดับ 1

การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับสูงสุด ทำให้รัฐบาลของมณฑลสามารถทุ่มทรัพยากรเข้าไปควบคุมโรคได้เต็มที่ สามารถจัดการเรื่องการตรวจ รักษา และประกาศเขตโรคระบาด ออกมาตรการบังคับ จำกัดสิทธิบางประการของประชาชน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและรายงาน ดูแล รักษาความสงบเรียบร้อยในสังคมและอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการระบาด

มณฑลกว่างตงและหูหนานประกาศเช่นเดียวกัน

นครอู่ฮั่นประกาศปิดเมือง

24 มกราคม 2563 มณฑลหูเป่ย์และอีก 13 มณฑล ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นระดับสูงสุด

25 มกราคม 2563 วันตรุษจีน หลายเมืองประกาศงดการฉลองตรุษจีน

หนังสือพิมพ์ไฟแนนเชียลไทม์ เรียกการระบาดของโรคนี้ว่า “เซอร์โนบิลของจีน” ท่ามกลางสถานการณ์สงครามการค้ากับสหรัฐฯ การเคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลในฮ่องกง และการระบาดของโรคไข้หวัดแอฟริกันในหมู (African swine fever) ทำให้เกิดการขาดแคลนเนื้อหมูด้วย

26 มกราคม 2563 รัฐบาลออกประกาศขยายวันหยุดปีใหม่ไปจนถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563 โรงเรียนเลื่อนกำหนดวันเปิดเรียน ให้ทุกมณฑลมีอำนาจตัดสินใจเรื่องการขยายวันหยุดออกไปได้ตามความเหมาะสม

การใช้ “ยาแรง”: มาตรการปิดเมือง



การแข่งขันกีฬาต่างๆ รวมทั้งการคัดเลือกนักกีฬาไปแข่งโอลิมปิกเลื่อนออกไปไม่มีกำหนด หลายรายการเปลี่ยนไปจัดในประเทศอื่นแทน การประกวดนางงามจักรวาลในปี 2563 ซึ่งกำหนดจัดในวันที่ 8 มีนาคม 2563 ถูกเลื่อนไปไม่มีกำหนด การท่องเที่ยวต่างๆ ถูกงด กำหนดวันมงคลสำหรับจดทะเบียนสมรสในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถูกสั่งยกเลิก

29 มกราคม 2563 ทูมณฑลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับสูงสุด หลังจากที่เขตปกครองตนเองทิเบตประกาศในวันเดียวกันนั้น พบผู้ป่วยยืนยันโรคนี้รายแรก เป็นผู้ป่วยชาย เดินทางจากอุ๋ฮั่นไปนครลาसानครหลวงของทิเบต โดยสารรถไฟช่วงวันที่ 22-24 มกราคม ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่รายแรกและรายเดียวที่ยืนยันในทิเบต

การควบคุมโรคระบาดใหม่ที่เป็นโรคติดเชื้อ มีผลกระทบรุนแรง กว้างขวาง ไม่มียารักษาเฉพาะที่ได้ผล และไม่มีวัคซีนป้องกัน จำเป็นจะต้องใช้มาตรการที่เข้มงวดและได้ผลชะงัด จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ โดยมาตรการที่ใช้ อาจเป็นมาตรการที่ “โหดร้าย” หรือกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนในวงกว้าง ดังกรณีการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกในฮ่องกง เมื่อ พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นโรคระบาดที่แพร่จากสัตว์สู่คน เมื่อพบหลักฐานว่า ไข่ เป็ด เป็นต้นเหตุการแพร่ระบาดของโรคนี้ รัฐบาลฮ่องกงใช้มาตรการการฆ่าเปิดไก่ที่เป็นพาหะนำโรคทิ้งเกาะอย่างรวดเร็วในช่วงใกล้เทศกาลตรุษจีน ทำให้โรคสงบลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งการดำเนินการครั้งนั้นเป็นผลดีต่อชาวโลกมาก เพราะโรคยังไม่แพร่ออกจากฮ่องกง ทำให้นักวิทยาศาสตร์มีเวลาในการศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้เตรียมไว้ ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่เสนอให้ผู้ว่าการเกาะฮ่องกงตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการดำเนินการควบคุมโรคแบบเฉียบขาด และได้ผลชะงัดคือแพทย์หญิง มากาเร็ต ซาน ซึ่งได้รับรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลจากผลงานนี้ และต่อมายังได้เป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกอีกด้วย ต่อมา มีการระบาดรอบที่ 2 ในปี พ.ศ. 2547 โดยการแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ ซึ่งก็มีการใช้มาตรการฆ่าไก่เป็ดยกเล้าและเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงไก่เป็นระบบปิด จึงสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดี แม้ต่อมามีการระบาดขึ้นประปรายก็สามารถควบคุมโรคได้โดยรวดเร็ว เพราะมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันที่ดี

เมื่อเกิดการระบาดของโรคที่ต่อมาตั้งชื่อว่า ไวรัสนิปาห์ ในมาเลเซีย เริ่มจากการมีหมูตายเป็นจำนวนมากและต่อมาโรคติดต่อสู่คน ทำให้มีคนตายจำนวนมาก เมื่อพบว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความร้ายแรงและรุนแรง รัฐบาลมาเลเซียก็ใช้มาตรการรุนแรง ด้วยการฆ่าหมูที่เป็นพาหะนำโรคไปทั้งหมด โรคก็สงบและไม่ปรากฏการแพร่ระบาดอีก เพราะหมูเป็นสัตว์ที่ไม่มีปีกอย่างเป็ด ไก่ และนก แม้จะมีคางคกเป็นพาหะนำโรค แต่ก็ไม่แพร่โรคได้ง่ายเหมือนเป็ดไก่ ซึ่งมีการเลี้ยงจำนวนมาก และไม่เหมือนนกที่มีการบินข้ามถิ่นมากกว่าคางคก

โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อกับคนสู่คนได้ง่าย เมื่อเห็นว่าโรคมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจึงใช้มาตรการที่เป็น “ยาแรง” คือการปิดเมืองโดยเริ่มจากนครอู่ฮั่น ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการระบาด แล้วขยายไปยังเมืองอื่นๆ ที่การระบาดแพร่ไปถึง

การปิดเมืองเริ่มจากการปิดทำการของบริการขนส่งสาธารณะ สถานที่ราชการ สถานบันเทิง ร้านค้า และต่อมา มีการห้ามออกจากเคหสถาน โดยการดำเนินการเข้มงวดขึ้นเรื่อยๆ

นครอู่ฮั่นประกาศปิดเมืองตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2563 แต่ประชาชนยังออกจากบ้านได้ และร้านค้าส่วนหนึ่งก็ยังเปิดขาย จนถึงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ จึงห้ามการออกจากบ้านอย่างเข้มงวด ทางกรมมีประกาศห้าม 8 ข้อ ดังนี้

- 1) ดำเนินการปิดเขตอาศัยอย่างเคร่งครัด
- 2) ห้ามดำเนินกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมชุมนุมกันเด็ดขาด
- 3) ดูแลผู้เดินทางกลับประเทศอย่างเข้มงวด
- 4) ดูแลสถานที่สาธารณะอย่างเข้มงวด
- 5) ให้มีการกักตัวสังเกตอาการอยู่ที่บ้านอย่างเข้มงวด
- 6) ควบคุมการส่งข่าวสารอย่างเข้มงวด
- 7) ดูแลสภาพแวดล้อมเขตอาศัยและห้องเช่าอย่างเข้มงวด
- 8) ให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด

มีข้อกำหนดให้ผู้บริการให้เช่าที่พักอาศัย “ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เช่าให้มากขึ้น หากมีสภาพผิดปกติต้องรายงานทันที ถ้ามีการระบาดและไม่รายงานทันทีจะดำเนินการทางกฎหมายกับผู้ให้เช่าหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ”

มีข้อกำหนดให้ออกนอกเคหสถานเท่าที่จำเป็น โดยต้องมีใบอนุญาต ซึ่งมีข้อกำหนด หมายเหตุไว้ในบัตรอนุญาต ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตหนึ่งใบต่อหนึ่งครอบครัว โปรตรักษาไว้ให้ดี
- 2) แต่ละครอบครัวส่งคนออกไปได้ 1 คน 3 วันต่อครั้ง
- 3) ใช้ในการเข้าออกเขตอาศัย

ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ มีผู้ยืนยันการติดเชื้อมากกว่า 3 หมื่นคน วันที่ 26 กุมภาพันธ์ มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ติดเชื้อ 3,387 คน เสียชีวิตในหน้าที่ 22 คน⁹

ความสำเร็จของจีน¹⁰

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศสำคัญๆ มีดังนี้

	ติดเชื้อ (คน)	เสียชีวิต (คน)
สหรัฐฯ	20,216,991	350,778
อินเดีย	10,267,283	148,774
บราซิล	7,619,970	193,940
อังกฤษ	2,432,888	72,548
อิตาลี	2,083,689	73,604
เยอรมนี	1,710,992	33,172
จีน	87,071	4,634
ไทย	6,884	61

ด้านยาต้านไวรัสโควิด-19 ยังไม่มียาที่พิสูจน์ว่าปลอดภัยและได้ผลน่าพอใจ มีเพียงยาเรมเดซิเวียร์ ที่ อย. สหรัฐฯ เร่งรัดขึ้นทะเบียนไปแล้ว แต่ให้ใช้เฉพาะกรณีฉุกเฉิน (emergency use) และยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

ด้านวัคซีน ยังไม่มีวัคซีนที่ได้รับการรับรองว่าปลอดภัยและได้ผลที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้ได้ทั่วไป แม้ว่าจะมีวัคซีนบางชนิดได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้ในกรณีฉุกเฉินออกมาใช้ตั้งแต่ปลายปี 2563 แต่ยังไม่สามารถฉีดให้แก่ประชากรโลกได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงเนื่องจากมีปริมาณที่จำกัดมาก และยังจำกัดการใช้ “กรณีฉุกเฉิน” เท่านั้น

จากการแพร่ระบาดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โรคนี้อิทธิพลคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจากประสบการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สเปน เมื่อช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 ขณะนั้นประชากรโลกมีราว 1,700 ล้านคน ประเมินการว่ามีผู้ป่วยราว 500 ล้านคน และเสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน

ช่วงนั้น ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการต่างๆ ยังล้าหลังกว่าปัจจุบันมาก ขณะเดียวกันโลกก็ยังไม่เข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ และผู้คนก็ยังเดินทางโดยทางบกและทางเรือเท่านั้น ยังไม่มีการเดินทางโดยเครื่องบินซึ่งรวดเร็วอย่างมาก การแพร่ระบาดของโรคจึงหยุดลงไปเองในลักษณะที่มีการแพร่ระบาดจนถึงภาวะ “อิมมิตัว” ไปเอง เพราะ “ผู้ป่วย” ราว 500 ล้านคนนั้น น่าจะมีผู้ติดเชื้อที่ไม่เจ็บป่วยอยู่จำนวนมาก อาจถึง 60-70% ของประชากรโลก จึงเกิด “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) ขึ้น ทำให้การแพร่ระบาดหยุดลงเอง แต่เชื้อโรครักยังไม่หายไป แต่ยังคงโรคได้ในลักษณะ “ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล” (Seasonal Flu) จากการที่เชื้อมีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา โดยเป็นการกลายพันธุ์ในลักษณะที่ไม่มากนัก (antigenic drift) แต่เมื่อเชื้อมีการกลายพันธุ์ที่ค่อนข้างมาก (antigenic shift) ก็จะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ขึ้นเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เชื้อไข้หวัดใหญ่สเปน เป็นเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 ต่อมา มีการระบาดเมื่อ พ.ศ. 2552 คือ ไข้หวัดใหญ่ 2009 ก็เป็นเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 เช่นกัน และไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแต่ละปี มักมีเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 อยู่เสมอ

การระบาดของโควิด-19 ในครั้งนี้โลกเจริญขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และจุดตั้งต้นของการระบาดที่เมืองอู่ฮั่นของจีนก็เจริญก้าวหน้ากว่าแต่ก่อนมาก

การระบาดของโควิด-19 เริ่มต้นชัดเจนเมื่อต้นเดือนธันวาคม 2562 พอปลายปีก็มีรายงานอย่างเป็นทางการและองค์การอนามัยโลกมีการประกาศ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 โดยจีนสามารถระบุเชื้อต้นเหตุว่าเป็นไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 และสามารถถอดรหัสพันธุกรรม โดยเผยแพร่ทางระบบดิจิทัลให้ทั่วโลกรับรู้ได้ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563

วันที่ 11 มกราคม 2563 จึงเป็น “หมุดหมาย” สำคัญทำให้วงวิชาการทั่วโลกสามารถตั้งต้นพัฒนาวัคซีนได้ตั้งแต่นั้น และวัคซีนก็สามารถผ่านการวิจัยในห้องทดลองและสัตว์ทดลอง คือ หนูถีบจักร และ ลิง เข้าสู่การทดลองในมนุษย์ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม โดยเป็นวัคซีนที่ผลิตโดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) ร่วมกับบริษัทโมเดอร์นาของสหรัฐฯ นับตั้งแต่รัฐรหัสพันธุกรรมของเชื้อเป็นเวลา 60 วันเท่านั้น

และแม้เมื่อยังไม่มียาที่ปลอดภัยและได้ผลดี แต่มีหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างน่าพึงพอใจ

ประเทศแรกคือ จีน ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการแพร่ระบาด พบการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง มีผู้ติดเชื้อและเจ็บป่วยเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จากหลักสิบเป็นหลักร้อย หลักพัน และหลักหมื่นในเวลาอันรวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็น “นักรบในแนวหน้า” ติดเชื้อไปกว่า 3 พันคน และเสียชีวิต 22 คน

จีนเริ่มใช้ “ยาแรง” เป็นมาตรการในการควบคุมโรค โดยการ “ปิดเมือง” (lockdown) นครอู่ฮั่น ซึ่งมีประชากรราว

11 ล้านคน โดยการปิดอย่างเข้มงวดเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาด โดยเริ่มตั้งแต่ 10.00 น. ของวันที่ 23 มกราคม 2563 (ก่อนวันตรุษจีนเพียง 2 วัน) บริการขนส่งสาธารณะ และสถานที่ราชการปิดทันที ร้านค้าต่างๆ หอสมุด พิพิธภัณฑ์ที่จำเป็นเท่านั้น ขณะเดียวกันก็มีมาตรการในการเยียวยาแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพสูงยิ่ง ถึงขั้น “นำอัจฉริยะ” ได้แก่

การประกาศก่อสร้างโรงพยาบาลสนามขนาด 1 พันเตียง โดยทำการขออนุญาตต่อเทศบาลได้ในวันที่ 23 มกราคม นั้นเอง ใช้เวลาออกแบบเสร็จสมบูรณ์ทั้งขั้นแนวคิด (concept design) การออกแบบพื้นฐาน (basic design) และการออกแบบรายละเอียด (detailed design) ในเวลาเพียง 60 ชั่วโมง โดยบุคลากร 60 คน ใช้คนงานกว่า 7 พันคน ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมพื้นที่ 33,900 ตารางเมตร ท่ามกลางอากาศที่หนาวเหน็บ ลงมือก่อสร้างเสร็จสิ้นในเวลาเพียง 10 วัน

ตั้งแต่การปรับพื้นที่ การก่อสร้างอาคาร ระบบสาธารณูปโภค เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งสนับสนุนทั้งหมด ภายในอาคารแยกเขตติดเชื้อและปลอดภัยออกจากกัน มีระบบปรับอากาศกลาง โดยมีการไหลเวียนของอากาศทางเดียว มีการฆ่าเชื้อก่อนระบายอากาศสู่ภายนอก พื้นมีการกันซึมอย่างดีตลอดพื้นที่ 50,000 ตารางเมตร ระบบระบายน้ำทั้งน้ำเสียและน้ำฝน มีระบบบำบัดน้ำเสีย และมีการทำลายเชื้อด้วยคลอรีน 2 รอบ ก่อนปล่อยออกสู่ระบบระบายน้ำสาธารณะ มีการเตรียมทีมงานบุคลากรคู่ขนานจากภายนอก และสิ่งสนับสนุนทั้งด้านเวชภัณฑ์ อาหาร และอื่นๆ อย่างครบครัน ระบบไอทีเป็นระบบ 5 จี เพื่อให้สามารถรองรับ

อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งการตรวจ รักษา การบันทึก เวชระเบียน และการส่งต่อข้อมูลอย่างสมบูรณ์ โรงพยาบาลสามารถส่งมอบได้ตามกำหนด ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ และพอวันที่ 4 กุมภาพันธ์ ก็สามารถรับผู้ป่วยเต็มทั้ง 1,000 เตียง พอวันที่ 13 กุมภาพันธ์ คนไข้รายแรกก็หายกลับบ้านได้

มีการตั้งชื่อโรงพยาบาลว่า “หัวเส้นซาน” แปลว่า “ขุนเขา เทพแห่งไฟ” เป็นเคล็ดเพื่อเอาชนะเชื้อโรคร้ายนี้ที่ “จะตาย ในอุณภูมิสูง”

ระหว่างการก่อสร้างโรงพยาบาลสนามพันเตียง สถานการณ์ บ่งบอกว่า ยังไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จึงมีการตัดสินใจสร้างโรงพยาบาลสนาม 1,600 เตียง อีกแห่งหนึ่งบริเวณฝั่งแม่น้ำตรงข้าม แล้วเสร็จภายใน 12 วัน ใช้งานได้เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์

วันที่ 23 มกราคม นั้นเอง มีการประกาศให้ผู้ป่วยโควิด-19 ทุกราย รักษาฟรี ผู้ที่จ่ายเงินไปก่อนหน้านี้ ให้ขอคืนได้

ทั่วประเทศมีการระดมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ เข้าไปช่วยเหลือที่เมืองอู่ฮั่น ชาวจีนโพ้นทะเลในหลาย ประเทศทั่วโลกกระดมการช่วยเหลือมุ่งสู่อู่ฮั่น

มีการระดมเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ได้แก่ หน้ากากอนามัย ชนิดเอ็น95 แวนตา หมวก ถุงมือ เสื้อผ้า รองเท้า ซึ่งต้องสวมใส่ทับ 2 ชั้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย แพทย์พยาบาล ที่ทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 จะต้องสวมอุปกรณ์ป้องกัน และ “เข้าเวร” ปฏิบัติงานกะละ 6 ชั่วโมง แทน 8 ชั่วโมง เพราะเมื่อสวมอุปกรณ์ป้องกันแล้ว จะไม่มีการรับประทานอาหาร-น้ำ และไม่มีการเข้าห้องน้ำ ยกเว้นกรณีจำเป็นเท่านั้น โดยการสวมใส่และถอดจะต้องทำอย่าง ถูกหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวด แพทย์พยาบาล บางคนต้องทำงานเข้ากะติดต่อกันเป็นเวลากว่าหนึ่งเดือน หลายคนไม่มีโอกาสกลับบ้าน เมื่อมีญาติมาเยี่ยมจะต้อง ทักทายกันห่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

ปรากฏว่า แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ติดเชื้อกว่า 3 พันคน ราว 2 ใน 3 ติดเชื้อจากที่บ้าน การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนมากติดในระยะแรก หลังจาก มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเข้มงวด ถูกวิธี และทั่วถึง อัตราการติดโรคน้อยลงมาก

ในที่สุดหลังจากการ “ต่อสู้” อย่างเข้มข้นในสมรภูมিরวม ทั้งสิ้น 76 วัน จีนก็สามารถประกาศชัยชนะโดยทำพิธี “เปิดเมือง” อู่ฮั่นอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563 (เลข 8 เป็นเลขมงคลของจีน)

หลังจากนั้น จีนก็สามารถส่งความช่วยเหลือไปยังประเทศ ที่ประสบปัญหาหนัก เช่น อิตาลี อิหร่าน โดยบนกล่อง สิ่งของที่ส่งไปช่วยเหลือ มีบทกวี 3 ภาษา คือ ภาษาจีน อังกฤษ และภาษาท้องถิ่น 3 บรรทัด ความว่า

เรามาจากท้องทะเลเดียวกัน

ใบไม้จากต้นเดียวกัน

ดอกไม้จากสวนเดียวกัน

ในจีนเองต่อมา มีการติดเชื้อรายใหม่ประปราย แต่สามารถ ควบคุมได้อย่างรวดเร็ว โดยจีนสามารถระดมตรวจคนนับ สิบล้านในบางเมือง จนมั่นใจว่าสามารถควบคุมโรคได้อย่าง แท้จริง แม้ยังไม่มียาและวัคซีน โดยที่จีนก็เป็นผู้นำในการ วิจัยและพัฒนาวัคซีนอย่างเร่งรัด และประกาศว่า ถ้าได้วัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผล จะกระจายให้แก่ประชาชน ทั่วโลกโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์เรื่องการค้าเป็นหลัก



กรณีอิตาลี อิหร่าน และอังกฤษ

ความจริงเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ไม่มีขา ไม่มีปีก สามารถ “ล่องลอย” ไปในอากาศจากการ ไอ จาม ได้อย่างไกลกว่า 2 เมตรเท่านั้น แต่เชื้อโรคนี้กลับสามารถแพร่ระบาดไปได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั่วโลก เพราะติดไปกับตัวคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นพาหะที่เดินทางกันมากมายทั้งวันทั้งคืน ทั้งทางบก ทางน้ำ และโดยเฉพาะทางอากาศ

สมัยใช้หวัดใหญ่สเปนระบาดทั่วโลก โลกยังไม่มีเครื่องบิน เป็นพาหะ แต่เชื้อก็สามารถแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยตัวเร่งสำคัญในขณะนั้นคือ สงครามโลกครั้งแรก

มีคนที่ “โลกสวย” เข้าใจผิดว่า การระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้น เพราะผู้คนไปทำลายธรรมชาติ หรือเบียดเบียนธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดโดยสิ้นเชิง เพราะใช้หวัดใหญ่สเปน ระบาดไปทั่วโลกได้ในยุคที่ประชากรโลกยังน้อยกว่านี้ราว 5 เท่า การเดินทางและการคมนาคมยังล่าช้ากว่าทุกวันนี้มาก

สำหรับโรคโควิด-19 ซึ่งเริ่มระบาดจากเมืองอู่ฮั่นนั้น เพราะอู่ฮั่นเป็นศูนย์กลางการบินแห่งหนึ่งจากภาคกลางของจีน หากดูแผนที่เส้นทางการบินจากเมืองอู่ฮั่น จะมีเส้นทางการบินไปยังเมืองใหญ่ทั่วโลกพอกๆ กับที่กรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางการบินของโลกเช่นกัน

มีคนที่ “โลกสวย” เข้าใจผิดว่า การระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้นเพราะผู้คนไปทำลายธรรมชาติ หรือเบียดเบียนธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดโดยสิ้นเชิง

ช่วงแรกของการระบาด พบการระบาดใหญ่และรุนแรงที่ อิตาลีและอิหร่าน ซึ่งมีข่าวการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมากมาย และมีคนตายจากโรคนี้อย่างมาก จนฝังศพไม่ทัน ตั้งแต่ช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2563

จากการศึกษาต่อมา พบว่าคนไข้โรคนี้อายแรกแพร่ระบาดเข้าไปในอิตาลีตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 แล้ว ซึ่งดูจากเส้นทางการบินจากเมืองอู่ฮั่น มีเส้นทางการบินตรงจากอู่ฮั่นไปอิตาลีวันละหลายเที่ยวบิน จึงไม่แปลกที่จะพบผู้ป่วยรายแรกตั้งแต่เมื่อเดือนธันวาคม 2562 ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยรายแรกที่ทางการจีนตรวจพบและยืนยันว่าเป็นโรคนี้อายุแรกเกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2562 แล้ว แน่แน่นอนว่าโรคนี้อายุ “กำแพงธรรมชาติ” (natural barrier) จากสัตว์มาสู่คนมาตั้งแต่ก่อนหน้านั้นแล้ว และน่าจะต้องใช้เวลาพอสมควร ในการปรับตัวให้เชื้อโรคสามารถติดต่อกันได้ง่ายจากคนสู่คน โรคนี้อายุแรกเกิดขึ้นประปรายตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 แต่สืบหลักฐานย้อนไปได้ถึงแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2562 และชัดเจนแล้วว่า ผู้ติดเชื้อมีจำนวนมาก ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย จึงยังคงเดินทางได้ และแพร่โรคได้

การที่โรคแพร่เข้าไปในอิตาลี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ทำให้โรคมีการแพร่กระจายออกไปได้หลายรุ่น (generations) จาก 1 เป็น 2 เป็น 4 เป็น 8 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นหลักร้อย หลักพัน และหลักหมื่นได้ไม่ยาก เพราะโรคติดต่อทางระบบหายใจ ทำให้ติดต่อและแพร่กระจายไปอย่างกว้างขวางได้โดยง่าย

เมื่อจีนรายงานการพบโรค “อุบัติใหม่” นี้ และรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีการประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 นั้น ยังไม่ปรากฏข่าวการ “เฝ้าระวัง” (surveillance) และการรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในอิตาลี การรายงานผู้ป่วยรายแรกๆ ในอิตาลี เริ่มต้นเมื่อราวกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ซึ่ง ณ เวลานั้นน่าจะมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางแล้วในอิตาลี เพราะหลังจากนั้น ก็มีการรายงานการยืนยันพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อย เป็นพัน และเป็นหมื่น ในช่วงระยะเวลาเป็นสัปดาห์เท่านั้น

การที่มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง ทำให้โรคแพร่ระบาดเข้าไปในประชากร “กลุ่มเปราะบาง” (vulnerable groups) ได้แก่ คนสูงอายุ และคนที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคอ้วน ซึ่งเสี่ยงต่อการที่จะป่วยหนักจนต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีจำนวนมากที่ต้องเข้าไอซียู ต้องการเครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิต

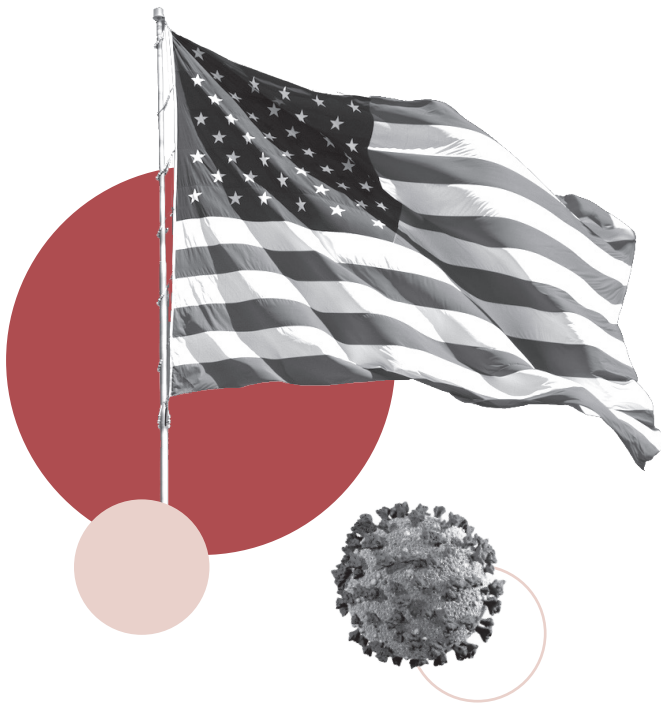
อิตาลี เป็นประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปตะวันตก ระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานดีพอสมควร ทั้งโรงพยาบาล เตียงผู้ป่วย ห้องไอซียู เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และอื่นๆ แม้กระนั้นก็ไม่เพียงพอรองรับคนไข้หนักที่ประดังเข้าไปในเวลาอันรวดเร็ว

อิตาลีไม่มีศักยภาพในการ “เนรมิต” โรงพยาบาลสนาม 1,000 เตียง และ 1,600 เตียง อย่างที่จีนทำได้ในเมืองอู่ฮั่นในเวลาเพียง 10 และ 12 วัน เท่านั้น และไม่สามารถระดมบุคลากรทางการแพทย์หลายหมื่นคนเข้าไปช่วยเหลือได้อย่างทันการณ์ ผลคือ มีคนไข้จำนวนมากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และรักษาอย่างเพียงพอและทันท่วงที ทำให้มีผู้ป่วยล้มตายเป็น “ใบไม้ร่วง” จนทำพิธีศพไม่ทัน และเป็นข่าวไปทั่วโลก

อิหร่าน ก็ตกอยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน โดยอิหร่านมีข่าวเรื่องความเชื่อและพิธีกรรมศาสนา ที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวางและรวดเร็วด้วย

ต่อมา **อังกฤษ** ก็เผชิญปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยมีข่าวที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาก คือ นโยบาย “ประหลาด” ในการ “ต่อสู้เอาชนะ” โรคนี้ นั่นคือ จะปล่อยให้มีการแพร่ระบาดของโรคนี้อย่างกว้างขวางจนประชากรเกิด “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) ขึ้น โดยข่าวระบุว่า แนวคิด (concept) ดังกล่าว มาจากที่ปรึกษาด้านสุขภาพของนายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสัน ซึ่งเพิ่งชนะเลิศเลือกตั้งอย่างท่วมท้นมาไม่นาน ประกอบกับบุคลิกความแข็งแกร่งเป็นทุนเดิมอยู่ด้วย จึงค่อนข้างอึดเข็มกับแนวนโยบายดังกล่าว ซึ่งผลที่สุดอังกฤษกลายเป็นประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในอันดับต้นๆ ของยุโรป และมีอัตราตายสูงมากด้วย กล่าวคือ นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อ 2,432,888 คน และตาย 72,548 คน คิดเป็นอัตราป่วย-ตาย สูงถึง 2.98 % (อัตราป่วยตายเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2563 สูงถึง 4.11%) โดยช่วงปลายปี พบเชื่อมีการกลายพันธุ์ ทำให้โรคแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้นในอังกฤษด้วย ทำให้ช่วงปลายปี 2563 การแพร่ระบาดในอังกฤษยังรุนแรง จนต้องมีการประกาศปิดเมืองช่วงปลายปี 2563 ต่อเนื่องไปจนถึงต้นปี 2564

ที่เป็นข่าวใหญ่อีกข่าวหนึ่งในอังกฤษคือ นายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสันเอง ก็ติดเชื้อ และป่วยหนัก ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก/วิกฤต (Intensive Care Unit : ICU) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติถึง 2 วัน ต้องมีพยาบาล 2 คน คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เคาะหัดที่ผ่านวิกฤติ รอดชีวิตมาได้ ทั้งที่มีความเสี่ยงคือโรคอ้วน แม้จะไม่สูงอายุก็ตาม หลังการป่วย “เฉียดตาย” พบว่า นายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสัน มีบุคลิกภาพอ่อนโยนลงอย่างชัดเจน (ดูภาคผนวก 2)

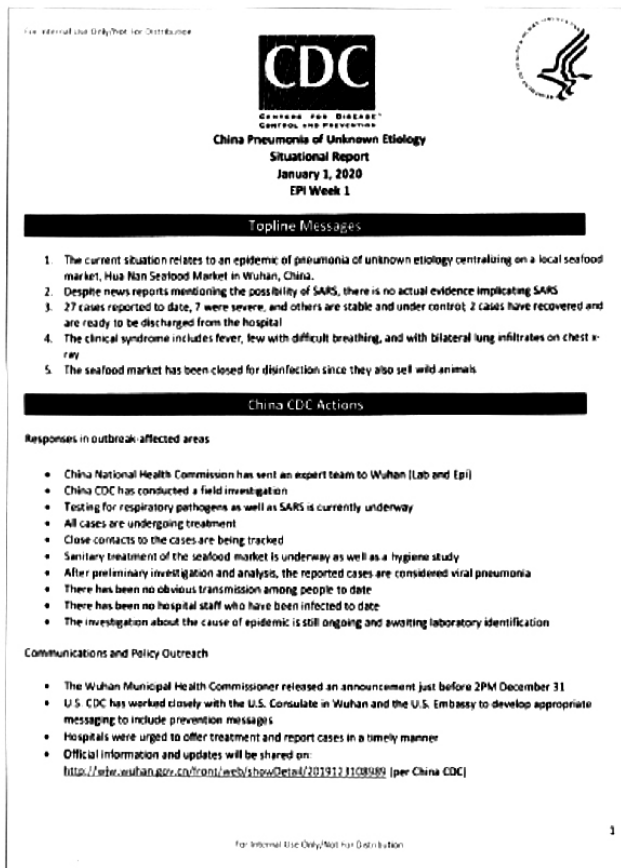


กรณีสหรัฐอเมริกา

ประเด็นที่น่าสนใจคือสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการแขนงต่างๆ มากที่สุดในโลก มีสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health : NIH) ที่มีเกียรติประวัติมายาวนานและมีศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (Centers for Disease Control and Prevention) หรือ ซีดีซี (CDC) ที่เป็นผู้นำโลกด้านความรู้และระบบการควบคุมป้องกันโรค แต่ในที่สุดกลับเป็นประเทศที่มีจำนวนการติดเชื้อและการตายมากที่สุดในโลก โดยครองตำแหน่ง “อภัยศ” น้อยอยู่อย่างยาวนานหลายเดือน และในที่สุดก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ต้องพ่ายแพ้การเลือกตั้งต่างๆ ที่ได้ใช้อำนาจทั้งปวงที่มีอยู่พยายามเอาชนะโรคนี้อย่างชะงัดแล้ว และบีบบังคับมิตรประเทศอย่างอินเดีย ให้ส่งทั้งยาสำเร็จรูปและตัวยาให้สหรัฐฯ โดยไม่คำนึงว่าคนอินเดียกว่า 1,300 ล้านคน จะขาดยา เป็นต้น ต่อมาพบว่า ยาที่อ้างว่าได้ผล คือ ยาไฮดร็อกซีคลอโรควิน (Hydroxychloroquin) นั้น แท้จริงนอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังทำให้คนไข้เสียชีวิตมากขึ้นด้วย

ตรงกันข้ามกับ นิวซีแลนด์ ซึ่งนายกรัฐมนตรีหญิงประสบความสำเร็จอย่างงดงามในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 แล้วสามารถชนะเลือกตั้งอย่างงดงาม สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างดีตลอดปี 2563 และสามารถเฉลิมฉลองวันปีใหม่ได้อย่างเต็มที่ก่อนประเทศใดในโลกด้วย

สหรัฐอเมริกา ซึ่งควรจะเป็นผู้นำโลกในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เหมือนที่เคยเป็นผู้นำในการพิชิตโรคเอดส์ ชาร์ส เมอร์ส อีโบล่า ไข้หวัดใหญ่ 2009 และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ มาแล้ว แต่ภายใต้ภาวะผู้นำของประธานาธิบดีทรัมป์ ซึ่งทำตัวเป็น “นักเลงโต” แบบ “นักเลงอันวาล” สร้างศัตรูไม่เลือกหน้า ไม่สนใจ “วิชาการและหลักฐาน” มีพฤติกรรมแบบ “ข้าเก่งคนเดียว” “ทุกคนต้องฟังข้า” “ใครขวางหน้าข้าปลด” ไม่สนใจสื่อมวลชนกระแสหลัก ไม่มองสื่อมวลชนเป็นกระจกสะท้อนเสียงและความต้องการของประชาชน ถือดีว่าสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งข่าว “อันทรอานุกาพ” ของตน ถึงประชาชนทั่วโลกโดยเฉพาะชาวอเมริกันที่เป็นฐานเสียง หรือ “แฟนคลับ” ได้โดยตรงสหรัฐฯ จึงล้มเหลวอย่างไม่เป็นท่า ทำให้ชาวอเมริกันตรวจพบการติดเชื้อสูงที่สุดในโลก และเสียชีวิตมากที่สุดในโลก



On January 1, 2020, New Year's Day, the Centers for Disease Control and Prevention began producing a series of detailed daily reports about the spread of an epidemic through Wuhan, China, and beyond. "The current situation relates to an epidemic of pneumonia of unknown etiology [cause] centralizing on a local seafood market, Hua Nan Seafood Market in Wuhan, China," the first report states. "There has been no obvious transmission among people to date."

ภาพที่ 2 รายงานสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐฯ จัดทำขึ้นเผยแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ยังเรียกชื่อโรคว่า "โรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุในจีน"

ที่มา: Bob Woodward. (2020). Rage. London: Simon & Schuster UK Ltd

อย่างยาวนานหลายเดือน ข้อมูล ณ วันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 สหรัฐฯ มีผู้ติดเชื้อสูงถึง 20,216,991 คน และเสียชีวิตสูงถึง 350,778 คน มากกว่าทหารอเมริกันที่ไปเสียชีวิตอย่างอัปยศอดสูในสงครามเวียดนามแล้วกว่า 5 เท่า

สหรัฐฯ ไม่เพียงแต่ควรจะควบคุมป้องกันโรคนี้อย่างดีเท่านั้น แต่ควรเป็นผู้นำโลกในการควบคุมและป้องกันโรคนี้อย่างดี เพราะสหรัฐฯ มีศักยภาพมากมาย ได้แก่ (1) มีหน่วยงานวิจัยสร้างความรู้ที่เก่งที่สุดในโลก คือ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) หรือ เอ็นไอเอช (NIH) (2) มีหน่วยงานควบคุมป้องกันโรคที่เก่งที่สุดในโลก คือ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention) หรือ ซีดีซี (CDC) (3) มีทรัพยากรมากมาย มั่งคั่งร่ำรวยมากที่สุดในโลก ทั้งเงิน เครื่องมือ อุปกรณ์ และ (4) มีสถาบันการศึกษา และมีผู้เชี่ยวชาญแขนงต่างๆ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรงอย่าง นายแพทย์ แอนโทนี เฟาซี ซึ่งเป็นผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติด้านโรคภูมิแพ้และโรคติดเชื้อมาอย่างยาวนาน คอยสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นระยะๆ แก่ประชาชนด้วย

การที่จีนประกาศตั้งแต่แรกอย่างถูกต้องว่า เชื้อต้นเหตุของโรคนี้อาจเป็นไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 และสามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อ ประกาศเปิดเผยต่อชาวโลกตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563 เป็นโอกาสอันดียิ่งที่สหรัฐฯ จะใช้ฐานทรัพยากรอันมากมายมหาศาลของตนเข้าไปจัดการเรื่องนี้ ทั้งการควบคุมโรคแต่เนิ่นๆ รวมทั้งเร่งวิจัยและพัฒนาวัคซีนออกมาตามหลักวิชาการ ไม่ใช่อำนาจ "บีบบังคับ" ผู้คนไปทั่วเพื่อจะออกมาประกาศแก่ประชาชนอย่างซ้ำซากว่าอเมริกาเป็น "ที่หนึ่งของโลก" สหรัฐฯ จะไม่ตกอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายเช่นนี้อ่างแน่นอน

ข้อมูลและหลักฐานต่างๆ ชี้ชัดว่า โรคนี้แพร่เข้าสู่สหรัฐฯ ตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม 2563 แต่เพราะประธานาธิบดีทรัมป์ไม่เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพมาตั้งแต่ต้น ทำให้มีการส่งยูนิตหน่วยข่าวกรองด้านสุขภาพโลก (Global Health Intelligence Unit) ในสภาความมั่นคงแห่งชาติของสหรัฐฯ (US National Security Council) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561 และลดงบประมาณของซีดีซีลงอย่างมาก ดังนั้นเมื่อมีรายงานถึงทรัมป์เรื่องนี้ตั้งแต่ต้นปี ทรัมป์กลับเลือกเฉยเมย ไม่เร่งรัดจัดการแก้ปัญหาโดยเร็ว โดยได้ “แก้ตัว” ในภายหลังว่า “เพราะไม่ต้องการสร้างความตระหนกตกใจให้แก่ประชาชน” ทำให้ตลอดเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งเป็น “ช่วงเวลาทอง” ของการระงับยับยั้งการแพร่ระบาดใหญ่ของโรค ซีดีซีมีการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ทั่วประเทศไม่ถึง 500 ราย

เมื่อจีนแถลงและรายงานองค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 และประเทศไทยรายงานการพบผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีน ซีดีซีก็มีการจัดทำรายงานอย่างเป็นทางการเผยแพร่ต่อสาธารณะตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ดังมีหลักฐานชัดเจน (ภาพที่ 2,3)

ซีดีซี เป็นต้นตำรับของหลักการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อว่าต้อง “รู้เร็ว และแก้ปัญหาอย่างฉับพลัน” (early recognition and prompt response) เพราะเชื้อโรคสามารถแพร่ระบาดไปได้อย่างรวดเร็วในลักษณะ “ทวีคูณ” (double) หรือ “พหุคูณ” (exponential) การควบคุมโรคแต่เนิ่นๆ จึงมีความสำคัญยิ่ง ถ้าปล่อยเวลาให้เนิ่นช้าออกไป โรคจะแพร่ระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ “ยากแก่การควบคุม” หรือ “ควบคุมไม่ได้” โดยเฉพาะโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเชื้อโรคมักมีการเพิ่มจำนวนในลักษณะพหุคูณ และติดต่อแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางได้โดยง่ายและรวดเร็ว

ซีดีซี ยังเป็นต้นตำรับของตำราการควบคุมโรคระบาด คือ การเข้าไป “ปิดล้อมโรค” (containment of disease) มิให้แพร่ระบาดไปยังคนใกล้เคียง การ “ตรวจและติดตาม” (testing and tracing หรือ testing and tracking) และทำการ “แยกกัก” เพื่อเฝ้าระวัง (surveillance) หรือ “กักกัน” (quarantine) ตามความจำเป็น (quarantine คือ กักผู้สัมผัสเพื่อเฝ้าระวังว่าจะมีเชื้อหรือไม่ isolation คือแยกผู้ที่ยืนยันว่าติดเชื้อแล้วเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ)

การละเลยการเร่งควบคุม ปิดล้อม แยกกักและกักกัน แต่เนิ่นๆ ของสหรัฐฯ ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดดำเนินไปเหมือนในอิตาลีอย่างรวดเร็ว นั่นคือ โรคได้แพร่ระบาดเข้าไปในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ คนสูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัว และโดยเฉพาะคือ คนยากจน ที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันสุขภาพแต่ไม่ครอบคลุม ทำให้มีผู้ป่วยหนักจำนวนมากเกินกำลังโรงพยาบาลต่างๆ จะรับไหว จึงเกิดการเสียชีวิตมากมาย จนฝังศพไม่ทัน เพราะนอกจากต้องทำพิธีทางศาสนาแล้ว ในพิธีศพยังต้องมีมาตรการในการป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเข้มงวดและเพราะขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันตัว (Personal Protective Equipment: PPE) ทำให้บุคลากรติดเชื้อ ล้มป่วย และเสียชีวิตโดยไม่สมควรจำนวนไม่น้อยด้วย

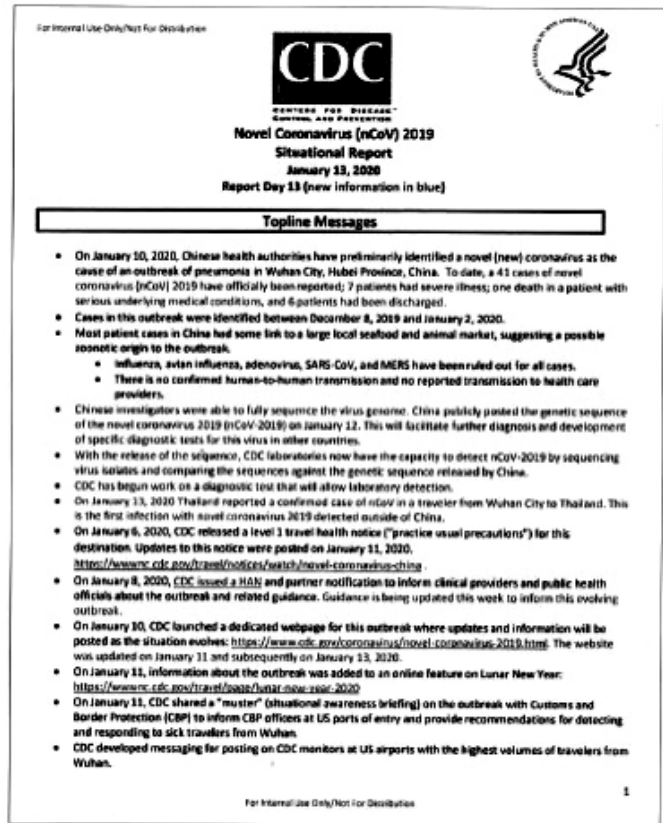
น่าสลดใจ ที่ความล้มเหลวของการป้องกันและควบคุมโรคในสหรัฐฯ เกิดขึ้นหลังมาตรการปิดเมืองอู่ฮั่นในจีนเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 แล้ว ซึ่งข่าวคราวความสำเร็จของจีนปรากฏแก่ชาวโลก จนเปิดเมืองได้อย่างยิ่งใหญ่เมื่อวันที่ 8 เมษายน แต่ความล้มเหลวของสหรัฐฯ ก็ยังประจานความไร้ประสิทธิภาพของผู้นำสหรัฐฯ มาอย่างยาวนานอีกหลายเดือน ซึ่งแทนที่จะ “ไหวตัว” “ทบทวนนโยบาย” เพื่อ “แก้ปัญหา” อย่างถูกต้อง ทรัมป์กลับ “แก้ตัว” และใช้วิธีโยนความผิดด้วยการกล่าวหาว่าเป็นความผิดของจีน และเป็นความเอนเอียงขององค์การอนามัยโลก โดยการประกาศยุติการจ่ายเงินสนับสนุนและ

กำหนดถอนตัวจากการเป็นสมาชิกขององค์กรแห่งนี้ แต่ความผิดพลาดและล้มเหลวของทรัมป์ก็เป็นบทเรียนราคาแพงที่ทำให้ประชาชนอเมริกันตัดสินใจ “โหวตไล่” ทรัมป์ ออกจากตำแหน่งไปได้ในที่สุด

โจ ไบเดน ว่าที่ประธานาธิบดีคนใหม่ของสหรัฐฯ (ในเวลานั้น) ได้กล่าวสุนทรพจน์ประกาศชัยชนะที่มลรัฐเดลาแวร์ ที่เขาเติบโตและเป็นวุฒิสมาชิกของมลรัฐแห่งนี้มาหลายสมัย (โจ ไบเดน เกิดที่มลรัฐเพนซิลวาเนีย) เมื่อคืนวันเสาร์ที่ 7 พฤศจิกายน 2563 ว่าจะเป็นที่ประธานาธิบดีของชาวสหรัฐฯ ทั้งรัฐและคนที่เลือกและไม่เลือกเขา เรียกร้องความสามัคคีและผนึกกำลังกันเยียวยาแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชาติ เพราะเขาเคยป่วยแพ้และรู้หัวอกของคนป่วยแพ้ที่เขาจบสุนทรพจน์ด้วยเรื่องเล่าที่พ่อเขาบอกเขาว่า “อย่าสูญเสียความศรัทธา” (don't lose faith) และแม่ของเขาย้ำว่าต้องทำมากกว่านั้น นั่นคือให้ “เผยแพร่อุบัติศรัทธา” (spread faith) ด้วย

โจ ไบเดน ประกาศจะแก้ปัญหาโควิด-19 โดยเร็วซึ่งน่าจะเชื่อว่าเขาจะทำได้สำเร็จอย่างไม่ยากเย็น เพราะช่วงที่ประกาศชัยชนะคนอเมริกันติดเชื่อในสถิติที่อยู่ในระดับสูงสุดคือวันละกว่าแสนราย ซึ่งต่อมาสูงถึง 3 แสนรายต่อวัน ในวันที่ 8 มกราคม 2564 ในช่วงฤดูหนาวซึ่งเป็นฤดูที่ปกติไข้หวัดใหญ่จะแพร่ระบาดในประเทศหนาวอยู่แล้วด้วย (ต่างจากประเทศร้อนอย่างประเทศไทยที่ใช้หวัดใหญ่จะระบาดในฤดูฝน) เมื่อเข้ารับตำแหน่งในวันพุธที่ 20 มกราคม 2564 การแพร่ระบาดได้ซาลง โดยมีวัคซีนที่น่าเชื่อว่าปลอดภัยและได้ผล ได้ขึ้นทะเบียนและเริ่มฉีดให้ประชาชนจำนวนหนึ่งแล้วด้วย

ทรัมป์ พ่ายแพ้แก่โควิด-19 ไปแล้ว ขณะที่ประธานาธิบดีสไตลส์เดียวกันอย่างที่บราซิลยังอยู่ตำแหน่งไปอีกนาน โดยบราซิลตามมาเป็นที่สามรองจากสหรัฐฯ และอินเดีย คือติดเชื่อ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 7,619,970 คน ตาย 193,940 คน นิวซีแลนด์ ได้ชื่อว่าควบคุมโรคได้ดี



The CDC Situational Report for January 13 alerted officials that “Thailand reported a confirmed case of nCoV in a traveler from Wuhan City to Thailand. This is the first infection with novel coronavirus 2019 detected outside China.”

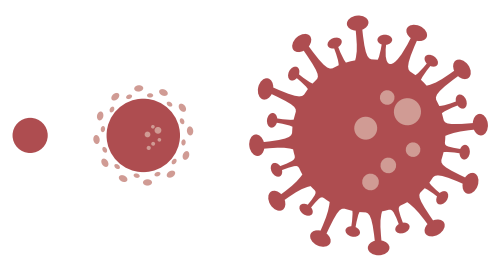
ภาพที่ 3 รายงานสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐฯ ฉบับวันที่ 13 มกราคม 2563 รายงานการพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย เรียกชื่อโรคนี้นี้ใหม่ว่า “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (เอ็นโควี) 2019” [Novel Coronavirus (nCoV) 2019]

ที่มา: Bob Woodward. (2020). Rage. London: Simon & Schuster UK Ltd., page 23

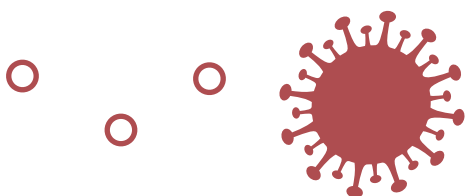
ติดเชื่อ 1,626 คน ตาย 25 คน มีผลให้นายกรัฐมนตรีหญิงชนะเลือกตั้งอย่างงดงาม ได้วันก็ควบคุมโรคได้ดี ติดเชื่อเพียง 577 คน ตาย 7 คน และประธานาธิบดีหญิง คือไชอิงเหวิน ก็ชนะเลือกตั้งอย่างท่วมท้น ต่อมาเมื่อมีข่าวเชื้อโรคกลายเป็นภัย และพบผู้ติดเชื้อเข้าไปในอาณาจักร ได้วันก็ประกาศการป้องกันเต็มที่โดยประกาศปิดเกาะอย่างเข้มงวด และสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างดีในตลอดปี 2563



- 27 ม.ค. 63** นายกรัฐมนตรี ตั้งศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (Prime Minister Operations Center : PMOC) รับมือสถานการณ์โรคโควิด-19
-
- 30 ม.ค. 63** องค์การอนามัยโลกประกาศ “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)
-
- 31 ม.ค. 63** พบผู้ป่วยรายแรกที่เกิดจากการแพร่เชื้อในประเทศ เป็นคนขับแท็กซี่ที่ติดจากผู้โดยสารชาวจีน
-
- 2 ก.พ. 63** รพ.ราชวิถีแถลง “การค้นพบ” สูตรยารักษา คือ ยาโลพินาเวียร์-ริโทนาเวียร์ ที่ใช้รักษาโรคเอดส์ แต่ความจริงเป็นเพียงผลการรักษาผู้ป่วยรายเดียว และเงินที่ใช้ยารักษาผู้ป่วย ซึ่งบางรายได้ผลบางรายไม่ได้ผล
-
- 4 ก.พ. 63** เริ่ม “สัปดาห์ทำความสะอาดใหญ่” (big cleaning week) รับคนไทย 138 คน กลับจากอู่ฮั่น เข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง กักตัวและกักกัน
-
- 14 ก.พ. 63** พบบุคลากรทางการแพทย์ 1 รายติดเชื้อ อธิบดีกรมอนามัยแนะนำการใช้หน้ากากอนามัยชนิดผ้า
-
- 20 ก.พ. 63** นายกรัฐมนตรีประชุมคณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อลดการแพร่ระบาด ประกาศแนวทาง “แยก หยุด เลี่ยง ปิด”
-
- 26 ก.พ. 63** กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
-
- 2 มี.ค. 63** คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้โควิด-19 อยู่ในขอบเขตการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
-
- 4 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศให้โควิด-19 เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินขอรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง
-
- 5 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขประกาศรายชื่อประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย
-
- 6 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการกักกันตัวแรงงานที่เดินทางกลับจากเกาหลีใต้ เริ่มใช้คำว่า “State Quarantine” (การกักกันของรัฐ) มีการจัดแข่งขันชกมวยที่สนามมวยลุมพินี ซึ่งเป็นศูนย์กลางการระบาดเป็นกลุ่ม (cluster) ที่มีกลุ่มเสี่ยงมากกว่า 4,500 คน
-
- 7 มี.ค. 63** จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกครบ 100,000 คน
-
- 11 มี.ค. 63** องค์การอนามัยโลกประกาศภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) รัฐบาลสั่งห้ามส่งออกหน้ากากอนามัย หลังเกิดวิกฤตขาดแคลนหน้ากากอนามัย
-
- 12 มี.ค. 63** รัฐบาลจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” ชื่อย่อ ศบค.



- 16 มี.ค. 63** จ.บุรีรัมย์ ประกาศปิดเมืองเพื่อควบคุมโรค
-
- 17 มี.ค. 63** คณะรัฐมนตรีมีมติให้ปิดสถานศึกษา งดวันหยุดช่วงสงกรานต์ และให้พิจารณาทำงานที่บ้านระหว่าง 18-31 มี.ค.63
-
- 19 มี.ค. 63** คณะบดีคณะแพทยศาสตร์หลายสถาบัน เรียกร้องรัฐบาลให้ใช้มาตรการล็อกดาวน์ ให้ทุกคนอยู่บ้าน
-
- 21 มี.ค. 63** กทม. ประกาศปิดสถานที่ 26 ประเภท ทำให้ประชาชนจำนวนมากหลังไหลกลับภูมิลำเนาในต่างจังหวัด เกิดปรากฏการณ์ “ผีเสื้อตกถัง”
-
- 23 มี.ค. 63** กระทรวงมหาดไทยสั่งปิดด่านชายแดน 18 จุด ใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ
-
- 24 มี.ค. 63** รัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ 26 มี.ค.-30 เม.ย. 63
-
- 25 มี.ค. 63** ผู้ติดเชื้อทั่วโลกทะลุ 400,000 คน เปิดโรงพยาบาลสนามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต แต่มีผู้จำเป็นต้องเข้าใช้บริการน้อยมาก
-
- 26 มี.ค. 63** ปิดโรงพยาบาลปันนังस्ता จ.ปัตตานี เพราะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หลายคนต้องเข้าสู่ระบบกักตัว ไม่สามารถให้บริการได้ จนต้องมีการส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลใกล้เคียงเข้าไปช่วย จึงกลับมาเปิดบริการได้
-
- 31 มี.ค. 63** การรถไฟแห่งประเทศไทยประกาศงดให้บริการเชิงพาณิชย์ 22 ขบวน ตั้งแต่วันที่ 11 เม.ย. 63
-
- 2 เม.ย. 63** ประกาศเคอร์ฟิวตาม พ.ร.ก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน
-
- 5 เม.ย. 63** กระทรวงมหาดไทยสั่งการทุกจังหวัดเตรียมความพร้อม เตรียมพื้นที่รองรับการกักกันตัวในจังหวัด (Local Quarantine)
-
- 6 เม.ย. 63** พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระราชินีพระราชทานอุปกรณ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลต่างๆ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19
-
- 9 เม.ย. 63** กรมการแพทย์เห็นนโยบายโรงพยาบาลจัดส่งยาทางไปรษณีย์และจ่ายยาล่วงหน้าเพิ่มจาก 1 เดือน เป็น 2 เดือน
-
- 27 เม.ย. 63** รัฐบาลประกาศขยายเวลาประกาศใช้พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉินออกไปอีก 1 เดือน ถึง 31 พ.ค. 63
-
- 30 เม.ย. 63** ศบค. ประกาศผ่อนปรน 6 กิจกรรม เริ่ม 3 พ.ค. 63



ด้วยมาตรการต่างๆ ทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ค่อนข้างดี แต่ก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมตามมามากมาย



6.1

ผลกระทบของโควิด-19 ในประเทศไทย

หากจะเทียบความรุนแรงของยอดผู้ติดเชื้อและยอดผู้เสียชีวิตของไข้หวัดใหญ่สเปนที่เกิดขึ้นราว 100 ปีที่แล้วในช่วง พ.ศ. 2461-2462 กับโควิด-19 ที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2563 โดยดูจากยอดผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิต ไม่ว่าจะมองแบบยอดรวม หรือที่เป็นสัดส่วนต่อจำนวนประชากร แทบจะบอกได้เลยว่าโควิด-19 เทียบไข้หวัดสเปนไม่ได้เลย ในคราวไข้หวัดสเปนนั้นประชากรไทยมีอยู่เพียงราวๆ 8 ล้านคน แต่มีผู้ติดเชื้อราว 2 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของพลเมืองทั้งหมด และเสียชีวิตมากถึง 8 หมื่นคน¹¹ ในขณะที่โควิด-19 ณ ปลายปี 2563 พลเมืองไทยมีประมาณ 67 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อประมาณ 6,884 คน และเสียชีวิต 61 คน อย่างไรก็ตาม จะสรุปว่าผลกระทบโดยรวมที่เกิดขึ้นจากโควิด-19 นั้น เบากว่าที่เคยเกิดขึ้นจากไข้หวัดใหญ่สเปนก็ไม่ถูกต้องเสียทีเดียว เนื่องจากแต่ละยุคสมัยมีบริบทและความซับซ้อนของบ้านเมืองที่แตกต่างกัน ในเชิงตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตอาจเห็นได้ว่าโควิด-19 มีจำนวนและสัดส่วนต่อพลเมืองที่น้อยกว่าไข้หวัดใหญ่สเปนมาก แต่ในยุคที่จังหวะซีฟวร์ของสังคมเดินรัวตามความเข้มข้นของการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนและดำเนินกิจกรรมทั้งออนไลน์และออฟไลน์ โควิด-19 และความวิตกต่อการแพร่ระบาดของไวรัสนี้ ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง แม้มาตรการรับมือกับโควิด-19 ของประเทศไทยจะได้รับการยกย่องจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก¹² และอีกหลายองค์กร¹³ ก็ตาม

6.1.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความหวาดกลัวต่อโควิด-19 ของสังคมไทยเริ่มจากความ “กลัวตาย” ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ นี้อย่างเอาจริงเอาจังจากทั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.)¹⁴ ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 รวมทั้งสื่อมวลชนและสื่อภาคประชาชนในทุกแพลตฟอร์มช่วยกันเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโควิด-19 ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของความง่ายและความเร็วของการแพร่ระบาด การติดต่อจากคนที่ไม่แสดงอาการ รวมไปถึงการเสียชีวิตจำนวนมากในประเทศต่างๆ และกลายมาเป็นความ “กลัวอดตาย” เมื่อโควิด-19 ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจแทบทุกอย่างหยุดชะงัก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการปิดเมือง (lockdown) เริ่มจากการที่คณะรัฐมนตรีมีมติปิดสถานที่เสี่ยงต่อโรคระบาดและงดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การจัดคอนเสิร์ต การจัดงานแสดงสินค้า รวมทั้งกิจกรรมทางศาสนา ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม เป็นต้นมาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และต่อมาคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อกรุงเทพมหานครซึ่งมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นประธาน ประกาศปิดสถานที่ 26 ประเภท ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ ตั้งแต่ระดับใหญ่ไปถึงระดับเล็ก ตั้งแต่เจ้าของธุรกิจไปจนถึงคนทำงานรับจ้างรายวัน ซึ่งตามมาด้วยการประกาศมาตรการลักษณะคล้ายกันในระดับจังหวัดและจังหวัดอื่นๆ หลังจากพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากจากสนามมวยลุมพินี มีผลตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม (ซึ่งเป็นวันที่มีการบันทึกจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุด 188 คน) จนถึง 12 เมษายน¹⁵ ส่วนเทศกาลสงกรานต์ถูกประกาศเลื่อนออกไปโดย ศบค. ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม ทำให้คนไทยรู้แล้วว่าเทศกาลสงกรานต์ซึ่งเป็นเทศกาลแห่งการพักผ่อน เฉลิมฉลอง รวมญาติ และเทศกาลแห่งการทำเงินเป็นอันต้องยุติสังเวทโควิด-19 ตามมาด้วยความวิตกกังวลในความไม่แน่นอนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดการเริ่มกักตุนอาหารตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม เป็นต้นมา อาหารที่เก็บได้นานๆ หลายอย่าง เช่น บะหมี่

กึ่งสำเร็จรูปและปลากระป๋อง เริ่มหายากขึ้นตามข่าวลือเกี่ยวกับมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ออกมาเป็นระยะ รวมทั้งการประกาศตามพระราชกำหนดการบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 1 ที่ให้มีผลในวันที่ 26 มีนาคม¹⁶ และการรณรงค์ให้คนลดการเดินทางไปในที่ต่างๆ ด้วยแคมเปญ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ”

ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการประกาศห้ามออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) ตั้งแต่เวลา 22.00–04.00 น. มีผลตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน ทำให้ธุรกิจที่หากินกับความบันเทิงยามค่ำคืนไม่ว่าจะเป็นร้านอาหาร ผับ บาร์ สถานบันเทิงทั้งหลายที่มีห่วงโซ่อุปทานเกี่ยวข้องกับคนหลากหลายอาชีพ และหลากหลายอุตสาหกรรม ตั้งแต่อาหาร เครื่องดื่ม การแสดงไปจนถึงการขนส่งโดยสารทั้งแท็กซี่และมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ต่างได้รับผลกระทบจากความเจียบสัดของช่วงเวลาเคอร์ฟิว สถานที่และจังหวัดท่องเที่ยวต่างๆ ที่เคยคาล่าและคึกคักด้วยนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวจีนต้องพบกับสภาวะลูกค้าหายแบบฉับพลันตั้งแต่ปลายเดือนมกราคม ก่อนหน้าที่รัฐบาลจะยกเลิกการขอรับการตรวจลงตรา ณ ช่องด่านตรวจคนเข้าเมือง (Visa on Arrival: VOA) สำหรับ 18 ประเทศ 1 เขตเศรษฐกิจ และการยกเว้นการตรวจลงตราและให้อยู่ในราชอาณาจักรได้ไม่เกิน 30 วัน (ผ. 30) ที่มีผลตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม 17 สำหรับผู้เดินทางจาก 3 ประเทศ รวมทั้งประกาศของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย ปิดน่านฟ้าเมื่อวันที่ 3 เมษายน 18 แต่คำสั่งใดๆ ที่ออกมาก็ไม่สร้างความบีบคั้นเท่ากับการให้ชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด โดยเฉพาะจากจังหวัดที่มีความเสี่ยง ซึ่งทำให้คนในครอบครัวหลายคนตกค้างอยู่ต่างถิ่นที่ห่างไกลจากครอบครัว และแม้จะเป็นห่วงกันเพียงใดในสถานการณ์เช่นนี้ก็เดินทางมาพบกันอย่างยากยิ่ง 19 รวมทั้งคนไทยที่ติดอยู่ต่างประเทศ และต้องการเดินทางกลับประเทศไทยก็ไม่สามารถทำได้

ในรายงาน The Travel and Tourism Competitiveness Report 2017 โดย World Economic Forum ประเทศไทยติดอันดับ 3 ของประเทศที่พึ่งพาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากที่สุดในโลก²⁰ และจากข้อมูลของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รายงานว่าอุตสาหกรรมท่องเที่ยวมีส่วนร้อยละ 17.65 ของผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GDP: Gross Domestic Product) ที่อัตราการขยายตัวกว่าร้อยละ 10 ต่อปี โดยมีนักท่องเที่ยวต่างชาติ 37 ล้านคน และนักท่องเที่ยวชาวไทย 158.51 ล้านคนต่อครั้ง²¹ การปิดเมืองจึงส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทยที่หลายฝ่ายหมายมั่นปั้นมือจะชูให้เป็นอุตสาหกรรมหลักที่จะขับเคลื่อนเศรษฐกิจ รวมทั้งอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการท่องเที่ยว

ในแง่ของภาพกว้างของผลกระทบทางเศรษฐกิจจากวิกฤตการณ์โควิด-19 อาจมองได้จากผลกระทบที่มีต่อการจ้างงานของแรงงานไทยที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบมากถึง 21 ล้านคน จากแรงงานทั้งสิ้น 37 ล้านคน ซึ่งประสบกับการถูกลดชั่วโมงในการทำงาน การถูกลดค่าจ้าง และการถูกเลิกจ้างทั้งเป็นการชั่วคราวจนกว่าสถานการณ์จะดีขึ้น หรือเป็นการถาวรเพราะธุรกิจเดิมไม่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal)²² และเมื่อประเมินผลกระทบโดยละเอียดจากทั้งมาตรการปิดเมืองและการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยใช้ดัชนีความง่ายในการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (flexible work location index) และดัชนีโอกาสที่จะต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่นในการทำงาน (physical proximity index) เพื่อประเมินความเสี่ยงของลูกจ้างแต่ละกลุ่มอาชีพพบว่า กลุ่มที่น่าจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือกลุ่มที่อยู่ในภาคการค้า ธุรกิจอาหารและโรงแรม การศึกษา และการบริการส่วนบุคคล ส่วนที่ได้รับผลกระทบรองลงมาคือ กลุ่มอาชีพด้านการเกษตร ประมง และผู้ประกอบการด้านเครื่องจักรในโรงงาน ส่วนอาชีพ

ที่ได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจะเป็นกลุ่มอาชีพทักษะสูง เช่น โปรแกรมเมอร์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมายและการเงิน ผู้อยู่ในตำแหน่งระดับผู้จัดการ เป็นต้น²³ และหากมองในมิติของกลุ่มอายุของแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากการสำรวจแรงงาน 14,287²⁴ รายทั่วประเทศ พบว่า เป็นแรงงานกลุ่มอายุ 15-24 ปี มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เพิ่งเรียนจบและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน ยังขาดประสบการณ์ในการรับมือกับวิกฤตเศรษฐกิจ โควิด-19 น่าจะเป็นประสบการณ์ทางเศรษฐกิจที่เลวร้ายที่สุดของแรงงานเยาว์วัยเหล่านี้

การเลิกจ้างและการลดค่าแรงระหว่างมาตรการปิดเมืองและรักษาระยะห่างทางสังคมทำให้เม็ดเงินเพื่อการจับจ่ายใช้สอยของประชาชนปริมาณมหาศาลหายไปจากระบบเศรษฐกิจและทำให้ตัวเลขเศรษฐกิจไตรมาสที่ 1 ของปี 2563 ติดลบร้อยละ 1.8²⁵ เป็นการหดตัวทางเศรษฐกิจที่รุนแรงที่สุดนับตั้งแต่หน้าท่วมปี 2554 ในขณะที่ไตรมาสที่ 2 ติดลบร้อยละ 12.2²⁶ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2562 ที่รายงานว่าเกือบร้อยละ 60 ของครัวเรือนไทย (ประมาณ 12.7 ล้านครัวเรือน) มีเงินสำรองสะสมไว้ใช้ได้น้อยกว่า 3 เดือนของค่าใช้จ่ายปกติ และมีถึง 7 ล้านครัวเรือน ที่มีเงินออมสำรองใช้ได้เพียง 1 เดือน²⁷ ตัวเลขเศรษฐกิจติดลบสูงลิ่วในไตรมาสที่ 2 จึงไม่เกินความคาดหมายเท่าใดนัก แม้ห้างสรรพสินค้าและตลาดนัดจะกลับมาเปิด หรือแม้การค้าขายออนไลน์จะเป็นช่องทางให้คนตกงานพอจะมีช่องทางทำมาหากิน แต่เงินสำรองที่จะใช้จ่ายร่อยหรอลงไปแล้ว และความไม่แน่นอนของอนาคตที่ยังไม่มีใครรับประกันได้ ทำให้คนต้องใช้จ่ายอย่างระมัดระวังขึ้น เงินเยียวยาจากโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” และอีกหลายแพ็คเกจช่วยกระตุ้นการลงทุน รายย่อยและการใช้จ่ายได้เพียงระยะสั้น จากการคาดการณ์ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เศรษฐกิจไทยทั้งปียังน่าจะติดลบอยู่ที่ร้อยละ 7.8 และจากผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์โควิด-19 นี้เอง

ทำให้สัดส่วนคนจนของประเทศที่มีแนวโน้มจะลดลงตั้งแต่ปี 2561 ซึ่งมีร้อยละ 9.85 หรือประมาณ 6.7 ล้านคน เป็นร้อยละ 6.24 หรือประมาณ 4.3 ล้านคนในปี 2562 อาจกลับมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น²⁸

เพื่อเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจ รัฐบาลได้พยายามออกมาตรการต่างๆ เพื่อช่วยพยุงเศรษฐกิจภาคประชาชน^{29,30} อาทิ การยืดเวลาการเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาออกไปจนถึงสิ้นเดือนสิงหาคม รวมทั้งการยืดเวลาเสียภาษีประเภทอื่นๆ ทั้งเงินได้นิติบุคคล ภาษีสรรพากร ภาษีสรรพสามิต การลดภาษีหัก ณ ที่จ่าย การคืนภาษีให้ผู้ประกอบการ การชะลอการจ่าย ลด และคืนค่าสาธารณูปโภค การแจกเน็ตและให้ค่าโทรศัพท์ การอุดหนุนผู้ประกอบการจัดอบรม การพักชำระหนี้และการปรับปรุงโครงสร้างหนี้แก่ผู้ประกอบการ SMEs การให้สินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ (soft loan) มาตรการเยียวยากลุ่มเปราะบางเดือนละ 1,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน เงินเยียวยาผู้พิการ โครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” ให้เงินเยียวยา เดือนละ 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน มาตรการช่วยเหลือเกษตรกร มาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยว เช่น โครงการ “เราเที่ยวด้วยกัน (เที่ยวปันสุข)” โครงการ “กำลังใจ” เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขได้เดินทางท่องเที่ยวเพื่อเป็นการตอบแทนในการทำงานหนักช่วงโควิด-19 มาตรการกระตุ้นการบริโภคของประชาชน เช่น โครงการ “คนละครึ่ง” โครงการ “ช้อปดีมีคืน” ฯลฯ

ในการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารระดับซีอีโอจำนวน 699 คน โดยบริษัท ไพรซ์วอเตอร์ เฮาส์ คูเปอร์ (Pricewaterhouse Coopers: PwC) ให้ความเห็นโดยสรุปเกี่ยวกับภาพอนาคตของเศรษฐกิจยุคโควิด-19 ว่าไม่น่าจะกลับมาคึกคักโดยเร็วนัก ร้อยละ 71 เชื่อว่าธุรกิจจะคุ้นเคยกับการทำงานทางไกล ร้อยละ 61 เชื่อว่าการใช้พื้นที่สำนักงานจะน้อยลง

ร้อยละ 76 เชื่อว่าจะใช้ระบบอัตโนมัติแทนแรงงานคนมากขึ้น และจากอุปสรรครวมทั้งต้นทุนในการเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 39 เชื่อว่าจะเกิดการย้ายฐานการผลิตกลับสู่ประเทศต้นทาง (onshoring) และร้อยละ 65 เชื่อว่าการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจและการบริหารจัดการต่างๆ ภายในบริษัทเอง (insourcing) มากขึ้น และความเป็นชาตินิยมสูงขึ้น³¹

หากเป้าหมายสำคัญอันหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่จะครบระยะในปี 2583 คือการยกระดับรายได้ประชาชาติต่อหัว (Gross National Income per capita) ให้ไปแตะ 12,535 ดอลลาร์สหรัฐ ให้ได้ เพื่อจะได้พ้นกับดักรายได้ปานกลาง (middle-income trap) และก้าวเข้าไปอยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ระดับสูงตามเกณฑ์ของธนาคารโลก เท่ากับว่าประเทศไทยต้องรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อปี นั่นหมายความว่าสังคมไทยและเศรษฐกิจไทยอาจต้องใช้ความพยายามที่หนักขึ้นกว่าเดิมเพื่อชดเชยกับแรงหน่วงเศรษฐกิจของโควิด-19



คนละครึ่ง

ภาพ: <https://money.kapook.com/view233832>

6.1.2 ผลกระทบด้านสุขภาพ

ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการสาธารณสุขไทย ได้แก่ การรับมือต่อสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมการและการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ในระยะที่ 1 คือช่วง 3 เดือนแรกของการระบาด โรงพยาบาลต้องระดมทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 อย่างเต็มกำลัง เนื่องจากมีผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเลื่อนนัดผู้ป่วยอื่นไปก่อน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทันตกรรม ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัด ในระยะต่อมา โรงพยาบาลปรับวิธีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคจิตเวช โดยให้รับยาทางไปรษณีย์³² ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาตัวที่บ้าน และรับการรักษาทางไปรษณีย์ ก็สามารถกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ในช่วงที่การระบาดเริ่มลดลง โครงการ “จัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์” เป็นโครงการนำร่องที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด จัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสิทธิบัตรทอง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน 2563 เป็นต้นมา มีโรงพยาบาล 111 แห่งที่จัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ เป็นจำนวน 27,992 ครั้ง จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีการส่งยาสูงสุด 7,128 ครั้ง รองลงมาคือโรคเบาหวาน 4,838 ครั้ง โรคติดเชื้อเอชไอวี 792 ครั้ง โรคหืด 743 ครั้ง และโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง/ถุงลมโป่งพอง 629 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 10 พ.ค. 63)³³

การติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข

ข้อมูลเมื่อเดือนเมษายน 2563 พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 102 ราย โดยติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ร้อยละ 65 ติดจากชุมชนร้อยละ 20 และไม่สามารถระบุได้ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยประวัติเสี่ยง ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหลายแห่ง มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ต้องเสี่ยงดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ป้องกันเพียงพอ โดยเฉพาะหน้ากากอนามัย และชุดป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) แม้ว่าจะก่อนหน้านี้ นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี แลงผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ว่าได้ให้กระทรวงพาณิชย์ประสานโรงงานผลิตหน้ากากอนามัย 11 แห่ง เพื่อรับหน้ากากจำนวน 2.3 ล้านชิ้นต่อวัน แล้วกระจายให้เจ้าหน้าที่รัฐและบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2563 แต่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก ยังไม่ได้รับหน้ากากอนามัยจากรัฐบาล การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหลายแห่งต้องปรับตัวเพื่อป้องกันตนเอง เช่น มีการกำหนดกติกาภายในให้ใช้ชุดป้องกันเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นผลบวกเท่านั้น โดยจัดระเบียบตรวจผู้ป่วยในห้องกักตัว 1 ครั้งในรอบ 4-5 วัน วันอื่นๆ ใช้วิธีคุยผ่านวิดีโอคอล เพื่อลดการใช้ชุดป้องกันเชื้อโรค เพราะเมื่อใช้แล้วต้องทิ้งทันที ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ยังไม่ทราบผลตรวจให้บุคลากรใส่ชุดกันฝนแทน³⁴ ต่อมาได้มีประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการฉบับที่ 16 พ.ศ.2563 ลงวันที่ 2 เมษายน ห้ามการส่งออกหน้ากากอนามัยไปนอกราชอาณาจักรจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ซึ่งภายหลังได้ขยายเวลาการควบคุมออกไปจนถึงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564

การพัฒนาระบบบริการ

การสร้างโรงพยาบาลสนามสามารถช่วยรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างเพียงพอทุกระดับ โรงพยาบาลสนามแห่งแรก คือ โรงพยาบาลสนามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขนาด 308 เตียง เริ่มเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 โดยเกิดจากความร่วมมือของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กับโรงเรียนแพทย์ 5 สถาบันคือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข³⁵ ในเดือนธันวาคม 2563 มีจำนวนผู้ติดเชื้อระลอกใหม่เพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะที่จังหวัดสมุทรสาคร ทางจังหวัดจึงนำร่องสร้างโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง³⁶

สถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขไทย ทำให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องหันมาทบทวนระบบบริการสุขภาพไม่เฉพาะในระดับประเทศเท่านั้น แต่รวมถึงในระดับเขต และระดับจังหวัด โดยการออกแบบระบบบริการที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้บริการโดยไม่หยุดชะงัก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้

6.1.3 ผลกระทบด้านการศึกษา

องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) ชี้ว่า เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2563 โรงเรียนใน 191 ประเทศทั่วโลก ต้องปิดเรียนเนื่องจากการระบาดของโควิด-19 โดยมีนักเรียนร้อยละ 91 ที่ต้องหยุดเรียน มาตรการปิดโรงเรียนส่งผลกระทบต่อเด็กนักเรียนทุกคนมากขึ้นต่างกัน แต่ผลกระทบจะรุนแรงหากเป็นเด็กยากจน เด็กด้อยโอกาส เด็กจากครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เด็กที่มีพ่อแม่เป็นแรงงานอพยพ หรือชนกลุ่มน้อย และเด็กพิเศษ³⁷ การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยส่งผลกระทบต่อเด็กหลายกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กยากจน ด้อยโอกาส เด็กพิการ และเด็กต่างดาว เพราะโรงเรียนไม่ได้เป็นแหล่งให้ความรู้เท่านั้น แต่โรงเรียนยังเป็นที่สำคัญที่บำรุงเลี้ยง และดูแลเด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

ในประเทศไทยกระทรวงศึกษาธิการ ประกาศเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 ให้สถานศึกษาทุกแห่งของรัฐและเอกชน ทั้งในระบบและนอกระบบที่อยู่ในสังกัดและกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษจากโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป³⁸ และเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง ทำให้โรงเรียนต้องเลื่อนการเปิดเทอมออกไป โดยมีมติจากประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2563 ให้เลื่อนวันเปิดเทอมภาคเรียนที่ 1 จากวันที่ 16 พฤษภาคม 2563 เป็นวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ในด้านการเรียนการสอน จึงต้องมีการปรับรูปแบบใหม่เพื่อรับกับมาตรการป้องกันที่รัฐบาลกำหนด



ในช่วงประกาศปิดเรียน กระทรวงศึกษาธิการ มีการออกแบบ การเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความปลอดภัยของพื้นที่ โดยจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน แบบออนไซต์ (onsite) ในพื้นที่ที่ปลอดภัย ส่วนพื้นที่ที่ไม่ปลอดภัยให้เรียนผ่านสื่อ การเรียนการสอนทางไกล (on air) ของมูลนิธิการศึกษาทาง ไกลผ่านดาวเทียม ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 มีการเปิดเรียนออนไลน์วันแรก ตั้งแต่ระดับ อนุบาล-ม.6 รวมทั้งสายอาชีพศึกษาและการศึกษานอก โรงเรียน ซึ่งพบปัญหาข้อติดขัดหลายประการ อาทิ อินเทอร์เน็ตล่ม ปัญหาการเข้าเรียนในระบบ DLTV ไม่ได้ เด็กเรียนไม่ทัน กระทั่งในโซเชียลมีเดีย มีการกล่าวถึงการ เรียนออนไลน์เป็นจำนวนมาก ทำให้ **#เรียนออนไลน์** ขึ้นเทรนด์ทวิตเตอร์อันดับหนึ่ง³⁹

มีการศึกษาที่ยืนยันถึงปัญหาความไม่พร้อมของการจัด การเรียนการสอนออนไลน์ในประเทศไทยและผลกระทบต่อ ผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ผลสำรวจของคณะศึกษาศาสตร์และ พัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ชี้ว่า ครูประเมิน ผลเด็กนักเรียนในสังกัดพบว่า ไม่สามารถเข้าถึงการเรียน ออนไลน์เมื่อต้องใช้จริง เพราะไม่มีคอมพิวเตอร์ 66% ที่บ้าน ไม่มีอินเทอร์เน็ต 57% ไม่มีสมาร์ตโฟน 36% ครูประเมินผล ว่า นักเรียนสามารถเรียนรู้ผ่านออนไลน์ได้เพียง 45% เท่านั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจผลกระทบของโควิด-19 ด้านสังคม พบว่า ผู้ปกครอง 60% มีความกังวลว่าลูกหลาน

จะไม่มีความพร้อมในการเรียนออนไลน์ สาเหตุหลักเนื่องมา จากไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต นอกจากนี้ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่มีเวลา และไม่มีทักษะด้านไอที รวมทั้งปัญหา การไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้งานอีกด้วย สอดคล้องกับข้อมูลของ กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ที่ระบุว่า ประเทศไทยมีนักเรียนเพียง 53% ที่มีคอมพิวเตอร์ใช้งานที่ บ้าน เมื่อแบ่งตามเศรษฐกิจฐานะพบว่า นักเรียนที่ฐานะดีที่สุด ถึง 91% มีคอมพิวเตอร์ใช้ที่บ้าน ส่วนนักเรียนกลุ่มที่ยาก ลำบากที่สุดเพียง 17% เท่านั้นที่มีคอมพิวเตอร์ใช้⁴⁰ จากการ ศึกษาของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) ยืนยันได้ว่า อุปสรรคของการจัดการศึกษาในช่วงโควิด-19 คือความไม่พร้อม⁴¹ ซึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วในระบบการศึกษา ไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าถึงอุปกรณ์และสื่อการเรียน การสอน และความไม่พร้อมของครูผู้สอนที่ไม่มีความรู้ ความชำนาญเรื่องการใช้เทคโนโลยี

เพื่อรับกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 กระทรวง ศึกษาธิการจึงปรับเวลาในการจัดการเรียนการสอนใหม่ โดยเลื่อนการเปิดภาคเรียนที่ 1 และ 2 ออกไป โดยโรงเรียน ต้องจัดให้นักเรียนสลับมาโรงเรียน เพื่อลดความแออัด ระยะเวลาเรียนของภาคเรียนที่ 1/2563 จึงเริ่มเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม - 13 พฤศจิกายน 2563 รวม 93 วัน ปิดเทอม 17 วัน ส่วนภาคเรียนที่ 2/2563 เริ่มเรียนในวันที่ 1 ธันวาคม 2563 - 9 เมษายน 2564 รวม 88 วัน ปิดเทอม 37 วัน ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2564 ซึ่งจะมีเวลาเรียนรวม 181 วัน เพื่อให้มีเวลาเรียนครบ 200 วัน จึงให้โรงเรียนเปิดสอนชดเชย โดยปีการศึกษา 2564 จะเริ่มเปิดเรียนตามปกติคือ วันที่ 17 พฤษภาคม 2564⁴² สำหรับการเรียนการสอนทางไกลที่นำ เข้ามาใช้ในช่วงโควิด-19 กระทรวงศึกษาธิการจะเป็น ผู้สนับสนุน 80% และอีก 20% ให้โรงเรียนและครูเป็น ผู้ออกแบบตามความเหมาะสม

6.1.4 โควิด-19 กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

เด็กข้ามชาติ ได้รับผลกระทบด้านการศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จากการปิดโรงเรียนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเด็กข้ามชาติที่กลับไปประเทศตัวเอง ยังไม่สามารถเดินทางกลับมาประเทศไทยได้ตามกำหนดที่โรงเรียนเปิดเทอมเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 เพราะชายแดนยังคงปิดอยู่ ทำให้เด็กขาดการเรียนรู้และติดตามบทเรียนได้ยากถ้าหากต้องกลับมาเรียนในโรงเรียนเหมือนเดิมสำหรับเด็กในศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ (Migrant Learning Centre - MLC) ก็ได้รับผลกระทบอย่างมากจากการที่ศูนย์ไม่สามารถเปิดได้ จึงต้องเรียนจากที่บ้านและชุมชน ข้อจำกัดของ MLC คือ ความปลอดภัยของเด็กตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 44 ข้อ ซึ่งจะต้องได้รับการพิจารณาจากศูนย์ประสานงานการจัดการศึกษาเด็กต่างด้าว (Migrant Education Coordination Center – MECC) ร่วมกับ MLC ว่าปลอดภัยเพียงพอที่จะเปิดได้เมื่อใด⁴³

ในพื้นที่หลายจังหวัด เกิดการปรับตัวของการศึกษาช่วงโควิด-19 ที่ครมมีบทบาทสำคัญ เช่น กลุ่ม “Grab แม่ครู” เป็นการรวมตัวของกลุ่มครูในจังหวัดอุทัยธานี ลงพื้นที่ติดตามความเป็นอยู่ของนักเรียน จัดส่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เด็กถึงบ้าน และสอนหนังสือให้เด็กที่บ้านครูในจังหวัดอุตรดิตถ์ไปเยี่ยมบ้านนักเรียน ส่งสมุดการบ้าน และตรวจแบบฝึกหัดให้นักเรียน เป็นต้น⁴⁴

โควิด-19 ได้ทำให้เห็นปัญหาของระบบการศึกษามากมายทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่พัฒนาและไม่ปรับตัวให้ทันความเปลี่ยนแปลงของโลกที่พลิกผัน รุนแรง และรวดเร็ว

มาตรการปิดเมืองส่งผลให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจลดลง ข้อมูลจากทบวงการพลังงานระหว่างประเทศ (International Energy Agency: IEA) ประเมินว่าในปี 2563 ความต้องการพลังงานของทั้งโลกจะลดลงถึง 6% ซึ่งถือเป็นการหดตัวสูงสุดในรอบ 70 ปี ส่งผลให้การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะโลกร้อนลดต่ำลงในประเทศไทย ช่วงการล็อกดาวน์ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2563 กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมชี้ว่า ค่าเฉลี่ยฝุ่นละออง PM 2.5 ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ต่ำกว่าเกณฑ์อันตรายและลดลงถึง 17% เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันเมื่อปี 2562 เนื่องจากการลดการเดินทางและกิจกรรมการผลิตที่ปล่อยมลพิษ ขณะเดียวกันการล็อกดาวน์ช่วยให้แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติหลายแห่งฟื้นตัว เนื่องจากไม่มีนักท่องเที่ยวรบกวน ทำให้ระบบนิเวศดีขึ้น เช่น พบเต่ามะเฟืองขึ้นมาวางไข่บนชายหาดในจังหวัดภูเก็ต และพังงา นอกจากนี้ ทรัพยากรทางทะเล เช่น ปะการัง และหญ้าทะเล เติบโตดีขึ้น เนื่องจากไม่ถูกรบกวนจากกิจกรรมทางทะเลของมนุษย์ รวมถึงการปล่อยน้ำเสียลงทะเลของชุมชนและโรงแรมตามแนวชายฝั่ง จึงทำให้คุณภาพน้ำทะเลดีขึ้น ปรากฏการณ์ธรรมชาติฟื้นตัวยังพบได้หลายแห่งในประเทศไทย เช่น อุทยานแห่งชาติภูซาง จังหวัดพะเยา พบพืชพันธุ์และไม้หายากกลับมาเจริญงอกงาม และมีสัตว์ป่าหายากปรากฏให้เห็น เช่น กระจอกบิน หมูป่าผีเสื้อชนิดหายาก เป็นต้น⁴⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ในเมืองท่องเที่ยวที่มีปริมาณขยะรวมลดลง โดยในกรุงเทพมหานครลดลงจากปกติ 10,560 ตันต่อวัน เป็น 9,370 ตันต่อวัน (ลดลง 11%) จังหวัดภูเก็ตลดลงจาก 970 ตันต่อวัน เป็น 840 ตันต่อวัน (ลดลง 13%) จังหวัดนครราชสีมา ลดลงจาก 240 ตันต่อวัน เป็น 195 ตันต่อวัน (ลดลง 19%) เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ลดลงจาก 850 ตัน เป็น 380 ตันต่อวัน (ลดลง 55%)



ภาพ : <https://announcement.ph/jail-time-for-six-years-for-customers-who-cancel-food-delivery-orders/>

อย่างไรก็ตาม การหยุดอยู่บ้านทำให้มีการสั่งซื้ออาหารออนไลน์แบบเดลิเวอรี่มากขึ้น ส่งผลให้ขยะพลาสติกในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง 15% หรือ 6,300 ตันต่อวัน จากปกติประเทศไทยผลิตขยะพลาสติก 2 ล้านตันต่อปี หรือประมาณ 5,500 ตันต่อวัน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นถึง 1,500 ตันต่อวัน ขณะที่ขยะเศษอาหารและขยะเปียกในกรุงเทพมหานครลดลง เนื่องจากร้านอาหารห้างสรรพสินค้า และโรงแรมปิดให้บริการ สำหรับขยะติดเชื้อ ข้อมูลจากสำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร พบว่ามีขยะติดเชื้อจำพวกหน้ากากอนามัยและชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลหรือชุดพีพีอี (Personal Protective Equipment: PPE) ได้เพิ่มขึ้น⁴⁶ สอดคล้องกับสถาบันสิ่งแวดล้อมไทยพบว่า ขยะที่เกิดจากหน้ากากอนามัยใช้แล้วเพิ่มสูงขึ้น โดยมีปริมาณการทิ้งเพิ่มสูงขึ้นทั่วประเทศประมาณ 1.5-2 ล้านชิ้นต่อวัน ซึ่งมีทั้งหน้ากากอนามัยที่ทิ้งอย่างถูกวิธีผ่านการแยกขยะแล้ว แต่ยังมีขยะหน้ากากอนามัยที่ทิ้งไม่ถูกวิธีปะปนอยู่กับขยะชุมชนทั่วไปด้วย

สถานการณ์การใช้พลังงานในช่วงโควิด-19 พบว่า การใช้ไฟฟ้าภาพรวมลดลง 3.9% เกือบทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ⁴⁷ ส่วนการใช้พลังงานไฟฟ้าช่วงกลางวัน ทั้งในครัวเรือน ภาคอุตสาหกรรม การคมนาคม กลุ่มธุรกิจต่างๆ และระบบไฟฟ้าสาธารณะ มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ระดับการใช้พลังงานต่างๆ ลดลงตามไปด้วย และเป็นส่วนสำคัญในการลดการใช้ทรัพยากรด้านพลังงาน ลดการก่อมลพิษ และส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ การระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อการเจรจาด้านสิ่งแวดล้อมและการเจรจาด้านสภาพภูมิอากาศ โดยการประชุมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของสหประชาชาติ หรือ UN Climate Change Conference (COP 26) ครั้งที่ 26 ที่จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 9-19 พฤศจิกายน 2563 ณ เมืองกลาสโกว์ สหราชอาณาจักร กำหนดให้เลื่อนออกไปจัดกลางปี 2564⁴⁸ ขณะเดียวกัน สถานการณ์โควิด-19 ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาที่จะมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกให้ได้ตามเป้าหมาย ต้องชะลอการให้ความร่วมมือไว้ก่อน เพราะต้องใช้งบประมาณในการช่วยเหลือประชาชนและต่อสู้กับโควิด-19

6.1.5 โควิด-19: ไวรัสสะท้อนสังคมไทย

สถานการณ์โควิด-19 อาจเป็นเหมือนแสงที่วิ่งผ่านแห่งปริศม แล้วแยกออกเป็นสีต่างๆ ทำให้รู้ว่าแท้จริงแล้วแสงประกอบด้วยสีอะไรบ้าง ในทำนองเดียวกันวิกฤตการณ์คราวนี้ช่วยจาระไนแง่มุมต่างๆ ในสังคมที่ในสถานการณ์ปกติอาจไม่ปรากฏให้เห็น และแน่นอนแง่มุมทั้งหลายที่เผยออกมาดีทั้งดีและร้ายปะปนกัน หากส่วนดีที่สะท้อนออกมาจะมองว่าเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่ทำให้สังคมไทยรอดพ้นภาวะเลวร้ายต่างๆ มาได้ และส่วนเสียน่าจะเป็นเหมือนภาระหนี้ทางสังคม (social liability) ที่คอยบั่นทอนความสงบสุขหรือกระทั่งซ้ำเติมแม้ในยามทุกข์ยาก

ภาพจำที่ดีของสังคมไทยในสถานการณ์ที่คนไทยทั้งหวาดกลัวต่อโรคใหม่ที่ใครๆ ยังไม่รู้ว่าจะหมดไปเมื่อไหร่ และยังคงขู่ทรมาณกับการทำมาหากินที่ฝืดเคือง หลายคนตกงานฉับพลันโดยไม่ทันได้ตั้งตัว และเพิ่งรู้ซึ่งกับคำว่า “ข้าวสารไม่มีจะกรอกหม้อ” เป็นอย่างไร อีกด้านหนึ่ง คนไทยได้เห็นการแสดงออกของน้ำใจที่ประชาชนมอบให้กันเหมือนวิกฤตการณ์หลายครั้งที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นวิกฤตการณ์เศรษฐกิจปี 2540 (วิกฤตต้มยำกุ้ง) หรือน้ำท่วมปี 2554 ในคราวนี้การระดมความช่วยเหลือจากประชาชนสู่ประชาชนโดยไม่ต้องรอกผ่านกลไกของรัฐ หรือตัวกลางสะพานบุญใดๆ ทำได้อย่างง่ายดายผ่านสื่อโซเชียลหลากหลายแพลตฟอร์ม และ “ตู้ปันสุข” จะเป็นความเคลื่อนไหวแรกๆ ที่เป็นรูปธรรม มีคนจดจำมากที่สุด และเป็นการเคลื่อนไหวที่ขยายตัวออกไปหลายจุดทั่วประเทศ จนน่าจะเป็นสัญลักษณ์ของน้ำใจในวิกฤตการณ์โควิด-19 ครั้งนี้

ตู้ปันสุขมีลักษณะเป็นตู้ทำด้วยวัสดุชั่วคราวง่ายๆ สูงประมาณไม่เกินคนวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็นชั้นๆ บรรจุอาหารแห้งและสิ่งของใช้ที่จำเป็นแทนน้ำใจจากผู้ที่มีเพียงพอที่จะแบ่งปันให้กับคนที่เดือดร้อนและขาดแคลน ตั้งไว้ในที่ต่างๆ

สุดแล้วแต่ใครจะมีน้ำใจไปตั้ง ตู้ปันสุขเริ่มจาก 5 ตู้แรก โดยที่ 4 ตู้ ตั้งในกรุงเทพฯ (ตู้แรก ตั้งหน้าร้านประจักษ์เบเกอรี่ ย่านสุขุมวิท 71) และอีก 1 ตู้ ตั้งที่จังหวัดระยอง ภายใต้โครงการ The Pantry of Sharing ด้วยสโลแกน “หยิบไปแต่พอดี ถ้าท่านมีใส่ตู้แบ่งปัน” ริเริ่มโดยคุณสุภกฤษ กุลชาติ วิจิตร หรือแบงค์ และกลุ่ม “อิฐน้อย” ซึ่งเป็นกลุ่มเพื่อนปฏิบัติธรรมด้วยกัน⁴⁹ ได้รับแรงบันดาลใจจากโครงการ Little Free Pantry ของ Jessica McClard ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในครั้งแรกกลัวว่าทั้งตู้และของจะหาย แต่สุดท้ายแนวคิดกลับขยายออกไปเป็นพันตู้ และอาจถึงสองพันตู้ทั่วประเทศหลังจากที่หน่วยราชการเข้ามาร่วมด้วย และภายหลัง นอกจากจะมีตู้ปันสุขแล้ว ยังมีการแสดงน้ำใจด้วยการเอื้อเฟื้ออาหารและของใช้ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนด้วยรูปแบบต่างๆ แต่ใช้คำว่า “ปันสุข” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าได้รับแนวคิดมาจากตู้ปันสุข ไม่ว่าจะเป็น “เรือปันสุข” โดยพระครูปลัดพรเทพ ปัญญาวิโร ผู้ช่วยเจ้าอาวาส วัดลาดเป้ง ต. นางตะเคียน จ. สมุทรสงคราม นำเรือบรรทุกข้าวสาร อาหารแห้งที่ได้รับจากการบริจาคเพื่อไปแจกจ่ายให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ริมคลองสุนันทวน และการนำหีบศพมาทำเป็น “โลงปันสุข” ซึ่งมีในหลายจังหวัด ทั้งที่



ภาพ : <https://www.posttoday.com/social/local/623176>



ภาพ : <https://www.thailandstack.com/post-5881-เมรุปั้นสุข-สุขใจทั้งผู้ให้และผู้รับ>

ชลบุรี สระบุรี โคราช และบุรีรัมย์ เพื่อเป็นทั้งการช่วยเหลือ และการให้มรณานุสสติ รวมทั้ง “เมรุปั้นสุข” ที่เจ้าภาพงานศพที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี นำของแจกทานจำนวนมากประดับไว้ที่เมรุแทนการจัดดอกไม้เพื่อแจกชาวบ้าน

การช่วยชาวบ้านไถ่ถอนอุปกรรมทำกินที่นำไปจำนำไว้เพื่อให้ได้มีอุปกรรมกลับไปประกอบอาชีพ แทนที่จะให้เงินทอง อาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันเป็นอีกการเคลื่อนไหวของการช่วยเหลือกันในช่วงวิกฤตโควิด-19 เริ่มจากนายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ที่ช่วยชาวบ้านไถ่ถอนโดยไม่ให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือทราบ และไม่ต้องนำเงินมาคืน แต่ให้ตอบแทนสังคมในทางที่ตนเองถนัด จากนั้นจึงมีผู้ว่าราชการจังหวัดอีกหลายจังหวัด อาทิ พิษณุโลก อุตรธานี ลำพูน รวมถึงเจ้าของธุรกิจระดับประเทศ และระดับจังหวัดจำนวนมากให้การช่วยเหลือชาวบ้านในลักษณะดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งโรงทานเพื่อแจกอาหารและสิ่งของจำเป็นในช่วงล็อกดาวน์ ซึ่งประชาชนโดยเฉพาะที่ประกอบอาชีพมีรายได้เป็นรายวันไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้เลย โรงทานส่วนใหญ่ดำเนินการโดยวัด ศาลเจ้า และศาสนสถานต่างๆ ทั้งนี้สมเด็จพระสังฆราชมีพระบัญชาผ่านสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า เลขานุการสมเด็จพระสังฆราช เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563 ให้วัดทั่วประเทศช่วยตั้งโรงทานตามกำลังโดยไม่มีการบังคับ⁵⁰ ซึ่งภายหลังได้มีหน่วยงานภาคเอกชน นักการเมือง รวมทั้งชาวบ้านที่ประกอบธุรกิจขนาดเล็ก เช่น ร้านอาหาร ก็ช่วยกันประกอบอาหารแจกชาวบ้านตามกำลังของตนเอง

ดารดา นักแสดง เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ระดมเงินบริจาคเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ชาวบ้านที่ประสบปัญหาเศรษฐกิจในครั้งนี้ บิณฑ์ บรรลือฤทธิ์ และพี่ชายฝาแฝด เอกพันธ์ บรรลือฤทธิ์ เป็นดาราคคนแรกๆ ที่ออกให้การช่วยเหลือชาวบ้านด้วยการแจกอาหาร สิ่งของ และเงินที่ระดมมาจากผู้มีจิตศรัทธาและเชื่อมั่นว่าเงินที่โอนไปจะถึงมือชาวบ้านเนื่องจากได้เห็นผลงานการลงพื้นที่ผ่านสื่อ ตั้งแต่การระดมเงินช่วยเหลือน้ำท่วมภาคอีสานเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ซึ่งชาวบ้านและคนในสื่อโซเชียลชื่นชมในความโปร่งใส รวดเร็ว และสามารถให้การช่วยเหลือโดยไม่ต้องมีกระบวนการที่ยุ่งยากใดๆ นอกจากนี้ยังมีการรวมตัวของเชฟจากรายการ Top Chef Thailand ช่วยกันทำข้าวกล่องแจกจ่ายไปยังชุมชนรอบๆ กรุงเทพฯ⁵¹

การร่วมแรงร่วมใจของภาคประชาชนอย่างเช่นเครือข่าย “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ หนุนช่วยรัฐสู้ภัย COVID-19”⁵² โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนฯ (พอช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งความร่วมมือของชาวบ้านในท้องถิ่นเพื่อการรับมือกับสถานการณ์เป็นอีกมิติหนึ่งของทุนทางสังคมของไทยที่นับได้ว่ามีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระดับท้องถิ่น **ความเอาใจจริงเอาใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ต่างๆ ได้รับการยกย่องชมเชยอย่างมากในการเป็นกลไกสำคัญที่เฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่มีการเผยแพร่คลิป อสม. เชียงใหม่ เข้าชี้แจงและตักเตือนชายที่เดินทางกลับมาจากกรุงเทพฯ แต่ไม่ยอมกักตัว 14 วัน ข้างตั้งวงดื่มสุรากับคนในพื้นที่เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563**⁵³ ทำให้คนในท้องถิ่นตื่นตัวและร่วมมือกันเฝ้าระวังการแพร่เชื้อ ในหมู่บ้านมีการตั้งด่านสกัดเพื่อตรวจตราการเดินทางของคนจากต่างถิ่น โดยคนในหมู่บ้านผลัดกันเข้าเวรตลอด 24 ชั่วโมงในช่วงที่ประกาศเคอร์ฟิว การใส่หน้ากากอนามัยในพื้นที่สาธารณะ การกระจายข่าวสารต่างๆ ที่จำเป็น และทำให้คนในท้องถิ่นมีความตื่นตัวเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ

ความสัมพันธ์อันแข็งแกร่งและการเกื้อหนุนกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนด้านจิตใจและการเงินในสภาวะวิกฤต โควิด-19 ทำให้เกิดการว่างงานและลดรายได้อย่างฉับพลันนับตั้งแต่การประกาศล็อกดาวน์ และแม้ภายหลังจะประกาศผ่อนปรนมาตรการแล้ว แต่ชีวิตวิถีใหม่ยังทำให้หลายคนไม่สามารถกลับมามีรายได้ดังเดิมได้ในภาวะเช่นนี้ มีคนจำนวนไม่น้อยเดินทางกลับบ้านไม่ว่าจะ

อยู่ในจังหวัดเดียวกัน หรือคนละจังหวัด การรวมตัวกันของสมาชิกครอบครัวช่วยสร้างความอุ่นใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน ลดค่าใช้จ่าย ช่วยกันหาทางออก และช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามฐานะ และในสถานการณ์นี้เองที่ทำให้คนหนุ่มสาวจำนวนหนึ่งเดินทางกลับบ้านเกิดในชนบทต่างจังหวัด และพบว่าที่บ้านของตนเองมีทุนที่เป็นแหล่งทำกินที่ตนเองละทิ้งไปนานและสามารถใช้ประสบการณ์และความรู้ที่ตนเองมีพลิกฟื้นเพื่อสร้างเสถียรภาพให้กับชีวิตที่ไม่แน่นอนหลังโควิด-19 ต่างจังหวัดและชนบทยังเป็นที่ที่ได้รับความผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโควิด-19 น้อยกว่าในเมือง และมีต้นทุนการดำรงชีวิตที่น้อยกว่าในเมืองอีกด้วย

ภาพลบของสังคมไทยที่เกิดในช่วงวิกฤตโควิด-19 เกิดคู่กันกับภาพบวก อาจสะท้อนความปะปนกันของทั้งความดีและความไม่ดีในสังคม ในขณะที่การ “ปันสุข” ในหลากหลายรูปแบบกระจายไปในสังคม ก็ยังพบข่าวที่ **รายงานความเห็นแก่ตัวของคนในสังคม โภยของจากคู่ปันสุขไปโดยไม่เผื่อไว้ให้คนอื่น หรือแม้กระทั่งนำของจากคู่ปันสุขไปขายต่อ**⁵⁴ การระดมรับบริจาคที่ไม่โปร่งใสโดยผู้มีชื่อเสียงจนทำให้คนในสังคมไม่ไว้วางใจหน่วยงานและบุคคลต่างๆ ที่ระดมเงินช่วยเหลือผู้เดือดร้อน⁵⁵ การกักตุนหน้ากากอนามัยในขณะที่ราคาหน้ากากอนามัยในท้องตลาดมีราคาสูงลิ่วและหายาก⁵⁶ มีฉ้อฉลหลอกผู้สูงอายุช่วยกดเงินเยียวยาแล้วเอาเงินหนีไปที่ปรากฏเป็นข่าวหลายกรณี รวมทั้งกรณีที่ดาราดังคอนเสิร์ตโดยไม่สนใจมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อ⁵⁷

การระบาดรอบใหม่ช่วงปลายปี

สถานการณ์การระบาดอยู่ในภาวะ
ที่ควบคุมได้ดีจนกระทั่งปลายปี

ธ.ค. 2563

- 2** กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าพบคนไทยลักลอบเข้าเมืองจาก
เมียนมาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เพิ่มอีก 6 ราย ทั้งหมด
เป็นพนักงานสถานบันเทิงในจังหวัดท่าซี้เหล็ก ประเทศเมียนมา
- 17** พิธีเปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ห้องประชุมของการ
สื่อสารแห่งประเทศไทย มีเทพคำปราศรัยของผู้อำนวยการใหญ่
องค์การอนามัยโลก ชื่นชมความสำเร็จในการควบคุมป้องกัน
โควิด-19 ของประเทศไทย
- เย็นวันเดียวกัน จังหวัดสมุทรสาคร แลกการณพบหญิงอายุ 67 ปี
เจ้าของแพปลาติดเชื้อ มีผู้สัมผัสต้องเข้าสู่ระบบกักกัน 18 ราย
ยังไม่สามารถหาต้นตอของการติดเชื้อ ตลาดกึ่งตัดสินใจปิดตัวเอง
1 วัน แพปลาประกาศปิดตัวเอง 3 วัน
- 18** ตลาดทะเลไทย ศูนย์กลางจำหน่ายสินค้าสัตว์น้ำรายใหญ่
ของ จังหวัดสมุทรสาคร ได้รับผลกระทบ ผู้คนบางตา
แม้จะเป็นคนละตลาดที่อยู่ห่างกัน
- 19** จังหวัดสมุทรสาครพบผู้ติดเชื้อเพิ่ม 13 ราย เชื่อมโยงตลาดกึ่ง
ค้าวันเดียวกันรายงานพบผู้ติดเชื้อในแรงงานชาวเมียนมา 516 ราย
จากการตรวจ 1,192 ราย คิดเป็นร้อยละ 43

**หลังจากนั้นก็พบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นสถานการณ์
“การระบาดรอบใหม่” ที่ขยายตัวรวดเร็วและกว้างขวาง
กว่าการระบาดครั้งแรก โดยมีการพบศูนย์กลางการแพร่ระบาด
จากบ่อนหลายแห่งใน จังหวัดระยอง และจังหวัดใกล้เคียงด้วย**

ความสำเร็จของประเทศไทย



นับถึงวันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรวม 6,884 คน ตาย 61 คน นับเป็นอันดับที่ 219 ของโลก (นับจำนวนประเทศ ดินแดน เขตปกครอง เกาะ เรือ และอื่นๆ ที่รายงาน) จากที่เคยติดอันดับ 2 ของโลกในช่วงแรกๆ อยู่หลายวัน และถูกตำหนิจากสื่อมวลชนไทยว่า “บกพร่อง” มากที่ “ปล่อยให้เชื้อโรคจากจีนเข้าประเทศเป็นประเทศแรก”

เสียงตำหนิจากสื่อมวลชนไทยเริ่มเปลี่ยนเป็นเสียงชื่นชม เมื่อไทย “ตกอันดับ” ลงไปเรื่อยๆ และกลับได้รับการยกย่องจากสถาบันชั้นนำต่างๆ ของโลก เช่น มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ ว่าเป็น 1 ในประเทศที่จัดการกับปัญหา โควิด-19 ได้ดีเป็นอันดับต้นๆ ของโลก

ความจริงประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จอย่างสูงในการควบคุมป้องกันโรค แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในการแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งมีปัญหาด้านการเมืองการปกครองเป็นสาเหตุให้เกิดการระบาดรอบใหม่ ช่วงปลายปี และช่วงแรกของการระบาดตอนต้นปีก็มีปัญหาเรื่องการบริหารหน้ากาอนามัยอย่างมาก จนเป็นข่าวอื้อฉาวอยู่นานไม่น้อย

ความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของไทย ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ และไม่ใช่ว่า “โชคช่วย” ข้อสำคัญมิใช่ “ฝีมือ” ของรัฐบาลเป็นหลัก

ความสำเร็จของประเทศไทยในการควบคุมป้องกันโรค มีเหตุปัจจัยสำคัญมาจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ และการพัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรค มาอย่างเป็นระบบ อย่างต่อเนื่อง และอย่างยาวนาน

ประการแรก

การสร้างและพัฒนาระบบการ “เฝ้าระวังโรค” (disease surveillance) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวัง (surveillance system) ทางระบาดวิทยาอย่างยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ ผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบดังกล่าวนี้คือ นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน มหาบัณฑิตทางสาธารณสุขศาสตร์จากวิทยาลัยการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ศิษย์สำนักเดียวกับสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ระบบการรายงานโรค ตามแบบรายงาน 506 และการจัดทำ “รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์” ตามแบบของรายงานการเฝ้าระวังโรคและการตายประจำสัปดาห์ (Morbidity and Mortality Weekly Report : MMWR) ของซีดีซีของสหรัฐฯ ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์” (Weekly Epidemiological Surveillance Report : WESR) ซึ่งทำติดต่อกันมาทุกสัปดาห์ ปี 2563 เป็นปีที่ 51 แล้ว สมัยเมื่อราว 30 ปีมาแล้ว กองระบาดวิทยามีเครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องแรกของกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นอุปกรณ์การทำรายงานนี้ เป็นมินิคอมพิวเตอร์ ป้อนข้อมูลและกดปุ่มสั่งประมวลผลตอน 5 โมงเย็น จะพิมพ์ผลออกมาตอนเที่ยงวันรุ่งขึ้น ซึ่งระยะแรกนำไปทำรายงานประจำสัปดาห์ ฉบับโรเนียวมาอย่างต่อเนื่องหลายปี ระบบดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ต่างๆ เช่น โรคเอดส์ ซาร์ส เมอร์ส และโควิด-19

ประการที่สอง

หลังเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ โดย ศ.นพ. อุดม โปษะกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ศ.นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ ตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อขึ้นจากการเล็งเห็นว่าปัญหาโรคติดต่อจะเป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต หน่วยงานระดับกองไม่สามารถรองรับการแก้ปัญหาได้จึงยกระดับขึ้นเป็นกรม ซึ่งต่อมาปฏิรูปอีกครั้งเป็นกรมควบคุมโรคเพื่อให้ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งกรมนี้เป็น “กองกำลังหลัก” ในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ต่างๆ รวมทั้งโรคโควิด-19

ประการที่สาม

หลังเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 มีการผลักดันในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2517 ให้มีบทบัญญัติว่า “การป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” (มาตรา 92 วรรคสาม) ซึ่งข้อความนี้คงอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อมาทุกฉบับ ฉบับ พ.ศ. 2560 อยู่ในมาตรา 47 วรรคสาม “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” โดยเป็นสิทธิที่ไม่มีเงื่อนไขอย่างสิทธิในรัฐธรรมนูญหลายมาตรา ที่มักมีเงื่อนไขว่า “ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

บทบัญญัตินี้มีความสำคัญ เพราะเงินเองก็ประกาศใช้มาตรการนี้ในการต่อสู้กับโควิด-19 เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นวัน “ดีเดย์” ปิดเมืองอุ้งน้ันให้ทุกคนรักษาโรคนี้อันฟรี ขณะที่สหรัฐฯ คนตายมาก ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีกฎหมายเช่นนี้ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคน ทำให้เกิด “กำแพงเงิน” และเป็นผลให้การควบคุมป้องกันโรคล้มเหลวอย่างสำคัญ

ในการประชุมเตรียมการรับมือกับโควิด-19 ของคณะอนุกรรมการ 2 คณะในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) มีการหยิบยกรัฐธรรมนูญมาตรานี้เสนอในที่ประชุม ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่รับผิดชอบต้องคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามมาตรานี้ และมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะ สปสช. ได้ดำเนินการให้มีการเข้าตรวจหาเชื้อเพื่อควบคุมโรคในจุดเสี่ยงต่างๆ เช่น ในเรือนจำซึ่งแออัดและเสี่ยงต่อการแพร่โรคได้โดยง่าย รวมทั้งในชุมชนแออัดบางแห่ง มีผลสำคัญที่ทำให้เราสามารถควบคุมโรคได้ดีในช่วง 3 ไตรมาสแรกของปี

ประการที่สี่

มีการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญการควบคุมป้องกันโรคตามหลักสูตรของซีดีซี คือ หลักสูตรฝึกอบรมระดับวิทยาภาคนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญแขนงนี้หลายร้อยคน เป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาครวมทั้งในเอเชียและระดับโลก ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้มีการเตรียมการควบคุมโรคโควิด-19 โดยการประชุม “รับมือ” ตั้งแต่วันที่ 1-2 มกราคม 2563 และเข้าไปควบคุมโรคที่สนามบิน 4 แห่ง คือ ที่สนามบินสุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ และภูเก็ต ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม ทำให้พบผู้ป่วยจากจีนรายแรกตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม และประกาศอย่างเป็นทางการได้เมื่อวันที่ 13 มกราคม เป็นคุณูปการจากการทำงานอย่าง “มีออาชีพ” ของทีมงานเหล่านี้ ทำให้เราสามารถควบคุมโรคได้ตามหลักการ “รู้เร็ว แก้ปัญหาเร็ว” และทำการ “ปิดล้อมโรค” มิให้แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง นี่คือหัวใจสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคระบาด

ประการที่ห้า

มีการพัฒนาหน่วยพิเศษเพื่อควบคุมโรคโดยรวดเร็วเรียกว่า “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ลงไปถึงระดับอำเภอมาราว 20 ปีแล้ว ในช่วงการระบาดของไข้หวัดนก โดยเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2548 และทำงานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถรองรับการแก้ปัญหาได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ

ประการที่หก

มีการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครมาอย่างยาวนานก่อนหน้านั้นนับสิบปี ในหลายท้องที่ เช่นที่ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โครงการดีดส์ (DIEDS) จังหวัดลำปาง เป็นต้น และพัฒนามาเป็นระบบผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต่อมายกระดับเป็น อสม. ทั้งหมดในสมัยที่ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อราว พ.ศ. 2537

อสม. เป็นกำลังสำคัญในการควบคุมป้องกันโควิด-19 โดยเฉพาะเมื่อเกิดความผิดพลาดของ กทม. ที่ประกาศลี้ภัยคนกรุงเทพฯ โดยไม่มีการเตรียมการอย่างเหมาะสม ทำให้คนที่มาทำงานในกรุงเทพฯ จำนวนมาก “แตกตื่น” กลับภูมิลำเนา แต่ อสม. ช่วยสนับสนุนในการ “เข้าถึง” คนเหล่านั้น และสามารถดำเนินการ “กักตัว” หรือ “เฝ้าระวัง” ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทำให้ไม่มีการแพร่โรค

ประการที่เจ็ด

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขโดยสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม สร้างโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอและสถานีอนามัยครบทุกตำบล ในสมัย พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งต่อมามีการยกฐานะสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสมัยที่นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงต่างๆ โดยแพทยสภาตั้งแต่ พ.ศ. 2516 ทำให้เราสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ได้ดี อัตราตายเพียง 0.89% ขณะที่ทั่วโลกตาย 1.42% สหรัฐฯ ตาย 1.74% อังกฤษตายสูงมากถึง 2.98%

ประการที่แปด

มีการแก้ไขปรับปรุง พระราชบัญญัติโรคติดต่อเป็นฉบับ พ.ศ. 2558 ให้แต่ละจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจ กำหนดมาตรการตามความเหมาะสม โดยคำแนะนำเห็นชอบ ของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แทนกฎหมายฉบับเดิม ที่เป็นอำนาจของส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้มีการกระจาย อำนาจให้ส่วนภูมิภาค โดยส่วนกลางสามารถควบคุมกำกับ และมีการ “แข่งขัน” กันหลายๆ ของแต่ละจังหวัด โดยการ ติดตามเสนอข่าวอย่างเกาะติดของสื่อมวลชน และสื่อสังคม ออนไลน์

ประการที่เก้า

ระบบการปกครองท้องถิ่นที่พัฒนามาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และระบบการปกครองท้องถิ่นที่มีการปฏิรูปครั้งสำคัญ เมื่อ พ.ศ. 2537 และต่อมาโดยรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่กำหนดให้ต้องมีการ ตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจ มีส่วนสำคัญไม่น้อยในการ ควบคุมและป้องกันโรคนี้ในพื้นที่ร่วมกับ อสม.

ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ประเทศไทย สามารถควบคุมและป้องกันโรคได้ดี ในช่วง 3 ไตรมาสแรก ของปี 2563 จนได้รับความชื่นชมจากทั่วโลก ในส่วนของ รัฐบาล มีความผิดพลาดสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ (1) การบริหารจัดการเรื่องหน้ากากอนามัยที่ผิดพลาดทำให้เกิดการตื่น ตระหนกและกลายเป็นวิกฤต (2) การเชื่อข้อมูลการ คาดการณ์ของ “นักวิชาการ” บางคนที่มีคนเชื่อถือ ถึง 350,000 ราย ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกัน โรคคาดการณ์ตัวเลขสูงสุด 25,000 รายเท่านั้น ทำให้เกิด นโยบาย “ปิดเมือง” ที่น่าจะเกินความจำเป็น ส่งผลให้เกิด

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจราวเดือนละ 5 แสนล้านบาท เป็นเวลาราว 3 เดือน และทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศหดตัวลง เกือบร้อยละ 10 (3) มาตรการเยียวยาที่ขาดธรรมาภิบาล ทั้งเรื่องประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความโปร่งใส แต่รัฐบาลได้รับความเชื่อถือสูงจากการประกาศสถานการณ์ ฉุกเฉินและรวมศูนย์การสั่งการ ทำให้สามารถยุติ “การแย่งชิง” ของหน่วยงานต่างๆ โดยได้โฆษกที่มีความสามารถสูง จึงสามารถโกยคะแนนนิยมไปได้มากในช่วงสามไตรมาสแรก

ความอ่อนแอของระบบการเมืองการปกครอง เป็นเหตุสำคัญ ทำให้เกิดการระบาดใหม่ช่วงปลายปี จากการเริ่มระบาด ในกลุ่มแรงงานอพยพชาวเมียนมาที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบว่าเกิดจากขบวนการ “ค้ามนุษย์” นำเข้าแรงงานที่ บางคนติดเชื้อแล้วลอดเข้ามาแพร่โรค ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุข และกระทรวงแรงงานมิได้มีการป้องกันโรค เชิงรุกในกลุ่มแรงงานอพยพหลายแสนคน ปล่อยให้ยู่กันอย่าง แออัดโดยไม่มีการเข้าไปปรับปรุงดูแลด้านการสุขาภิบาล การให้สุขศึกษาและมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่าง เข้มแข็งและพอเพียง เมื่อมีการ “นำเข้า” แรงงานที่ติดเชื้อ เข้าไปแพร่โรค จึงทำให้โรคลุกลามอย่างรวดเร็วและกระจาย ไปอย่างกว้างขวางกว่าครึ่งประเทศ ต่อมา ยังพบจุดศูนย์กลาง การระบาดในบ่อนการพนันที่จังหวัดระยอง และจังหวัด ไกล่เคียง สะท้อนถึงความอ่อนแอของระบบการเมือง การปกครอง จนเกิดการระบาดไปเกือบทุกจังหวัดของ ประเทศ และต้องใช้มาตรการล็อกดาวน์บางส่วน ข้ามปีไป ใน พ.ศ. 2564 ประชาชนต้องเฉลิมฉลองเทศกาลปีใหม่ อย่างหงอยเหงา แม้แต่พิธีกรรมที่เป็นมงคลชีวิตอย่าง “สวดมนต์ข้ามปี” ตามวัดต่างๆ ทั่วประเทศก็ต้องงด



อาวุธที่ทรงอำนาจมากที่สุด สำหรับโรคอย่างโควิด-19 คือ วัคซีน

7.1 วัคซีน

อาวุธที่ทรงอำนาจมากที่สุดสำหรับโรคอย่างโควิด-19 คือวัคซีน แต่ปัญหาคือ (1) จะหาวัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผลมาได้โดยเร็วได้อย่างไร และ (2) จะกระจายวัคซีนให้ทั่วถึงได้อย่างไร เพราะจะควบคุมการระบาดได้จะต้องให้ประชาชนในชุมชนมี “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) นั่นคือจะต้องมีภูมิคุ้มกันอย่างกว้างขวางราว 60-70% จากประชากรโลกมากกว่า 7 พันล้านคน การที่จะได้วัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผลมาใช้ต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน จากประสบการณ์ในอดีตต้องใช้เวลาราว 10-15 ปี ที่เร็วที่สุดคือวัคซีนป้องกันโรคคางทูม

อาวุธสู่โรคร้าย

มาตรการพื้นฐานในการต่อสู้กับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่สร้างผลกระทบรุนแรงอย่างโควิด-19 เบื้องต้นคือ (1) การรักษาอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) ได้แก่ การรักษาความสะอาด ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วย (2) การใช้หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง และหลีกเลี่ยงการเอามือที่ไม่สะอาดมาถูกต้องใบหน้า ปาก จมูก และเปลือกตา (3) การรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยต้องระมัดระวังทั้งการไม่แพร่โรคและไม่ไปรับโรค แต่มาตรการเหล่านี้ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว และผืนทั้งธรรมชาติและความเคยชินจากการเป็นสัตว์สังคมที่ต้องมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ มนุษย์จึงจำเป็นต้องหาเครื่องมือหรือ “อาวุธ” เพื่อต่อสู้กับโรคร้ายที่สำคัญคือ (1) วัคซีน เพื่อป้องกันมิให้โรคเข้ามาทำร้ายได้ และ (2) ยา กรณีที่รับเชื้อและป่วยเป็นโรคแล้ว

ซึ่งวิจัยและพัฒนาขึ้น สำเร็จในช่วงคริสต์ทศวรรษ 1960 ก็ใช้เวลาถึง 4 ปี ทั้งนี้เพราะการพัฒนาวัคซีนให้สำเร็จมีขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการวิจัยในห้องทดลอง เริ่มต้นจาก (1.1) การสร้างกรอบแนวคิด (concepts) (1.2) การสร้างวัคซีนในห้องทดลอง และ (1.3) การทดสอบกับเชื้อโรคในห้องทดลอง เมื่อพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ (2) คือ การทดสอบในสัตว์ทดลอง จะเริ่มจาก (2.1) การทดสอบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็กคือหนูถีบจักร (mice) เมื่อพบว่าได้ผลน่าพอใจ ก็จะเข้าสู่ขั้นตอน (2.2) คือการทดสอบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ใกล้เคียงกับคนคือ ลิง ซึ่งมักใช้ลิงมาแค็ก (macaque) เมื่อพบว่า

ปลอดภัยและสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ดีก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ (3) คือ การทดสอบในมนุษย์ ซึ่งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตามลำดับ ได้แก่ (3.1) การทดสอบในคนระยะที่ 1 โดยทดสอบในคนหลักสิบคน เพื่อดูเรื่องความปลอดภัยและเตรียมหาขนาดวัคซีนที่เหมาะสม เมื่อพบว่ามีความปลอดภัยพอสมควรและได้รับขนาดที่เหมาะสมก็จะเข้าสู่ระยะที่ (3.2) คือการทดสอบในคนระยะที่ 2 ซึ่งจะใช้อาสาสมัครราว 100-200 คน มุ่งดูว่าวัคซีนสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีเพียงใด ถ้าได้ผลน่าพอใจก็จะเข้าสู่ระยะที่ (3.3) คือการทดสอบในคนระยะที่ 3 เพื่อพิสูจน์ว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้จริงหรือไม่ โดยมีการตั้งวัตถุประสงค์ไว้ 2 ลักษณะคือ (ก) วัตถุประสงค์หลักหรือวัตถุประสงค์ทั่วไป หรือ วัตถุประสงค์ปฐมภูมิ (primary objectives) ว่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อได้หรือไม่ เพียงใด และวัตถุประสงค์รองหรือวัตถุประสงค์ทุติยภูมิ (secondary objectives) ว่าวัคซีนป้องกันการเกิดโรคหรือไม่ หรือป้องกันความรุนแรงของโรคได้หรือไม่ หรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรคหรือไม่ เป็นต้น

โดยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ จึงต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั่นคือต้องมีการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัวและสุขภาพของอาสาสมัครวิจัยอย่างถูกต้องเหมาะสม ต้องมีการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม และให้อาสาสมัครได้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โดยความเข้าใจอย่างถ่องแท้และโดยอิสระอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องคุ้มครองความปลอดภัยไปถึงทารกที่อาจจะเกิดมาด้วย

การทดลองในคนระยะที่ 3 มักต้องใช้อาสาสมัครจำนวนมาก หลักพัน หมื่น หรือแสน ตามการคำนวณทางสถิติ โดยดูจากอัตราการอุบัติการณ์ (incidence) ของการติดเชื้อหรือการเกิดโรค อัตราการป้องกันที่กำหนด และระดับความเชื่อมั่น

จีน สหรัฐฯ และยุโรป รวมทั้งองค์การอนามัยโลก กำหนดเป้าหมายของวัคซีนโดยพัฒนาจากความสำเร็จในการป้องกันโรคของวัคซีนอื่น โดยเฉพาะวัคซีนไขหวัดใหญ่ และความคาดหวังว่าวัคซีนจะสามารถควบคุมป้องกันการเกิดของโรคได้ไว้ที่ 50% จำนวนอาสาสมัครในแต่ละโครงการจึงอยู่ที่หลักหมื่น คือราว 3-5 หมื่นคน

จากประสบการณ์ในอดีตและขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องกระทำ เพื่อให้มั่นใจว่าวัคซีนที่ได้มีความปลอดภัยและได้ผลจริง องค์การอนามัยโลกจึงคาดการณ์ไว้ในระยะแรกๆ ว่ากว่าจะได้วัคซีนมาใช้ ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 18 เดือน⁵⁸

7.1.1 การเร่งรัดพัฒนาและกระจายวัคซีน

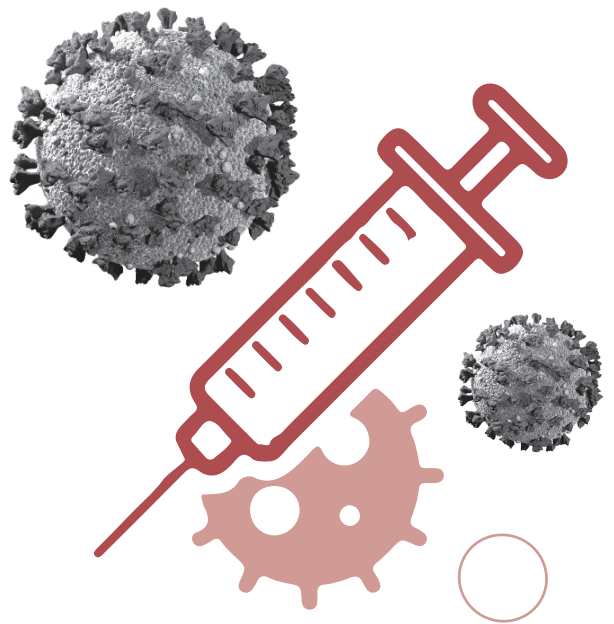
จากประสบการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 การระบาดกินเวลาราว 3 ปี ทำให้มีผู้เสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน ดังนั้น ระยะเวลา 18 เดือนจึงน่าจะยาวนานเกินไป เพราะหลังจากได้วัคซีนที่ปลอดภัย และได้ผลแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการผลิตและการกระจายให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและทั่วโลก ซึ่งต้องใช้เวลามาก จึงมีความพยายามที่จะเร่งรัดให้ได้วัคซีนออกมาเร็วกว่านั้น ทั้งในส่วนของ การวิจัยและพัฒนาและการผลิต/การกระจายวัคซีนให้ทั่วถึงโดยไม่มีปัญหาเรื่อง “กำแพงเงิน”

นายอินดีที่แม้จะมีข่าวการใช้อำนาจโดยมิชอบของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ของสหรัฐฯ แต่สหรัฐฯ ก็มีมาตรการเร่งรัดเรื่องวัคซีน ที่สำคัญคือ โครงการปฏิบัติการเร่งความเร็ว (Operation warp speed) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมสหรัฐฯ ที่จะช่วย “พัฒนาผลิตและกระจายวัคซีนโควิด-19 นับล้านโดสให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยต้องให้แน่ใจว่าวัคซีนปลอดภัยและป้องกันโรคได้” โดยกำหนดให้ได้ใช้วัคซีนก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2563 ระยะแรกวัคซีนอาจไม่เพียงพอสำหรับ

ทุกคน แต่จะเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใหญ่ทุกคน
ควรได้รับวัคซีนภายในปี พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ วัคซีนอาจจะยัง
ไม่มีให้เด็ก จนกว่าจะมีผลการศึกษาระบุถึงทั้งเรื่องความ
ปลอดภัยและประสิทธิผล⁵⁹ ทั้งนี้สถาบันสุขภาพแห่งชาติ
ของสหรัฐฯ (US NIH) ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา
วัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา ถึงเกือบ 1 พันล้านดอลลาร์
ตั้งแต่ต้น และต่อมาเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2563 ได้สนับสนุน
เงินให้อีก 1,500 ล้านดอลลาร์ เพื่อซื้อวัคซีน 100 ล้านโดส
ถ้าพบว่าวัคซีนปลอดภัยและมีประสิทธิผล

องค์การอนามัยโลกได้แสดงบทบาทสำคัญในการเร่งพัฒนา
และกระจายวัคซีน โดยตอนต้นเดือนพฤษภาคมได้ระดมทุน
จำนวน 8,100 ล้านดอลลาร์ และเริ่มโครงการให้โลกเข้าถึง
วัคซีนโควิด-19 (Covid-19 Vaccine Global Access) หรือ
โคแวกซ์ (COVAX) เพื่อประสานการพัฒนาวัคซีนของโลก
โดยการเชื่อมโครงการเข้าถึงตัวเร่งวัคซีนโควิด-19 [Access
to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator] โดยการร่วม
มือกับ กาวิ (GAVI) หรือโครงการ Global Alliance for
Vaccine and Immunization กับโครงการ เซปี (CEPI)
หรือโครงการรวมกลุ่มเพื่อสร้างนวัตกรรมเตรียมพร้อม
รับมือโรคระบาด (Coalition for Epidemic Preparedness
Innovations) มุ่งให้เกิดการพัฒนา ผลิต และกระจายวัคซีน
อย่างเท่าเทียม โดยตั้งเป้าหมายให้ประชากร 20% ที่เป็น
กลุ่มที่เปราะบางที่สุดได้รับวัคซีนภายในปี พ.ศ. 2564

โครงการเซปีร่วมมือกับองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ
บริษัทพัฒนาวัคซีน ระดมทุนอีก 2 พันล้านดอลลาร์
ทำงานกับทั้งบริษัทเอกชน รัฐ องค์กรการกุศล และองค์กร
ภาคประชาสังคม เริ่มการวิจัยและพัฒนาวัคซีน 8 ชนิด
ซึ่งรัฐบาลของสหราชอาณาจักร แคนาดา เบลเยียม นอร์เวย์
สวีเดน เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี และเนเธอร์แลนด์ ได้บริจาคให้เซปี
เป็นเงิน 918 ล้านดอลลาร์ ตอนต้นเดือนพฤษภาคม 2563
มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์บริจาคให้อีก 250 ล้านดอลลาร์



โครงการความร่วมมือการวิจัยโลกเพื่อเตรียมพร้อมรับมือ
โรคติดเชื้อ (Global Research Collaboration for
Infectious Disease Preparedness : GloPID-R) ร่วมกับ
องค์การอนามัยโลก ทำงานกันอย่างใกล้ชิด เพื่อจัดลำดับ
ความสำคัญในการให้ทุนวิจัยวัคซีนโควิด-19 โดยติดตาม
ความก้าวหน้าและข้อมูลข่าวสารการวิจัย เพื่อหลีกเลี่ยงการ
ทำงานซ้ำซ้อน ขณะที่ภาคีโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง
และโรคอุบัติใหม่นานาชาติ รวบรวม ประมวล และกระจาย
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวิจัยโควิด-19 เพื่อแจ้งแก่ผู้กำหนด
นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องการกระจายวัคซีน

เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 มีการประชุมทางไกล
ที่กรุงลอนดอน ระหว่างตัวแทนทั้งภาครัฐและเอกชนจาก
52 ประเทศ ในกลุ่มจี 7 และ จี 20 โดยมีผู้นำของ 35 ประเทศ
เข้าร่วมระดมทุน 8,800 ล้านดอลลาร์ เพื่อสนับสนุนภาคี
ในการเตรียมให้วัคซีนโควิด-19 แก่เด็ก 300 ล้านคน
ในประเทศกำลังพัฒนาไปจนถึง พ.ศ. 2568 ผู้สนับสนุน
รายใหญ่ได้แก่ มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ 1,000 ล้านดอลลาร์
และรัฐบาลสหราชอาณาจักร 2,100 ล้านดอลลาร์

นอกจากนี้ยังมีการเตรียมการของประเทศต่างๆ เช่น สหภาพยุโรป จีน ฝรั่งเศส แคนาดา

ในส่วนของ การวิจัยและพัฒนาวัคซีน มีการเร่งรัดขั้นตอน การศึกษาวิจัยและการขึ้นทะเบียน ได้แก่ (1) การเร่งสรุปผลแต่ละขั้นตอน (2) การผนวกขั้นตอนการวิจัยในคนระยะที่ 1 และ 2 เข้าด้วยกันเป็นระยะ 1/2 (3) การออกแบบการวิจัยเป็นแบบ “ปรับแต่ง” (adaptive design) โดยการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถพิจารณาและสรุปผล ในกรณี ได้ผลทางบวกก็สามารถเร่งเดินหน้าไปโดยเร็ว ถ้าได้ผลทางลบก็ยุติโดยเร็ว ในโครงการ “ผนึกกำลังทดสอบ” (solidarity trial) เป็นต้น

ในการขึ้นทะเบียนวัคซีน ก็มีการเร่งรัดโดยการพิจารณา ทบทวนแบบ “รวบรัด” (rolling review) นั่นคือ การให้ ยื่นเสนอข้อมูลทั้งหมดให้สำนักงานอาหารและยา พิจารณา แทนการพิจารณาผลทีละขั้นๆ โดยเฉพาะกรณีเพื่อการใช้ กรณีฉุกเฉิน (emergency use)

ในส่วนของ การผลิต ก็อาจพิจารณาเริ่มการผลิตโดยไม่รอ ให้การวิจัยพัฒนาเสร็จและ อย. รับรองแล้วจึงค่อยผลิต แต่เริ่มการผลิตตั้งแต่อู่ระหว่าง การวิจัยและพัฒนา ระยะ 2 และ 3

นอกเหนือจากการร่วมมือ ผนึกกำลัง ขององค์การนาชาตินักวิชาการ และผู้นำประเทศต่างๆ ที่กล่าวแล้ว ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วยิ่งกว่าวัคซีนใดๆ ในประวัติศาสตร์การแพทย์ของมนุษยชาติ คือ (1) การที่จีนสามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อก่อโรค และเปิดเผยต่อวงวิชาการนานาชาติตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563 และ (2) องค์ความรู้พื้นฐานของ วัคซีนโรคซาร์สและโรคเมอร์ส (MERS) หรือกลุ่มอาการโรค

ระบบหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome) ซึ่งได้ผ่านการวิจัยถึงขั้นสัตว์ทดลองมาแล้ว และถึงเดือนมีนาคม 2563 มีวัคซีนโรคเมอร์ส ซึ่งเป็น วัคซีนดีเอ็นเอ ผ่านการวิจัยในคนระยะที่ 1 แล้ว และอีก 3 ชนิด อยู่ในขั้นการทดลองในคนระยะที่ 1 เป็นวัคซีนที่มีไวรัสเป็นพาหะ (viral vector vaccines)

7.1.2 วัคซีนที่เดินหน้ามาไกล

การวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 นักวิทยาศาสตร์ ได้ออกแบบการสร้างวัคซีนทุกรูปแบบที่คาดว่าจะอาจนำมา ใช้ต่อสู้โรคร้ายนี้ได้ โดยสามารถแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 5 กลุ่ม 10 รูปแบบ (platform) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วัคซีนจากสารพันธุกรรม (Genetic vaccines)

เป็นวัคซีนที่นำสารพันธุกรรม (genes) ของไวรัสโคโรนา เข้าสู่ร่างกายมนุษย์ เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกัน มีทั้งอาร์เอ็นเอ (RNA) และ ดีเอ็นเอ (DNA) เช่น วัคซีนของ ไบโอเอนเทค-ไฟเซอร์ โมเดอร์นา ซาิตสาคิตลา ของอินเดีย อิมพีเรียล คอลเลจลอนดอน-มอร์นิงไซด์เวเนเจอร์ส วัคซีนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula CoV-19) ของไทย

กลุ่มที่ 2 วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral vector vaccines)

เป็นวัคซีนที่ใช้เชื้อไวรัสตัดแต่งพันธุกรรมเป็นพาหะของ สารพันธุกรรมไวรัสโคโรนาเข้าไปในร่างกายมนุษย์ วัคซีน จะเข้าสู่เซลล์กระตุ้นให้สร้างโปรตีนของไวรัสทำให้เกิด ภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนของแคนซิโนไบโอโลจิกส์ ของจีน วัคซีนสปุตนิก-5 ของรัสเซีย วัคซีนของออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนเนกา ของอังกฤษ

กลุ่มที่ 3 วัคซีนที่มีโปรตีนเป็นฐาน (Protein-Based vaccines)

ใช้โปรตีนของไวรัสโคโรนาที่ไม่มีสารพันธุกรรม บางชนิดใช้โปรตีนทั้งตัว (whole protein), บางชนิดใช้ส่วนของโปรตีน (protein fragments) บางชนิดใช้การอัดโมเลกุลของโปรตีนบนอนุภาคนาโน เช่น วัคซีนของโนวาแวกซ์ (Novavax) ในมลรัฐแมรีแลนด์ เมดิคาโก (Medicago) ของแคนาดา วัคซีนของบริษัทอันฮุยจีเฟยลองคอม (Anhui Zhifei Longcom) ของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์จีน (Chinese Academy of Medical Sciences) วัคซีนของสถาบันวัคซีนฟินเลย์ (Finlay Vaccine Institute) ในกรุงฮาวานา คิวบา วัคซีนของสถาบันเวคเตอร์ ไรส์เซีย วัคซีนของเอสเคไบโอไซแอนซ์ (SK Bioscience) ของเกาหลีใต้

กลุ่มที่ 4 วัคซีนเชื้อตายหรือเชื้อเป็นที่ทำให้อ่อนฤทธิ์ (Inactivated or Attenuated Coronavirus Vaccines)

เป็นวัคซีนจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่นำมาฆ่าหรือทำให้อ่อนฤทธิ์ เช่น วัคซีนของไซโนฟาร์ม ของสถาบันชีววัตถุอู่ฮั่น (Wuhan Institute of Biological Products) วัคซีนของซิโนแวคไบโอเทค บริษัทเอกชนของจีน วัคซีนโคแวกซิน (Covaxin) ของสภาวิจัยการแพทย์อินเดียและสถาบันไวรัสวิทยาแห่งชาติ ร่วมกับบริษัท ภาร์ตไบโอเทค (Bharat Biotech) วัคซีนของมหาวิทยาลัยเออร์ไซเยส (Erciyes University) ของตุรกี

กลุ่มที่ 5 วัคซีนเก่าที่นำมาใช้ในวัตถุประสงค์ใหม่ (Repurposed vaccines)

คือวัคซีนที่มีอยู่เดิมแต่เชื่อว่าอาจมีผลในการป้องกันโควิด-19 เช่น วัคซีนบีซีจี สถาบันวิจัยเด็กเมอร์ดอค (Murdoch Children's Research Institute) ในออสเตรเลีย กำลังวิจัยในคนระยะที่ 3 ว่าสามารถป้องกันโควิด-19 ได้หรือไม่ และยังมีสถาบันหลายแห่งในหลายประเทศที่ทำการศึกษาวินิจฉัยในลักษณะนี้

ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2563 มีวัคซีนรูปแบบต่างๆ อยู่ในการศึกษาวินิจฉัย ดังนี้

รูปแบบวัคซีน (Molecular platform)	จำนวนวัคซีนทดลอง (Total no. of candidates)	จำนวนที่เข้าสู่การวิจัยในคน (No. of candidates in human trials)
ใช้ไวรัสที่เพิ่มจำนวนไม่ได้เป็นพาหะ (non-replicating viral vector)	31	4
ฐานอาร์เอ็นเอ (RNA-based)	31	3
เชื้อตาย (Inactivated virus)	14	3
หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein-subunit)	76	3
ฐานดีเอ็นเอ (DNA-based)	19	0
ใช้ไวรัสที่เพิ่มจำนวนได้เป็นพาหะ (Replicating viral vector)	21	0
อนุภาคคล้ายไวรัส (Virus-like particle)	13	0
ไวรัสเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated virus)	4	0
รวม	209	13

จำนวนวัคซีน จำแนกตามระยะการทดลองในคนและสถานะการขึ้นทะเบียน (ข้อมูล 8 ธันวาคม 2563)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ขึ้นทะเบียนใช้อย่างจำกัด (Limited use)	ขึ้นทะเบียนแล้ว (approved)
41	17	13	7	0

7.1.3 **วัคซีนที่ขึ้นทะเบียนใช้ได้จำกัด** (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2563)

7.1.3.1 วัคซีนของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค เป็นวัคซีนตัวแรกซึ่งสร้างความตื่นเต้นแก่ชาวโลก เมื่อมีการแถลงข่าว “ข้อมูลเบื้องต้น” (preliminary data) เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 ว่า วัคซีนนี้สามารถป้องกันโควิด-19 ได้ 94-95%

วัคซีนนี้เป็นวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) เข้าสู่การทดลองในมนุษย์ระยะที่ 1/2 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2563 โดยทดสอบกับวัคซีน 2 ตัว พบว่าสามารถกระตุ้นทั้งภูมิคุ้มกันในน้ำเหลือง (humoral antibody) และในเซลล์ คือ เซลล์ที (T Cell) โดยพบว่า วัคซีนตัวที่มีรหัส BNT162b2 มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ได้แก่ อาการไข้และอ่อนเพลีย จึงเลือกตัวนี้เข้าสู่การทดสอบระยะที่ 2/3 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2563 โดยทดสอบในอาสาสมัคร 30,000 คน ในสหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา บราซิล และเยอรมนี ในการวิเคราะห์ผลระหว่างทาง (interim analysis) พบว่า วัคซีนทำให้เกิดผลข้างเคียง (side effects) ระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate) จึงประกาศเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2563 ขอย้ายการทดสอบในสหรัฐเป็น 43,000 คน เดือนตุลาคม ได้รับอนุญาตให้ทดสอบในเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นวัคซีนโควิด-19 ชนิดแรกที่ได้รับอนุญาตให้ทดสอบในเด็กอายุขนาดนั้น

ถึงเดือนกันยายน ดร. อัลเบิร์ต โบร์ลา (Albert Bourla) ประธานเจ้าหน้าที่บริหารของบริษัท ไฟเซอร์ แถลงว่าการทดสอบระยะที่ 3 จะมีข้อมูลเพียงพอในเดือนตุลาคม 2563 นี้ ซึ่งจะสรุปได้ว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพหรือไม่ ประธานาธิบดีทรัมป์จะยื่นคະຍອให้วัคซีนออกมาก่อนวันเลือกตั้ง (วันอังคารที่ 3 พฤศจิกายน 2563) แต่ ดร. โบร์ลา ประกาศเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม ว่า

จำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มอาสาสมัครยังไม่มากพอที่จะวิเคราะห์ผลได้ จนกระทั่ง วันที่ 8 พฤศจิกายน จึงมีการประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทาง จากอาสาสมัคร 94 คน ที่ติดเชื้อ จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ 164 คน สรุปว่า วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อได้ 95% โดยในอาสาสมัครกลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ป้องกันได้ 94% และไม่มีผลข้างเคียงร้ายแรง (serious side effects)

สหราชอาณาจักรอนุญาตให้วัคซีนนี้ใช้ได้กรณีฉุกเฉิน (emergency use) เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม เป็นวัคซีนชนิดแรกที่ได้รับอนุมัติเช่นนั้นจากประเทศตะวันตก และอังกฤษได้เริ่มฉีดเข็มแรกเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2563 แก่ผู้สูงอายุวัย 90 ปี (ดูภาพที่ 5) ทั้งนี้บริษัทได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนหรือใช้กรณีฉุกเฉินต่อ ออย. สหรัฐฯ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน และต่อ ออย. อินเดีย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม โดยบริษัทคาดว่าหากได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนใช้กับประชากรในวงกว้างจะผลิตได้ 120 ล้านโดส



ภาพที่ 5 มาร์กาเรต คีแนน หญิงวัย 90 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 เข็มแรกของโลกจากบริษัทไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค หลังสำนักงานอาหารและยาอังกฤษ อนุมัติขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีฉุกเฉิน (Emergency use)

ที่มา: <https://thestandard.co/receiving-the-worlds-first-pfizer-covid-19-vaccine/>

7.1.3.2 **วัคซีนของโมเดอร์นา-เอ็นไอเอช** เป็นวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา ในนครบอสตันของสหรัฐฯ ที่ได้รับทุนสนับสนุนเกือบ 1 พันล้านดอลลาร์ จากสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐฯ (US National Institutes of Health: US NIH) เป็นวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอเหมือนของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค เข้าสู่การทดสอบในคนตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 และเข้าสู่การทดสอบในคนระยะที่ 3 ในอาสาสมัคร 30,000 คน เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม ตั้งเป้าสิ้นสุดการทดสอบ เมื่อมีอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มติดเชื้อโควิด-19 196 ราย บริษัทได้ประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทางเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พบว่า วัคซีนมีประสิทธิภาพสูงถึง 94.1% ซึ่งสูงกว่าที่กำหนด 80% มาก ผลสมบูรณ์ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พบว่ากลุ่มที่ได้วัคซีนหลอก ติดเชื้อ 185 ราย กลุ่มที่ได้วัคซีนทดลองติดเชื้อเพียง 11 ราย ทุกรายไม่มีอาการรุนแรงเลย โดยภูมิคุ้มกันจะคงอยู่นานเกิน 3 เดือน และได้ยื่นขอทดสอบในเด็ก 12-18 ปี เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม

รัฐบาลสหรัฐฯ ให้เงินเพิ่มแก่บริษัท เมื่อ 11 สิงหาคม 2563 จำนวน 1,500 ล้านดอลลาร์ เพื่อซื้อวัคซีน 100 ล้านโดส ถ้าพบว่าวัคซีนปลอดภัยและมีประสิทธิผล ต่อมาบริษัทได้สัญญาขายวัคซีนกับสหภาพยุโรปอีก 160 ล้านโดส และยังมีสัญญากับแคนาดา ญี่ปุ่น และกาตาร์

7.1.3.3 **วัคซีนของออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนeca** เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะนำสารพันธุกรรมของไวรัสโคโรนาเข้าเซลล์ ชื่อรหัส ChAdOx1 เริ่มทดสอบในคนระยะที่ 1 ในสหราชอาณาจักร เมื่อเดือนมีนาคม 2563 โดยการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมทดสอบจำนวน 510 คน สำหรับการวิจัยในคนระยะที่ 1/2 เริ่มเมื่อ 23 มีนาคม 2563 และระยะที่ 2/3 ในสหราชอาณาจักรและอินเดีย ต่อมาขยายการทดสอบระยะที่ 3 ในบราซิล แอฟริกาใต้ และสหรัฐฯ

เมื่อวันที่ 6 กันยายน มีการหยุดพัก (pause) ระยะสั้นๆ เนื่องจากพบอาสาสมัคร 1 ราย มีอาการไขสันหลังอักเสบแบบตัดขวาง (transverse myelitis) หลังจากนั้น 4 วัน อย. สหราชอาณาจักรอนุญาตให้ทำการทดสอบต่อไปได้ แต่ อย. สหรัฐฯ ชะลอการอนุญาตไปจนถึงวันที่ 23 ตุลาคม และในวันที่ 24 ตุลาคม มีรายงานข่าวในบราซิลพบอาสาสมัคร 1 ราย เสียชีวิต แต่ไม่มีการหยุดชั่วคราวอย่างในอังกฤษ นำเชื่อว่าอาสาสมัครที่เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มได้รับวัคซีนหลอก (placebo)

วันที่ 19 พฤศจิกายน มีการตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 2/3 รายงานอาสาสมัคร 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ 18-55 ปี 160 ราย 56-69 ปี 160 ราย และ 70 ปีขึ้นไป 240 ราย ไม่พบอาการข้างเคียงที่ร้ายแรง และพบว่าภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุไม่ต่างจากในกลุ่ม 18-55 ปี

เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน มีการประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทางในอาสาสมัคร 131 ราย ที่ติดเชื้อโควิด-19 จากการทดสอบในสหราชอาณาจักรและบราซิล พบผลที่น่าแปลกใจ เพราะกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโดสแรกครึ่งโดส มีประสิทธิผลสูงถึง 90% และในอาสาสมัครที่ได้รับเต็มโดสทั้ง 2 เข็ม มีประสิทธิผลเพียง 62% ผู้วิจัยคาดว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีนขนาดเพียงครึ่งโดสมีประสิทธิผลสูง เพราะมีลักษณะใกล้เคียงกับการได้รับเชื้อตามธรรมชาติ แต่ต่อมาพบว่า ผู้ที่ได้รับครึ่งโดสนั้นเกิดจากความผิดพลาด ไม่ได้เป็นไปตามแผน และกลุ่มที่ได้รับวัคซีนครึ่งโดสเป็นกลุ่มทดสอบระยะแรกในอาสาสมัครอายุต่ำกว่า 55 ปี ผลที่ออกมาต่ำกว่าของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค และโมเดอร์นา-เอนไอเอส ประกอบกับความผิดพลาดในการวิเคราะห์และแสดงผล ทำให้หุ้นบริษัทราคาตก

อย่างไรก็ดี แอสตราเซนเนกาได้มีการเจรจาจำหน่ายวัคซีนกับหลายประเทศ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 สหรัฐฯ จ่ายให้ 1,200 ล้านดอลลาร์ ขอใช้กรณีฉุกเฉิน ประเทศไทยก็มีสัญญาซื้อโดยรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิต ทั้งนี้บริษัทคาดว่า จะผลิตได้ปีละ 2 พันล้านโดส

อนึ่ง ระหว่างการศึกษาวิจัยในคนระยะที่ 3 มีช่วงหนึ่งที่วัคซีนที่ใช้ทดลองขาดคร่าวทำให้ต้องฉีดโดสที่สอง ห่างจากโดสแรกราว 4 เดือน แต่ผลออกมาพบว่าอาสาสมัครกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันไม่ด้อยกว่าหรือดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโดสที่ต้องห่างจากโดสแรก 4 สัปดาห์ ตามกำหนด หลังรับขึ้นทะเบียนเพื่อการใช้กรณีฉุกเฉินในสหราชอาณาจักร ทางกรมสาธารณสุขอังกฤษได้ใช้ข้อมูลนี้ในการฉีดเข็มที่ 2 แก่ประชาชนหลังฉีดเข็มแรก 4 เดือน ด้วยเหตุผล (1) เพื่อให้ประชาชนได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 โดส อย่างกว้างขวางมากขึ้น (2) ภูมิคุ้มกันในผู้ได้รับวัคซีนสูงเพียงพอและน่าจะคงอยู่ได้ยาวนานออกไป

7.1.3.4 วัคซีนของบริษัทแคนซิโนไบโอโลจิกส์ (Cansino-Biologics) เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสอะดิโนเป็นพาหะชื่อรหัส Ad5 วิจัยและพัฒนาาร่วมกับสถาบันชีววิทยาในสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (Academy of Military Medical Sciences) สามารถตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 1 ได้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และรายงานผลการวิจัยในคนระยะที่ 2 ได้ในเดือนกรกฎาคม พบว่าวัคซีนสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี กองทัพบกจีนได้อนุมัติให้ใช้วัคซีนในฐานะ “ยาที่จำเป็นเป็นพิเศษ” (specially needed drug) เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นวัคซีนโควิด-19 ตัวแรกของโลกที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนกรณีพิเศษ หลังจากนั้นจึงเริ่มการทดสอบในคนระยะที่ 3 ในซาอุดีอาระเบีย ปากีสถาน และรัสเซีย ทั้งนี้ในช่วงนั้นจีนเกือบไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่แล้ว จึงไม่สามารถทดสอบในระยะที่ 3 ได้ในจีน

7.1.3.5 วัคซีนสปุตนิก-5 ของรัสเซีย เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะเหมือนของแอสตราเซนเนกา และแคนซิโนไบโอโลจิกส์ วิจัยและพัฒนาในสถาบันวิจัยกามาเลียา ใช้ไวรัสอะดิโน 2 ตัว เป็นพาหะ เริ่มการวิจัยในคนในเดือนมิถุนายน และประธานาธิบดีวลาดิมีร์ ปูติน ประกาศขึ้นทะเบียนเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม ก่อนเริ่มการทดสอบในคนระยะที่ 3 เปลี่ยนจากชื่อเดิม กาม-โควิด-แวค (Gam-Covid-Vac) เป็นสปุตนิก 5 โดยเป็นการ “ขึ้นทะเบียนแบบมีเงื่อนไข” (conditional registration certificate) ตามผลการทดสอบในคนระยะที่ 2/3 ซึ่งเริ่มจากอาสาสมัคร 2,000 คน และจะขยายเป็น 40,000 คน ในเบลารุส สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และเวเนซุเอลา ต่อมาขยายไปทดสอบระยะที่ 2/3 ในอินเดีย เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม

เมื่อวันที่ 4 กันยายน นักวิจัยตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 1/2 ต่อมาในวันที่ 11 พฤศจิกายน จากการวิเคราะห์ผู้ติดเชื้อ 20 คน ในการทดสอบระยะที่ 3 นักวิจัยประมาณว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพ 92% ต่อมา มีการวิเคราะห์ผู้ติดเชื้อ 39 ราย สรุปว่า ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน แต่วงการวิทยาศาสตร์มีคำถามมากมาย ทั้งนี้ ณ เวลานั้นผลการวิจัยของสถาบันกามาเลียในวัคซีนนี้ยังไม่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

7.1.3.6 วัคซีนของสถาบันเวคเตอร์ของรัสเซีย เป็นวัคซีนที่ทำจากโปรตีนของเชื้อโควิด-19 ประธานาธิบดีปูตินประกาศขึ้นทะเบียนอย่างมีเงื่อนไข เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2563 หลังวัคซีนผ่านการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ขณะทำการทดสอบในระยะที่ 3 คาดว่าจะเริ่มปลายปี

7.1.3.7 วัคซีนของบริษัทซิโนฟาร์ม ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจของจีน เป็นวัคซีนที่ทำจากเชื้อตาย โดยสถาบันชีววัตถุอยู่ฮั่นผ่านการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ต่อมาทดสอบในระยะที่ 3 ในสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ในเดือนกรกฎาคม เดือนต่อมาขยายไปทดสอบในโมร็อกโกและเปรู

สหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ อนุมัติขึ้นทะเบียนเมื่อ 14 กันยายน 2563 ให้ใช้ในบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของรัฐและอื่นๆ ในจีนรัฐบาลก็อนุญาตให้ใช้วัคซีนนี้ค่อนข้างกว้างขวางในเจ้าหน้าที่ของรัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเฉพาะบางกลุ่ม ถึงเดือนพฤศจิกายน วัคซีนฉีดไปแล้วเกือบ 1 ล้านคน และบริษัทได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนเมื่อ 25 พฤศจิกายน โดยการทดสอบระยะที่ 3 ยังไม่เสร็จสิ้น

7.1.3.8 วัคซีนของซิโนแวคไบโอเทค เป็นวัคซีนเชื้อตายชื่อโคโรนาแวค (CoronVac) มีการแสดงผลการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ในอาสาสมัคร 743 คน เมื่อเดือนมิถุนายน 2563 และตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์เมื่อเดือนพฤศจิกายน การทดสอบในคนระยะที่ 3 เริ่มในเดือนกรกฎาคม 2563 ในบราซิล ต่อมาในอินโดนีเซียและตุรกี

รัฐบาลจีนอนุมัติให้ใช้วัคซีนนี้กรณีฉุกเฉินในเดือนกรกฎาคม ต่อมาในเดือนตุลาคม เทศบาลนครเจียงซิงทางตะวันออกเฉียงของจีนประกาศให้วัคซีนนี้แก่ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้ตรวจการทำเรือและสนามบิน ข้าราชการ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม เจ้าหน้าที่ในบราซิลกล่าวว่า วัคซีนปลอดภัยที่สุดในบรรดาวัคซีน 5 ชนิดที่ทดสอบระยะที่ 3 ในบราซิล แต่ในวันที่ 5 พฤศจิกายน รัฐบาลบราซิลประกาศหยุดพักการทดสอบเพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ 2 วันต่อมา อนุญาตให้ทำการทดสอบต่อไปได้

ประธานเจ้าหน้าที่บริหารของบริษัทแถลงว่า เตรียมผลิตให้ได้ 200 ล้านโดส ในปี 2563 และต่อไปจะผลิตให้ได้ปีละ 600 ล้านโดส โดยมีสัญญาจะส่งให้อินโดนีเซียอย่างน้อย 400 ล้านโดส ภายในเดือนมีนาคม 2564 และเตรียมส่งให้ทั่วโลก รวมทั้งสหรัฐฯ ตั้งแต่ต้นปี 2564

7.1.4 การวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

ประเทศไทยได้วิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อให้สามารถทำการผลิตเองได้ในประเทศ โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนในประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 6 โครงการ เป็นเงิน 20.9 ล้านบาทในระยะแรก ส่วนระยะที่ 2 ได้จัดสรรงบประมาณ จากงบกลางอีก 355 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการวิจัยพัฒนาและผลิตวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ แก่คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยังสนับสนุนการพัฒนาศูนย์วิจัยไพรเมทจำนวน 35 ล้านบาท เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทดสอบวัคซีนในลิง

มีหลายหน่วยงานภาครัฐที่วิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และองค์การเภสัชกรรม และมีภาคเอกชน 1 แห่งคือ บริษัท ไบโอเนทเอเชีย จำกัด ดังแสดงในตาราง

วัคซีนที่มีการพัฒนาก้าวหน้ามากที่สุด 3 รูปแบบคือ (1) วัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอของศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีแผนศึกษาในคนระยะที่ 1/2 ในประเทศประมาณเดือนเมษายน 2564 โดยจ้างผลิตวัคซีนทดลองที่โรงงานในแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10,000 โดส หากโรงงานนี้ผลิตสำเร็จจะมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับประเทศไทย เพื่อให้สามารถผลิตเองได้ซึ่งทางศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีนได้ร่วมกับบริษัทไบโอเนทเอเชีย

ตาราง 1 แสดงการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

No.	รูปแบบวัคซีน	ผู้วิจัยและพัฒนา
1.	เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA)	ศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย
2.	อนุภาคเหมือนไวรัส (Virus-Like Particle : VLP)	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ องค์การเภสัชกรรม
3.	อนุภาคเหมือนไวรัส (Virus-Like Particle : VLP)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
4.	หน่วยย่อยของพืช (Plant-based subunit)	บริษัท ไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein subunit)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ องค์การเภสัชกรรม
6.	หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein subunit)	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	ดีเอ็นเอ	บริษัท ไบโอเนทเอเชีย
8.	ดีเอ็นเอ	ศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9.	ชนิดเชื้อตาย (inactivated)	ศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล
10.	ชนิดทำจากไวรัสลูกผสมนิวคาสเซิลผลิตในไข่ [Egg-based, whole chimeric Newcastle Disease Virus (NDV)]	องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับ Dynavax และ PATH
11.	ใช้ไวรัสอะดีโนเป็นพาหะ (Adenoviral vector)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
12.	ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เพื่อดำเนินการผลิตต่อไป โดยตั้งเป้าหมายเริ่มผลิตในประเทศไทยให้ได้ภายในปลายปี 2564 (2) วัคซีนดีเอ็นเอของบริษัทไบโอเนทเอเชีย ที่ได้ทุนจากประเทศออสเตรเลียในการศึกษาวิจัยในมนุษย์ระยะที่ 1 ประเทศออสเตรเลีย คาดว่าจะดำเนินการในเดือนมกราคม 2564 จนถึงปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ยังไม่ผ่านการอนุมัติในออสเตรเลีย และ (3) วัคซีนจากหน่วยย่อยของพืช เป็นวัคซีนได้จากไบยาสูบ ของบริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ โดยเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ทางบริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับองค์การเภสัชกรรม และบริษัท คินเจน ไบโอเทค จำกัดซึ่งร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี (ความร่วมมือไทย-เกาหลี) เพื่อวิจัย พัฒนา และผลิต

วัคซีนจากไบยาสูบในประเทศ เพื่อทำการศึกษาวินิจฉัยในมนุษย์ระยะที่ 1 ในเดือนมิถุนายน 2564 ซึ่งการวิจัยและพัฒนาวัคซีนทั้ง 3 รูปแบบนี้คาดว่าจะได้วัคซีนประมาณปลายปี 2564 หรือในกลางปี 2565 หากประสบความสำเร็จ

ในส่วนวัคซีนต้นแบบอื่นๆ อยู่ระหว่างการศึกษาในสัตว์ทดลอง โดยมีความก้าวหน้าในขณะนี้คือ วัคซีนชนิดหน่วยย่อยของโปรตีนของ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ภูมิคุ้มกันในระดับดี โดยทำการทดสอบที่สถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนวัคซีนชนิดผลิตในไข่ขององค์การเภสัชกรรม ที่อยู่ระหว่างการประสานงานเพื่อส่งซีรัมสัตว์ทดลองที่ได้รับวัคซีนต้นแบบส่งตรวจระดับภูมิคุ้มกันที่สถาบันชีววัตถุ เป็นต้น ส่วนวัคซีนเชื้อตายของศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ระหว่างรออนุมัติเงินจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

7.1.5 การทำความร่วมมือกับต่างประเทศ เพื่อให้มีโอกาสได้วัคซีนเร็วขึ้น

ประเทศไทยได้เจรจาขอรับถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตจากบริษัทแอสตราเซเนกา ซึ่งมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด ประเทศอังกฤษ ให้แก่ผู้ผลิตไทย คือ บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด โดยบริษัทนี้จะเป็นผู้ผลิตวัคซีนให้แก่ประเทศไทย ตามเงื่อนไขการจองซื้อ กำลังการผลิตที่เหลือสามารถส่งออกให้กับประเทศอื่นๆ ได้ ตามเงื่อนไขที่บริษัทตกลงกับผู้ถ่ายทอดเทคโนโลยี ทั้งนี้สถาบันวัคซีนแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณจากงบกลางจำนวน 600 ล้านบาท และจากเงินบริจาคอีก 100 ล้านบาท บริษัทปูนซิเมนต์ไทย จำกัด มหาชน (Siam Cement Group: SCG) รวมเป็น 700 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพให้บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด มีความพร้อมในการรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (viral vector) จากบริษัท แอสตราเซเนกา

7.1.6 การจัดซื้อวัคซีนเพื่อนำมาใช้ในประเทศ

เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2563 กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 เพื่อประชาชนไทย มีมติเห็นชอบให้มีการจัดหาวัคซีนเพื่อประชาชนไทย จำนวน ร้อยละ 50 ของประชากร (66 ล้านคน) แต่แต่ละคนต้องได้รับวัคซีนคนละ 2 โดส ดังนั้น จึงมีการจองซื้อวัคซีนล่วงหน้าใน ปี 2564 ดังนี้

(1) ความร่วมมือระหว่างบริษัทแอสตราเซเนกา กับประเทศไทย ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (26 ล้านโดส) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2563 และอนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 งบกลาง 6,049,723,117 บาท ให้สถาบันวัคซีนแห่งชาติจัดทำสัญญาการจัดหาวัคซีน โดยการจองล่วงหน้า และจำนวน 2,379,430,600 บาท ให้กรมควบคุมโรคจัดทำสัญญาในการจัดซื้อและบริหารวัคซีนที่ได้จากการจองล่วงหน้านั้น เมื่อคู่สัญญาสามารถจัดหาวัคซีนได้สำเร็จ โดยจ่ายเงินที่เหลือรวมทั้งค่าบริหารจัดการการกระจายวัคซีน รวมเป็นเงิน 3,670,292,517 บาท ซึ่งจะมีการลงนามในสัญญาดังกล่าวระหว่าง แอสตราเซเนกา สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563

(2) การจัดหาจากโครงการให้โลกเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 [Covid-19 Vaccine Global Access (COVAX facility)] ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (26 ล้านโดส)

(3) การซื้อกับผู้ผลิตโดยตรงผ่านความตกลงทวิภาคี ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร (13 ล้านโดส) อยู่ระหว่างการเปรียบเทียบคุณภาพวัคซีนและราคาวัคซีนที่กำหนด เพื่อการเจรจาจัดซื้อให้ได้วัคซีนมาใช้ทันในปี 2564

สำหรับวัคซีนที่ต้องจัดซื้ออีก ร้อยละ 30 ของประชากรไทยจำนวน 39 ล้านโดส อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอเพื่อพิจารณาโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีน

7.2 ยา

โควิด-19 เพื่อประชาชนไทย ในวันที่ 29 ธันวาคม 2563 ส่วนประชาชนกลุ่มใดจะได้รับวัคซีนบ้าง ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ กำหนดแผนการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2563 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2563

การดำเนินการเรื่องวัคซีนโควิด-19 มีลักษณะเป็นการ “เล็งผลเลิศ” และมุ่ง “เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส” คือ ใช้สถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3 ประการพร้อมกัน ได้แก่ (1) การจัดหาวัคซีนเพื่อให้เพียงพอแก่ประชาชนและกระจายอย่างทั่วถึง (2) การพัฒนาศักยภาพของประเทศในการวิจัย พัฒนา และผลิตวัคซีน ซึ่งเป็นเทคโนโลยีขั้นสูง (sophisticated technology) ซึ่งประเทศไทยนับวันจะล้าหลังในเรื่องนี้ลงไปเรื่อยๆ และ (3) สามารถหารายได้เข้าประเทศจากการผลิตและจำหน่ายวัคซีนให้แก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอาเซียน แต่ปรากฏว่าพอถึงช่วงปลายปี เมื่อมีวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงบางชนิดออกมา และประเทศตะวันตกขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีฉุกเฉินได้และเริ่มฉีดให้แก่ประชาชนในหลายประเทศ ข้อสำคัญประเทศในอาเซียนไม่เพียงสิงคโปร์เท่านั้น แต่อินโดนีเซียซึ่งมีประชากรมากกว่าไทยมาก และฐานะทางเศรษฐกิจก็มีได้เหนือกว่าไทย สามารถได้วัคซีนมาใช้แล้ว และอินเดียซึ่งมีประชากรถึง 1,300 ล้านคน และยากจนกว่าไทยมาก ก็ได้ขึ้นทะเบียนวัคซีนบางชนิดแล้ว ทำให้รัฐบาลไทย “นั่งไม่ติดเก้าอี้” ต้องเร่งรัดปรับแผนการจัดหาวัคซีนตอนช่วงปลายปี 2563

เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในจีน โดยลักษณะเป็นโรกระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส การรักษา ก็เหมือนโรคอื่นๆ คือ (1) การรักษาจำเพาะโรค คือ ยาฆ่าเชื้อโรค ซึ่งระยะแรกยังไม่มี (2) การรักษาตามอาการ เช่น การให้ออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยาลดไข้ (3) การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การให้น้ำเกลือ

7.2.1 ความพยายามในการหายารักษาโควิด-19

เมื่อพบว่า สาเหตุของโรค คือ เชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งมีลักษณะคล้ายซาร์ส จึงมีการนำยาที่เคยใช้รักษาโรคจากเชื้อไวรัสได้ผลระดับหนึ่งมาใช้ ได้แก่ ยาต้านไวรัสโรคซาร์ส ใช้หวัดนก โรคเอดส์ และยาอื่นๆ เช่น ไฮดรอกซีคลอโรควิน ซึ่งเป็นยาต้านมาลาเรีย

ลักษณะของการเลือกใช้ยา เป็นไปตามหลักการรักษาของวิชาชีพแพทย์ คือ นำยาที่เห็นว่าน่าจะได้ผลมา “ทดลองใช้” เมื่อมีแนวโน้มว่าจะปลอดภัยและได้ผล ก็จะทำการศึกษา โดยการออกแบบการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ซึ่งการออกแบบการวิจัยที่เชื่อถือได้สูง คือ การวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบโดยปกปิดทั้งสองด้าน (Double-blinded, Randomized-controlled Trial) จนกระทั่งปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามียาใดที่ได้ผลอย่างชัดเจน มียาตัวเดียวที่ ออย. สหรัฐฯ ขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง คือ เรมเดซิเวียร์ จากผลการวิจัยที่สถาบันโรคมุมแพ้และโรคติดเชื้อแห่งชาติสหรัฐฯ ให้ทุนสนับสนุน พบว่าสามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจาก 15 วัน เหลือ 11 วัน แต่ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับเป็นมาตรฐานการรักษา (standard treatment) เพราะการศึกษาวิจัยอื่นๆ ได้ผลแตกต่างกันไป

มีความพยายามในการใช้การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรในการรักษาโควิด-19 แต่ไม่มีรายงานผลการรักษาที่น่าเชื่อถือว่าจะปลอดภัยและได้ผล

7.2.2 กรณีศึกษา : การรักษาประธานาธิบดีทรัมป์ เมื่อป่วยด้วยโรคโควิด-19⁶⁰

ตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยที่มีการจับตาทั่วโลก โดยมีข้อมูลปรากฏออกมาบางส่วน คือ กรณีการรักษาประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

“น่าเชื่อว่า” ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ติดเชื้อและล้มป่วยด้วยโรคโควิด-19 เมื่อต้นเดือนตุลาคม 2563

ที่ใช้คำว่า “น่าเชื่อว่า” เพราะข่าวคราวที่ปรากฏออกมาทำให้หลายคนเคลือบแคลงสงสัยว่าทรัมป์ ป่วยจริงหรือไม่

ประการแรก เพราะช่วงดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีมาได้ 3 ปี 8 เดือนเศษ มีคน “จับโกหก” ทรัมป์ได้กว่า 2 หมื่นครั้ง จนทวิตเตอร์ต้องใช้วิธีติดคำเตือนข้อความในทวิตของทรัมป์ว่า “ข้อความทวิตนี้ละเมิด ‘กฎของทวิตเตอร์’ เรื่องการแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิดและอาจก่ออันตรายเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ทวิตเตอร์พิจารณาเห็นว่าอาจเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะที่จะคงข้อความนี้ไว้ให้เข้าถึงได้ กรุณาศึกษาเพิ่มเติม”

ประการที่สอง ทรัมป์ทวิตข้อความเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2563 ว่า แพทย์ตรวจพบว่าตนติดเชื้อเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม และมีอาการป่วยจะต้องเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม แต่พอวันที่ 5 ตุลาคม ทรัมป์ก็ออกจากโรงพยาบาลทั้งๆ ที่ทรัมป์อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เพราะอายุถึง 74 ปีแล้ว และน้ำหนักตัวมากถึง 244 ปอนด์ หรือราว 110 กิโลกรัม ไม่น่าจะหายและออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขนาดนั้น โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับบอริส จอห์นสัน นายกรัฐมนตรีอังกฤษที่หนักมกว่ามาก ยังต้องเข้าไปนอนในไอซียูถึง 2 วันเต็มๆ

อย่างไรก็ดี จากการประมวลข้อมูลของสำนักข่าวต่างๆ และการแถลงของแพทย์ที่ดูแลรักษาทรัมป์คือ นายแพทย์ฌอน คอนลีย์ (Sean Conley) น่าเชื่อว่า ทรัมป์ถูกตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 ในวันพฤหัสบดีที่ 1 ตุลาคม 2563 พอวันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม ตอนสาย ทรัมป์มีไข้สูง และระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดลดลง

ต่ำกว่า 94% (ค่าปกติ 95-100%) จึงถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวอลเตอร์ริด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทหารของกองทัพบกสหรัฐฯ โดยเครื่องเฮลิคอปเตอร์มารีนวัน (Marine One) ซึ่งมีนักบิน 3 คน รับผู้โดยสารได้ 14 คน ความเร็ว 161 ไมล์ต่อชั่วโมง ความยาว 72 ฟุต 8 นิ้ว บินได้ไกล 621 ไมล์ (โรงพยาบาลแห่งนี้ จอมพลสฤทธ์ ธาระรัตน์ เคยไปรับการผ่าตัดรักษาโรคตับแข็งก่อนกลับมาทำรัฐประหารอีกครั้งตอนเดือนตุลาคม 2501)

วันเสาร์ที่ 3 ตุลาคม ระดับออกซิเจนลดลง มาร์ค มีโดว์ (Mark Meadow) หัวหน้าคณะเจ้าหน้าที่ ประจำทำเนียบขาว บอกผู้สื่อข่าวว่าสัญญาณชีพ (vital signs) ของทรัมป์ “น่าเป็นห่วงมาก” (very concerning) และบอกว่า “ช่วง 48 ชั่วโมงข้างหน้าจะเป็นช่วงวิกฤต” แต่นายแพทย์ฌอน คอนลีย์ แถลงว่าอาการของทรัมป์ “ดีมาก” (very well)

เวลา 13.19 น. ทรัมป์ทวิตข้อความชมเชยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวอลเตอร์ริดว่า “ด้วยความช่วยเหลือของพวกเขา ผมรู้สึกสบายดี”

เวลา 18.51 น. ทรัมป์ทวิตวิดีโอความยาว 4 นาทีว่า “....ผมกำลังจะกลับมา ผมคิดว่าผมจะกลับมาเร็วๆ นี้ ...ผมสบายดี ผมคิดว่าผลการรักษาของผมจะออกมาดีมาก”

วันอาทิตย์ที่ 4 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์ แถลงว่าอาการประธานาธิบดีดีขึ้น

โดยไม่มีใครคาดคิด ทรัมป์เดินทางออกจากโรงพยาบาลโดยรถสเตชันแวกอน 3 ตอน โดยทรัมป์นั่งตอนกลางหลังคนขับ คาดหน้ากากอนามัยสีดำ มีภาพทรัมป์โบกมือขวาทักทายผู้คน มีผู้วิจารณ์ว่าทรัมป์ทำให้เจ้าหน้าที่เสี่ยงติดเชื้อ แต่มีข้อมูลว่าตำรวจลับทุกคนสวมชุดป้องกัน (Personal Protective Equipment) หรือ พีพีอี. (PPE) และระหว่างที่นั่งทั้ง 3 ตอน มีบานกระจกเลื่อนกัน

รุ่งขึ้น วันจันทร์ที่ 5 ตุลาคม เวลา 14.37 น. ทรัมป์ทวีตข้อความ “ผมจะออกจากโรงพยาบาลอลเทอร์ริต วันนี้เวลา 18.30 น. รู้สึกดีมาก อย่ากลัวโควิด อย่าให้มันครอบงำชีวิตคุณ”

เวลา 15.00 น. มีการแถลงข่าวโดยทีมแพทย์ แจ้งว่าทรัมป์มีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ และยืนยันจะให้ออกจากโรงพยาบาล นายแพทย์คอนลีย์บอกว่า “แม้ท่านจะยังไม่พ้นอันตรายโดยสิ้นเชิง แต่ท่านจะถูกห้อมล้อมด้วยทีมแพทย์ชั้นเลิศ ระดับโลกตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน”

ทรัมป์กลับถึงทำเนียบขาวก่อน 19.00 น. เล็กน้อย

วันอังคารที่ 6 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าท่านประธานาธิบดีอาการดีเยี่ยม ท่านหลับสบายและไม่มีอาการใดๆ ในวันนี้ โปรแกรมจะไปปรากฏตัวในงาน “ทำให้อเมริกายิ่งใหญ่อีกครั้ง” ที่เมืองแฟลก สเตาฟฟ์ อะริโซนา ถูกยกเลิก และไม่มีโปรแกรมอื่น

วันพุธที่ 7 ตุลาคม ทรัมป์พักในทำเนียบขาว นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าทรัมป์ไม่มีไข้มามากกว่า 4 วันและไม่มีอาการใดๆ มากกว่า 24 ชั่วโมง และไม่จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนอีก ผลตรวจเลือดพบว่ามีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19

วันพฤหัสบดีที่ 8 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าผลการตรวจร่างกายของทรัมป์ยังคงปกติ และคาดว่าทรัมป์จะกลับไปร่วมงานสาธารณะได้อย่างปลอดภัยในวันเสาร์ที่ 10 ตุลาคม ซึ่งเป็นวันที่ 10 นับจากการวินิจฉัยโรคครั้งแรก

วันศุกร์ที่ 9 ตุลาคม ทรัมป์พูดโทรศัพท์กับมาเรีย บาร์ตีโรโม จากสื่อ “ธุรกิจฟอกซ์” (Fox Business) ว่า “ไม่มีอะไรผิดปกติ ผมป่วย ผมเหนื่อย ผมไม่คิดว่าผมจะแพร่โรคเลย” ซึ่งแพทย์บางคนรวมทั้งนายแพทย์แอนโทนี เฟาซี ชี้ว่าคำแถลงดังกล่าวเป็นการสรุป “เร็วเกินไป” (premature)

วันเสาร์ที่ 10 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์ ออกคำแถลงฉบับที่ 4 ว่า ทรัมป์สามารถจะสิ้นสุดการแยกตัว (end isolation) เพราะ “ไม่ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อผู้อื่น” โดยชี้ว่า “10 วันผ่านไปแล้วนับจากเริ่มปรากฏอาการ และไม่มีไข้มามากกว่า 24 ชั่วโมง” (ตามเกณฑ์ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ หรือ ซีดีซี) แต่จะมีการกำกับดูแลทรัมป์เมื่อเขากลับไปทำงานตามปกติ

ต่อมาทรัมป์ออกมาต้อนรับผู้สนับสนุนน้อยคนที่มีมาอยู่ที่สนามหญ้าด้านใต้ของทำเนียบขาว ทรัมป์กล่าวปราศรัยจากระเบียงทำเนียบขาวเป็นเวลา 15 นาที บอกว่า “ผมรู้สึกสบายมาก” และว่า การระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนากำลังจะ “หายไป” (disappearing)

ทรัมป์ยังทวีตต่อเนื่อง และทวีตเตอร์ก็ตีตค้ำเตือนต่อเนื่องว่าเป็นข้อความที่ละเมิดกฎของทวีตเตอร์เรื่องการแพร่ข้อความที่ทำให้เข้าใจผิดและอาจก่ออันตรายเกี่ยวกับโควิด-19

ทรัมป์กล่าวกับสำนักข่าวฟอกซ์นิวส์ว่า จะกลับไปปรณรงค์หาเสียงต่อไป “ผมมีภูมิคุ้มกัน” “ประธานาธิบดีอยู่ในสภาพที่ดีมากที่จะสู้ศึก” โดยทรัมป์ไม่บอกว่า “เขาตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนาแล้ว”

วันจันทร์ที่ 12 ตุลาคม ทรัมป์เตรียมไปปรณรงค์หาเสียงที่เมืองแซนฟอร์ด มลรัฐฟลอริดา ทรัมป์ต้องรีบกลับไปปรณรงค์หาเสียงเพราะผลการหยั่งเสียงพบว่าคะแนนนิยมตก ตามหลังโจ ไบเดน ห่างมากขึ้น

ความสนใจของผู้คน พุ่งไปที่การไต่สวนของวุฒิสภาเรื่องที่ทรัมป์เสนอชื่อ เอมี โคนีย์ บาร์เรตต์ เป็นตุลาการศาลสูงสุด

ขณะเดียวกัน ก็น่าสนใจว่า ทรัมป์ในวัย 74 ปี และมีภาวะอ้วน ติดโควิด-19 และมีอาการป่วย ทรัมป์ได้รับการดูแลรักษาอย่างไรจึงหายเร็ว และกลับมาคึกคักอีกเต็มได้เช่นนั้น

7.2.3 ยา 8 ชนิด ที่ใช้รักษาประธานาธิบดีทรัมป์ เมื่อป่วยด้วยโควิด-19

เมื่อ โดนัลด์ ทรัมป์ ป่วยด้วยโรคโควิด-19 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวอลเทอร์รีดของกองทัพบกสหรัฐอเมริกา ในฐานะประมุขของประเทศมหาอำนาจที่ยิ่งใหญ่ที่สุดและเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีในทุกด้านรวมทั้งด้านการแพทย์ ทรัมป์ได้รับการดูแลรักษาแตกต่างจากประชาชนอเมริกันทั่วไปหรือไม่อย่างไร

สหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำโลกทุนนิยม ซึ่งมีประชากรที่มีความแตกต่างทั้งด้านเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อ และเศรษฐกิจฐานะมากอย่างสุดขีด แต่มาตรฐานการรักษาที่ทรัมป์ได้รับนั้น หนังสือพิมพ์ยูเอสเอทูเดย์ โดย คาริน ไวน์ทรอบ (Karen Weintraub) เขียนบทความตีพิมพ์เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2563 มีบทสรุปเรื่องนี้ตามชื่อบทความว่า “การรักษาโควิด-19 ของโดนัลด์ ทรัมป์ คล้ายคลึงกับคนอเมริกันโดยเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจากไวรัสโคโรนา เพียงแต่รวดเร็วกว่า” โดยมีประโยคหัวบทความว่า “ประธานาธิบดีทรัมป์ได้รับการรักษาส่วนใหญ่เหมือนกับใครๆ ได้รับเพื่อการรักษาโควิด-19 ยกเว้นเรื่องเดียว คือ ได้รับยาที่อยู่ระหว่างทดลองชนิดหนึ่ง และความเร็วในการดูแล” โดยมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

ประการแรก ทรัมป์ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วกว่ามาก ชาวอเมริกันทั่วไปต้องรอ 2-3 วัน เมื่อเริ่มรู้สึกว่าป่วยก่อนได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 และรู้ผลหลายวันหลังจากนั้น ขณะที่ทรัมป์ได้รับการตรวจและทราบผลภายใน 24 ชั่วโมง หลังเริ่มรู้สึกอ่อนเพลียขณะบินกลับวอชิงตันดีซี จากการไปรณรงค์หาเสียงที่รัฐมินนิโซตา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 1 ตุลาคม 2563

ประการที่สอง ทรัมป์ได้เข้าโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใน 48 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยโรค ขณะที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่สามารถติดต่อแพทย์ได้ทางโทรศัพท์ในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น แต่มักได้รับคำแนะนำให้อยู่บ้าน สังเกตอาการ กินยาลดไข้ พาราเซตามอล และสังเกตการหายใจ

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดของทรัมป์ ตกลงเหลือ 80% กว่าๆ 2 ครั้งในวันศุกร์ที่ 2 และเสาร์ที่ 3 แต่กลับสู่ระดับปกติ เมื่อได้รับออกซิเจน โดยกลับสู่ระดับ 95-97% ในวันอังคารที่ 6 ตุลาคม

คนอเมริกันส่วนใหญ่จะไม่รู้ระดับออกซิเจนในเลือด เว้นแต่จะมีเครื่องวัดอยู่ที่บ้าน โดยจะได้รับเข้าโรงพยาบาลเมื่อระดับออกซิเจนต่ำกว่า 94% หรือรู้สึกหายใจเหนื่อย

ประการที่สาม ทรัมป์ได้รับยาเพิ่มภูมิต้านทานชื่อรีเจนอรอน (regeneron) ซึ่งเป็นยาเพิ่มภูมิต้านทาน (monoclonal antibodies) สำหรับโรคนี้ ยานี้มีแอนติบอดี 2 ชนิด ชนิดหนึ่งผลิตจากซีรัมของผู้ที่หายจากโรคนี้ อีกชนิดหนึ่งได้จากหนูที่ใช้เทคโนโลยีพันธุวิศวกรรมให้ผลิตสารเพิ่มภูมิคุ้มกันของมนุษย์ สารทั้ง 2 ชนิดนี้จำเพาะเจาะจงต่อโปรตีนบนผิวของเชื้อโควิด-19

ทรัมป์ได้รับยานี้ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการก่อนเข้าโรงพยาบาล ยานี้ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัยยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ ออย. สหรัฐฯ ทรัมป์ได้รับยานี้ตามข้อยกเว้นกรณี “ใช้ด้วยความเมตตา” (compassionate use) โดยจะต้องได้รับคำขอจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและอนุมัติโดย ออย. ซึ่งปกติจะใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ โดยเคยให้แก่คนไข้ไปก่อนหน้าในเงื่อนไขนี้ไม่ถึง 10 ราย ทรัมป์จึงได้ยานี้รวดเร็วเป็นพิเศษ

ยานี้ยังไม่มีค่าตั้งราคา ทรัมป์และคนอื่นๆ จะได้รับฟรี ส่วน “อาสาสมัคร” ที่อยู่ในการทดสอบยานี้ จะได้รับค่าตอบแทนตามที่กำหนด ปกติยาประเภทนี้ราคาแพงมาก

ผลของยานี้ที่คาดหวังคือ ป้องกันมิให้อาการรุนแรง

ประการที่สี่ ยาเรมเดซิเวียร์ เป็นยาต้านไวรัสตัวแรกที่ยอย.สหรัฐฯ รั้งขึ้นทะเบียนแล้ว เดิมมุ่งวิจัยเพื่อรักษาโรคอีโบล่า แต่ศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของคนไข้โควิด-19 รายที่รุนแรงลงได้ราว 4 วัน แต่ประเทศอื่นๆ โดยมากยังไม่รั้งขึ้นทะเบียนยานี้ เพราะการวิจัยอีก 3 การศึกษา มีผลแตกต่างกันออกไป โดยยานี้ต้องให้ทางหลอดเลือด และอาจมีผลข้างเคียงค่อนข้างสูง

ปกติยานี้จะให้ในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ขณะที่ทรัมป์มีอาการปานกลาง แต่แพทย์ตัดสินใจให้ยาเข็มแรกตั้งแต่เมื่อแรกเข้าโรงพยาบาลในตอนเย็นวันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม ทั้งนี้ น่าจะด้วยเหตุผลที่ยาตัวนี้จะได้ผลดีเมื่อได้รับแต่เนิ่นๆ ทรัมป์ได้รับยานี้วันละเข็มติดต่อกัน 5 วัน (เข็มสุดท้ายไปฉีดที่ทำเนียบขาว) ปกติบริษัทประกันเอกชนจะจ่ายให้โรงพยาบาลเข็มละ 520 ดอลลาร์ ขณะที่บริษัททยาคิดราคากับรัฐบาลเข็มละ 390 ดอลลาร์

คนอเมริกันส่วนใหญ่ที่เข้าโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 จะได้รับยานี้

ประการที่ห้า ยาเด็กซาเมทาโซน เป็นสเตอรอยด์ที่มีใช้มานานแล้ว สำหรับโรคโควิด-19 จะใช้ในคนไข้ที่ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่ในระยะแรกเพราะไม่มีประโยชน์ และอาจเป็นโทษเพราะจะกดภูมิคุ้มกัน ฤทธิ์สำคัญของยานี้ในคนไข้โควิด-19 คือ ลดการอักเสบของปอด ทรัมป์ได้ยานี้ตอนค่ำวันเสาร์ที่ 3 ตุลาคม สามวันหลังเริ่มมีอาการ ไม่มีข้อมูลว่าระดับออกซิเจนของเขาเท่าใด ทำไม่จึงต้องให้ และให้ในขนาดเท่าใด ปกติสำหรับโรคนี้จะให้ในขนาด 6 มิลลิกรัม นายแพทย์โรเจอร์ ซาพิโร ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อให้ความเห็นว่ายานี้มีประโยชน์ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยอาการหนักได้มาก (ราว 1 ใน 3) จึงแปลกใจที่ทำไม่ทรัมป์ได้ยานี้ตั้งแต่วันที่สอง ที่เข้าโรงพยาบาล

นอกจากยา 3 ชนิดดังกล่าวแล้ว ทรัมป์ยังได้ยาต่างๆ ดังนี้

ยาขนานที่สี่ คือ สังกะสี มีฤทธิ์ช่วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรค คือ แบคทีเรียและไวรัส ปกติสังกะสีเป็นแร่ธาตุจำเป็นสำหรับร่างกาย มีจำหน่ายในฐานะผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยังไม่มีหลักฐานพิสูจน์ว่าสังกะสีช่วยรักษาโควิด-19 และ อย. สหรัฐฯ ได้ออกหนังสือเตือนถึงบางบริษัทที่อ้างสรรพคุณว่าสังกะสีช่วยลดความเสี่ยงจากโรคโควิด-19 ทรัมป์ได้รับสังกะสี น่าจะด้วยเหตุผลว่า “อาจมีประโยชน์” และไม่มีโทษภัยอะไร

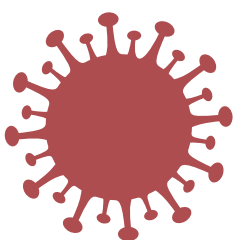
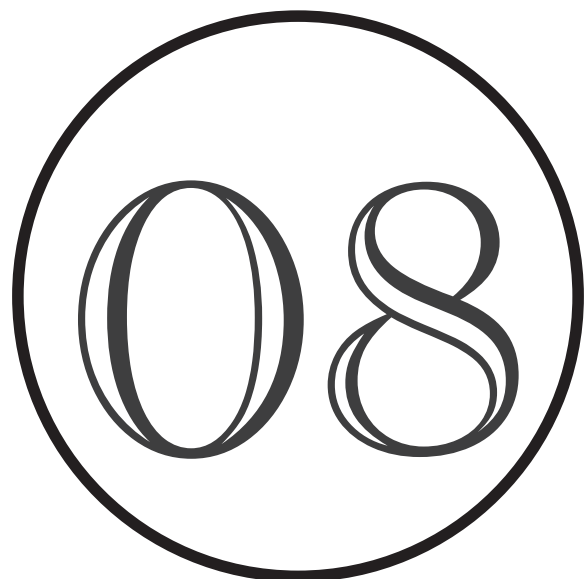
ยาขนานที่ห้า คือ วิตามินดี ซึ่งดีต่อกระดูก แต่ไม่มีหลักฐานว่าดีต่อโควิด-19 และ อย. สหรัฐฯ ก็ออกหนังสือเตือนบริษัทจำหน่ายเหมือนกรณีสังกะสี ทรัมป์ได้วิตามินดี น่าจะเพราะสูงอายุ

ยาขนานที่หก ยาลดกรดชื่อฟาโมทิดีน ซึ่งเป็นชื่อการค้า ชื่อสามัญคือ เปปซิด (Pepcid) มีการศึกษายานี้กับผู้ป่วยโควิด-19 ในนิวยอร์ก แต่ได้อาสาสมัครจำนวนไม่มากพอที่จะสรุปผลได้

ยาขนานที่เจ็ด เมลาโทนิน เป็นยาช่วยนอนหลับ มีนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ในอียิปต์ เชื่อว่ายานี้ช่วยลดการติดเชื้อไวรัสในคนอ้วนและเบาหวาน เพราะมีฤทธิ์แอนตี้ ออกซิแดนท์ ปรับภูมิคุ้มกัน และลดการอักเสบ ทรัมป์น่าจะได้อานี้เพราะอ้วน

ยาขนานที่แปด แอสไพริน ใช้ในคนไข้โรคหัวใจ เพราะป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยพบว่าโควิด-19 อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดในคนไข้บางราย ทรัมป์น่าจะได้อานี้เพราะมีโรคหัวใจอย่างอ่อนๆ และหวังผลป้องกันลิ่มเลือดด้วย

โดยสรุปแล้ว ทรัมป์ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทุกอย่างดีกว่าและเร็วกว่าคนอเมริกันทั่วไป โดยได้รับยาเกินกว่ามาตรฐานการรักษาทั่วไป คือ รีเจเนอรอน, เรมเดซิเวียร์ และ เด็กซาเมทาโซน นอกจากนี้ ยังได้รับยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่นที่ “อาจ” มีประโยชน์ต่อการรักษา ได้แก่ สังกะสี วิตามินดี ยาลดกรด เมลาโทนิน และ แอสไพริน



บทสรุป

สรรพสิ่งล้วนอนิจจัง เกิดขึ้น ดำรงอยู่ และสลายไป ความสุข-ทุกข์-ปัญหา ก็เป็นอนิจจัง โควิด-19 ก็เช่นกัน

โควิด-19 เป็นภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ เป็นโรคที่แพร่จากสัตว์สู่มนุษย์ เช่นเดียวกับบางโรคในมนุษย์ซึ่งแพร่สู่สัตว์ได้ เพราะมนุษย์และสัตว์ต่างก็อยู่ใน “อาณาจักร” (kingdom) เดียวกันคือ “อาณาจักรสัตว์” (animal kingdom)

โควิด-19 มิได้เกิดจากมนุษย์เบียดเบียนโลกหรือเบียดเบียนสัตว์ แต่เพราะมนุษย์กับสัตว์อยู่ร่วมโลกเดียวกัน แม้ธรรมชาติจะสร้าง “กำแพง” (Barrier) กั้นขวางมิให้โรคแพร่สู่กันโดยง่าย แต่บางครั้งเชื้อโรค ก็ข้าม “กำแพงธรรมชาติ” ไปได้ เชื้อไวรัสโคโรนา-2019 แพร่สู่มนุษย์ได้ เช่นเดียวกับเมื่อครั้งไข้หวัดใหญ่สเปน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดใหญ่ในโลกมนุษย์เมื่อร้อยปีเศษมาแล้ว

หลักฐานทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ทำให้นักวิทยาศาสตร์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องไวรัสจำนวนมาก ยืนยันตรงกันว่าเชื้อโรคนี้เกิดจากการกลายพันธุ์ตามธรรมชาติจนข้ามมาก่อโรคภัยในมนุษย์ แต่ก็มีนักสร้างข่าวลวงที่พยายามสร้างเรื่องราวจนน่าเชื่อว่าเชื้อโรคนี้เกิดจากการสร้างขึ้นโดยมนุษย์ คือนักวิทยาศาสตร์ชาวจีนในห้องแล็บทางไวรัสวิทยาที่อู่ฮั่น ข่าวลวงนี้สร้างโดยนักข่าวทางฝั่งสหรัฐฯ ทางฝั่งจีนก็มีข่าวลวงว่าเชื้อไวรัสนี้ “นำเข้า” จากการซ่อมรถทางทหารของฝ่ายสหรัฐฯ

การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ร้ายแรงอย่างโควิด-19 นับเป็นหนึ่งใน “โศกนาฏกรรมของมนุษยชาติ” ที่นับถึงวันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกไปแล้วถึง 1,813,389 คน ยังปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่ตามมาอีกมาก เศรษฐกิจจะชะงักงัน ผู้คนตกงาน คนยากจนจำนวนมากยิ่งอดอยากยากจน

แต่เหรียญ ย่อมมีสองด้านเสมอ

โควิด-19 ทำให้ธรรมชาติได้รับการเยียวยา จนท้องฟ้าเป็นสีฟ้า ผืนฟ้าเขียว 2.5 ลดลงทันตาเห็น ท้องทะเลสะอาดขึ้น ผืนป่าถูกมนุษย์รบกวนน้อยลง สัตว์ป่าจำนวนมากกลับมาปรากฏตัวให้เห็น ผู้คนเอื้ออาทรกันมากขึ้นด้วยการแบ่งปันอาหารและของใช้จำเป็นให้แก่กัน

ในแง่ของการควบคุมป้องกันโรค เมื่อใช้หวัดใหญ่สเปนระบาดในช่วงเวลา 2-3 ปี ประชากรโลกเวลานั้นมีราว 1,700 ล้านคน ล้มป่วยประมาณ 500 ล้านคน และล้มตายไปราว 50 ล้านคน

การระบาดของโควิด-19 นับจากวันที่ 8 ธันวาคม 2562 ที่พบคนไข้ที่ยืนยันได้ในเมืองอู่ฮั่นของจีน จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีการตรวจหาเชื้อเชิงรุกในประเทศและดินแดนต่างๆ ทั่วโลก รวมแล้วจาก 340 ประเทศ / ดินแดน / เกาะ พบผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทางห้องปฏิบัติการรวม 83,135,180 ราย ตายไป 1,813,389 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สร้างความตระหนกตกใจไปทั่วโลกตลอดช่วง 10-11 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้เพราะมีการออกข่าวอย่างต่อเนื่องทุกวัน วันละนับครั้งไม่ถ้วน ทั้งจากสื่อมวลชนกระแสหลักและสื่อสังคมออนไลน์มากมายหลายช่องทาง

แต่เมื่อเทียบกับใช้หวัดใหญ่สเปนแล้ว ตัวเลขก็ยังห่างไกลกันมาก ปัจจุบันประชากรโลกมีมากกว่า 7 พันล้านคน ตรวจพบการติดเชื้อที่ยืนยันแล้ว 83 ล้านคนเศษ คิดเป็นประมาณ 1.09% ของประชากรโลกเท่านั้น ขณะที่ใช้หวัดใหญ่สเปนทำให้คนล้มป่วยราว 500 ล้านคน หรือราว 29% ของประชากร โดยจำนวนผู้ติดเชื้อ น่าจะมากกว่า 2 เท่า ของจำนวนนั้น จึงเห็นได้ชัดเจนว่าความรู้ และความเจริญของโลกปัจจุบันทำให้สามารถควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดได้ดีกว่าแต่ก่อนมาก

ในยุคของใช้หวัดใหญ่สเปนเมื่อร้อยปีเศษมาแล้ว ผู้คนยังอยู่กันตามธรรมชาติมาก ความรู้เรื่องสาเหตุของโรคและการป้องกันโรครยังจำกัดมาก ไม่ต้องพูดถึงการเยียวยารักษาที่ยิ่งดูแลกัน “ตามมีตามเกิด” เป็นหลัก ทำให้อัตราการตายเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 10 ขณะที่โควิด-19 อัตราการติดเชื้อยังต่ำกว่าราว 30 เท่า และอัตราการตายก็ต่ำกว่าราว 7 เท่า เป็นหลักฐานชัดเจนว่าโลก “เจริญ” กว่าแต่ก่อนอย่างมาก

ความเจริญ ดังกล่าว เป็นทั้งความเจริญทางวิทยาการ และความเจริญทางมนุษยธรรม

โชคดีของมนุษย์ที่โรคนี้มีจุดตั้งต้นในจีนในยุคที่เจริญก้าวหน้ามากทั้งทางวิชาการและมีผู้นำที่มีคุณสมบัติของ “รัฐบุรุษ” (statesman) และ “มหาบุรุษ” (great man) ทำให้จีนสามารถค้นพบเชื้อโรคต้นเหตุได้ในเวลาที่รวดเร็วจากการพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562 สามารถแจ้งต่อชาวโลกได้ถึงเชื้อโรคต้นเหตุเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 ถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค และเปิดเผยต่อชาวโลกได้เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563

นับเป็นการมองการณ์ไกล เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติอย่างน่าชื่นชม เพราะถ้าจีนตกเป็นทาสของความคิดชาตินิยมหรือยึดถือผลประโยชน์ของประเทศเป็นหลัก ไม่เปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค วงวิชาการทั่วโลกจะต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง กว่าที่จะตั้งต้นการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนออกมา รวมทั้งที่สำคัญ คือ การพัฒนาชุดตรวจเชื้อ ออกมา

การเปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563 ทำให้วงวิชาการและวงการอุตสาหกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วโลก สามารถตั้งต้นการพัฒนาเครื่องมือยาและวัคซีนออกมาอย่างรวดเร็ว วัคซีนชนิดแรกสามารถผ่านการทดลองในห้องทดลองและสัตว์ทดลองสู่การวิจัยในคนได้ในเวลาหลังจากนั้นเพียง 52 วัน เท่านั้น

เป็นการทำลายสถิติการพัฒนาวัคซีนของโลก และเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 บริษัทไฟเซอร์ของสหรัฐฯ ก็ประกาศความสำเร็จของวัคซีนโดยผลจากการวิเคราะห์ระหว่างทาง (interim analysis) พบว่า วัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ถึงกว่า 90% ตามมาด้วยวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา และของบริษัท แอสตราเซนเนกา ซึ่งอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ขึ้นทะเบียนวัคซีนของไฟเซอร์ให้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน และเริ่มประเดิมฉีดให้แก่ผู้สูงอายุวัย 90 ปีเป็นคนแรก ตามมาด้วยสหรัฐฯ สหภาพยุโรป และประเทศอื่นๆ อีกหลายประเทศ

การพัฒนาวัคซีนอย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถป้องกันโรคเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถดำเนินการตามหลักการ “รู้เร็ว แก้ปัญหาทันที” และการ “ปิดล้อมโรค” (containment of disease) โดยการตรวจและติดตาม (testing and tracing or tracking) ได้อย่างตรงเป้า ทำให้ทั่วโลกยังพบการติดเชื้อราว 1% เฉพาะเท่านั้น ก่อนจะมีวัคซีนออกมาใช้ในเวลาไม่นานนัก

แน่นอนว่าโลกก็มีผู้นำที่หลากหลาย โชคร้ายที่สหรัฐฯ มีผู้นำมีจลาจลอย่างทรัมป์ ทำให้สหรัฐฯ กลายเป็นที่หนึ่งในโลกทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและการตาย และประชาชนอเมริกันก็ “หลงโศก” ผู้นำอย่างทรัมป์ ด้วยการออกมาใช้สิทธิ์เลือกตั้งอย่างมากมายเป็นประวัติการณ์ ทำให้ได้ผู้นำใหม่อย่าง โจ ไบเดน ซึ่งประกาศชัยชนะด้วยการที่จะกลับมาเป็นผู้นำประเทศ และผู้นำโลกที่ “มีเกียรติยศ” สร้างความสามัคคี และจัดการแก้ปัญหาโควิด-19 บนพื้นฐานความรู้และสติปัญญาอย่างแท้จริง

โควิด-19 ก็คงเหมือนอย่างไข้หวัดใหญ่สเปน เมื่อข้ามกำแพงธรรมชาติเข้ามาก่อโรคในมนุษย์ได้แล้ว ก็คงจะอยู่กับมนุษย์ไปอีกยาวนาน โดยอาจเป็นโรคตามฤดูกาล หรืออาจจะระบาดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่ย่อมไม่เกินกว่าสติและปัญญาของมนุษย์ที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้

ชัดเจนว่า โควิด-19 ไม่กลัวอำนาจ แต่กลัวความรู้ ความสุจริต ปัญญา และสติ สมดังพระราชนิพนธ์ของพระปิยมหาราชเจ้า พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ “ทรงแต่ง และเขียนพระราชทานในสมุดของ” พระอนุชา คือ กรมขุนพิทยลาภพฤฒิธาดา ต้นสกุลโสณกุล โดย “ทรงพระราชนิพนธ์เขียนเป็นตัวหมึกลงไปทีเดียว ไม่ได้ทรงร่างเสียก่อน”⁶¹ ว่า

ความรู้คู่เปรียบด้วย กำลัง ภายเฮย
สุจริต คือ เกราะบัง ศาสตร์พร้อม
ปัญญาประคองตั้ง อาวุธ
กมุขตติต่างโลปกป้อง อาจแกลวกกลางสนาม

