เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม:
ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย

ทวีศักดิ์ เผือกสม

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2550

250.-

ทวีศักดิ์ เผือกสม

เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย

1. การแพทย์ - ไทย - ประวัติ
2. สาธารณสุข - ไทย - ประวัติ

362.1

ISBN 978-974-03-2019-7

สพจ. 1159

สรรคุณค่าวิชาการ สู่สังคม

http://www.ChulaPress.com

ลิขสิทธิ์ของสำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 1,000 เล่ม พ.ศ. 2550

การผลิตและลอกเลียนหนังสือเล่มนี้ไม่ว่ารูปแบบใดทั้งสิ้นต้องได้รับ
อนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากสำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้จัดจำหน่าย **ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สาขา **ศาลาพระเกี้ยว** โทร. 0-2218-7000-3 โทรสาร 0-2255-4441
สยามสแควร์ โทร. 0-2218-9881 โทรสาร 0-2254-9495
ม.นเรศวร จ.พิษณุโลก โทร. 0-5526-0162-4 โทรสาร 0-5526-0165
ม.เทคโนโลยีสุรนารี จ.นครราชสีมา โทร. 0-4421-6131-4 โทรสาร 0-4421-6135
ม.บูรพา จ.ชลบุรี โทร. 0-3839-4855-9 โทรสาร 0-3839-3239
CALL CENTER โทร. 0-2255-4433 http://www.chulabook.com

เครือข่าย **ศูนย์หนังสือ ม.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย** โทร. 0-5391-7020-4 โทรสาร 0-5391-7025
ศูนย์หนังสือทะเลแก้ว ม.ราชภัฏพิบูลสงคราม จ.พิษณุโลก โทร. 0-5526-7010 โทรสาร 0-5521-6388
ศูนย์หนังสือ ม.วลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช โทร. 0-7567-3648-51 โทรสาร 0-7567-3652
ศูนย์หนังสือตรัง จ.ตรัง โทร. 0-7521-8115 โทรสาร 0-7521-8115
ร้านหนังสือบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) รามคำแหง 43/1 โทร. 0-2538-2573 โทรสาร 0-2539-7091

ร้านค้าติดต่อ **แผนกขายส่ง สยามสแควร์ ชั้น 14** โทร. 0-2218-9889-90 โทรสาร 0-2254-9495

กองบรรณาธิการ : ทิพวรรณ โหละสุต
ออกแบบรูปเล่ม : จิตพาชื่น มุสิกานนท์
ออกแบบปกโดย : ประชา สุวีรานนท์
พิมพ์ที่: บริษัทแอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด โทร. 0-2215-7220, 0-2215-7698 โทรสาร 0-2214-0038

คำนำ สกว.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งคือการสนับสนุนการวิจัยในลักษณะชุดโครงการ ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจเรื่องหนึ่งเรื่องใดทุกด้านพร้อมกัน โดยมีนักวิจัยหลายคนประกอบขึ้นเป็นคณะวิจัย และสามารถค้นคว้าในเรื่องหนึ่งเรื่องใดได้อย่างรอบด้าน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นอย่างเป็นระบบ ตลอดจนเกิดกระบวนการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์จากนักวิจัยรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง อันเป็นส่วนสำคัญของการสืบทอดองค์ความรู้และวัฒนธรรมการวิจัยในแต่ละท้องถิ่น

ชุดโครงการภูมิปัญญาทักษิณจากวรรรณกรรมและพฤติกรรม เป็นตัวอย่างที่ดีของการวิจัยในลักษณะชุดโครงการที่ดำเนินการวิจัยอย่างเป็นองค์รวมโดยเน้นพื้นที่ (area based) โดย สกว. ได้รับเกียรติจากเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ศ. สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน โดยมีโครงการวิจัยย่อยภายใต้ชุดจำนวน 7 เรื่อง ซึ่งรวมคณะนักวิจัยจากหลากหลายสถาบันร่วมกันสร้างคำอธิบายในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับภูมิปัญญา และวัฒนธรรมภาคใต้ ได้แก่

ภูมิปัญญาตาลโตนด : กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง
ภูมิปัญญาทักษิณจากวรรณกรรมท้องถิ่น
ภูมิปัญญาหมอง
การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม
ภูมิปัญญาโลหกรรมพื้นบ้าน
ความขัดแย้งระหว่างทุนและท้องถิ่น
ภูมิปัญญาการนำทางสู่เนื้อทางธรรมของท่านพุทธทาส

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีความยินดีอย่างยิ่งที่สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เล็งเห็นความสำคัญของผลงานวิจัยเรื่อง **"การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม"** ซึ่งมีอาจารย์ทวีศักดิ์ เผือกสม จากสำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นหัวหน้าโครงการ โดยได้ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีคุณค่าต่อสังคมไทย

ศ.ดร.ปิยะ บุญหลง
ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำเสนอ

มีคำอยู่คำหนึ่งที่อาจารย์ทวีศักดิ์ เผือกสมใช้ในหนังสือเล่มนี้คือ ร่างกายหรือเรือนร่างที่ "ไม่เชื่อง" โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายแก่คนที่อ่านหนังสือเล่มนี้ เพราะผู้อ่านก็สามารถรู้ได้ว่า "ไม่เชื่อง" ต่อรัฐ

อันที่จริงหนังสือเล่มนี้คือ "ประวัติศาสตร์การเถลิงอำนาจเหนือเรือนร่างของรัฐไทย" แต่หากตั้งชื่ออย่างนี้ก็อาจจะกว้างเกินไป เพราะรัฐได้พยายามสถาปนาอำนาจของตนเหนือเรือนร่างของประชากรในประเทศ ทั้งหมดหรือเป็นบางส่วนมานานแล้ว เช่น ห้ามการลักขโมย หรือห้ามกระทำฆาตกรรม คือห้ามใช้เรือนร่างไปทำอะไรที่รัฐห้ามไม่ให้ทำนั่นเอง แต่อำนาจรัฐที่จะเข้าไปแทรกแซงเรือนร่างได้แทบทุกขุมขน เกิดขึ้นจากคติของการสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับคติการเพิ่มผลผลิตทางเศรษฐกิจของชาติหรือคนในชาติ ความรู้ทางการแพทย์ที่เปลี่ยนมาสู่ทฤษฎี "เชื้อโรค" ยิ่งทำให้การขยายอำนาจของรัฐเหนือเรือนร่างของประชาชนมีความชอบธรรมมากขึ้น พูดอีกอย่างหนึ่งก็คือการแพทย์สมัยใหม่นั่นแหละ ที่ยิ่งเปิดโอกาสให้รัฐขยายอำนาจเหนือเรือนร่างของประชาชนได้มากขึ้นอย่างล้นเหลือ

ด้วยเหตุดังนั้น งานวิจัยของอาจารย์ทวีศักดิ์จึงเป็นเรื่องประวัติศาสตร์การแพทย์แผนใหม่ในสังคมไทย ซึ่งฟังแต่ชื่อแล้ว บางคนอาจนึกว่าเป็นเรื่องเก่าที่มีผู้ทำวิจัยและเขียนตีพิมพ์ขึ้นพอสมควรแล้ว แต่งานของอาจารย์ทวีศักดิ์ไม่เหมือนงานที่ผ่าน ๆ มาแล้วเลย

เพราะที่จริงแล้วอาจารย์ทวีศักดิ์ต้องการจะพูดถึงการเถลิงอำนาจเหนือเรือนร่างประชาชนของรัฐไทย แม้ว่าท่านจะให้ความสำคัญแก่ข้อมูลตามหลักฐานทางประวัติศาสตร์ โดยการค้นคว้าและตรวจสอบอย่างละเอียดก็ตาม ดังที่กล่าวแล้วว่าการแพทย์แผนใหม่เป็นกรณีศึกษาที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับการขยายอำนาจของรัฐดังกล่าว

เวลาเราพูดถึงอำนาจของรัฐ โดยไม่ได้ตั้งใจ เรามักนึกถึงอำนาจที่เป็นเนื้อเดียวกันเพียงหนึ่งเดียว แต่ที่จริงแล้วอำนาจรัฐมีความซับซ้อนและหลากหลายกว่านั้นมาก เช่นเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานเพื่ออำนาจนั้นย่อมมีหลายส่วน แต่ละส่วนก็ต้องการมีอำนาจเหนือส่วนอื่น และเหนือสิ่งที่รัฐอยากมีอำนาจ กระทำกันในนามของอำนาจรัฐเหมือน ๆ กัน งานค้นคว้าของอาจารย์ทวีศักดิ์จะพูดถึงมาตรฐานของ "การแพทย์สมัยใหม่" ซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐส่วนที่เป็นแพทย์ปริญญาต้องการรักษาให้สูงและรัดกุมไว้ ในขณะที่ผู้บริหารในส่วนอื่นกลับต้องการจะสร้างหลักสูตร

แพทย์ที่มีความสามารถทางเวชปฏิบัติ พอสมควรกับสภาพความเป็นจริงในเมืองไทย โดยได้รับการอบรมไม่สูงเท่ากับแพทย์ปริญญา กล่าวโดยสรุปก็คือ เมื่อรัฐได้อำนาจเหนือเรือนร่างของประชาชนเพิ่มมากขึ้นแล้วก็ยังมีปัญหาว่าจะแบ่งปันอำนาจที่ได้มาใหม่นี้อย่างไรระหว่างคนหลายๆ กลุ่มที่เป็นผู้ปฏิบัติอำนาจรัฐ

การขยายอำนาจรัฐเหนือเรือนร่างนำไปสู่แนวคิดเรื่องการสถาปนา "รัฐเวชกรรม" ซึ่งเป็นแนวคิดของเจ้าหน้าที่ในฝ่ายสาธารณสุข นั่นก็คือขยายหน่วยงานหรือแขนขาของรัฐให้ลงไปตรวจสอบและควบคุมเรือนร่างของคนไทย นับตั้งแต่อยู่ในกรุงเทพฯ ออกไปจนถึงชนบทห่างไกล และมาถึงจุดสุดยอดในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

คนที่คุ้นเคยกับความคิดของสำนักคิด "หลังสมัยใหม่" โดยเฉพาะมิทแซล ฟูโกลต์คง ไม่รู้สึกประหลาดใจกับงานชิ้นนี้นัก แต่อาจประทับใจกับงานค้นคว้าที่ให้ข้อมูลรายละเอียดที่ตรวจสอบมาอย่างดีมากกว่า

อย่างไรก็ตาม จะมีคำถามเกิดขึ้นในใจของผู้อ่านงานประเภทนี้ นั่นคือ "แล้วยังไง?" เหมือนการอ่านงานในสำนักคิด "หลังสมัยใหม่" ทั่วไป ในทัศนะของผู้เขียนคำนำ นี่เป็นคำถามที่ห้ามถาม เพราะจุดมุ่งหมายหลักของสำนักคิดนี้ไม่ต้องการจะสถาปนา "ความจริง" ใหม่ขึ้นแทนที่ "ความจริง" เก่า ต้องการเพียงการตรวจสอบทั้งข้อมูล, ข้อสรุป, ฐานคิด ของสิ่งที่เชื่อกันว่าเป็น"จริง" อย่างไม่ต้องสงสัยทั้งหลายเท่านั้น การสร้างความสงสัยแก่ข้อสรุปที่ถูกถือว่า"จริง"เหล่านั้น ช่วยปลดปล่อย ผู้คนจากอำนาจนานาชนิดที่ครอบงำตนเองอยู่โดยไม่รู้สึกตัว นี่เป็นคุณูปการของสำนักคิด "หลังสมัยใหม่"

ผู้อ่านควรถามตัวเองว่า งานของอาจารย์ทวีศักดิ์ได้ปลดปล่อยท่านจากอะไรบ้าง

นิธิ เอียวศรีวงศ์

กิตติกรรมประกาศ

ในช่วงเวลาเกือบ 3 ปีตั้งแต่เริ่มมีความคิดที่จะทำวิจัยเรื่องนี้ ผู้เขียนได้รับความช่วยเหลือจากผู้คนจำนวนมาก จึงขอใช้พื้นที่พิเศษส่วนนี้สำหรับการแสดงความรู้สึกขอบพระคุณต่อความเอื้อเฟื้อเหล่านั้น.

คนแรก คือ ชนิตา พรหมพยัคฆ์ เผือกสม ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ในการค้นเอกสารในหอจดหมายเหตุแห่งชาติ, ผู้อ่าน-วิจารณ์-ขัดเกลาต้นฉบับ, รวมทั้งเป็นแม่ของลูกสาวที่ผู้เขียนรู้สึกว่าแย่งเวลาที่ควรจะให้กับเธอมานั่งทำงานชิ้นนี้.

ขอขอบคุณบรรดาผองเพื่อน (กมลทิพย์ จ่างกระมล, จีระพล เกตุจุมพล, ณัฐพล ใจจริง, สุวดี โภชนพันธุ์, สะรอนี ดือเระ, สุวิทย์ มาประสงค์, พรไทย สิริสาธิตกิจ และ ฯลฯ) ที่คอยช่วยเหลือมากมายนานัปการในการเก็บข้อมูล, เอื้อเฟื้อให้หยิบยืมเอกสาร, แลกเปลี่ยนความเห็น อดทนฟังความคิดเห็นที่น่าเบื่อหน่ายและที่ไม่เสร็จสิ้นเสียที และกระทั่งให้เวลาดื่มกินกับผู้เขียนเสมอในยามที่ต้องเจอกับการไปเยือนโดยไม่คาดหมาย.

ขอขอบพระคุณอาจารย์ฉลอง สุนทราวาณิชย์ และอาจารย์สุวิมล รุ่งเจริญ สำหรับความเอื้อเฟื้อทุกประการ โดยเฉพาะงานวิจัยเกี่ยวกับสถานะของประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสังคมไทยของอาจารย์ได้ให้แรงบันดาลใจอย่างมากแก่งานชิ้นนี้, ขอบพระคุณอาจารย์ธเนศ วงศ์ยานนาวา สำหรับความช่วยเหลือทุกประการ, ขอขอบพระคุณอาจารย์ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ สำหรับ ฯลฯ ขอบพระคุณอาจารย์ ย.ธรรมดา สำหรับความเอื้อเฟื้อข้อมูล, ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์สุธิวงศ์ พงศ์ไพบูลย์ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก และทำให้งานวิจัยชิ้นนี้ (ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนในระยะแรกจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์) สามารถดำเนินต่อไปได้ และสุดท้ายขอขอบพระคุณพิเชฐ แสงทอง ผู้ช่วยวิจัยภาคสนามที่ความช่วยเหลือของเขาทำให้งานเก็บข้อมูลภาคสนามในโรงพยาบาลสามารถทำเป็นเรื่องเป็นราวขึ้นมาได้ และในการร่วมกันเขียนบทสุดท้าย.

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอจดหมายเหตุแห่งชาติ โดยเฉพาะคุณกรวิภา ก้อนสินธุ์, คุณกนกลักษณ์ รัตรสาร บรรณารักษ์ห้องสมุดคณะแพทยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คุณวิกัลย์ พงศ์พนิตานนท์ แห่งหอจดหมายเหตุศิริราช, บรรณารักษ์หอสมุดคณะแพทยศิริราช, ตลอดรวมไปจนถึงเจ้าหน้าที่หอสมุดคนอื่นๆ อีกจำนวนมากที่หอสมุดกลางของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการค้นเอกสารเสมอมา.

สารบัญ

คำนำ สกว.		(7)
คำนำเสนอ ศ.ดร.นิธิ เอียวศรีวงศ์		(8)
กิตติกรรมประกาศ		(10)
บทนำ		1
บทที่ 1	กำเนิด "เชื้อโรค": ความรู้ทางการแพทย์ "ก่อนสมัยใหม่" ของตะวันตกในสังคมไทย	19
	- มิชชันนารีกับการแพทย์ของตะวันตกในสยาม	19
	- กำเนิดของคำว่า "เชื้อโรค"	25
	- ทฤษฎี "อายพิศม์" กับกำเนิดการสาธารณสุขในสังคมไทย	34
บทที่ 2	"สรรพเยียมไมโครีบ": ว่าด้วยเชื้อโรค หนูและยุงในประวัติศาสตร์สังคมไทย	63
	- การค้นพบเชื้อโรคกับการเปลี่ยนแปลงของความรู้การแพทย์ในตะวันตก	63
	- การปรากฏตัวของเชื้อโรค และ "คอเวินแมนต์ซีรำแลบโบแรตโตรี"	69
	- การปรากฏตัวของหนูและการโจมตีกรุงเทพฯ ของเชื้อกาฬโรค	83
	- โฉมหน้าของยุงในประวัติศาสตร์ไทย	101
บทที่ 3	เรือนร่างที่ถูกทำให้เชื่องแล้ว: พลเมือง, สถาบันความรู้, รัฐเวชกรรม และโครงการร่างกาย	133
	- "ไวตัลสเตติสติ๊ก": การเพิ่มพลเมืองกับการสร้างรัฐสมัยใหม่	134
	- สถาบันความรู้การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย	144

- รัฐเวชกรรม: นโยบายสาธารณสุขหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 171
- เรือนร่างของพลเมืองในฐานะพลังการผลิตและนโยบายเพิ่มพลเมือง 176

บทที่ 4 รัฐเวชกรรม: จากโรงพยาบาลสู่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน 229
- ความเอื้อเฟื้อในโรงพยาบาล 229
- รัฐเวชกรรมและเมืองโรงพยาบาล: พื้นที่ในจินตนาการและการขยายตัวของโรงพยาบาลสังคมไทย 234
- โครงการสาธารณสุขมูลฐาน: การอวตารของรัฐเวชกรรม 247

บทที่ 5 ท่องไปในแดนเนรมิตร: บางแง่มุมจากกรณีศึกษาโรงพยาบาลในภาคใต้ 267
- ความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาล 267
- การใช้พื้นที่ในโรงพยาบาล 270
- แพทย์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างคนอ่านกับตัวบท 276
- เทคโนโลยีกับความปรานี 283
- "ไม่เชื่ออย่าลบหลู่" 286

บทสรุป 293
บรรณานุกรม 297

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาในเรื่องการให้บริการและการได้รับบริการในโรงพยาบาลได้กลายเป็นใจกลางปัญหาสำคัญของการศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขของสังคมไทย โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการบริการในโรงพยาบาล ซึ่งรวมตั้งแต่ความทุกข์ยากของผู้ป่วยที่มารับบริการ, การขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์ในสังคมไทย, การขาดความรู้ความเข้าใจของสังคมไทยเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่จนทำให้เกิดความขัดแย้งกับการทำงานของแพทย์, ตลอดไปจนถึงความเหลื่อมล้ำในระบบความสัมพันธ์ทางอำนาจอันทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลไม่เท่าเทียมกัน.[1] โดยสรุป งานวิจัยเหล่านี้พิจารณาถึงการไม่ทำงานของกลไกระบบสาธารณสุข ซึ่งมีสาเหตุหลักจากปัญหาในเชิงจริยธรรมของปัจเจกบุคคลที่อยู่ในระบบ และปัญหาวัฒนธรรมการเมืองของระบบความสัมพันธ์ทางอำนาจที่กลายเป็นตัวขัดขวางสิทธิเสรีภาพของพลเมือง. งานวิจัยเหล่านี้คอยทำหน้าที่กระตุกเตือนความสำนึกทางจริยธรรมและมนุษยธรรมขึ้นมาอย่างแหลมคม จนทำให้ประเด็นทางมนุษยธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับกระบวนการทำงานของระบบสาธารณสุขได้รับความสนใจในวงกว้างของสังคมไทย.[2]

อย่างไรก็ตาม ในด้านหนึ่งงานวิจัยบางชิ้นเป็นอะไรที่ไม่ไกลไปกว่ารายงานข่าวของหนังสือพิมพ์รายวัน ประกอบความคิดเห็นของผู้ชำนาญเฉพาะด้านที่แทรกตัวมาคอยอธิบายและให้ "แสงสว่าง" แห่งความจริงในประเด็นความรู้อันสลับซับซ้อนทางการแพทย์แก่สังคมเป็นระยะ. ในบางกรณี "แสงสว่าง" ที่ให้มาก็ไม่ได้ตอบคำถามต่อปัญหาทางจริยธรรมที่สังคมมีต่อระบบบริการของแพทย์ แต่ยิ่งทำให้สถานะของงานวิจัยถูกตั้งคำถามได้ในเรื่องอคติและลำเอียงที่จะให้ความชอบธรรมแก่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มากยิ่งขึ้นด้วยประเด็นปัญหาเชิงเทคนิคล้ำลึกอันดูเหมือนว่าคนทั่วไปไม่มีทางเข้าถึงได้เลย. การไม่มีการตั้งประเด็นคำถามต่อสถานภาพของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในระดับญาณวิทยาได้ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสถานะของงานวิจัยเหล่านี้ และงานวิจัยชิ้นอื่นๆ อีกจำนวนมากที่เป็นงานทางด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์ในวงวิชาการไทย ที่มีแนวโน้มจะตั้งคำถามต่อการแพทย์พื้นบ้านและความรู้การแพทย์แบบ

จารีตของสังคมไทย โดยไม่เคยตั้งคำถามกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เลย. ทัศนคติดังกล่าวอาจแสดงโดยรวบรัดในงานวิจัยเรื่อง "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย" ของณัฐ ภมรประวัติ ที่ว่า

> *"เราต้องมองเรื่องการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นกลางและจากข้อเท็จจริง ในสถานการณ์ปัจจุบันหรือที่อาจคาดคะเนได้ในอนาคต โดยไม่ใช้ความปรารถนาที่จะอนุรักษ์เรื่องการแพทย์ของไทยมาสับสนกับเรื่องของการใช้ประโยชน์...กลุ่มบุคคลกลุ่มแรกที่จะใช้การแพทย์แผนไทย คือคนที่เชื่อในสิ่งที่เป็นวัฒนธรรมไทย มีความพอใจและศรัทธาที่จะใช้สิ่งที่เป็นมรดกวัฒนธรรมไทยตั้งแต่โบราณและไม่ไว้ใจสิ่ง 'ทันสมัย' ต่างๆ บางคนอาจใช้วิธีการทางวัฒนธรรมไทยเป็นพฤติกรรมที่ต่อต้านหรือทวนกระแสโลกาภิวัตน์อีกด้วย กลุ่มที่สอง คือกลุ่มซึ่งไม่สามารถที่จะเข้าถึงระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้ เพราะยากจน ไม่มีความรู้และอยู่ห่างไกล กลุ่มบุคคลอีกประเภท คือกลุ่มบุคคลที่กำลังเผชิญกับโรคร้ายที่แพทย์แผนตะวันตกบอกว่ารักษาไม่ได้... ความพยายามที่จะจรรโลงการแพทย์แผนไทยคู่ขนานไปกับการแพทย์แผนตะวันตกหรือแผนปัจจุบันซึ่งเป็นนโยบายมุ่งใช้ประโยชน์การแพทย์แผนไทยในระบบสาธารณสุขของประเทศที่นอกเหนือจากนโยบายการอนุรักษ์การแพทย์แผนไทยนั้นอาจกระทำได้ด้วยความลำบาก และอาจไม่ได้ผลคุ้มค่ากับการลงทุน".*[3]

การไม่ตั้งคำถามต่อความรู้และความเป็นสถาบันของการแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องแสดงถึงฐานที่มั่นทางความคิดหรือญาณวิทยาแบบประจักษ์นิยมของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งส่งผลอย่างสำคัญต่อการวิเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการทำงานทั้งหมดของระบบสาธารณสุขในสังคมไทย เพราะการไม่ตั้งคำถามต่อความรู้และความเป็นสถาบันของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ความเข้าใจในเรื่องระบบสาธารณสุขของสังคมไทยหายไปอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ดังที่มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งพยายามแสดงให้เห็นว่า สังคมไทยไม่ได้พึ่งพาระบบการแพทย์สมัยใหม่ทั้งหมดในการดูแลรักษาสุขภาพของตัวเอง,[4] หรืองานศึกษาค้นคว้าจำนวนหนึ่ง

เกี่ยวกับการแพทย์ไทยก็พยายามเน้นในเรื่อง "การพึ่งตนเอง".[5]

อย่างไรก็ตาม การค้นคว้าวิจัยกระแสหลักเกี่ยวกับเรื่องการแพทย์ไทยและพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ในเมืองไทยดังที่ปรากฏอยู่ทั่วไปก็คือ ด้านหนึ่งมองการแพทย์ไทยทั้งระบบว่าล้าหลัง ขาดระบบในการเรียนรู้ไม่มีประสิทธิภาพ (สาเหตุที่ดำรงการแพทย์แผนไทยอยู่ได้ในปัจจุบันก็เพราะมายาคติของพวกชาตินิยมไทยที่ฝืนกระแสโลกาภิวัตน์, ไม่มีปัญญาเข้าถึงโอกาสขอรับบริการจากรัฐ, หรือไม่ก็หมดหนทางรักษาด้วยวิธีการสมัยใหม่ของตะวันตก) โดยที่แนวโน้มหลักทั่วไปก็คือการหันกลับไปหาการแพทย์แผนไทยเพื่อค้นหาตัวยาที่มีอยู่ในสมุนไพรและนำมาพัฒนาใช้ให้เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่.[6] ในอีกด้านหนึ่งก็มองการแพทย์ตะวันตกทั้งหมดเท่ากับการแพทย์สมัยใหม่ เหมือนหนึ่งว่าสามารถเป็นตัวแทนกันได้.

ประเด็นที่ดูเหมือนจะไม่ค่อยได้รับความสนใจมากทั้งที่จะมีผลต่อความเข้าใจถึงการสถาปนาระบบการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกในสังคมไทย ก็คือ ประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ในตะวันตกเอง. ความไม่สนใจที่ว่านี้ทำให้ความเป็น "การแพทย์แบบตะวันตก" กับ "การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก" ถูกมองว่าเป็นสิ่งเดียวกัน ดังที่อาจจะถือเป็นจารีตของงานนิพนธ์ประวัติศาสตร์ไทยจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวกับการแพทย์แบบจารีตและการเปลี่ยนแปลงไปสู่การแพทย์สมัยใหม่ซึ่งมักจะเรียก "การแพทย์แผนตะวันตก" แบบรวมๆ กันไปทั้งการแพทย์ในตะวันตกก่อนการเปลี่ยนแปลงและหลังการเปลี่ยนแปลงในช่วงปลายศตวรรษที่ 19[7] และมักจะเริ่มพิจารณาตั้งแต่การเข้ามาเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ของมิชชั่นนารีในช่วงต้นรัตนโกสินทร์เป็นจุดเริ่มต้น (วิทยานิพนธ์บางเรื่องยังมองย้อนกลับไปถึงสมัยอยุธยา)[8] โดยที่ไม่ทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางญาณวิทยาของการแพทย์ตะวันตกในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ที่นำไปสู่ความก้าวหน้าของวิวัฒนาการความรู้ทางการแพทย์ครั้งสำคัญ โดยเฉพาะการค้นพบเชื้อแบคทีเรียของหลุยส์ ปาสเตอร์และการค้นพบเชื้อวัณโรคของโรเบิร์ต ค็อคที่แพทย์บางคนมองว่า "เป็นปรากฏการณ์*สำคัญที่สุด*ปรากฏการณ์หนึ่งของวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเป็นการค้นพบที่ได้เปลี่ยนโฉมหน้าวงการแพทย์ในช่วงต่อมา".[9]

ในอีกด้านหนึ่ง การมองแต่เพียงการเปลี่ยนแปลงในทางเทคนิคอย่างเดียวโดยไม่เห็นเงื่อนไขรายล้อมของการเปลี่ยนแปลงก็ไม่ได้ทำให้เข้าใจถึงเนื้อหาของการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับสังคมขึ้นมาได้ กล่าวคือเห็นเพียงคำอธิบายเชิงประโยชน์ของการค้นพบที่มุ่งจัดการกับเชื้อโรคเพื่อฟื้นฟูภาวะสุขภาพ และนำไปสู่พัฒนาการทางการแพทย์แบบแยกส่วนที่มุ่งให้เกิดความชำนาญเฉพาะด้านและมุ่งที่จะควบคุมป้องกันการเกิดและการแพร่ขยายของเชื้อโรค.[10] การมองการแพทย์ตะวันตกโดยปราศจากประวัติศาสตร์ คือบริบททางสังคมและเงื่อนไขของเวลา จนเหลือเพียงแค่ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการการแพทย์ตะวันตก ทำให้ไม่เข้าใจถึงประเด็นอันเป็นเนื้อหาของการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความรู้และการสถาปนาความรู้การแพทย์สมัยใหม่ให้เป็นเครื่องมือสำคัญของการสร้างรัฐสมัยใหม่ทั้งในตะวันตกเองและในรัฐไทยในช่วงเวลาเดียวกัน. ในการเขียนประวัติศาสตร์ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการแพทย์ของตะวันตกเองก็ไม่ได้มีมติเกี่ยวกับจุดเปลี่ยนของความรู้ทางการแพทย์ที่ทำให้เปลี่ยนแปลงจากการแพทย์แบบจารีตไปสู่การแพทย์สมัยใหม่อยู่เพียงมติเดียว กล่าวคือ บางคนเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสำคัญอยู่ที่การใช้ความรู้ทางกายวิภาคมาอธิบายให้สัมพันธ์กับการเกิดโรค บางคนเห็นว่าอยู่ที่การเปลี่ยนญาณวิทยาการแพทย์ไปสู่การใช้วิธีการเชิงประจักษ์ ที่ต้องทดสอบทดลองซ้ำแล้วซ้ำเล่า บางคนเห็นว่าอยู่ที่การค้นพบเชื้อแบคทีเรียของหลุยส์ ปาสเตอร์ และการค้นพบความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อโรคกับการเกิดวัณโรคของโรเบิร์ต ค็อค.[11]

นอกเหนือจากพัฒนาการทางความรู้ที่ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญจนนำไปสู่การเกิดการแพทย์สมัยใหม่ที่ให้ความสำคัญกับการสังเกต การทดลอง และมุ่งต่อสู้กับตัวเชื้อโรคเป็นหลักแล้ว ความสนใจหลักในประวัติศาสตร์การแพทย์ที่เอื้อต่อการเข้าใจสภาพปัญหาของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นควรมุ่งเน้นไปที่เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมปกครองของรัฐกับการจัดการระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาเรื่องโรคระบาดในช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ซึ่งได้กลายเป็นปัญหาหลักสำคัญที่นำการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปสถาปนาที่มั่นในฐานะกลไกสำคัญของรัฐในการจัดการการปกครองอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน อาทิ ทำให้ปัญหาการจัดตั้งให้มีแพทย์ตามหัวเมืองถูกหยิบยกขึ้นพิจารณาอย่างจริงจัง รวมถึงการคิดหาทางเก็บสถิติเกี่ยวกับสุขภาพของพลเมือง การเกิด และการตาย (ที่จะต้องระบุถึงโรคที่ผู้ตายเคยเป็น การดำเนินชีวิต

และสาเหตุที่ทำให้ตาย ซึ่งรวมๆ แล้วก็คือการสร้างทะเบียนประวัติพยาธิสภาพของพลเมือง). นอกจากนี้ปัญหาเรื่องโรคระบาดยังทำให้เกิดเงื่อนไขทำให้การแพทย์ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นกับอำนาจรัฐ เนื่องจากรัฐต้องการที่จะควบคุมสอดส่องดูแลและรักษาสุขภาพพลามัยของพลเมืองให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีอรรถประโยชน์ในฐานะพลังการผลิต. หม่อมเจ้าสกลวรรณวรรณกร (อธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2469-2474) ได้สรุปไว้อย่างตรงไปตรงมาว่า "แรงกระตุ้นอย่างแรกสุดของการสาธารณสุขก็คือ ความปรารถนาที่จะต่อสู้กับโรคระบาด... [เพราะการสาธารณสุข คือ]วิธีการที่ทรงประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างความมั่งคั่งให้แก่ชาติ."[12] หรือหากพูดในภาษาของฟูโก้ก็คือ "การแพทย์ได้กลายเป็นภารกิจหลักอันหนึ่งของชาติ."[13]

กล่าวคือ ขณะที่รัฐแบบจารีตมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การนำพาประชาชนพลเมืองไปสู่การพ้นทุกข์ (บรรลุธรรม) และมีเป้าหมายอยู่ที่โลกหน้า กษัตริย์แบบจารีตจึงมีหน้าที่เป็นผู้ที่จะนำพาราษฎรไปสู่การหลุดพ้น แต่รัฐสมัยใหม่ที่มีชีวิตในโลกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญ กษัตริย์จึงมีหน้าที่พัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าสะดวกสบายสุขสงบโดยมุ่งหวังชีวิตในโลกนี้. การเกิดรัฐสมัยใหม่ที่รวมศูนย์นั้นนอกจากกษัตริย์จะกลายสภาพจากอธิราชที่มีอำนาจเหนือเจ้าผู้ครองแว่นแคว้นต่างๆ เพียงหลวมๆ เป็นองค์อธิปัตย์ผู้มีอำนาจเด็ดขาดเกือบจะสมบูรณ์เหนือพื้นที่ในพระราชอาณาเขตจนท้าทายได้ยากแล้ว กษัตริย์ยังเป็นผู้ที่จะต้องทำหน้าที่บริหารปกครองและนำพาประเทศไปสู่ความรุ่งเรืองก้าวหน้าปลอดพ้นภยันตราย ส่วนผู้คนก็ไม่ได้เป็นเพียงอาณาราษฎรที่เข้ามาพึ่งบุญบารมี แต่คือประชาชนพลเมืองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลไกที่มีหน้าที่ในการนำพาประเทศไปสู่ความก้าวหน้า. การเป็นผู้ปกครองจึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่กลุ่มของเจ้าผู้ปกครองหรือผู้อยู่ในตำแหน่งองค์อธิปัตย์ เพราะความสามารถในการธำรงรักษารัฐในฐานะที่เป็นสมบัติส่วนตัวขององค์อธิราชเอาไว้ได้กับความสามารถและศิลปะในการปกครองรัฐสมัยใหม่นั้นย่อมมีความแตกต่างกัน. เนื่องจากการปกครองนั้นกินขอบเขตไปได้ตั้งแต่การปกครองครอบครัว เด็ก โรงเรียน จังหวัด จิตวิญญาณ ไปจนถึงการปกครองนิกายศาสนา. ดังนั้นการเป็นผู้ปกครองจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะองค์อธิปัตย์ แต่เป็นได้ตั้งแต่องค์กษัตริย์ จักรพรรดิ เจ้านาย ผู้ว่า นายอำเภอ ผู้พิพากษา จนถึงพ่อบ้านแม่เรือน. ในยุโรปช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 16 ผู้ที่ปรารถนาจะปกครองรัฐได้ดีนั้นแรกสุดจะต้องเรียนรู้ที่จะปกครองตนเอง ทรัพย์สมบัติและ

มรดกของตนให้ได้ดีเสียก่อนว่าจะจัดการเรื่องต่างๆ และนำความมั่งคั่งมาสู่ครอบครัวของตนได้อย่างไร (คือความหมายเดิมของ economy) จึงจะประสบผลสำเร็จได้ในการปกครองรัฐ. ในทางกลับกัน หากการปกครองรัฐของผู้ปกครองเป็นไปได้ด้วยดี หัวหน้าครอบครัวก็จะเรียนรู้ว่าจะดูแลครอบครัว ทรัพย์สมบัติ และมรดกของตนให้ดีได้อย่างไร. ศิลปะในการปกครองจึงเกี่ยวกับการนำเอาวิธีจัดการเศรษฐกิจไปใช้ในแนวปฏิบัติทางการเมือง โดยนำเอารูปแบบการจัดการในครัวเรือนมาใช้เป็นแม่แบบสำหรับการจัดการกับเศรษฐกิจในระดับรัฐเหมือนหัวหน้าครอบครัวที่ดีรู้ว่าจะดูแลทรัพย์สมบัติและผู้คนในครอบครัวของตนอย่างไร.[14]

อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของจำนวนประชากรในคริสต์ศตวรรษที่ 18 กับการขยายตัวของการผลิตทางเกษตรกรรม ทำให้ศิลปะแห่งการปกครองได้เปลี่ยนแปลงจากการยึดครอบครัวเป็นแม่แบบมาสู่ความคิดบนฐานของประชากร เนื่องจากการขยายตัวอย่างมากของจำนวนประชากรทำให้ความคิดในเรื่องการปกครองภายใต้กรอบของครอบครัวไม่เพียงพอ. ดังนั้นเพื่อที่จะจัดการและควบคุมประชากร รัฐจึงนำเครื่องมืออันใหม่ คือ สถิติ (statistics หรือ "ศาสตร์แห่งรัฐ/science of the state") มารับใช้เพื่อที่จะเข้าใจสภาวะที่แท้จริงของประชากร. ส่วนครอบครัวที่เคยถูกใช้เป็นแบบ/หน่วยในการปกครองจึงถูกลดทอนลงเหลือเพียงการเป็นส่วนหนึ่งของประชากร และกลายเป็นเพียงแค่เครื่องมือของรัฐในการเข้าถึงสภาวะของประชากร เนื่องจากการเก็บข้อมูลประชากรต้องทำผ่านครอบครัวเป็นหลัก. ประชากรจึงกลายเป็นเป้าหมายสูงสุดของการปกครอง กล่าวคือวิธีการและหนทางต่างๆ ของรัฐไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวนั้น ทั้งหมดล้วนแต่เป็นไปเพื่อเป้าหมายสุดท้ายอยู่ที่ความผาสุก ความมั่งคั่ง สภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการมีชีวิตที่ยืนยาวแข็งแรงของประชากร ซึ่งจะพัฒนารัฐ/ประเทศได้ต่อไป.[15]

กล่าวได้ว่า ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องของอรรถประโยชน์ในเชิงการผลิตของร่างกาย เพราะการเป็นพลังในการผลิตนั่นเองทำให้ร่างกายถูกครอบคลุมอยู่ด้วยความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการครอบงำ และตามความเห็นของผู้ปกครองแล้วความเป็นพลังการผลิตของร่างกายนั้นจะเป็นไปได้ (คือจะถูกนำไปใช้ได้) ก็ต่อเมื่อมันต้องถูกทำให้เชื่องลงเสียก่อนด้วยระบบการควบคุม (system of subjection). ดังนั้นร่างกายจะกลายเป็นพลังที่มีอรรถประโยชน์ขึ้นมาได้

ก็ต่อเมื่อร่างกายนั้นทั้งเป็นร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการผลิตและเป็นร่างกายที่สยบระยอบต่ออำนาจ หรือการที่ร่างกายจะต้องถูกทำให้เชื่องลงเสียก่อนนั่นเอง.[16] เพราะเรือนร่างที่ถูกทำให้เชื่องลงแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นเรือนร่างที่ถูกสยบ, ใช้งาน, เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงขัดเกลาได้ตามความปรารถนา.[17]

เครื่องมือสำคัญของการที่จะควบคุมปกครองเรือนร่างของประชากรจำนวนมากของรัฐก็คือเทคนิคในการสร้างวินัย ซึ่งถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและซับซ้อนอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อนซึ่งเริ่มตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา โดยมีเป้าหมายสูงสุดอยู่ที่การทำให้ร่างกายของพลเมืองสยบระยอบต่ออำนาจ พร้อมๆ กับที่ทำให้ร่างกายเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิตให้มากสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (relation of docility-utility).[18] แม้ว่าก่อนหน้านี้ วินัยจะถูกใช้อยู่บ้าง อาทิ วินัยในการควบคุมตัวเองของพวกพระ แต่วินัยของพระมีเป้าหมายต่างกันอย่างมากกับวินัยในความหมายทางเศรษฐศาสตร์การเมืองที่กำลังกล่าวถึง. กล่าวคือ แทนที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต วินัยของพระกลับมีเป้าหมายเพื่อลดละความต้องการทางโลกย์; นอกจากนี้ขณะที่เป้าหมายของวินัยในฐานะเทคนิคทางอำนาจสมัยใหม่นั้นมุ่งเพื่อให้ร่างกายของพลเมืองสยบระยอบต่ออำนาจ, วินัยในการควบคุมร่างกายของพระนั้นคือเทคนิคเพื่อให้พระมีอำนาจเหนือร่างกายตัวเอง หรือเพื่อสร้างความเป็นนาย (เหนือร่างกายของตน) ซึ่งโดยนัยก็เพื่อสร้างอำนาจที่เหนือกว่ามนุษย์ปุถุชนในทางศีลธรรม/จริยธรรมของพระ. ความสัมพันธ์ระหว่างความมีประโยชน์กับการถูกทำให้สยบยอบต่ออำนาจ ทำให้รัฐสมัยใหม่สร้างเทคนิคทางวินัยในการกดบังคับเรือนร่างของพลเมืองให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของรัฐสมัยใหม่ คือ วินัยในการเพิ่มพลังการผลิตของร่างกายตามความหมายของประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และวินัยในการลดพลังอีกด้านหนึ่งของร่างกายเพื่อให้สยบระยอบและเชื่องในทางการเมือง. กล่าวโดยสรุป เทคนิคในการสร้างวินัยคือการดึงแยกเอาอำนาจออกมาจากร่างกาย เพื่อสถาปนาความสัมพันธ์ชุดใหม่ที่ทั้งเพิ่มพลังการผลิตและเพิ่มการครอบงำเหนือเรือนร่างของพลเมืองนั่นเอง.[19]

ในบริบทของประเทศที่เคยตกเป็นอาณานิคม การแพทย์มักถูกระบุว่าเป็นพื้นที่ของการปะทะและเป็นเครื่องมือทางอำนาจของจักรวรรดินิยม[20] ดังนั้นเพื่อท้าทายต่อการกำหนด

เค้าโครงประวัติศาสตร์การแพทย์ภายใต้ความเป็นมหานิยามของความก้าวหน้าและเหตุผล นักประวัติศาสตร์ฟิลิปปินส์บางคนจึงพยายามแสดงให้เห็นว่า ความรุ่งเรืองและความสำเร็จของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการพิชิตการระบาดของโรคอหิวาต์ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 นั้น ไม่ได้เป็นเพียงแค่ "ชัยชนะแห่งความเป็นเหตุผลและวิทยาศาสตร์ที่มีต่อความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติและความดันทุรังของชาวฟิลิปปินส์" แต่ยังเป็นเครื่องมือของการปราบปรามอาณานิคม ให้หมอบราบคาบแก้ว[21] โดยการให้ชนชั้นนำตามเมืองต่างๆ เข้ามาร่วมมือกับสหรัฐฯ ในการต่อต้านโรคระบาด การแพทย์ก็ช่วยสลายกลุ่มกำลังที่ต่อต้านให้กลายเป็นส่วนประกอบสำคัญในการจัดตั้งรัฐอาณานิคมของสหรัฐฯ ในฟิลิปปินส์.[22] ในทำนองเดียวกันนั้น การแพทย์ก็เป็นเครื่องสำคัญที่ไม่น้อยกว่ากันในการยึดครองรัฐแบบจารีตที่เคยผูกพันธ์กันอยู่อย่างหลวมๆ ให้กลายเป็นรัฐไทยที่มีอาณาเขตดินแดนและอำนาจอธิปไตยเหนือเขตแดนเหล่านั้นโดยสมบูรณ์ตามคติของรัฐสมัยใหม่.[23] โดยสรุป การแพทย์เป็นกลไกสำคัญช่วยให้การก่อรูปรัฐไทยสมัยใหม่ โดยที่สามารถกล่าวได้ว่าทั้งญาณวิทยาและระบอบการแพทย์สมัยใหม่ได้มีส่วนสำคัญในการทำให้ความคิดในเรื่องประชากรปรากฏชัดขึ้นมาในจินตภาพและยังเป็นเครื่องมือทำให้ประชากรกลายเป็นพลังการผลิตสำคัญในการสร้างชาติ.

อย่างไรก็ดี แม้ว่างานวิจัยด้านประวัติศาสตร์การแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทยนั้นจะมีอยู่เป็นจำนวนมาก, แต่กล่าวได้ว่า งานเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นเพียงการขยายภาพให้เห็นว่า การนำเข้าการแพทย์แบบตะวันตกของมิชชั่นนารีในยุคต้นรัตนโกสินทร์ได้มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างไรบ้างต่อพัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ในสยาม. งานวิจัยเหล่านี้ได้แสดงข้อมูลอย่างแน่นหนาเพื่อให้เห็นถึงการเกิดและการขยายตัวของโรงพยาบาลแบบตะวันตก, การสร้างสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์แบบตะวันตก, การสร้างหน่วยงานของรัฐด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรับผิดชอบโดยตรงกับสุขภาพของประชาชน และรวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายของรัฐด้านการสาธารณสุขของรัฐในช่วงเวลานั้น โดยมองไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงทางความรู้ที่สำคัญในทางการแพทย์ของตะวันตก ที่จะพลิกเปลี่ยนแนวคิดและปฏิบัติการของการแพทย์สมัยใหม่ทั้งในตะวันตกและสยามในเวลาต่อมาอย่างมีนัยสำคัญ.[24]

คำอธิบายที่แหวกออกไปจากวงล้อมของการศึกษาทางประวัติศาสตร์แบบจารีตอยู่บ้าง คืองานที่พยายามอธิบายการเปลี่ยนแปลงผ่านกรอบของทฤษฎีพึ่งพิง ที่มองว่าการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญมีสาเหตุมาจากความคิดแบบจักรวรรดินิยมของตะวันตก โดยแสดงบทบาทผ่านสถาบันอย่างเช่นมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงการเรียนการสอนด้านแพทยศาสตร์ในประเทศไทย. งานในแนวนี้มองว่าความช่วยเหลือดังกล่าวของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ได้กลายเป็นต้นเหตุสำคัญทำให้การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยมุ่งเน้นความเป็นวิทยาศาสตร์จนเกินความเหมาะสมกับสังคมไทยและทำให้สังคมไทยตกอยู่ภายใต้การครอบงำของตะวันตก โดยเฉพาะในด้านอุตสาหกรรมยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์. ตัวอย่างของงานที่ให้ความสำคัญอย่างมากกับการอธิบายในแนวนี้คือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่มหาวิทยาลัยฮาวายเมื่อ ค.ศ.1984 (พ.ศ.2527) ของวริยา ศิวะศริยานนท์ เรื่อง "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935)" ซึ่งมองว่าบทบาทของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ในการให้ความช่วยเหลือทำให้การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกสามารถวางรากฐานและสถาปนาขึ้นอย่างมั่นคงในสังคมไทย และรวมทั้งทำให้สังคมไทยได้รับผลกระทบอย่างมากจากการแพทย์ที่ตั้งอยู่บนฐานทางเคมีแบบตะวันตก.[25] วริยาได้พยายามชี้ให้เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศโลกที่สามของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์นั้นมีผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและการเมืองอยู่เบื้องหลัง โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยให้อเมริกาสามารถเข้าถึงและควบคุมทรัพยากรและตลาดในโลกที่สามได้อย่างเสรี และการสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่แบบ bio-medicine จะช่วยทำให้สุขภาพและศักยภาพในการผลิตของประชาชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลโดยตรงต่อการขยายตัวของระบบทุนอุตสาหกรรมและการครอบงำทางเศรษฐกิจการเมืองของอเมริกา.[26]

ข้อเสนอเหล่านี้ยังเป็นประเด็นที่สามารถตั้งคำถามได้ เช่น จริงหรือที่การแพทย์ของตะวันตกที่เข้ามาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 3 จะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันโดยไม่เปลี่ยนแปลงในเชิงความรู้เลยจนกระทั่งการให้ความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ในช่วงปลายรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว? นอกจากนั้น การตั้งหน่วยงานด้านสุขภาพ

และสาธารณสุขบางอย่าง (เช่น โรงศิริราชพยาบาล, โรงเรียนแพทยากรหรือราชแพทยาลัย, กรมพยาบาล, กรมสุขาภิบาล เป็นต้น) ในสมัยรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวนั้นจะยังเป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติการอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางการแพทย์แบบแบรตลีย์อยู่โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยหรือ?

แน่นอนว่าการยึดกุมข้อเสนอเช่นนี้ย่อมขัดแย้งกับหลักฐานอีกจำนวนมากในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลง เช่น การว่าจ้างแพทย์ตะวันตกใหม่ๆ ที่เดินทางเข้ามาพร้อมกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดขึ้นและอิทธิพลของทฤษฎีเชื้อโรคในการแพทย์สมัยใหม่ และรวมทั้งขัดแย้งกับการจัดตั้งหน่วยงานและมาตรการใหม่ๆ ที่เป็นผลจากการรับทฤษฎีการแพทย์สมัยใหม่อย่างเช่นการจัดตั้งห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับแบคทีเรียของรัฐ เป็นต้น. ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า งานที่ศึกษาพัฒนาการทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยที่ผ่านมานั้น ประเด็นสำคัญที่ไม่เคยถูกนำมาพิจารณาเลยก็คือ การเปลี่ยนแปลงในเชิงความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ในตะวันตกได้แพร่เข้ามาในสังคมไทยได้อย่างไร? และอำนาจ/ความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่นี้ได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติการทางอำนาจเหนือเรือนร่างประชากรของรัฐไทย ซึ่งแสดงออกผ่านทางโครงสร้างเชิงสถาบันและเชิงนโยบายในเวลาต่อมาอย่างไร? สิ่งเหล่านี้คือคำถามและคือเป้าหมายสำคัญที่งานวิจัยชิ้นนี้ต้องการตอบ.

ขอบเขตและข้อจำกัด

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาข้อมูลเอกสารทางประวัติศาสตร์ของระบบการดูแลรักษาสุขภาพในสังคมไทย โดยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับความคิดเรื่องการแพทย์ของตะวันตก (ทั้งแบบก่อนและหลังปาสเตอร์) ในสังคมไทย, พัฒนาการของระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทย, การสร้างความคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลรักษาสุขภาพ, และวรรณกรรมและงานเขียนต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์และระบบสาธารณสุข ในตั้งแต่ช่วงเปิดประเทศรับกระแสอารยธรรมตะวันตกในสมัยรัชกาลที่ 2 จนถึงปัจจุบัน. ทั้งนี้ เพื่อทำให้สามารถมองเห็นภาพของระบบสุขภาพใน

สังคมไทยได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงกำหนดให้มีการเก็บข้อมูลภาคสนามและได้กำหนดขอบเขตของพื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์ในภาคใต้จำนวน 4 แห่ง เป็นพื้นที่ของการเก็บข้อมูล โดยกระจายอยู่ตามพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ตอนกลาง และตอนล่าง. โดยข้อมูลจากการศึกษาภาคสนามดังกล่าวนอกจากจะช่วยทำให้ผู้เขียนตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้วยังจะเป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งในบทที่ 5 ซึ่งเป็นการสะท้อนเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจที่สังคมไทยมีต่อการแพทย์สมัยใหม่และโรงพยาบาลในปัจจุบัน. อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการแสดงความคิดเห็นและการตีความอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ผู้เขียนจึงเลือกที่ใช้นามแฝงสำหรับผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ทุกคน ทั้งแพทย์ พยาบาล นักศึกษาฝึกงาน เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ยาม และ ฯลฯ ที่มาทำงานอยู่ในโรงพยาบาล, และพยายามหลีกเลี่ยงการระบุถึงตัวโรงพยาบาล ยกเว้นกรณีที่ไม่น่าจะก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ เช่น การระบุว่าเคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอะไรมาบ้าง เป็นต้น.

แน่นอนว่า งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับอิทธิพลจากนักคิดบางคนดังที่ถูกอ้างถึงในตามที่ต่างๆ ในหนังสือเล่มนี้โดยเฉพาะมิเชล ฟูโก้ แต่ไม่ได้มุ่งหมายที่จะอภิปรายหรือขยายความเกี่ยวกับทฤษฎีโดยตรง หากมุ่งแสดงให้เห็นถึงการก่อตัว/การสถาปนาของระบบความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย และกระบวนการที่การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกกลายเป็นเครื่องมือของอำนาจรัฐไทยทั้งในแง่ความคิด โครงสร้าง สถาบัน และนโยบาย. กล่าวโดยสรุป ต้องการแสดงให้เห็นว่าเชื้อโรคได้สร้างชาติขึ้นมาได้อย่างไร หรือการควบคุมเชื้อโรคกลายเป็นเครื่องมือในการสร้างวินัยให้แก่พลเมืองของชาติได้อย่างไร. นอกจากนี้ งานวิจัยชิ้นนี้ยังจำกัดความหมายของอำนาจไว้เฉพาะในแง่มุมของความสามารถที่จะกระทำการได้โดยตั้งอยู่บนฐานของความรู้[27] ที่ทำให้การวิเคราะห์เกี่ยวกับอำนาจมีความซับซ้อนและแนบเนียนมากกว่าเป็นการมองอำนาจแบบหยาบๆ ซึ่งทำให้บางคนเข้าใจว่าเมื่อกล่าวถึงการแผ่สยายอำนาจของรัฐไปอย่างครอบคลุมจะมีความหมายเท่ากับการที่รัฐจะต้องมีปฏิบัติการทางอำนาจอย่างเบ็ดเสร็จเบ็ดขาด เพื่อควบคุมประชาชนพลเมืองให้อยู่ภายใต้บงการของเหตุผลแบบรัฐอย่างสยบราบคาบปราศจากการต่อต้านแต่อย่างใด (แม้ว่ารัฐอาจจะมีความสามารถที่จะกระทำการดังกล่าวในทางใด

ทางหนึ่งได้ก็ตาม). อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้ใช้เอกสารจากหอจดหมายเหตุแห่งชาติ ซึ่งผลิตโดยระบบราชการส่วนกลางเป็นหลัก จึงจำกัดขอบเขตอยู่ที่การวาดเค้าโครงประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยจากมุมมองของรัฐส่วนกลางมากกว่าการให้ภาพของการดิ้นรนต่อสู้ของความรู้ที่ถูกกดทับหรือแตกต่าง. กระนั้น ความแตกต่างและความตึงเครียดในช่วงเวลาที่การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกถูกนำเข้ามาสถาปนาในสังคมไทยก็เป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นอยู่ตลอดเวลาในช่วงจังหวะต่างๆ ที่ความรู้ทั้งสองชุดเกิดเคลื่อนปะทะกัน.

---

1 ดู สารี อ๋องสมหวัง, สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์ และคณะ, "15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ" (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542); และ เกษียร เตชะพีระ, "แบบวิถีอำนาจไทย: ข้อคิดว่าด้วยความสัมพันธ์ทางอำนาจที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในสังคมไทย" (เอกสารประกอบข้อเสนอเรื่องแนวนโยบายแห่งรัฐด้านสาธารณสุขในโครงการเพื่อการร่างรัฐธรรมนูญไทย ปี พ.ศ. 2540, คณะกรรมการสัมมนาวิชาการคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ, 28 เมษายน พ.ศ. 2540).

2 ความแพร่หลายของงานวิจัยของสารีและคณะเห็นได้จากการได้รับการแปรรูปเป็นหนังสือสองสามเล่ม และวิดีทัศน์หลังจากนั้น คือ อภิญญา ตันทวีวงศ์ (เรียบเรียง), **เจ็บเกินโรค** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542); สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, **ทุกข์จากโรงพยาบาล** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542); สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, **ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์** (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542) โดยที่หนังสือชุดนี้จัดพิมพ์เผยแพร่โดยการสนับสนุนเงินทุนจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; วีดีทัศน์สารคดี **ทุกข์คนไทยจากระบบบริการสาธารณสุข และ ทุกข์จากระบบสุขภาพ: 3 กรณีจากงานวิจัย 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ** (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อำนวยการผลิต, 1999).

3 ณัฐ ภมรประวัติ, "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย" ใน **บทบาทของต่างประเทศในการสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2538), น. 75-130; อ้างจาก น. 116-117.

4 เลิศชาย ศิริชัย และคณะ, "การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางวัฒนธรรมและกระบวนการรักษา" (รายงานวิจัยภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ศาสตราจารย์ สุธิวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543); Thirawuth Senakum, "Adaptation of Holistic Medicine: A Case Study of Farmers in Northeast Thai Village" (MA thesis, Department of Anthropology and Sociology, Ateneo de Manila University, 1995).

5 อาทิ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บก.), **การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง** (กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, [2530].)

6 ณัฐ ภมรประวัติ, "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย", น. 116.

7 ดู ยุวดี ตปนียากร, "วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521).

8 ดู สุรีรัตน์ สวัสดี, "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468)" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531).

9 โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, **แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย** (กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัด

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535), น. 40. เน้นโดยผู้อ้าง.

10 กรุณาดู ชนินทร์ เจริญกุล, "กระบวนทรรศน์การสาธารณสุขใหม่: วิวัฒนาการและแนวคิด" **การประชุมวิชาการสัญจรสู่ภูมิภาค ครั้งที่ 1: ภาคใต้ เรื่อง สหัสวรรษใหม่กับการสาธารณสุขใหม่** (จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 25-26 กุมภาพันธ์ 2543, โรงแรมธรรมรินทร์ธนา จังหวัดตรัง): 16-24, ดูคำอธิบายเรื่องการเปลี่ยนกระบวนทรรศน์ "ยุควิทยาศาสตร์เฟื่องฟูหรือสมัยใหม่ (Modernism)" ใน น. 20-21. แม้ว่าคำอธิบายเช่นนี้ดูเหมือนจะเพิ่งปรากฏมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ก็ไม่ได้ทำให้เข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะสัมพันธ์อย่างไรกับสังคม และทำให้การแพทย์กลายเป็นทั้งสัญญะและเครื่องมือของอำนาจรัฐสมัยใหม่ได้อย่างไร.

11 ดูรายละเอียดในบทความของผู้เขียน "วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก กับ การปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกต เบื้องต้น," **วารสารธรรมศาสตร์,** ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543): 73-93.

12 "The first incentive for public health work appears to have been the desire to combat epidemic disease... [the public health was] by far *the most effective method of creating national wealth,"* Sakol Voravarn, "Public Health and Medical Service" in **Siam: General and Medical Features** (Bangkok: Bangkok Time Press, for the Far Eastern Association of Tropical Medicine, 1930), p.182 and 204, original emphasis. หม่อมเจ้าสกลวรรณ ขึ้นดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2468 (ปฏิทินใหม่) (**ราชกิจจานุเบกษา,** แผนกสามัญ, เล่ม 42, น.3534-5) และยังเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขอยู่ใน พ.ศ.2474 ดังที่ปรากฏอยู่ใน "รายงานการประชุมสมาคมเวชชกรรมเมืองร้อนแห่งบุรพทิศโดยสังเขป," **ราชกิจจานุเบกษา,** แผนกสามัญ, เล่ม 48, น.3493-3509, 6 ธันวาคม พ.ศ.2474. อย่างไรก็ตาม มจ.สกลวรรณ พ้นจากตำแหน่งนี้เมื่อไรยังค้นข้อมูลไม่พบ แต่ปรากฏว่าได้รับแต่งตั้งให้เป็นปลัดทูลฉลองกระทรวงเกษตรพาณิชยการหลังจากนั้น ก่อนจะ

ได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าการโฆษณาเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.2476, **ราชกิจจานุเบกษา**, แผนกสามัญ, เล่ม 50, น.335, 30 เมษายน พ.ศ.2476. ขอขอบพระคุณอาจารย์ Tamada Yoshifumi ที่กรุณาให้ข้อมูลในเรื่องนี้.

13 "[A] medicine sufficiently bound up with the state for it to be able, with the co-operation of the state, to carry out a constant, general, but differentiated policy of assistance; medicine becomes a task for the nation," Michel Foucault, **The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception,** trans. A.M. Sheridan Smith (London: Routledge, 1973), p.19; และดู Thomas F. Tierney, "Anatomy and Governmentality: A Foucauldian Perspective on Death and Medicine in Modernity," **Theory & Event** 2:1 (1998).

14 Michel Foucault, "Governmentality" in **Power: Essential Works of Foucault 1954-1984, Volume 3,** edited by James D. Faubian (London: Penguin Books, 2001), p.207.

15 Foucault, "Governmentality," pp.216-7.

16 "[A]s a force of production that the body is invested with relations of power and domination; but...its constitution as labour power is possible only if it is caught up in a system of subjection....the body becomes a useful force only if it is both a productive body and a subjected body." Michel Foucault, **Discipline and Punish: The Birth of the Prison,** trans. Alan Sheridan (London: Penguin Books, 1977), pp.25-6.

17 "A body is docile that may be subjected, used, transformed and improved." Foucault, **Discipline and Punish,** p.136.

18 Foucault, **Discipline and Punish,** p.137.

19 "[D]isciplinary coercion establishes in the body the constructing link between an increased aptitude and an increased domination." Foucault, **Discipline and Punish,** p.138.

20 David Arnold, "Introduction: Disease, Medicine and Empire," in **Imperial Medicine and Indigenous Societies,** ed. David Arnold (Manchester and New York: Manchester University Press, 1988), pp.2-3.

21 Reynaldo C. Ileto, "Outlines of a Nonlinear Emplotment of Philippine History," in **The Politics of Culture in the Shadow of Capital,** eds. Lisa Lowe and David Lloyd (Durham & London: Duke University Press, 1997), p.110.

22 Reynaldo C. Ileto, "Cholera and the Origins of the American Sanitary Order in the Philippines," in **Imperial Medicine and Indigenous Societies,** op.cit.

23 Thongchai Winichakul, **Siam Mapped: A History of the Geo-body of a Nation** (Honolulu: Hawaii University Press, 1994).

24 เช่นงานของ ยุวดี, "วิวัฒนาการของการแพทย์ไทย ตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว"; สุรีรัตน์, "บทบาทของสมเด็จฯกรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ.2456-2466)"; สุกิจ ด่านยุทธศิลป์, "การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว(พ.ศ.2453-2468)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534); เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์

การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528) เป็นต้น.

25 Wariya Siwasariyanon, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935)" (Unpublished Doctoral Dissertation, American Studies, University of Hawaii, 1984), p.1.

26 Wariya, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World," pp. 8-10.

27 "*Pouvoir* is of course 'power'. But there is also a sense of 'can-do-ness' in *pouvoir*," Gayatri Chakravorty Spivak, "More on Power/Knowledge" in **Outside in the Teaching Machine** (New York and London: Routledge, 1993), p.34.

บทที่ 1

กำเนิด "เชื้อโรค": ความรู้ทางการแพทย์ "ก่อนสมัยใหม่" ของตะวันตกในสังคมไทย

มิชชันนารีกับการแพทย์ของตะวันตกในสยาม

แม้ว่าสังคมไทยจะติดต่อกับชาวตะวันตกมาตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 16 เมื่อโปรตุเกสจัดส่งทูตเข้ามายังราชสำนักอยุธยาภายหลังจากที่สามารถเข้าตีจนยึดครองมะละกาได้เมื่อ ค.ศ.1511 (พ.ศ.2054) แต่กล่าวได้ว่าความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกเข้ามาสู่สังคมไทยอย่างเป็นระบบมากจริง ๆ ตั้งแต่ในสมัยพระนารายณ์ โดยได้มีการจัดตั้งสถานพยาบาลของมิชชันนารีชาวฝรั่งเศสขึ้นใน พ.ศ.2212 ทำหน้าที่รักษาโดยผู้ไม่ได้เรียนแพทย์มาโดยตรง และต่อมาในปี พ.ศ.2219 จึงมีนายแพทย์ชาบองโน (Chabonneau) ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสเข้ามาทำงานในสถานพยาบาล. ในปี พ.ศ.2221 สถานพยาบาลแห่งนี้ได้ขยายกิจกรรมด้วยการสร้างตึกเพิ่มเป็น 2 ตึกสำหรับคนไข้ชาย-หญิงจนสามารถรองรับผู้ป่วยนอกได้ราว 200-300 คน ขณะที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในได้ประมาณ 20-30 คน และต่อมาในปี ค.ศ.1682 (พ.ศ.2225) นั้นมีแพทย์ชาวตะวันตกอยู่ในอยุธยาเพิ่มขึ้นเป็น 3 คน คือ ชาบองโน, ดาเนียล (Daniel) และโปมาร์ต (Paumart).[1]

นอกจากนี้ มักจะเข้าใจกันโดยทั่วไปว่า ภายหลังการยึดอำนาจของพระเพทราชาในปี ค.ศ.1688 (พ.ศ.2231) แล้ว ความสัมพันธ์กับชาวตะวันตกของราชสำนักอยุธยาก็ "สิ้นสุดพร้อมๆ

กับการแพทย์แผนตะวันตก" ในสังคมไทย.[2] อย่างไรก็ตาม ภายหลังการยึดอำนาจใน ค.ศ.1688 แล้วก็ยังมีหลักฐานว่ามีแพทย์ชาวตะวันตกรับราชการสืบต่อมาจนถึงรัชกาลพระเจ้าท้ายสระ กล่าวคือ ในราว พ.ศ.2215 (ค.ศ.1672) ได้มีศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อว่าดาเนียล โบรเชอบอร์ด (Daniel Brochebourde) ซึ่งเจ้าหน้าที่ของบริษัทอินเดียตะวันออกของดัทช์ (Verenigde Oost-Indische Compagnie หรือ VOC) ได้ถูกยืมตัวให้มารับหน้าที่เป็นศัลยแพทย์ประจำราชสำนักของพระนารายณ์. ภายหลังเหตุการณ์ใน ค.ศ.1688 แล้ว ดาเนียลก็ยังรับตำแหน่งแพทย์ประจำราชสำนักสยาม (โดยได้รับเงินเดือนจาก VOC) และดำรงตำแหน่งสืบต่อมาจนเสียชีวิตเมื่อ พ.ศ.2240 (ค.ศ.1697) โดยพระเพทราชาตั้งให้เป็น "ออกพระแพทยโอสถ". ในการเดินทางมายังอยุธยานั้น ดาเนียลได้แต่งงานกับหญิงชาวนครศรีธรรมราชและนำมาอยู่ที่อยุธยา และมีลูกคนหนึ่ง คือ โมเสส โบรเชอบอร์ด (Moses Brochebourde) ซึ่งต่อมาก็ได้รับราชการเป็นศัลยแพทย์ในราชสำนักของพระเพทราชา. ต่อมาเมื่อบริษัท VOC พยายามจะนำโมเสสกลับไปที่ปัตตาเวีย แต่ทั้งดาเนียลและโมเสสได้ขอความช่วยเหลือจากเจ้าพระยาพระคลัง ซึ่งได้ส่งหนังสือถึงบริษัท VOC ว่าบรรดาลูกครึ่งที่เกิดจากมารดาชาวสยามและบิดาฝรั่งนั้นจะต้องอยู่ในสยามและจะเดินทางออกนอกพระราชอาณาจักรโดยที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจากพระมหากษัตริย์ไม่ได้ และยังแต่งตั้งให้โมเสสเป็นแพทย์ประจำพระองค์ ในตำแหน่ง "ออกหลวงศรีสิทธิแพทย" และเลื่อนเป็น "ออกพระแพทยโอสถ" เมื่อดาเนียลถึงแก่กรรม. ส่วนโมเสสนั้นเสียชีวิตเมื่อ พ.ศ.2267 (ค.ศ.1724) ในรัชสมัยของพระเจ้าท้ายสระ โดยมีลูก 2 คนกับหญิงชาวมอญ คือ เยเรเมียส โบรเชอบอร์ด (Jeremias Brochebourde) กับฟิเลมอน โบรเชอบอร์ด (Philemon Brochebourde) โดยที่เยเรเมียสได้รับตำแหน่งแพทย์ประจำพระองค์แทนบิดา (ส่วนจะอยู่ในตำแหน่งไปนานจนถึงเท่าไรไม่ปรากฏ แต่ยังดำรงตำแหน่งนั้นอยู่ใน ค.ศ.1732).[3] ดาเนียลหรือ "ออกพระแพทยโอสถ" น่าจะเป็นคนเดียวกับ "พระโอสถฝรั่ง" ซึ่งร่วมแต่งตำราแพทย์ถวายพระนารายณ์,[4] ส่วน "เมสีหมอฝรั่ง"[5] นั้นก็อาจจะหมายถึงโมเสส. ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม แพทย์ตะวันตกตระกูลนี้ก็ยังคงมีบทบาทอยู่ในราชสำนักอยุธยาต่อมาจนถึงช่วงปลายอยุธยา แม้ว่าในรัชสมัยของพระเจ้าท้ายสระนั้นเยเรเมียสจะไม่สามารถรักษาแผลในเพดานปากของพระเจ้าท้ายสระให้หายได้ด้วยตัวเอง และต้องไปขอความช่วยเหลือจากแพทย์ของบริษัท VOC.[6]

แม้ว่าจะมีผู้วิจารณ์เกี่ยวกับ "ความไม่รู้" ของการแพทย์แบบจารีตของไทยในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 17 อย่างรุนแรง โดยเฉพาะการขาดความรู้เรื่องการผ่าตัดและกายวิภาค[7] แต่กล่าวได้ว่านับตั้งแต่ช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา การแพทย์แบบจารีตของไทยก็ไม่ได้ตั้งอยู่อย่างโดดเดี่ยวโดยปราศจากการสัมพันธ์หรือการผสมผสานกับความรู้อื่นๆ ที่อยู่นอกจักรวาลวิทยาของความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทย (คือการแพทย์แบบอายุรเวทของอินเดียและการแพทย์แบบจีน) เพราะการเข้ามาของการแพทย์แบบตะวันตกในสมัยคริสต์ศตวรรษที่ 17 ก็ได้ทำให้ความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทยในสมัยพระนารายณ์ก็เริ่มปรากฏอิทธิพลจากความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกมาจำนวนหนึ่ง ดังเช่น ตำราการแพทย์ที่เก่าแก่ของสังคมไทยอย่าง **ตำราพระโอสถพระนารายณ์** นั้นก็มีลักษณะผสมผสานตั้งแต่องค์ประกอบทางเภสัชแบบตะวันตก (เช่น สารส้ม, ฝิ่น, ตะกั่ว เป็นต้น) จนถึงตำรายาของชาวฝรั่งตะวันตก. นอกจากนี้ กระบวนการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกเข้าสู่สังคมไทยที่เคยเสื่อมลงตามบรรยากาศของความสัมพันธ์ระหว่างราชสำนักอยุธยากับตะวันตกในช่วงปลายอยุธยาก็ได้กลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้งเมื่อราชสำนักไทยเลิกดำเนินนโยบายโดดเดี่ยวและตะวันตกเริ่มกลับเข้ามาติดต่อกับสังคมไทยอย่างเป็นทางการอีกครั้งในช่วงรัชกาลที่ 2 โดยมีการส่งคณะทูตของอังกฤษซึ่งนำโดยจอห์น ครอฟอร์ด (John Crawfurd) เข้ามาเจรจากับราชสำนักสยามเมื่อ พ.ศ.2365 (ค.ศ.1822). หลังจากนั้นไม่นานนัก คณะมิชชั่นนารีคณะแรกก็เดินทางมาถึงสยามอีกครั้งใน พ.ศ.2371 (ค.ศ.1828) แต่ก็พักอยู่ในสยามเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก่อนที่จะมีคณะมิชชั่นนารีเริ่มเข้ามาประจำอยู่ในสยามอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนมิถุนายน ค.ศ.1833 (พ.ศ.2376) เมื่อมิชชั่นนารีโปรแตสแตนส์ประจำสยามได้ถูกจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นกิจลักษณะโดย American Board of Commissioner for Foreign Mission (ABCFM). นับจากนั้นเป็นต้นมา บรรดามิชชั่นนารีก็เข้าเผยแพร่ศาสนาคริสต์อย่างเป็นล่ำเป็นสันโดยวิธีการต่างๆ ตั้งแต่เทศนา แปลคัมภีร์ไบเบิลออกเป็นภาษาไทยและตีพิมพ์เผยแพร่แจกจ่ายแก่ผู้อ่าน และรวมทั้งทำงานด้านการแพทย์และตั้งโรงพิมพ์.

การเข้ามาของมิชชั่นนารีกลุ่มต่างๆ ทำให้ชนชั้นนำสยามกลุ่มหนึ่งเริ่มหันมารับเอาความรู้และวิทยาการต่างๆ ของตะวันตกอีกครั้ง ดังเช่นการที่เจ้าฟ้ามงกุฎซึ่งขณะนั้นยังผนวช

เป็นวชิรญาณภิกขุได้ศึกษาภาษาละตินจากสังฆราชปาเลกัว (Jean Baptiste Pallegoix) และต่อมาใน พ.ศ.2382 (ค.ศ.1839) ก็ได้ขอให้แดน บีช แบรดลีย์ (Dan Beach Bradley มิชชั่นนารีชาวอเมริกันสังกัด ABCFM) ช่วยสอนภาษาอังกฤษแก่พระองค์ และรวมทั้งทรงส่งคนรุ่นหนุ่มบางคนมาเรียนภาษาอังกฤษกับแบรดลีย์ที่บ้าน.[8] หลังจากนั้นใน พ.ศ.2388 (ค.ศ.1845) เจ้าฟ้ามงกุฎทรงขอให้แจสสี แคสเวลล์ (Jesse Caswell มิชชั่นนารีในสังกัด ABCFM) ช่วยสอนภาษาอังกฤษให้แก่พระองค์และนักเรียนคนอื่นๆ อีกประมาณ 10 กว่าคน เป็นเวลา 18 เดือน (ซึ่งต้องยุติเมื่อแคสเวลล์ป่วยและเสียชีวิตใน พ.ศ.2391).[9] ไม่เฉพาะเพียงแต่เจ้าฟ้ามงกุฎเท่านั้นที่สนใจความรู้และวิทยาการใหม่ๆ ที่มาจากตะวันตก เจ้าฟ้าจุฑามณี (ต่อมาคือพระบาทสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ) ก็ทรงสนพระทัยในวิชาการทหารและเครื่องจักรกลต่างๆ ดังที่ได้ร่วมกับ เจ. เอช. แชนด์เลอร์ (J.H. Chandler) ในการต่อเรือกลไฟชนิดใช้จักรเป็นครั้งแรกในสยาม, พระยาพระคลังศึกษาเรื่องดาราศาสตร์และยอมรับว่าโลกหมุนรอบตัวเอง, หลวงสิทธินายเวรมหาดเล็ก (ต่อมาคือสมเด็จเจ้าพระยามหาศรีสุริยวงศ์) สนใจเรียนภาษาอังกฤษจนสามารถอ่านตำราและต่อเรือแบบฝรั่งได้, กรมหลวงวงศาธิราชสนิทซึ่งนอกจากศึกษาการแพทย์แบบจารีตของไทย แล้วก็ยังทรงสนใจศึกษาการแพทย์ของตะวันตกจนทรงได้รับประกาศนียบัตรจาก New York Academy of Medicine, กรมขุนเดชาดิศรทรงสนพระทัยประวัติศาสตร์และการพิมพ์, นายโหมด อมาตยกุล (ต่อมาคือพระยากระสาปนกิจโกศล) ศึกษาเรื่องวิทยาศาสตร์และเครื่องจักรกลจาก เจ. เอช. แชนด์เลอร์และแซมมวล เฮาส์ เป็นต้น.[10]

เมื่อคณะมิชชั่นนารี ABCFM ออกหนังสือพิมพ์ชื่อ **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** ซึ่งตีพิมพ์อยู่ในช่วง ค.ศ.1844-5 (พ.ศ.2387-8) นั้น นอกจากหนังสือพิมพ์ฉบับนี้จะตีพิมพ์เกี่ยวกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ของตะวันตก (เช่น การหมุนเวียนของโลหิต หน้าที่ของหัวใจและปอด ความรู้ทางเคมีและฟิสิกส์ ความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตก เช่น การรักษาบาดแผล สาเหตุและการรักษาโรคบางชนิด ยาและวิธีการปรุงยารักษาโรคบางชนิด และตัวอย่างของกรณีการรักษาโรคบางชนิด ซึ่งมีตั้งแต่การปลูกฝีไปจนถึงการผ่าตัดกระโหลกศีรษะเป็นต้น), ราคาของสินค้า, ข่าวสารทั่วไป, นิทานอีสป, และความก้าวหน้าของวิทยาการ (เช่น การสร้างทางรถไฟ) แล้ว หนังสือพิมพ์เล่มนี้ยังตีพิมพ์เกี่ยวกับประวัติศาสตร์และความคิดความ

อ่านต่างๆ อยู่เป็นคราวๆ ไป. บทความชิ้นหนึ่งที่จะมีผลอย่างมากต่อวิธีคิดของชนชั้นนำสยาม (นอกเหนือจากวิถีปฏิบัติที่สยามกำลังได้รับจากประเทศมหาอำนาจตะวันตกที่กำลังไล่ล่าอาณานิคมดินแดนในทวีปเอเชีย) ก็คือ "History of the Sandwich Islands, Overthrow of Idolatry" ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์ของเกาะฮาวายภายหลังการค้นพบเกาะฮาวายของกัปตันคุก. แบรดลีย์อธิบายว่า "คนที่เกาะสานดิวิศนั้นเปนคนใจร้าย, โฉดเขลานักเพราะไม่มีหนังสือ" แต่ต่อมาเมื่อชาวเกาะหันมานับถือศาสนาคริสต์ เรียนหนังสือและค้าขายติดต่อกับชาวตะวันมากขึ้น "ประเทษนั้นก็บริบูรรณ์รุ่งเรืองขึ้นทุกปีๆ,...คนในประเทษนั้นก็มีความศุขสนุกสบายมาจนทุกวันนี้, แลประเทษหมู่เกาะนั้นมิได้ขึ้นแก่ประเทษใดๆ."[11]

ผลของบทความชิ้นนี้ของแบรดลีย์เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ.1845 (พ.ศ.2388) คือทำให้เจ้าฟ้ามงกุฎทรงอภิปรายถึงเรื่องนี้ในจดหมายถึงครอบครัวเอ็ดดี้แห่งเมืองนิวยอร์กเมื่อวันที่ 18 เดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1849 (พ.ศ.2392) ว่าการเผยแพร่ศาสนาของบรรดามิชชั่นนารีในสยามนั้นทำเหมือนอย่างที่เคยนำคริสต์ศาสนาไปสั่งสอนคนป่าและประเทศที่ยังป่าเถื่อน โดยวิธีการเดียวกับที่โคลัมบัสเคยทำมาก่อน. ความปรารถนา "อันสามานย์" ในการเผยแพร่ศาสนาเหล่านี้เกิดจากการที่เหล่ามิชชั่นนารีมีความคุ้นเคยกับการกระทำที่เคยกระทำต่อคนป่าและชนชาติที่ยังป่าเถื่อนอย่างเช่นที่เกิดกับชาวเกาะ "แซนดาวิช." อย่างไรก็ตาม คนที่มีปัญญานั้นย่อมทราบเป็นอย่างดีว่าสยามไม่ได้เป็นอย่างชนชาติป่าเถื่อนเหล่านั้นเพราะสยามมี "ความรู้เกี่ยวกับศีลธรรมและอารยธรรม" มาเป็นเวลาช้านานและแม้ว่าจะถูกผสมกับความเชื่องมงายต่อสิ่งเหนือธรรมชาติและลัทธิพราหมณ์อยู่บ้างแต่ก็ยังเป็นระบบเสียยิ่งกว่าระบบความเชื่อในศาสนายิว ซึ่งเป็นความเชื่อที่งมงายที่เกือบจะเหมือนกับพวกป่าเถื่อน และเนื่องจากว่าศาสนายิวได้นำมาสู่ยุโรปก่อนถึงยุคแห่ง "แสงสว่างอันรุ่งโรจน์ของความรู้แห่งวิทยาศาสตร์อันมหัศจรรย์อันปราศจากข้อสงสัย" ศาสนายิว[และคริสต์] จึงยังเหลือตกทอดมาจนถึงปัจจุบัน. การนับถือศาสนายิว/คริสต์ของชาวยุโรปในความเห็นของพระองค์จึงเป็นคนละเรื่องกับพัฒนาการของความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เกิดและได้รับการพัฒนาขึ้นในยุโรปในเวลาต่อมา และในยุโรปปัจจุบันก็มี "นักปราชญ์" ที่มีความรู้ในวิทยาศาสตร์สาขาต่างๆ ล้วนพากัน "โจมตีและปฏิเสธ" เนื้อหาทั้งหมดของคัมภีร์ไบเบิล และประกาศว่าพวกตนไม่เชื่อ

คัมภีร์ไบเบิลแม้แต่น้อย.[12]

เหนืออื่นใดทั้งหมด แม้ว่าพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวจะทรงตอบโต้กับชาวตะวันตกทางความคิดเกี่ยวกับเรื่องสถานภาพของสยามในลำดับชั้นของความ "ศิวิไลยเซต" แต่พระองค์เองก็ทรงยอมรับความคิดเกี่ยวกับลำดับชั้นของความ "ศิวิไลยเซต" แบบที่แบรดลีย์กล่าวถึงในการที่สยามจะ "ก้าวยาว" ไปข้างหน้าที่ว่า "ถ้ากรุงเทพฯ อันหนุ่มปราถนาจะได้ชื่อเสียงในประเทศที่มีสว่างแลมีกำลังมาก, จำเป็นต้องเอาใจใส่ในการที่จะทำทางหลวงทางบกให้ดีขึ้น. เมืองไหนๆ มีทางหลวงบนบกน้อย, เมืองนั้นก็สำคัญพยานว่าเมืองนั้นอยู่ที่มืดเปนเมืองป่า"[13] ดังที่พระองค์ได้ยอมรับว่า สยามนั้นยัง "half civilized and half barbarian."[14] ดังนั้นเมื่อพระองค์เสด็จขึ้นครองราชย์เมื่อ พ.ศ.2394 พระองค์ก็ทรงพยายามค้นหาความหมายของสิ่งที่เรียกว่า "ศิวิไลยเซตแลแอนไล้ตแรตนาแฉน"[Civilized and Enlightened Nation].[15] หลักฐานอย่างหนึ่งที่พระองค์ใช้ในการค้นคว้าคือการอ่านงานเขียนทางมนุษยวิทยา "แอนโธรโปโลยิกัลรีวิว"[Anthropological Review].[16]

กล่าวได้ว่า พระองค์ทรงตกอยู่ภายใต้มนต์สะกดของความคิดเรื่องการก้าวไปข้างหน้าของความเป็น "ศิวิไลยเซตแลแอนไล้ตแรตนาแฉน" เป็นผลให้ทรงเริ่มวางรากฐานให้แก่การปฏิรูปประเทศในเวลาต่อมา เช่น ในปีแรกที่ทรงขึ้นครองราชย์พระองค์ก็มีพระบรมราชโองการให้ผู้ที่จะเข้าเฝ้าจะต้องสวมเสื้อเหมือนกับผู้คนในประเทศใหญ่ๆ ทั้งหลาย ไม่ใช่ทำเหมือนกับมนุษย์ "ชาวป่า",[17] ทรงส่งคนไปศึกษาต่อในดินแดนอาณานิคมของตะวันตก "ด้วยประสงค์จะให้เจริญความรู้",[18] ทรงจ้างฝรั่ง (แอนนา เลียวโนเวนส์ และเจ. เอช. แชนด์เลอร์) มาเป็นครูสอนหนังสือแก่พระราชโอรสและพระราชธิดาเพื่อเตรียมพระราชโอรสในการขึ้นครองราชย์เป็นพระมหากษัตริย์,[19] รัฐบาลสยามเริ่มจ้างที่ปรึกษาชาวตะวันตกเข้ามาทำงานเพื่อวางรากฐานในการปฏิรูปประเทศ, และรวมทั้งการที่พระองค์ทรงประกาศความคิดฝันเหล่านั้นไว้ในการตั้งชื่อให้พระราชธิดาของพระองค์ว่า "พระองค์เจ้าสว่างวัฒนา" (พ.ศ.2398) และต่อมาพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเองก็ทรงตั้งชื่อพระราชธิดาคนหนึ่งของพระองค์ว่า "พระองค์เจ้าศรีวิไลยลักษณ์" (พ.ศ.2411).[20]

กำเนิดของคำว่า "เชื้อโรค"

กล่าวได้ว่า แบรดลีย์คือผู้จะมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้ทางการแพทย์ในสังคมไทยในเวลาต่อมา.[21] แบรดลีย์ (ค.ศ.1804-1873) เป็นชาวเมืองบอสตัน หลังเรียนจบทางแพทย์แล้วได้สมัครมาเป็นมิชชั่นนารี และได้เดินทางมาทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ.2378 (ค.ศ.1835) จนกระทั่งเสียชีวิตในกรุงเทพฯ เมื่อ พ.ศ.2416 (ค.ศ.1873).[22] นอกจากทำหน้าที่เผยแพร่ศาสนาแล้ว แบรดลีย์ยังได้มีส่วนร่วมในการบุกเบิกประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของสังคมไทย ตั้งแต่การเป็นผู้บุกเบิกการพิมพ์สมัยใหม่ไปจนถึงการสร้างชื่อเสียงให้แก่การแพทย์ของตะวันตกในสังคมไทย. ในประการหลังนั้น แบรดลีย์ได้สร้างตำนานไว้หลายเรื่องด้วยกัน เช่น การแสดงความมหัศจรรย์ทางการแพทย์ของตะวันตกในการผ่าตัดเป็นครั้งแรกในสังคมไทย และการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษเป็นครั้งแรก เป็นต้น.

ความที่ว่าก่อนหน้านั้นในช่วง พ.ศ.2363-4 ได้เกิดการระบาดครั้งใหญ่ของโรคอหิวาต์ ทำให้มีผู้คนล้มตายจำนวนมาก และการแพทย์แบบจารีตของไทยก็ไม่สามารถรับมือหรือเยียวยาได้. ราชสำนักไทยทำได้อย่างมากก็เพียงแค่ประกอบพระราชพิธีอาพาธพินาศ โดยจัดให้พระสวดอาฏานาฏิยสูตร และจัดกระบวนแห่พระพุทธรูป ซึ่งต่อมาพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชวินิจฉัยว่า "การพระราชพิธีจึงไม่ได้มีประโยชน์อันใด... คนที่เข้ากระบวนแห่และหามพระพุทธรูป และพระสงฆ์เดินไปกลางทางก็ล้มลงขาดใจตาย ที่มาถึงบ้านแล้วจึ่งตายก็มีมาก และตั้งแต่ตั้งพิธีแล้วโรคนั้นก็ยิ่งกำเริบร้ายแรงหนักขึ้น ด้วยอากาศยิ่งร้อนจัดหนักขึ้นตามธรรมดาฤดู คนทั้งปวงก็พากันลงว่าเพราะการพิธีนั้นสู้ผีไม่ได้ ผีมีกำลังมากกว่า."[23] การระบาดของอหิวาต์โดยไม่มีวิธีการรับมืออย่างมีประสิทธิภาพครั้งนี้ทำให้ชนชั้นนำสยามเกิดความรู้สึกถึงความจำเป็นที่จะต้องหาวิธีการหรือความรู้อย่างใหม่ในการรับมือกับการระบาดของโรค ดังที่กรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ (ซึ่งต่อมาจะเสด็จขึ้นครองราชย์เป็นสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 3) ได้ทรงพยายามสอบถามเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลและยาที่จะใช้รักษาโรคอหิวาต์ (รวมทั้งความปรารถนาที่จะให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษในสยาม) จากจอร์จ ฟินเลย์สัน (George Finlayson) แพทย์ในคณะทูตของอังกฤษเมื่อ พ.ศ.2365.[24] ดังนั้นภายในสัปดาห์แรกที่แบรดลีย์

เดินทางมาถึงก็มีชนชั้นนำสยามพยายามสอบถามความรู้เกี่ยวกับในการรักษาพยาบาลโรคอหิวาต์และโรคไข้ทรพิษ.[25]

ภายในปีแรกที่มาอยู่ในกรุงเทพฯ แบรดลีย์ก็ได้เปิดโอสถศาลาเพื่อรักษาคนไข้ไปเป็นประมาณ "3500 คน" โดยโรคที่เป็นกันมากที่สุดคือ "โรคแผลเกี่ยวกับผิวหนัง รองลงมาคือโรคเกี่ยวกับตา" และปรากฏว่าจำนวนสองในสามของคนไข้ที่มารักษากับแบรดลีย์นั้นเดินทางมาจากชนบทห่างไกล.[26] นอกจากรักษาคนไข้ทั่วไปแล้ว แบรดลีย์ยังได้ชื่อว่าเป็นผู้นำการผ่าตัดมาสู่สยามเป็นครั้งแรก โดยมีความเชื่อทั่วไปว่าการผ่าตัดครั้งแรกของแบรดลีย์คือการตัดแขนให้แก่พระวัดประยูรวงศ์ที่ได้รับอุบัติเหตุจากงานฉลองวัดเมื่อ พ.ศ.2379 [จริงๆ แล้วเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม ค.ศ.1837/พ.ศ.2380-ปฏิทินใหม่].[27] แต่ในบันทึกของแบรดลีย์เองระบุว่า "การผ่าตัดครั้งสำคัญครั้งแรก" เกิดขึ้นตั้งแต่ภายในปีแรกคือเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ.2378 อันเป็นการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคฝีเหนือคิ้วซ้ายของชาวจีนคนหนึ่ง, การผ่าตัดเกี่ยวกับตาเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2379 และการผ่าตัดฝีให้กับพระและหญิงสูงศักดิ์ผู้หนึ่งเมื่อวันที่ 18 ในเดือนเดียวกัน โดยทุกครั้งที่มีการผ่าตัดเช่นว่านั้น จะมีผู้คนจำนวน "มหาศาล" มามุงดูด้วยความตื่นเต้น.[28] นอกจากนี้เมื่อเกิดโรคไข้ทรพิษระบาดอย่างรุนแรงในกรุงเทพฯ ใน พ.ศ.2381 (ค.ศ.1838) แบรดลีย์ก็ได้เป็นผู้นำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษมาใช้เป็นครั้งแรกในสยามเมื่อ พ.ศ.2383 (ค.ศ.1840) ซึ่งนำไปสู่การตีพิมพ์ **บันทึกเรื่องการปลูกวัคซีน** ใน พ.ศ.2387.[29]

ความรู้ทางการแพทย์จากตะวันตกของแบรดลีย์ได้นำไปสู่การปะทะกับความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ตั้งแต่ปีแรกที่เข้ามาในสยาม ดังเช่นกรณีโรคเส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อพระพักตร์ด้านขวาของเจ้าฟ้ามงกุฎเป็นอัมพาต ถูกอธิบายจากแพทย์ไทยว่าเกิดจาก "ลม" ทำให้แบรดลีย์ต้องใช้เวลาเพื่ออธิบายให้ผู้ประชวรและบรรดาแพทย์ไทยเชื่อว่า ความคิดที่ว่าลมคือสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น "เป็นเรื่องเหลวไหลไร้สาระที่สุด".[30] ดังนั้นเมื่อคณะมิชชั่นนารี ABCFM ตีพิมพ์หนังสือพิมพ์ชื่อ **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** ออกมานั้น จึงได้มี "คำอธิบาย" ถึงจุดประสงค์ในการตีพิมพ์ตั้งแต่ฉบับแรกว่า "อนึ่งลางทีจะว่าด้วยตำรารักษาโรคต่างๆ, แลบอกซึ่งสิ่งที่จะกระทำมิให้มีโรคด้วย."[31] แบรดลีย์เองได้

เขียนบทความเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกออกเผยแพร่หลายครั้ง เช่น บทความเรื่อง "ตำราขี้ผึ้งปิดแปลทั้งปวง Ointments,"[32] วิธีการทำน้ำยาล้างแผลเรื่อง "Lotions for Ulcers,"[33] บทความตำรารักษาแผลเรื่อง "General Treatment of Ulcers" ซึ่งตีพิมพ์ตั้งแต่ฉบับเดือนสิงหาคมจนถึงฉบับเดือนตุลาคม,[34] บทความว่าด้วยการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษเรื่อง "Vaccination Successful in Siam",[35] เรื่องการระบาดของฝีดาษ[ไข้ทรพิษ]และลงราก[โรคอหิวาต์]ในกัลกัตตาในบทความเรื่อง "Smallpox and Cholera in Calcutta,"[36] บทความเรื่อง "การปลูกฝีโคยังจำเริญอยู่. Vaccination Prosperous,"[37] บทความเกี่ยวกับการรักษาบาดแผลสดเรื่อง "Treatment of Incised Wounds,"[38] บทความเรื่องตำราการรักษาไข้จับสั่นเรื่อง "On Intermittent Fever" และ "Treatment of Remittent Fevers,"[39] และบทความเกี่ยวกับกำเนิดของยาควินินเรื่อง "Origin of Quinine"[40] เป็นต้น. นอกจากวิธีการพยาบาลและรักษาแผลกับโรคบางชนิดแล้ว แบรดลีย์ยังตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ ปอด และเส้นโลหิตดำ-โลหิตแดง[41] และกรณีการรักษาโรคเกี่ยวกับเส้นโลหิต[42] ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการถ่ายทอดความรู้ทางกายวิภาคและสรีรวิทยาในวงการแพทย์ของตะวันตกที่ก้าวหน้ามากสำหรับสังคมไทย. อย่างไรก็ตาม ความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกที่น่าจะมีบทบาทอย่างมากในการพลิกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคในการแพทย์ของไทย คือ บทความของแบรดลีย์เรื่อง "Causes of Intermittent Fever" ใน **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 9 (March, 1845) และ "Causes of Intermittent Fever Continued" ใน **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 10 (April, 1845). แบรดลีย์อธิบายว่า "ไข้จับสั่นแลไข้พิศม์ไข้ป่านั้น...เหตุที่บังเกิดนั้นสิ่งเดียวกัน" คือเกิดจาก "พิศม์ว่านยา". กล่าวคือ

> *"ใบไม้แลว่านยาทั้งหลาย, มีใบอันหล่นลงแล้วแลเน่าสำสมอยู่, เมื่อฝนตกลงมาแล้วแลแห้งไปหลายครั้งหลายหน. ครั้นมาภายหลังฝนตกมากลงๆ, พิศม์ว่านแลยาทั้งปวงที่สำสมเน่าอยู่นั้น, ก็ฟุ้งขึ้นระคนเจือไปด้วยลม, เมื่อคนเข้าไปในป่าครั้นถูกต้องพิศม์ว่านยาทั้งหลายนั้น, ก็ให้คนเปนไข้มีอาการต่างๆ. ถ้าถูกอายพิศม์นั้นน้อยก็ให้เปนไข้สั่นน้อย. ถ้าถูกต้องอายพิศม์มากก็ให้จับสั่นมาก, จับทุกวัน, บางทีให้จับวันละสองหน. ถ้าถูกอายพิศม์มากขึ้นยิ่งกว่านั้น, ก็ให้จับซึมไปไม่รู้*

สมปฤาดีมิใคร่จะถอยเลย...แลพิศม์ที่บังเกิดแต่อายว่านแลยาอันเน่าดั่งกล่าวมานี้, อังกฤษเรียกว่าคอยโนมีอัศะมา[Coino-Miasma], แปลเปนไทว่า, อายพิศม์ยาบังเกิดแต่ทุ่งแลป่า, ถ้าฝนตกนักน้ำท่วมดาดไปมาก. พิศม์คอยโนมีอัศะมาก็มิใคร่จะบังเกิด, ด้วยเหตุว่าน้ำฝนนั้นชำระล้างเสีย. ถ้าฝนแล้งดินแห้งนักก็มิใคร่จะเกิด, เหตุว่าอายพิศม์ว่านยานั้นมิได้ฟุ้งขึ้น." [43]

แบรดลีย์อธิบายด้วยความรู้เชิงภูมิศาสตร์ของประเทศไทยสัมพันธ์กับการเกิดขึ้นของ "พิศม์ว่านยา" ว่า

"ที่เมืองไทยนี้มีแผ่นดินราบ ประกอบไปด้วยคลองบางเล็กน้อยมาก, มีน้ำชเลไหลขึ้นลงวันละสองเพลา. เมื่อน้ำไหลเข้าไปในคลองเลกน้อยดินเปียกอายพิศม์ใบไม้, แลหญ้าทั้งปวงที่หล่นลงเน่าอยู่นั้น, ก็ฟุ้งขึ้นมาก, จึ่งให้บังเกิดเปนไข้พิศม์, แลไข้จับต่างๆ, ถ้าระดูแล้งไม่มีบ่อแลคลองเลกน้อย, น้ำไม่ท่วมแล้ว, อายพิศม์ของทั้งปวงที่เน่าไม่มีแล้ว, ความเจบไข้ก็ไม่ใคร่จะบังเกิดได้.....ประการหนึ่ง, ถ้าน้ำเคมที่ชเลกับน้ำจืดในบึงแลหนองระคนปนกันเข้าแล้ว, ก็ให้เกิดเปนพิศม์กล้ามากกว่าที่มีแต่น้ำจืด. อนึ่งคอยโนมีอัศะมาพิศม์ที่เกิดในดงดิบในระดูร้อนเมื่อแรกฝนตกลงนั้น, เพราะแสงแดดมิใคร่จะส่องถึง ไปไม้และว่านยาทั้งปวงนั้น, ก็เน่าไปกลับเปนพิศม์ขึ้นมาก. ถ้าแสงแดดส่องถึงในดงนั้นแห้งแล้ว, ก็มิใคร่จะมีพิศม์เพราะเหตุว่าพิศม์นั้นขึ้นตามแสงแดดหายไป". [44]

นอกจากนี้ แบรดลีย์อธิบายว่าสาเหตุที่ทำให้เกิด "ไข้จับสั่น" ชุกชุมขึ้นมากในปัจจุบันนั้นเนื่องจาก "เหตุแห่งพิศม์คอยโนมีอัศมาบังเกิดขึ้นมากกว่าแต่ก่อน" ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ฝนตกไม่เป็นไปตามฤดูกาลโดยปรกติและการที่ "พวกจีนเอาปลามาหมักไว้ให้เน่ามีกลิ่นเหมนยิ่งนัก. อนึ่งที่บ้านแลตรอกถนนหนทางตะลาดนั้น, ก็เปื้อนเปรอะโสโครกยิ่งนัก... เพราะเหตุด้วยที่ทั้งปวงที่มิได้สอาดนั้น,จึ่งให้บังเกิดเปนอายพิศม์คอยโนมีอัศมามากขึ้นกว่าแต่ก่อน". ปัญหาเรื่องไข้จับสั่นที่เกิดจากความ "โสโครก" นี้ไม่ได้เป็นเฉพาะแต่ในสยามเท่านั้น แต่ที่ "เมืองนอก"

ก็เกิดจากสาเหตุ "สิ่งของที่โสโครก, แลที่ไม่สอาดเปนต้น." ดังนั้นแบรดลีย์จึงเสนอว่า "ถ้ามีกฎประกาษให้ราษฎรชาวเมืองกวาดตามใต้ถุนอันโสโครกที่บ้านของตัวนั้นให้สอาด, อย่าให้ลามกได้, ถึงเจ็ดวันกวาดครั้งหนึ่งๆ, ตามทำเนียมเมืองนอก, แล้วให้ชำระขุดที่ลำคลองแลคูที่ตื้นๆ นั้นให้ภุกมีน้ำขังอยู่ดูสอาด, ก็เหนว่าสิ่งของโสโครกนั้นหามีไม่, พิศม์แห่งคอยโนมีอัศมาก็จะมิใคร่บังเกิด."[45] นอกจาก "อายพิศม์" ที่เกิดจากภายนอกแล้ว แบรดลีย์ก็เสนอว่ายังมี "อิดิโอมีอัศมา" [Idio-Miasma] หรือ "อายพิศม์อันบังเกิดขึ้นในภายในห้องกายแห่งตนเอง, มิได้บังเกิดแต่ภายนอก". ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิด "อายพิศม์" ชนิดนี้ขึ้นอย่างหนึ่งคือการที่ "คนถ่ายอุจจาระปะศาวะ, แลเทซึ่งสิ่งของที่โสโครกลงที่ใต้ถุน, ใกล้ที่นั่งที่นอนแห่งตนๆ, จึ่งให้บังเกิดอายพิศม์อิดิโอมีอัศมา...ที่กินที่อยู่นั้น, ก็โสโครกไม่สอาด" ซึ่งจะทำให้เกิดโรคประเภท "ไข้ให้ขึ้น, ไข้เก่อ,...เปนฝีในท้องบ้าง, เปนบิดบ้าง, เปนมเรงบ้าง. เปนไข้อะหิวาตะโรคย์ลงรากบ้าง". ดังนั้นถ้าหากไม่ต้องการให้เกิด "อิดิโอมีอัศมา" ขึ้นก็ต้องอาบน้ำให้สะอาด, ซักเสื้อผ้าและผ้าห่มที่นอนหมอนมุ้งให้สะอาด, และ "อนึ่งที่ใต้ถุนก็พึงชำระเสียให้สอาดดี, แล้วอย่าทำเวจที่ส่งทุกข์ในที่ใกล้ที่อยู่แห่งตนเลย. โรคจะบังเกิดขึ้น, ก็อาไศรด้วยโสโครกคือทำเวจ, ถ่ายอุจจาระในที่ใกล้ที่อยู่แห่งตนนั้นโดยมาก" เป็นต้น.[46]

บทความชิ้นนี้ของแบรดลีย์อาจจะเป็นเครื่องสะท้อนสำคัญเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ของแบรดลีย์ โดยเฉพาะเมื่อแบรดลีย์ได้นำเนื้อหาสำคัญในบทความชิ้นนี้มาตีพิมพ์ซ้ำอีกครั้งในบทความชื่อ "ไข้พิศเปนด้วยเหตุอะไร" ในเดือนตุลาคม ค.ศ.1866 ภายหลังที่แบรดลีย์กลับมาจากอเมริกาและทำหนังสือพิมพ์อีกครั้งหนึ่ง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการประชุมทางการแพทย์เพื่อพยายามหาสาเหตุการเกิดและการแพร่กระจายของโรคลงราก (จะกล่าวต่อไปข้างหน้า).[47] นอกจากนี้กล่าวได้ว่าการอธิบายของแบรดลีย์ที่ว่าการเกิดโรคมีสาเหตุจากปฏิกิริยา/การกระทำบางอย่างของสิ่งแวดล้อมภายนอก (ไม่ใช่ผีหรืออำนาจวิเศษเหนือธรรมชาติ) นั้นย่อมแตกต่างอย่างมหาศาลจากความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทยที่มีสมมติฐานการเกิดโรคว่ามีสาเหตุมาจากการขาดสมดุลของธาตทั้ง 4 นั้นเป็นองค์ประกอบหลักของร่างกาย.

ภายหลังที่ภรรยาสิ้นชีวิตในปี ค.ศ.1845 (พ.ศ.2378) และภายหลังความขัดแย้งเกี่ยว

กับแนวคิดทางศาสนาระหว่างแบรดลีย์และแคสเวลกับ ABCFM จนนำไปสู่การยุบเลิกการมีมิชชั่นนารีสังกัด ABCFM ในสยามแล้ว ในที่สุดแบรดลีย์ก็เดินทางกลับไปอเมริกาเมื่อ ค.ศ.1847 (พ.ศ.2390) และเดินทางกลับมาเมืองไทยอีกครั้งใน ค.ศ.1850 (พ.ศ.2393) พร้อมกับภรรยาคนใหม่ และเปลี่ยนมาทำงานอยู่ในสังกัดของ American Missionary Association (AMA). เมื่อกลับมาแล้ว แบรดลีย์ก็ได้ซื้อโรงพิมพ์มาจาก ABCFM พร้อมกับเริ่มลงมือทำหนังสือพิมพ์อีกครั้ง โดยใช้ชื่อคล้ายกับชื่อเดิมว่า **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** และเริ่มตีพิมพ์จำหน่ายตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ค.ศ.1866 (พ.ศ.2409 ตามปฏิทินใหม่) จนกระทั่งได้ปิดตัวเองลงในฉบับสุดท้ายเมื่อฉบับวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ค.ศ.1867 (พ.ศ.2410 ตามปฏิทินใหม่). เมื่อออกหนังสือพิมพ์ใหม่แล้ว แบรดลีย์ได้เขียนถึงปัญหาเรื่องความรู้ทางการแพทย์อีกครั้ง โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเกิด "โรคลงราก"[cholera] โดยเริ่มตั้งแต่การตีพิมพ์บทความเรื่อง "ตำราแก้ลงราก" เมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1866 (พ.ศ.2409).[48]

บทความเรื่อง "ตำราแก้ลงราก" ซึ่งว่าด้วยวิธีป้องกันและรักษาโรคลงรากนั้นแบรดลีย์แปลเก็บความมาจากหนังสือของ "เรฟอะเรนด์ดอกเตอแฮมเลน, ที่เมืองคอนสะตันติโนเปล" [Rev. Dr. Hamlen, Constantinople] ซึ่งมีประสบการณ์ในการรักษาคนจำนวนมากที่เป็นไข้ลงรากที่คอนสแตนติโนเบิล. บทความ "ตำราแก้ลงราก" ได้อธิบายถึงลักษณะอาการต่างๆ ของการเกิดโรคลงราก, ยาและส่วนประกอบของยา, วิธีการให้ยาผู้ป่วย, วิธีการ "พยาบาล" ผู้ป่วย และข้อแนะนำในการป้องกันการเป็นโรคลงราก. ในเรื่องการป้องกันนั้นแบรดลีย์แนะนำให้ "ทุกครอบครัวจะได้จัดแจงยาไว้พร้อม, เพื่อจะได้รักษาโรคลงรากเอง ไม่ต้องคอยหมอมา", และพยายามหลีกเลี่ยงจากสาเหตุที่จะนำไปสู่การเกิดโรคลงราก คือ ให้เลิก "ของที่ไม่ควรจะกินแลน้ำเหล้า", เลิกการทำให้ "เหื่อแห้งเร็วกว่าปรกฏิ", เลิก "กินน้ำเอย็นมาก. เมื่อกำลังตัวร้อนแลกระหายน้ำ", และหลีกเลี่ยง "การเหน็ดเหนื่อยนัก, แลความสละวนแลการตกใจกลัวมักเปนเหตุให้เกิดลงราก" เพราะถ้าหากสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งเหล่านี้ได้ก็จะทำให้ "ไม่เปนอันตรายด้วยลงราก." สิ่งที่น่าสนใจก็คือ แม้ว่าในทศวรรษ 1860 นั้นจะเริ่มมีการค้นพบถึงความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อโรคกับการเกิดโรค แต่ข้อแนะนำของแบรดลีย์ในการหลีกเลี่ยงจากการเป็น

โรคลงรากนั้นมีที่มาจากสมมติฐานของการเกิดโรคที่แตกต่างไปจากความรู้ทางการแพทย์หลังการค้นพบเชื้อโรคและการติดต่อของตัวเชื้อโรคเป็นอย่างมาก ดังที่ได้ปฏิเสธแนวความคิดในเรื่องการติดต่อของโรค กล่าวคือ "ที่คนถือว่าโรคลงรากติดกัน, ถือเช่นนั้นไม่จริง, ควรจะทิ้งเสียทีเดียว" เพราะว่า "พวกมิศชันาเรที่เมืองคอนสะติโนปิลนั้นเหนพร้อมใจกัน, ว่า[โรคลงราก] ไม่ติดต่อกันเลย".[49]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในบทความ "ตำราแก้ลงราก" จะปฏิเสธความคิดในเรื่องการติดต่อของโรค แต่การพยายาม "แปล" ความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกมาสู่สังคมไทยในช่วงที่กำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงภายในญาณวิทยาของการแพทย์ตะวันตกระหว่างการแพทย์ก่อนปาสเตอร์กับการแพทย์แบบปาสเตอร์ ก็ก่อให้เกิดร่องรอยของการปะทะหรือการลื่นล้มในญาณวิทยาของการแพทย์ตะวันตกอยู่ในงานเขียนของแบรดลีย์ โดยแบรดลีย์ได้ตีพิมพ์บทความสั้นๆ ชื่อว่า "เรื่องลงราก" ต่อท้ายบทความเรื่อง "ตำราแก้ลงราก" ซึ่งในบทความชิ้นนี้กลับดูเหมือนจะยอมรับแนวความคิดเรื่องการติดต่อของโรค ด้วยการเสนอแนวทางในเรื่องการตั้งด่านกักเรือที่มาจาก "เมืองอินเดีย" เพราะมีความเชื่อว่าโรคลงรากนั้นมีแหล่งที่มาและสามารถแพร่กระจายผ่านทางเรือ. กล่าวคือ "ที่ประเทศยูโรบนั้น หมอทั้งปวงได้ประชุมปฤกษากันว่าโรคลงรากนั้น...มาแต่ประเทศอินเดียที่เปนอยู่ไม่ได้ขาด. โรคนั้นเกิดขึ้นในประเทศยูโรบ, เพราะคนเที่ยวมาแต่ประเทศอินเดียในกำปั่นไฟแลกำปั่นใบ". ดังนั้นบรรดาแพทย์ในยุโรปจึงลงมติร่วมกันว่าให้ตั้งด่านกักเรือที่มาจากประเทศอินเดีย เพื่อให้มีการ

> *"ตรวจดูเรือที่มาแต่เมืองอินเดีย...ว่าถ้าไม่มีโรคติดเรือมาก็ปล่อยให้เข้าไป. ถ้ามีโรคติดมาแล้วก็กักไว้ ไม่ให้เข้าไปในเขตรเมือง, กักไว้ประมาณ 40 วัน, กว่าจะพ้นกำหนด, ท่านจึ่งให้คนคอยระวังดูแลคนที่โดยสารเรือกำปั่นมาแต่เมืองอินเดีย, ให้คนไปคอยดูอยู่ที่ทะเลแดงแลทะเลเปอเซีย."* [50]

ต่อมาในเดือนกันยายน ค.ศ.1866 แบรดลีย์ก็ตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการประชุมของแพทย์ในยุโรปเรื่อง "พวกหมอปฤกษากันด้วยโรคลงราก" ซึ่งเป็นการสรุปการประชุม "อินเตอร์

แนซันแอลซันนิเตรีคอนเฟอแรนซี" [International Sanitory Conference/Conference Sanitaire Internationale] ที่เมืองคอนสแตนติโนเบิล เมื่อ ค.ศ.1866 โดยอธิบายเกี่ยวกับเรื่องแหล่งที่มาของโรคลงรากว่าเกิดขึ้นจากที่ไหนและอย่างไร, วิธีการที่ทำให้โรคลงรากสามารถแพร่ไปยังประเทศอื่นๆ นอกเหนือจากแหล่งเดิมที่เป็นต้นกำเนิด, และสาเหตุที่ทำให้โรคลงรากแพร่กระจายไปยังประเทศที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน. ผลการสัมมนาสรุปว่า "ฮินดูสตานเปนที่ให้เกิดที่อาไศรย์แห่งโรค[ลงราก]นั้นเป็นแน่" และลงความเห็นว่าได้เกิดโรคชนิดนี้ในฮินดูสถานมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ไม่ได้แพร่กระจายไปได้ไกล เพิ่งจะแพร่กระจายเข้ามาในยุโรปหลังปี ค.ศ.1830 (พ.ศ.2337) และ "ตั้งแต่นั้นมาโรคลงรากก็ข่มขี่มนุษย์หลายแห่งหลายตำบลแทบจะทั่วโลกย". ส่วนวิธีการที่ทำให้โรคลงรากแพร่กระจายไปนั้น

> *"มักแผ่ไปตามทางที่คนไปมามาก, ไม่ว่าทางน้ำทางบก. แลไม่ได้ไปเรวก่อนคน ไม่ได้ไปช้ากว่าคน ไปพร้อมๆ กับคน. ถ้ามีทางรถไฟฤาว่าเรือกลไฟที่เดินทางเรว, โรคก็ไปตามนั้น....[แต่]โรคนั้นมิได้ไปตามลมเลย....ไปโดยทางที่คนไปมามาก. ลางทีก็ตามขบวนทัพไป. ที่เมืองอะเมริกานั้น, ครั้งเมื่อจะบังเกิดโรคก็บังเกิดที่เมืองปากน้ำที่เรือไปมามาก เกิดที่นั่นก่อน. แล้วจึ่งแผ่สร้านออกจากนั้นตามทางที่คนไปมามาก...ไปตามทางที่คนไป, ไม่ใคร่จะแวะออกจากทาง. ไปถึงเมืองนั้นแล้วเมืองนั้นเปนลำดับ. แลเมื่อเรือจอดแล้วก็บังเกิดโรคนั้นขึ้น, คนที่บนเรือก็ภากันเปนโรคก็แผ่ไปในบ้านในเมือง. เพราะว่า เรือลำนั้นมาแต่เมืองที่มีโรคลงมากมาก. เหนว่าพืชนแห่งโรคบังเกิดอยู่ในคนที่โดยสารให้เจ็บอยู่เล็กๆ น้อยๆ....ถ้าคนจะไปด้วยรถเดินทางช้าเรวยังไงๆ, โรคก็ไปช้าไปเรวพร้อมกับคน."* [51]

ดังนั้นจึงลงความเห็นร่วมกันว่า ถ้าหากต้องการสกัดการแพร่กระจายของโรคลงรากก็จะต้องให้มีการกักเรือที่มาจากเมืองที่เป็นโรคลงราก เพื่อให้หมอพิจารณาว่ามี "เชื้อโรคติดมาบ้างฤาไม่", ถ้าตรวจพบว่าบนเรือมีเชื้อโรคติดมากับเรือก็จะต้อง "ห้ามไม่ให้เข้าเมือง, ให้จอดอยู่นอกสี่สิบวันจนเชื้อแห่งโรคจืดจางไป. เมืองที่ห้ามนั้นก็ไม่เปนโรค, เหตุฉนั้นจึ่งเข้าใจว่าโรคนั้นบังเกิดเพราะคนพาเอาเชื้อมา." นอกจากการโรคลงรากจะสามารถแพร่กระจายผ่านคนแล้ว เสื้อผ้า

และ “ของสิ่งใดๆ คนใช้สอยในที่มีโรคลงราก” ก็เป็นสิ่งที่สามารถ “พาโรคไปบังเกิดที่อื่นได้” โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ศพคนที่ตายเพราะโรคนั้น, เปนที่น่ากลัวว่าจะพาโรคให้ไปบังเกิดที่คนอื่น”. อย่างไรก็ตาม แพทย์ในยุโรปในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 ยังมีความเห็นว่าโรคไม่สามารถแพร่กระจายผ่านสัตว์ได้ กล่าวคือเห็นว่า “สัตว์เดียรฉานจะพาเอามามิได้”. [52]

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ แม้ว่าแบรดลีย์จะไม่เห็นด้วยกับความคิดเรื่องโรคลงรากสามารถติดต่อกันได้ดังที่แบรดลีย์เขียนว่า “พวกมิศชันาเรที่เมืองคอนสะติโนปิลนั้นเหนพร้อมใจกัน, ว่า [โรคลงราก]ไม่ติดต่อกันเลย”[53] แต่สามารถกล่าวได้ว่า การพูดถึง “เชื้อโรค”/“เชื้อแห่งโรค” ของแบรดลีย์ในบทความชิ้นนี้นับเป็นครั้งแรกที่มีการแนะนำให้สังคมไทยได้รู้จักกับสิ่งที่เรียกว่า “เชื้อโรค”. นอกจากนี้ ความคิดเรื่องการที่โรคแพร่ผ่านคน เสื้อผ้า และสิ่งของเครื่องใช้นี้หากกล่าวในความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ก็คือ การที่โรคติดต่อผ่าน “พาหะ” ต่างๆ นั่นเอง และที่น่าสนใจก็คือความรู้ทางการแพทย์เหล่านี้ยังไม่มีความรู้เรื่องการที่สัตว์สามารถเป็นพาหะในการแพร่เชื้อโรคได้แบบที่รับรู้กันอยู่ในปัจจุบัน. อย่างไรก็ตาม ควรจะหมายเหตุไว้ด้วยว่าคำว่า “เชื้อโรค” ที่แบรดลีย์ใช้ในที่นี้นั้นอาจมีความหมายที่แตกต่างกับความเข้าใจที่มีกันอยู่ในปัจจุบัน (ซึ่งหมายถึงสิ่งมีชีวิตขนาดเล็กที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นที่เพิ่งเข้าใจกันในภายหลังว่าเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรค).

หลังจาก “ตำราแก้ลงราก” แล้วในเดือนสิงหาคม ค.ศ.1866 แบรดลีย์ก็ตีพิมพ์ “การจัดแจงในกรุงเทพเพื่อจะแก้โรคลงราก” ซึ่งเป็นบทความที่แบรดลีย์เขียนขึ้นเอง โดยเสนอวิธีป้องกันโรคลงรากที่กำลังระบาดอยู่ใน “ประเทศอินดูสต่านบังคล่า” [Industan, Bengal] และ “บตาเวีย”[Batavia] ซึ่งอาจจะระบาดติดต่อผ่านทางเรือเข้ามาในกรุงเทพฯ ได้. แบรดลีย์แจกแจงว่า “ที่ประเทศยูโรบแลอเมริกาทุกวันนี้, ก็รู้เปนแน่โรคลงรากอาไศรยโสโครกมาก. ถ้าบ้านเรือนไหนๆ ไม่สอาดโดยมากโรคนั้นก็กำเริบนัก. ถ้าบ้านเมืองไหนสอาดโรคนั้นก็จับได้น้อยตัวคน” พร้อมกับยกตัวอย่างความโสโครกในกรุงเทพฯ ซึ่ง “เราเหนหลายแห่ง, ที่น้ำขึ้นไม่ถ้วมถึงโสโครกยังค้างอยู่ โสโครกก็กล้าขึ้นทุกวันๆ” ซึ่งความโสโครกที่ว่านี้เหมาะที่จะ “เปนที่บำรุงโรคลงราก” ว่า “ที่บ้านพุตเกจ[Protugese]ล่างริมบ้านพวกมิศชันาเร, เกิดโสโครกเพราะน้ำโสโครกไหลมาแต่

ถนนเจริญกรุง, ไม่ใคร่จะออกได้ค้างอยู่ที่นั้น. คนเกิดไข้พิศม์ที่บ้านมิศชันนาเรนั้น, พวกอเมริกาตายคนหนึ่ง, ที่บ้านพุตเกจ เมียกัปตันชาติยูโรบตายคนหนึ่ง, เปนไข้แทบตายอีกสองคนสามคนแต่รอดได้." แบรดลีย์จึงเสนอให้รัฐบาลและเสนาบดีสยาม "จัดแจงดูทั่วไปในบ้านในเมืองว่า ที่ไหนเกิดโสโครกมาก, ควรจะทำยังไรจะล้างโสโครกออกได้ทุกวันๆ....โสโครกเช่นว่านี้มีมากในกรุงเทพฯ ก็ควรที่จะขุดคลองให้น้ำไหลเข้าไหลออกได้. ถ้าไม่ทำน่ากลัวว่าจะเกิดไข้ลงรากนัก. ถึงจะไม่เปนลงรากก็จะเปนไข้บิดบ้างไข้พิศม์บ้าง. กรุงเทพฯ เปนที่จะล้างด้วยน้ำสดวกไม่ต้องลงทุนมาก, เพราะน้ำขึ้นน้ำลงมีทุกวันๆ ทั่วไป." แต่แบรดลีย์เห็นว่า การจะประกาศให้คนช่วยรักษาความสะอาดนั้นไม่เพียงพอ เพราะ "ฝูงราษฎรทั้งปวงเกียจคร้านนัก" ดังนั้น "คอเวอเมนต์"[government] ควรจะบังคับออก "หมายประกาศถึงทุกบ้านทุกเรือน ให้เจ้าบ้านทั้งปวงชำระในบ้านในที่นอนใต้ถุนทุกแห่งให้ดี, ให้รักษาไว้อย่าให้บังเกิดโสโครกอีกได้. ถ้าแม้นไม่ฟังให้ปรับไหมตามที่สมควร, สินไหมนั้นให้เข้าในท้องพระคลัง".[54] นอกจากนี้ แบรดลีย์ยังได้ตีพิมพ์บทความเรื่อง "หนังสือคัดออกจากหนังสือจดหมายเหตุหมอยาที่เมืองอะเมริกา" เกี่ยวกับประกาศให้ผู้คนดูแลรักษาความสะอาดบ้านเรือนของตนและความรับผิดชอบของขุนนางที่ถูกเลือกขึ้นทำงานในอเมริกา ซึ่งแบรดลีย์เห็นว่า "คำที่พวกหมออะเมริกาว่านี้เปนคำดีมาก" เป็นนัยถึง "คอเวอเมนต์" สยาม.[55]

ทฤษฎี "อายพิศม์" กับกำเนิดการสาธารณสุขในสังคมไทย

กล่าวได้ว่า ความรู้ทางการแพทย์ที่แบรดลีย์พยายามอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคนั้นยังเป็นความรู้ทางการแพทย์แบบ "ก่อนสมัยใหม่" ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงไปสู่การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก ซึ่งมีแกนกลางอยู่ที่การค้นพบและพิสูจน์ว่าตัวเชื้อจุลินทรีย์ที่มองไม่เห็นได้ด้วยตาเปล่าคือสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเป็นความรู้ที่เพิ่งถูกพัฒนาขึ้นมาและยังได้รับการต่อต้านอย่างมากจากแพทย์ในตะวันตกด้วยกันในช่วงแรก. หากพูดในภาษาของนักประวัติศาสตร์การแพทย์อย่างเดวิด บาร์นส์ก็ต้องบอกว่า ความรู้ทางการแพทย์ของแบรดลีย์ยังเป็นความรู้ทางการแพทย์แบบ "ก่อนยุคปาสเตอร์" โดยเขาสรุปอย่างสั้นๆ ว่าทฤษฎีที่ว่า "อายพิศม์" ของ

สิ่งแวดล้อมคือสาเหตุของการเกิดโรคนั้นนั้นคือ "การแพทย์ก่อนยุคปาสเตอร์" (the pre-Pasteurian age of medicine).[56]

ความคิดที่ว่า "อายพิศม์" เป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้มีมาตั้งแต่สมัยของฮิปโปคราเตส (Hippocrates) ซึ่งปรากฏอยู่ในงานเขียนของเขาเรื่อง **Airs, Waters, Places** โดยอธิบายว่าความป่วยไข้ของมนุษย์มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ความเย็น แสงแดด และการเปลี่ยนทิศทางของลม เป็นต้น. ความเชื่อเช่นนี้มีอิทธิพลต่อความคิดของแพทย์ตะวันตกมาเป็นเวลาหลายร้อยปี และได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 - ปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19.[57] แพทย์จำนวนมากในช่วงนั้นเชื่อถือว่าสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (อากาศ, ลม, ดิน, ภูมิประเทศ และการถ่ายเทของเน่าเสียโสโครก ฯลฯ) คือสาเหตุของการเกิดโรค และแพทย์เกือบทุกคนในทศวรรษ 1830 คุ้นเคยกับความคิดเรื่อง "อายพิศม์" มีบทบาทอย่างสำคัญในการเกิดโรค. ในปี ค.ศ.1865 คณะกรรมาธิการสุขาภิบาลแห่งสหรัฐฯ (US Sanitary Commission) ตีพิมพ์รายงานเรื่อง "Miasmatic Fevers" ซึ่งมีข้อแนะนำในการป้องกันโรคว่าให้หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มี "อายพิศม์." นอกจากนี้ หน่วยงานการสาธารณสุขแห่งแรกที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นในปีเดียวกันนั้นก็เน้นในเรื่อง**ความสะอาด และอากาศบริสุทธิ์**. กล่าวได้ว่า ทฤษฎี "อายพิศม์" ได้มีอิทธิพลต่อการปฏิรูปสาธารณสุข ในสหรัฐฯ ในเรื่องการย้ายสุสานออกจากเมือง, การสร้างสวนสาธารณะ และการวางผังเมือง.[58] จากการสำรวจงานเขียนที่เกี่ยวกับทฤษฎี "อายพิศม์" ด้านสมุฏฐานวิทยา (etiology) หรือการศึกษาว่าด้วยสาเหตุของโรคในตำราการแพทย์, วารสารวิชาการ และรายงานทางการแพทย์ในทศวรรษ 1870 อย่างคร่าวๆ แล้ว Phyllis Allen Richmond สรุปว่าทฤษฎีที่ว่าด้วยบรรยากาศ, สารเคมี และ "อายพิศม์" ได้ครอบงำความคิดในการค้นหาสมุฏฐานของโรคจนกระทั่งว่าเมื่อเกิดแนวคิดที่แตกต่างออกไปก็ถูกมองอย่างระแวดระวังและไม่เชื่อถือนัก.[59]

แม้ว่าในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 นั้นทฤษฎี "อายพิศม์" จะถูกล้มล้างลงไปอย่างมากในตะวันตก (ซึ่งจะกล่าวถึงในบทต่อไป) แต่ก็เห็นได้ชัดว่ายังมีอิทธิพลต่อสังคมไทยอย่างมากจนเกือบสิ้นศตวรรษ. กล่าวคือ ผลของการโฆษณาความคิดเรื่องการควบคุมไม่ให้ผู้คนทำความ

โสโครกในแม่น้ำลำคลองเพื่อป้องกันการเกิดโรคของแบรดลีย์นั้นในที่สุดส่งผลให้พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงออกประกาศเรื่อง "ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทิ้งสัตว์ตายลงในน้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ่มประตูน่าต่าง" เมื่อเดือนสาม/กุมภาพันธ์ พ.ศ.2399 [พ.ศ.2400/ค.ศ.1856 ตามปฏิทินใหม่] โดยระบุว่า นอกจากการทิ้งซากศพของสัตว์ลงในแม่น้ำจะทำให้ถูกติเตียนจาก "คนนอกประเทศแลคนนอกกรุงฯ เป็นลาวแลเขมรแลชาวหัวเมืองดอนใช้น้ำบ่อื่นๆ หลายพวก" ว่าทำให้เกิดความ "โสมม" ในแม่น้ำลำคลอง ซึ่งจะทำให้ "เป็นที่น่ารังเกียจ เสียเกียรติพระมหานคร" แล้ว ยังคิดว่าการทิ้งซากสัตว์ให้ "ลอยไปลอยมา" ในแม่น้ำนั้นจะทำให้แม่น้ำลำคลอง "ไม่สอาด" ซึ่งจะทำให้เกิด "เป็นโรคต่างๆ ไม่เป็นศุขเหมือนอยู่นอกกรุง". ในท้ายประกาศยังได้กำหนดโทษว่า ถ้าผู้ใดไม่เชื่อฟังยังทิ้งซากศพสัตว์ลงในแม่น้ำลำคลองอีก "ยังขืนทำมักง่ายอยู่ดังเก่า ก็ให้นายอำเภอสืบชาวบ้านที่ใกล้เคียงเปนพยาน ชำระเอาตัวผู้ไม่เอื้อเฟื้อมักง่ายทำน้ำให้เปนโสโครกนั้นมาตระเวนประกาศห้ามผู้อื่นต่อไป."[60]

ประกาศฉบับนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงเรื่องที่ทำให้ "เป็นที่น่ารังเกียจ เสียเกียรติพระมหานคร" จนทำให้ "ยังไม่สามารถมองได้ว่ามีเหตุผลเพื่อการสาธารณสุขอย่างแท้จริง....[เพราะ]ยังไม่ได้ห้ามรวมถึงของโสโครกอื่นๆ หากสะท้อนให้เห็นทัศนคติที่ทนต่อการถูกตำหนิในเรื่องของการไม่ตักเตือน ดูแล เรื่องความสะอาดไม่ได้"[61] เท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงการเริ่มมีความรับรู้/ยอมรับในเรื่องที่ว่าความ "โสโครก" มีความสัมพันธ์กับการเกิด "เปนโรคต่างๆ" อีกด้วย. อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจก็คือ แม้ความรู้เรื่องความโสโครกจะนำไปสู่การเกิดโรคนั้นเป็นความรู้ที่สืบทอดมานานในยุโรป แต่ปรากฏว่าเมืองใหญ่ๆ ในอังกฤษในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 เช่น เมืองกลาสโกว์ (Glasgow) นั้นอุจจาระมักถูกเททิ้งให้กองอยู่บนสนามหญ้าใกล้บ้านเพราะไม่มีที่กำจัดหรือส้วม จนเกิดนิสัยอย่างหนึ่งของชาวอังกฤษขึ้น คือผู้คนจะถ่ายลงในกระโถนจนกระทั่งเต็มแล้วก็จะร้องตะโกนว่า "Gardez l'eau"[Watch out for the water!]แล้วก็สาดอุจจาระในกระโถนผ่านหน้าต่างลงมาที่ถนนเบื้องล่าง. สภาพอันเน่าเหม็นและโสโครกเช่นนี้ในอังกฤษได้นำไปสู่ความพยายามที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุขของนักกฎหมายชื่อเอ็ดวิน แชดวิค (Edwin Chadwick, ค.ศ.1800-1890) ในปี ค.ศ.1842 ด้วยการผลิตรายงานชิ้นหนึ่งเรื่องสุขลักษณะของประชากรที่ใช้แรงงานในอังกฤษ โดยแสดงให้เห็นว่ามีโรคจำนวนมากที่จะ

ป้องกันได้โดยการกำจัดของเสียอย่างเหมาะสม เช่น การขจัดของเสียจากบ้านและถนน รวมทั้งการปรับปรุงแหล่งน้ำใช้ เป็นต้น. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาสภาพเมืองลอนดอนในช่วงหน้าร้อนของ ค.ศ.1858 (พ.ศ.2401) ของวิลเลี่ยม บัดด์ (William Budd, ค.ศ.1811-1880) นักระบาดวิทยาผู้ยิ่งใหญ่คนหนึ่งในคริสต์ศตวรรษที่ 19 ระบุว่าในช่วงเวลานั้นมีขยะที่เกิดขึ้นจากชาวเมืองเกือบ 3 ล้านคนมากองรวมกันในหลุมขยะขนาดมหึมากลางเมืองลอนดอน และในช่วงฤดูร้อนนั้นความร้อนจากดวงอาทิตย์ก็ทำให้ช่วยทำให้เกิดกลิ่นเหม็นที่รุนแรงอย่างที่ไม่เคยพบมาก่อน จนทำให้การทำงานของรัฐสภาอังกฤษเกือบต้องหยุดชะงักเพราะอากาศพิษที่แพร่เข้าไปในตัวอาคาร, ศาลต้องปิดลงและนักเดินทางที่สามารถหลีกเลี่ยงเมืองลอนดอนก็จะเดินทางอ้อมจากเมืองไปไกล. ความเหม็นของกองขยะในครั้งนี้ทำให้คนเชื่อว่า ความโสโครกและกลิ่นเหม็นรุนแรงที่อยู่ในอากาศนี้จะก่อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคระบาด.[62]

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า สิ่งที่แบรดลีย์ได้นำมาตีพิมพ์เกี่ยวกับเรื่องความโสโครกกับการเกิดโรคนั้นเป็นสิ่งที่อยู่ในความรับรู้โดยทั่วไปในหมู่ชาวตะวันตกและชนชั้นนำสยามกลุ่มหนึ่งที่ได้เรียนรู้วิทยาการจากตะวันตก ดังที่ปรากฏว่าพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวก็ได้ทรงรับรู้ปัญหาเรื่องดังกล่าวจนนำไปสู่การประกาศห้ามการทิ้งซากศพลงในแม่น้ำลำคลองในที่สุด. อย่างไรก็ตาม บทความเรื่อง "การจัดแจงในกรุงเทพเพื่อจะแก้โรคลงราก" ของแบรดลีย์เมื่อ พ.ศ.2409 (ค.ศ.1866) ได้แสดงให้เห็นว่า ประกาศฉบับดังกล่าวของรัชกาลที่ 4 เมื่อ พ.ศ.2400 นั้นคงจะไม่มีผลต่อการควบคุมจัดการควบคุมความ "โสโครก" ดังที่แบรดลีย์ได้เสนอให้รัฐบาลสยามดำเนินการออกกฎหมายบางอย่างมาควบคุมการรักษาความสะอาดของกรุงเทพฯ อย่างจริงจังดังกล่าว.

แต่ความคิดเรื่องความโสโครกก่อให้เกิดโรคของชาวตะวันตกนั้นได้มีอิทธิพลต่อวิธีคิดของชนชั้นสยามมากพอสมควร ดังจะเห็นได้จากการที่เจ้าพระยาทิพากรวงศ์อธิบายถึงการระบาดของอหิวาต์เมื่อ พ.ศ.2363 (ค.ศ.1820) ในการเขียนพระราชพงศาวดารรัชกาลที่ 2 เมื่อ พ.ศ.2412 (ค.ศ.1869) ว่าการอธิบายว่าโรคอหิวาต์มีสาเหตุมาจากผีนั้นเป็นเรื่องที่ "คนครั้งนั้นยังโง่เขลามาก" เพราะโรคอหิวาต์ไม่เกิดเฉพาะในสังคมไทย แต่เกิดไปทั่วโลก โดยมี "ฮินดู

สตานเป็นต้นเหตุ" ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอหิวาต์นั้น "นักปราชญ์เขาคิดอยู่เสมอ ก็ไม่ได้เหตุผลว่าเป็นขึ้นด้วยเหตุอะไร เห็นอยู่แต่โรคนี้ชอบของโสโครกโสมม คนมักตายมาก คนที่เหย้าเรือนไม่เปื้อนเปรอะก็ตายน้อย เพราะฉะนั้นชาวประเทศยุโรปจึงถือความสะอาดนัก."[63] นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องการควบคุมความสะอาดในแม่น้ำลำคลองนี้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นอีกครั้งในเวลาต่อมา เมื่อมีการออกประกาศ "พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลองมีอยู่ 10 ข้อ" เมื่อ พ.ศ.2413 ในสมัยต้นรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่กำหนดว่า

> *"ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดที่ตั้งบ้านเรือนอยู่ทั้งสองฝั่งนั้นทำเวจแลถ่ายอุจาระลงไปในลำคลองนั้น เททิ้งสิ่งของโสโครก คือเนื้อสัตว์ใหญ่ต่างๆ แลแมวสุนักข์สุกรตายเปนอันขาดทีเดียว เพราะคลองเหล่านั้นอยู่ในที่ชุมนุมข้าราชการแลราษฎร....แลที่บ้านของผู้ใดริมตลิ่งคลองผู้นั้นต้องรักษาให้เรียบร้อยหมดจดทุกๆแห่ง เพราะเหตุที่คนจะใช้น้ำในลำคลองนั้นมากด้วยกัน"* [64]

พระราชบัญญัติฉบับนี้ระบุไว้ว่าถ้าหากผู้ใดขัดขืนคำสั่งให้"นายคลองจัดแจงทำเสียให้เสร็จแล้วคิดเอาค่าอิฐค่าปูนค่าจ้างแก่เจ้าของที่นั้นๆ ตามสมควร" และรวมทั้งถ้าหากมีผู้มีฟ้องร้องก็ให้นายคลอง "เอาตัวผู้กระทำความผิดธรรมเนียมคลองเปนโทษ".[65]

อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่าคำอธิบายทางการแพทย์เหล่านี้ของแบรดลีย์ย่อมเป็นคำอธิบายที่แปลกใหม่สำหรับความรับรู้ในสังคมไทยในสมัยรัชกาลที่ 4 ดังที่ตัวพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวก็ได้ทรงวิพากษ์วิจารณ์ความรู้ทางการแพทย์ของไทยสมัยนั้นในความรับรู้ของพระองค์เองว่า

> *"ตัวข้าพเจ้าไม่เปนหมอแลลัทธิของหมอในบ้านนี้เมืองนี้กับข้าพเจ้าไม่ถูกกัน ที่เขาว่าอย่างหมอว่าตามตำราตามเคยนั้นข้าพเจ้าก็ไม่เชื่อเลยด้วยหมอในบ้านเมืองนี้ทั้งหมอนวด หมอยา ตำราโรคของเขาก็มีอยู่ 3 อย่าง คือ สารพัดไข้เปนของจรมาอย่าง 1 คือโลหิตอย่าง 1 คือลมแลเสมหะอย่าง 1 ก็ซึ่งว่าด้วยไข้เปนของจรอย่าง*

หนึ่งนั้นพอฟังได้บ้าง แต่ไข้บางอย่างเขาเอามาเรียกเสียว่าลมนั้นก็เปนอันมาก.... แต่ฝ่ายข้าพเจ้าถือลัทธิว่าลมไม่มี." [66]

ในงานเขียนชิ้นเดียวกันนี้นอกจากพระองค์จะทรงวิพากษ์วิจารณ์องค์ความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทยแล้ว พระองค์ยังได้แสดงถึงความรู้เกี่ยวกับการเดินของเลือดตามความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกที่พระองค์ได้รับรู้มาว่า

"[สิ่ง]ที่เรียกว่าลมนั้นคือพิการโลหิตแลเสมหะ โลหิตเปนตัวชีวิตร บำรุงขึ้นด้วยระดูแลอาหาร ลมอากาศที่สูบเข้าไปทางหายใจ ไปฟอกโลหิตให้ใสสอาด แล้วขับให้แล่นไปเปนชีพจรทั่วทั้งตัว โลหิตที่กลับมาแต่ชีพจรลงที่ตั้งเสมหะ ในอุระแห่งหนึ่ง ในศีศะแห่งหนึ่ง จึงเปนเสมหะ เปนมูก เปนเขฬะ แลเปนเหงื่อไคลไป โลหิตเดิมตั้งในปอด ลมหายใจฟอกแล้วขับให้แล่นไปทุกสายเส้น ส่วนที่แดงจึงซึบซาบทั่วทุกแห่งเปนส่วนสอาด มลทินของโลหิตที่สอาดที่ลมหายใจฟอกแล้ว ย่อมกลับออกมาด้วยลมหายใจออกแลลมหาวเรออาเจียนแลลมผายลงล่าง ลมหายใจออกเปนต้นย่อมโสโครกไม่สอาด แลไม่มีเครื่องฟอกเครื่องจุดไฟติด คือฤทธิ์ดินประสิวน้ำกรดสุขุมเหมือนลมหายใจเข้า ก็คนหายใจเข้านั้นสูบลมเข้าไปมากกว่าระบายออกมา ลมที่ค้างอยู่จึงได้เบ่งที่ทั้งปวงให้เฟื่องฟูอยู่เปนปรกติ..." [67]

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตกที่แบรดลีย์และบรรดามิชชั่นนารีนำเข้ามานั้นได้ส่งผลอย่างมากต่อวิธีคิดของชนชั้นนำไทยในสมัยนั้น ดังจะเห็นได้จากการที่พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรค "ไข้จับไข้พิศม์" ที่ปรากฏขึ้นชุกชุมในกรุงเทพฯ ช่วงนั้นด้วยความรู้ชุดเดียวกับบทความเรื่อง "Causes of Intermittent Fever" ที่แบรดลีย์ตีพิมพ์อยู่ใน **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** เมื่อ ค.ศ. 1845 (พ.ศ.2388). กล่าวคือ พระองค์ทรงอธิบายว่า "ไข้จับไข้พิศม์" มีสาเหตุมาจากลักษณะของพื้นดินในกรุงเทพที่มีลักษณะร้อนชื้น ในช่วงหน้าแล้งก็จะมีใบไม้ร่วงทับถม และเมื่อถึงฤดูฝนพื้นดินในกรุงเทพฯ ก็จะกลายเป็นหล่มเลน,

"เมื่อฝนชุกนั้นไข้ต่างๆ ก็ไม่มี ถึงคราวลงรากมีฝนชุกลงมา ไข้ต่างๆ ก็ดี ไข้ลงรากก็ดี ก็สงบน้อยถอยไป ถ้าน่าแล้งเข้าเมื่อใดลงรากก็กลับชุมขึ้น ฤาลงรากนั้นเมื่อแรกมีมาก็มีในต้นระดูฝน ครั้นฝนชุกแล้วก็คลายไป ถึงไข้ต่างๆ ก็เหมือนกัน การซึ่งเปนดังนี้คเนเห็นว่า ที่แผ่นดินเปนดินเหนียวดินขึ้นเช่นนั้น เมื่อฝนชุกก็เหมือนกะทะตั้งไฟ เมื่อคนตักน้ำมาเทซ้ำแล้วซ้ำเล่าลงในกะทะ น้ำก็ไม่ร้อนขึ้นได้ ครั้นน้ำไม่ร้อนก็ไม่มีไอ ก็เมื่อน่าแล้งนั้นเพราะฝนไม่มี กะทะที่มีน้ำอยู่เล็กน้อยก็คายไอขึ้นมาพลุ่งๆ เพราะมีน้ำอยู่ในกะทะ แลไม่มีน้ำเย็นเททับลงไอจึงขึ้น ก็แผ่นดินกรุงเทพฯ เปนดินขึ้น ครั้นน่าแล้งก็คายไอขึ้นมา ให้เกิดแต่ใต้ดินก็ตาม แต่ไอน้ำขึ้นมาถูกผู้คนจึงมักมีความไข้น่าแล้ง...ที่ป่าเปนที่ดอนที่สูงแห้งแล้งมากนัก ถ้าแล้งแล้วต้นไม้ก็ไม่มีใบก็ไม่มีไอดินมา ความไข้จึงไม่มี ก็น่าฝนนั้นเพราะเปนที่ดอน โดนฝนตกลงมากก็ไม่อยู่ ไหลอาบไปเสียที่อื่นมาก ชุ่มลงไปในแผ่นดินนั้นน้อย การก็เหมือน กับกะทะที่ตั้งไฟได้ร้อนอยู่นาน ครั้นถูกน้ำน้อย ฤาถูกมากถ้ากะทะนั้นเอียงน้ำไปที่อื่นเสีย น้ำที่ติดกะทะอยู่ก็ร้อนเปนไอขึ้นมาฉันใด น้ำฝนที่ตกลงในป่าน่าแล้งร้อนมากก็คายไอขึ้นมาแรงจึงหอบเอาไข้พิศม์ในดินขึ้นมา".[68]

คำอธิบายเรื่องสาเหตุของการเกิด "ไข้ลงราก" ของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ นั้น ต้องนับว่าเป็นความรู้การแพทย์แบบตะวันตกที่ถูกนำเข้ามาเผยแพร่โดยพวกมิชชั่นนารี โดยเฉพาะความรู้ที่พระองค์ทรงอธิบายนั้นกล่าวได้ว่าเป็นผลจากบทความเกี่ยวกับ "ไข้จับสั่นแลไข้พิศม์ไข้ป่า" ของแบรดลีย์ที่ถูกตีพิมพ์อยู่ใน **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** ดังที่ได้กล่าวมาแล้วไม่มากก็น้อย.

นอกจากนั้น แม้ว่าในเวลาต่อมาชนชั้นนำไทยจะได้รับรู้ความคิดเรื่องการที่โรคระบาดบางชนิดสามารถติดต่อกันได้ ซึ่งทำให้ต้องใช้มาตรการตั้งด่านกักเรือ (Quarantine) เพื่อตรวจสอบว่าคนบนเรือมีผู้เป็นโรคโดยสารมาด้วยหรือไม่ โดยผ่านงานเขียนของแบรดลีย์ เกี่ยวกับการประชุมนาชาติว่าด้วยการสุขาภิบาล "อินเตอแนชันแอล ชันนิเตรี คอนเฟอแรนซิ"[International Sanitory Conference]ที่เมืองคอนสแตนติโนเบิล เมื่อ ค.ศ.1866 ดังที่กล่าวมา

ก่อนหน้านี้แล้ว,[69] รวมทั้งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวก็น่าจะทรงประสบด้วยตนเองเมื่อพระองค์เสด็จประพาสสิงคโปร์และปัตตาเวียเมื่อ พ.ศ.2413 (ค.ศ.1870) ซึ่งเป็นช่วงที่อาณานิคมของอังกฤษในมาลายา (Strait Settlements) ได้ประกาศใช้กฎหมายกักด่านเรือภายใต้ชื่อ "The Native Passenger Act" เมื่อ ค.ศ.1858 และการประกาศใช้ "Quarantine Ordinance" ในปี ค.ศ.1868[70] แต่ชนชั้นนำไทยก็ยังมองความคิดเช่นนี้ด้วยความรู้สึกไม่เชื่อถือว่าวิธีการเช่นนี้จะมีผลปฏิบัติในการหยุดยั้งการระบาดของกาฬโรคได้จริง.

ความรู้สึกไม่เชื่อถือเช่นนี้สะท้อนอยู่ในการเสนอของชาวตะวันตกที่ให้มีการตั้งด่านกักเรือที่ออกจากเมืองท่าที่เกิดกาฬโรคระบาดที่ฮ่องกง. กล่าวคือ ในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2437 (ค.ศ.1894) กระทรวงต่างประเทศ ได้รับแจ้งความจากผู้แทนกงสุลอังกฤษว่าได้เกิดกาฬโรคระบาดที่เมืองฮ่องกง โดยระบุว่ากาฬโรคเป็น "โรคอันร้ายแรง...เป็นโรคติดต่อกันได้ แลเห็นว่าถ้าคนที่เป็นโรคอย่างที่กล่าวแล้ว มากับเรือลำหนึ่งลำใดแล้ว ก็น่าจะเกิดการโรคอันนั้นได้ในประเทศสยาม แลว่าถ้าไทยช่วยเปนธุระเอาหมายของเขาไปยื่นให้แก่เรือทั้งหลายนั้น แล้วเขาจะมีความยินดีเป็นอันมาก ถ้าเรือนั้นเข้ามาแล้วต้องให้หมอตรวจก่อน ถ้าหมอเห็นว่าคนในเรือนั้นเรียบร้อยดีก็ให้ปล่อยเรือนั้นเข้ามา ณ กรุงเทพฯ ถ้าเห็นว่ามีโรคติดต่อมาแล้ว ต้องให้เรือลำนั้นพักอยู่กว่าหมอจะเห็นควรให้เข้ามาจึงมาได้." กระทรวงต่างประเทศ มีความเห็นว่า "เพื่อจะป้องกันเสียซึ่งโรคอันร้าย...ไม่ให้เกิดขึ้นแก่บ้านเมืองของเราได้" จึงมีหนังสือถึงกรมทหารเรือ กระทรวงโยธาธิการ และกรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ เพื่อขอให้ช่วยจัดพนักงานออกไปตรวจเรือ.[71] ในวันเดียวกันนั้น เจ้าพระยาภาสกรวงศ์ มีหนังสือกราบทูล พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงเทววงษวโรปการ เสนาบดีกระทรวงต่างประเทศในขณะนั้นว่า การให้หมอไปคอยตรวจเรือที่เดินทางระหว่างเมืองจีนกับกรุงเทพฯ อันเป็นการ "ครัวรันตีน[qaurantine]เพื่อป้องกันชีวิตรประชุมชน ไม่ให้โรคภัยที่น่ากลัวซึ่งติดกัน อันจะทำลายชีวิตรมนุศยติดเรือมาเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ได้" นั้นถือเป็นโอกาสที่ดีที่ "ราชาธิปตัยจะได้ตั้งกฎหมายครัวรันตีนแลกฎหมายสำหรับความสำราญของประชากรสืบไป". อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งต่อการพิจารณาถึงประวัติศาสตร์ของการปะทะกันระหว่างความรู้ทางการแพทย์แบบก่อนปาสเตอร์กับการแพทย์สมัยใหม่ (หรือการแพทย์หลังปาสเตอร์) ในสังคมไทยก็คือ การที่เจ้าพระยาภาสกรวงศ์

มีความเห็นว่าการประกาศใช้กฎหมายตั้งด่านกักเรือในขณะที่เกิดกาฬโรคนี้จะทำให้สะดวกมากขึ้น เพราะชาวยุโรปเป็นผู้ขอให้ประกาศใช้เอง "เพราะฉนั้นเห็นด้วยเกล้าฯ ว่า ควรราชาธิปตัยจะจัดการให้สมประสงค์ของ ***ผู้ที่ตื่นตกใจกลัว ซึ่งยังเชื่อการครัวรันตีน*** ห้ามงดเรือไว้จนสิ้นเขตรอันจะป้องกันโรคที่จะติดมาในเรือนั้นได้ ***ดุจดังประชุมชนที่ยังเชื่อในการพิธีจรดพระนังคัล แลพิรุณสาตรอยู่ปานใด*** ราชาธิปตัยก็ต้องจัดการให้สมประสงค์ของผู้ที่มีความเชื่อถืออยู่"[72] พร้อมกันนั้นก็ได้เสนอร่าง "ข้อบังคับแลคำสั่งพิเศษของกรมพยาบาลในเรื่องเรือที่มีโรคร้ายติดตามด้วย".[73] ในวันต่อมา พระยาวุฒิการบดี ราชปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ มีหนังสือถึงพระยาพิพัฒโกษา ราชปลัดทูลฉลองกระทรวงต่างประเทศ โดยมีความเห็นว่า "ในส่วนการที่จะตรวจนั้นไม่สู้จะสำคัญ เมื่อไม่มีคนป่วยไข้ในเรือก็เปนการดี ถ้ามีขึ้นแล้ว ต้องจัดการผ่อนคนไข้ขึ้นรักษาที่แห่งใดแห่งหนึ่ง แลตรวจเรือบังคับให้ทำตามกฎหมายครัวรันตีน" พร้อมกับได้เสนอให้ตั้ง "[สถาน]ที่แห่งหนึ่งแห่งใดปลูกเปนโรงพักขึ้นไว้ แลมีหมอแลคนพยาบาลสำหรับด้วย ที่จะได้รักษาคนเจ็บนั้น แลต้องมีผู้ตรวจผู้รักษาตามสมควร."[74]

ความเห็นของเจ้าพระยาภาสกรวงศ์ที่ว่า "ผู้ที่ตื่นตกใจกลัว ซึ่งยังเชื่อการครัวรันตีน... ดุจประชุมชนที่ยังเชื่อในการพิธีจรดพระนังคัลแลพิรุณสาตรอยู่ปานใด" นั้นได้สะท้อนให้เห็นว่าชนชั้นไทยนำกลุ่มหนึ่งไม่เชื่อว่าการตั้งด่านกักเรือจะมีผลในทางปฏิบัติได้จริงในการหยุดการแพร่กระจายของกาฬโรค เพราะการเชื่อเช่นนั้นก็จะเท่ากับเป็นการเชื่อต่อความคิดเรื่องการที่โรคนั้นสามารถติดต่อถึงกันได้ ซึ่งได้ถูกปฏิเสธไปแล้วโดยผู้รู้ทางการแพทย์ที่สังคมไทยรู้จักดีอย่างแบรดลีย์และแม้กระทั่งรัฐบาลอังกฤษที่อินเดียเองก็ถึงกับตั้งคณะกรรมการเพื่อศึกษาและปฏิเสธความคิดเช่นนี้อย่างแข็งขัน ดังจะกล่าวถึงในบทต่อไป. ดังนั้นจึงอาจจะไม่ใช่เรื่องแปลกนักกับการที่นักเรียนเก่าอังกฤษอย่างเจ้าพระยาภาสกรวงศ์จะมีความเห็นว่า ความเชื่อที่ว่าโรคสามารถติดต่อกันได้นั้นไม่ได้มีคุณค่าแตกต่างกับความเชื่อในเรื่องพิธีกรรมเกี่ยวกับปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ เช่น พระราชพิธีจรดพระนังคัลแรกนาขวัญ และพระราชพิธีพิรุณศาสตร์. นอกจากนี้แล้ว เมื่อพิจารณาร่างข้อบังคับที่แนบมาพร้อมกันนั้นก็จะพบว่า ความรู้ทางการแพทย์ที่ใช้รองรับการออกประกาศใช้ข้อบังคับการกักเรือนั้นมีอยู่เพียงอย่างเดียว คือ กาฬโรคสามารถติดต่อกันได้ แต่ก็ไม่มีคำอธิบายอย่างอื่นว่าทำไมถึงเป็นเช่นนั้น ติดต่อกันได้เพราะ

อะไร ทำไมต้องแยกผู้ป่วยออกจากคนโดยสารอื่นๆ ทำไมต้องชำระล้างเรือ ทำไมต้องเผาเสื้อผ้าและข้าวของเครื่องใช้คนตายจากกาฬโรค. ดังนั้นจึงพบว่ามีแต่ข้อห้ามและข้อบังคับต่างๆ โดยไม่มีคำอธิบายว่าทำเช่นนั้นแล้วจะไม่ทำให้กาฬโรคระบาดได้อย่างไร เช่น

ข้อ 4 กำหนดห้ามคนโดยสารมาในเรือที่เปนผู้ไม่หยากจะให้เอายาอบรมสิ่งของๆ ตนนั้น ต้องนับเปนต้น ตั้งแต่วันเจ้าของได้เอาเสื้อผ้าของตนออกผึ่งลมไว้แลได้ผึ่งไว้เช่นนั้นตลอดเวลาที่ต้องห้าม แลเจ้าของเองต้องกระพือทุกๆ วัน ส่วนสิ่งของที่โรคจะติดได้นั้นต้องนับวันห้ามตั้งแต่เอาออกตากลมแลรมยาแล้วเปนต้นไป

ข้อ 5 บรรดาผู้ที่เปนโรคร้ายซึ่งติดกันได้นั้น จะต้องอยู่ในที่แห่ง 1 ต่างหากจากคนอื่นที่โดยสารเรือมาด้วยกัน แลจะต้องอยู่ในที่นั้น มีพนักงานกำกับรักษาอยู่คน 1 ฤๅหลายคนตามจำนวนคนไข้มากแลน้อย

ข้อ 6 เสื้อผ้าแปลนอนฤๅผ้าปูที่นอนฤๅสิ่งของอื่นๆ ที่เปนของคนไข้ตายด้วยโรคร้ายนี้ เคยใช้อยู่ทุกวัน ในเวลาเดินทางมาในเรือ ฤๅเมื่อมาถึงท่าแล้วก็ดี ควรต้องเผาไฟเสียให้สิ้น...

ข้อ 8 เรือแลคนโดยสานเรือ หรือสินค้าที่บันทึกมาในเรือก็ดี ถ้าถูกต้องร่างกายผู้ที่ป่วยเปนโรคร้ายลงใหม่ๆ นั้น จะต้องถูกห้ามใหม่อีกครั้งหนึ่ง

ข้อ 9 คนโดยสารเรือที่มาในเรือเปนโรคร้ายอันติดกันนั้น จะต้องให้แยกเสียจากคนไข้ แลภายในเวลาที่ต้องห้ามอยู่นั้น จะไปมาหาผู้ใดไม่ได้

แม้ว่าในที่สุดได้มีการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้และด่านกักเรือตรวจโรคได้ถูกตั้งขึ้นที่เกาะไผ่ และต่อมาในภายหลังก็ย้ายไปอยู่ที่เกาะพระ แต่กล่าวได้ว่า ความคิดที่ว่าเชื้อจุลินทรีย์เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคตามแบบการแพทย์สมัยหลังยุคปาสเตอร์นั้นก็ยังเป็นสิ่งที่ยังถูกตั้งข้อสงสัยแม้จนกระทั่งในทศวรรษแรกของคริสต์ศตวรรษที่ 20 ก็ยังมีคนจำนวนหนึ่งที่ยังสังสัยและไม่เชื่อถือในความรู้ทางการแพทย์และวิธีการรักษาแบบปาสเตอร์ในขณะที่เริ่มเปิด "ปาสตรุสภา" (Pasteur Institute) ดังที่ปรากฏอยู่ใน "คำกราบบังคมทูลรายงานปาสตรุสภา" ของเจ้าพระยายมราช เมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2456 (ค.ศ.1913) ที่ว่า "ความเห็นแห่งวิธีรักษา

ของมหาชนยังต่างกันอยู่ บางพวกก็ว่ามีวิธีอื่นที่รักษาได้ บางคณะก็เห็นว่าวิธีที่เรียกปาสตัวควรเชื่อได้แน่นอนกว่าวิธีอื่น ไม่ยุติลงได้."[75]

อย่างไรก็ตาม สามารถกล่าวได้ว่า ความคิดเรื่องความเน่าเสียของสภาพแวดล้อมต่างๆ คือสาเหตุของการเกิดโรคนั้นได้มีผลอย่างสำคัญต่อกำเนิดของการจัดการทางด้านสุขาภิบาลและสาธารณสุขในสังคมไทย. ตามที่ได้กล่าวไปแล้วว่าความคิดเช่นนี้ได้มีอิทธิพลต่อความคิดของชนชั้นนำไทย ดังที่ปรากฏอยู่ในพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และการประกาศใช้กฎหมายฉบับต่างๆ เพื่อขจัดความสกปรกโสโครกของบ้านเมือง ดังเช่น "ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทิ้งสัตว์ตายลงในน้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ่มประตูน่าต่าง" เมื่อ พ.ศ.2399 (พ.ศ.2400/ค.ศ.1856) ที่ระบุว่าการทิ้งซากสัตว์ลงในแม่น้ำจะทำให้แม่น้ำลำคลอง "ไม่สอาด" ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิด "เป็นโรคต่างๆ",[76] "พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลองมีอยู่ 10 ข้อ" เมื่อ พ.ศ.2413 ซึ่งห้ามตั้งส้วมริมคลองและทิ้งซากสัตว์ในแม่น้ำลำคลอง,[77] "กฎหมายโปลิศ" เมื่อ พ.ศ.2418 (ค.ศ.1875) ที่มีข้อห้ามในเรื่องการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะใน "ที่กลางแจ้ง",[78] "ข้อบังคับเปนกฎสำหรับการประพฤติแห่งผู้ที่ตั้งทำนาในคลองนิยมยาตราเปนการรักษาคลอง" เมื่อ พ.ศ.2432 (ค.ศ.1889) ที่ห้ามตั้งส้วมในระยะ 4 เส้นจากคลองนิยมยาตรา เพราะว่า "จะได้ไม่เปนที่รังเกียจน้ำในคลอง ซึ่งจะบริโภคใช้สอย" (ข้อ 2) และ "ห้ามมิให้ลงไปอาบน้ำในคลองเมื่อเวลาปิดทำนบ มิให้ถ่ายอุจาระปสาวะในที่คันคลองเปนอันขาด เพราะน้ำนั้นจะได้อาไศรยบริโภคใช้สอยทั่วกัน ถ้าทำสิ่งซึ่งโสโครกลงไปก็เปนที่รังเกียจ" (ข้อ 4)[79] เป็นต้น, แต่ผลกระทบที่สำคัญอย่างแท้จริงของแนวคิดเช่นนี้คือ การนำไปสู่ความคิดในเรื่องการจัดระบบสุขาภิบาลในสังคมไทย ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดว่ามีพื้นฐานจากความคิดที่ว่าความโสโครกของสภาพแวดล้อมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ดังที่พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าจันทรทัตจุฑาธาร อธิบดีกรมพยาบาล มีความเห็นเสนอเสนาบดีกระทรวงธรรมการจากกรณีกาฬโรคระบาดในเมืองจีนเมื่อปี พ.ศ.2438 (ค.ศ.1895)ว่า นอกจากจะจัดตั้งด่านกักเรือแล้ว "กรมพยาบาลควรแต่งให้แพทย์ออกเที่ยวบ้านเรือนราษฎรแลที่ถนนหลวงแลสถานต่างๆ ถ้าเห็นว่าที่ตำบลใด ***มีของโสโครกอันจะเปนเหตุให้เกิดโรค*** หรือควรจะแก้ไขได้อย่างใดแล้ว ให้มีอำนาจจากกรมพระนครบาล โดยมีหนังสือสำคัญสำหรับตัว สั่งให้เจ้าของบ้านเจ้าของที่นั้นๆ จัดการ

ตามที่แพทย์ผู้ตรวจนั้นจะสั่งให้ทำหรือไม่ฉะนั้นจะให้แพทย์ผู้ตรวจทำรายงานมาส่งแล้วบอกไปกรมพระนครบาลให้จัดการต่อไปก็ได้."[80]

อย่างไรก็ตาม ความคิดที่จะจัดการกับความโสโครกและการรักษาความสะอาดของเมืองกรุงเทพฯ ได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นระบบครั้งแรกในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2436 (ค.ศ.1893) เมื่อพระยาสโมสรสรรพการ ได้ยื่นหนังสือถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิธาดา ซึ่งดำรงตำแหน่งแทนเสนาบดีกระทรวงโยธาธิการ เพื่อเสนอให้มีการจัดการเรื่องความสะอาดในกรุงเทพฯ เนื่องจากมีความเห็นว่า "การบำรุงพระนครทุกวันนี้ได้ทำขึ้นให้สอาดเรียบร้อยมากขึ้นทุกที แต่ยังมีความขัดข้องอยู่ด้วยพวกราษฎรทั้งหลายทำทางโสโครก ขับถ่ายของโสโครกลงเนืองๆ ในที่ได้บำรุงแล้วแลยังไม่ได้บำรุง การข้อนี้เป็นเหตุใหญ่ที่เป็นข้าศึกแก่ความสอาดเรียบร้อย." พระยาสโมสรสรรพการจึงเสนอวิธีการ 6 ประการ กล่าวคือ 1) จัดให้มีเครื่องรับของโสโครกที่ราษฎรถ่ายเพื่อนำไปทิ้งและเผาในที่อันควร, 2) จัดให้มีถังและม้านั่งสำหรับให้คนถ่ายลงในถัง เรือนละ 1 ถังหรือตามความต้องการ และจัดให้มีพนักงานคอยนำถังโสโครกไปเปลี่ยนให้ทุกวัน โดยคิดเงินค่าบริการ, 3) จัดให้มีตะกร้าเก็บขยะทุกเรือน, 4) จัดให้มีถังสำหรับรับสิ่งของจากกระโถน, 5) ทำเว็จสำหรับผู้เดินทาง, และ 6) รับจัดการสัตว์เลี้ยงที่ตาย.[81] แม้จะไม่ปรากฏว่ารัฐได้มีการดำเนินการอย่างไรต่อมาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในช่วงนั้น แต่ต่อมาในวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ.2440 (ค.ศ.1897) พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นนเรศรวรฤทธิ์ ทำหนังสือกราบบังคมทูลสมเด็จพระราชินีนาถ ผู้สำเร็จราชการแผ่นดินแทนองค์พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งกำลังเสด็จประพาสยุโรป เพื่อเสนอเรื่องวิธีการจัดการในกรมศุขาภิบาล โดยกำหนดให้มีหน้าที่ 4 ประการ คือ 1) กำจัดขยะเยื่อฝอย, 2) การจัดการเรื่องการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของประชาชน, 3) การจัดการเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของบ้านเรือนราษฎร, และ 4) การป้องกันและการห้ามทำความโสโครก.[82]

ผลที่เป็นรูปธรรมของข้อเสนอนี้ คือ การประกาศใช้ "พระราชกำหนดศุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ.116" (พ.ศ.2440/ค.ศ.1897) ขึ้นเพื่อ "ป้องกันโรคภยันตรายของมหาชน...ในกรุงเทพฯ แลให้สืบสวนตรวจตราการที่เกี่ยวในทางโรคภัยของมหาชนทั่วไป เพื่อจะได้ดำริห์ทำข้อบังคับ

แลทำการต่างๆ ตามสมัยตามคราวอันสมควรแก่การรักษาความสอาด ป้องกันไม่ให้เกิดโรคภัย กับทั้งจะให้ได้เปนระเบียบเรียบร้อยแลงดงาม ให้เปนที่เจริญทั่วไปตลอดเขตรแขวงพระนคร" โดยกำหนดให้มีการตั้งกรมศุขาภิบาล ขึ้นในสังกัดกระทรวงนครบาล และมีการกำหนดมาตรการต่างๆ ในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องการสุขาภิบาลของเมืองกรุงเทพฯ เช่น "การจัดเว็จที่ถ่ายอุจาระแลปัสสาวะของมหาชนทั่วไป" (หมวดที่ 2 ข้อ 2), หรือ "จัดการห้ามต่อไปในภายน่าอย่าให้ปลูกสร้าง หรือซ่อมเรือนโรงที่จะเป็นเหตุให้บังเกิดโรคได้" (หมวดที่ 2 ข้อ 3) เป็นต้น.[83] ในรายงานประจำปี ร.ศ.117 (พ.ศ.2441) ของกรมศุขาภิบาล โดยนายแพทย์แคมเบล ไฮเอต (Campbell Highet) ระบุว่าได้มีการสร้างส้วมขึ้นจำนวน 65 หลังภายในเขตกำแพงเมือง และได้ทำสัญญารับเหมาให้บริษัทสอาดจัดการเรื่องขนถ่ายถังอุจจาระจำนวน 300 ถัง, โดยมีส้วมเพิ่มขึ้นเป็น 74 หลังในรายงานประจำปี ร.ศ.118 (พ.ศ.2442) และเพิ่มขึ้นเป็น 77 หลังในรายงานประจำปี ร.ศ.119 (พ.ศ.2443) โดยในปีนี้ได้แนบบัญชีรายชื่อเว็จในกรุงเทพฯ มาด้วย.[84]

กฎหมายในการกำหนดให้ประชาชนรักษาความสะอาดและให้ถ่ายอุจจาระเป็นที่เป็นทางนั้นนอกจากจะกำหนดให้มีพื้นที่ที่ชัดเจนของการถ่ายอุจจาระด้วยการสร้างส้วมขึ้นแล้ว ผลที่ตามมาก็คือการทำให้ปัญหาของการขยายตัวเป็นเมืองขนาดใหญ่ของกรุงเทพฯ ถูกทำให้เห็นได้ชัดเจนมากขึ้นว่า เมื่อมีคนมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากโดยไม่ได้มีวิธีการจัดการเกี่ยวกับการถ่ายเทของเสียและการขับถ่ายให้เป็นระบบแล้ว สภาพแวดล้อมและกลิ่นของเมืองจะเป็นอย่างไร. สภาวะของกลิ่นที่เกิดจากเมืองขนาดใหญ่เช่นนี้สามารถรับรู้ได้จากรายงานการตรวจสภาพส้วมและพฤติกรรมการขับถ่ายของคนกรุงเทพฯ โดยหลวงสาทรศุภกิจ ที่ยื่นเสนอต่อพระยาเทเวศร์วงศ์วิวัฒน์ ผู้บัญชาการกรมศุขาภิบาล เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2444 (ค.ศ.1901) ว่า จากการที่ตนกับเจ้าพนักงานได้ออกไป "ตรวจเว็จในท้องที่ตำบลสำเพ็งเป็นการพิเศษ" เมื่อวันที่ 22 เดือนพฤษภาคม โดยได้ออกตรวจตั้งแต่ถนนเยาวราชฝั่งตะวันตกจนถึงริมแม่น้ำเจ้าพระยา ตลอดลงไปตามถนนเจริญกรุงฝั่งตะวันตกจนถึงคลองผดุงกรุงเกษมที่เชิงสะพานพิทยเสถียร นั้นรวมโดยเบ็ดเสร็จแล้วมีส้วมทั้งสิ้นเป็นจำนวน 214 แห่ง. อย่างไรก็ตาม จำนวนส้วมที่กล่าวนี้ยังไม่ได้รวมบรรดาส้วมทั้งหลายที่

"เห็นไม่ได้ด้วยไม่มีตรอกซอกทางจะเดินเข้าไป หรือไม่สามารถจะเข้าไปตรวจดูในบ้านของเขาได้เช่นหมู่บ้านตามลำคลองเล็กๆ ในตำบลสำเพ็งนี้ บ้านหนึ่งโรงหนึ่งก็ตั้งเว็จขึ้นริมคลองทุกบ้าน ที่ไม่มีเว็จก็อาไศรย์ถ่ายลงไปในคลอง ที่บ้านใกล้เว็จใกล้ถานก็ไปอาไศรย์ถานแลเว็จนั้น อีกพวกหนึ่งขี้เกียจเดินไปก็ถ่ายลงไว้ตามริมถนนริมตอกซอกทางในรางน้ำแลกองขยะมูลฝอยกอหญ้าเป็นกองๆ หรือที่เตียนๆ ก็ถ่ายลงไว้มีหลายร้อยแห่ง อนึ่งถ้าเป็นตึกใหญ่ๆ บ้านใหญ่ๆ เช่นนี้มักจะขุดหลุมตั้งเว็จในบ้าน หรือใช้ถังรองรับแล้วจ้างคนเอาไปเททุกๆ บ้าน ถ้าเป็นบ้านใหญ่บางทีก็ถึง 2-3 เว็จก็มี ที่บ้านอยู่ใกล้เคียงได้ความเดือดร้อนด้วยกลิ่นเหม็นเป็นที่โสโครกอย่างยิ่ง แต่เว็จที่ตั้งอยู่ริมแม่น้ำริมคลองน้ำใหลเข้าออกได้นั้น ถึงจะเป็นเว็จใหญ่คนไปถ่ายมากก็ไม่สู้จะโสโครกนัก เพราะน้ำใหลพักไปเสียได้บ้าง แต่เว็จที่ตั้งอยู่ริมคลองเล็กหรือริมคูน้ำใหลเข้าออกไม่ได้เช่นนี้โสโครกเป็นที่สุด อีกประการหนึ่งเว็จที่ตั้งในตึกริมตรอก หรือริมคลองคูนั้นเจาะผนังตึกเป็นท่อให้อุจาระใหลออกมาในคลองคู แล้วมาสมทบกับน้ำโสโครกที่กองขยะมูลฝอยเน่าอยู่ในคูนั้นยิ่งเก่งหนักขึ้น อนึ่งที่ตำบลตรอกหมู, ตรอกพระยาไกร, ตรอกเจ๊สัวเนียม แลตรอกเล็กที่แยกไปทุกตรอกนั้น ตามริมตรอกแลรางน้ำเต็มไปด้วยขยะ เยื่อมูลฝอยแลน้ำโสโครกที่เททิ้งไว้หรือเจาะผนังตึกให้น้ำโสโครกใหลมาลงในรางในคูดังเช่นท่ออุจาระที่กล่าวแล้วนั้นก็มี ถ้ารางน้ำนั้นใหลไปลงคลองคูได้ก็ยังชั่วสักหน่อย ถึงเช่นนั้น น้ำในสำรางก็ยังโสโครกอยู่เป็นอันมาก ถ้าใหลไปไม่ได้ยิ่งเหม็นฟุ้งตระหลบแต่ถึงอย่างไรก็ดี คงไปรวมอยู่ในคลองคูซึ่งเป็นบ่อโสโครกแลขยะมูลฝอยหรืออุจาระของเน่าต่างๆ ลงไปในรางในคูนั้นเสมอ แลคลองคูซึ่งเป็นที่เน่าเหม็นนั้นมีหลายแห่งสังเกตดูเมื่อเวลาเดินไปก็พอทน แต่รู้ศึกมีกลิ่นเหม็นเสมอถ้าหยุดอยู่ยิ่งหนักขึ้น ถ้าเป็นที่สำคัญแต่พอเดินผ่านไปไม่หยุดอยู่ก็เต็มกลั้นทีเดียว เมื่อเวลาไปตรวจฝนตกลงมาด้วย ได้แลเห็นการโสโครกในเวลานั้นนับว่าเป็นอย่างเอกได้ทั้งกลิ่นโสโครกก็ยิ่งเหม็นฟุ้งตระหลบไป." [85]

ปัญหาเรื่องความโสโครกของสภาพแวดล้อมของเมืองขนาดใหญ่เช่นนี้ ผนวกกับปัญหา

การระบาดของโรคชนิดต่างๆ ที่แพร่เข้ามาในสยามผ่านเส้นทางการคมนาคมทางเรือที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทั้งในแง่ปริมาณและในแง่ของเมืองท่าที่เรือเหล่านั้นเคยจอดแวะ ซึ่งทำให้โรคบางชนิดที่เคยระบาดอยู่ในสภาพแวดล้อมหนึ่งๆ จนไม่มีผลร้ายแรงต่อผู้คนในชุมชนเพราะสภาพการปรับตัวระหว่างคนที่เป็นพาหะกับเชื้อปรสิตนั้นสามารถแพร่กระจายออกมาสู่ชุมชนใหม่ๆ ที่ก่อให้เกิดเป็นโรคระบาดที่ร้ายแรงได้แพร่หลายมากขึ้น,[86] สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้คนรู้สึกได้ไม่ยากว่า โรคระบาดต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านั้นมีที่มาจากสภาพความเน่าเสียและความสกปรกโสโครกของเมืองขนาดใหญ่ที่ยังไม่ได้ถูกจัดระเบียบ ดังที่ได้สะท้อนอยู่ในพระราชหัตถเลขาของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่ทรงพระราชทานถึงพระยาเทเวศร์วงวิวัฒน์ เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2442 (ค.ศ.1899) ที่ว่า

> *"ตั้งแต่ไปมาที่สวนดุสิตเกือบจะ 5 เดือนเข้านี้แล้ว ยังไม่ได้เหม็นที่บริษัทสอาดเหมือนวานนี้เลย พันวิสัยจะทนทานได้ผ้าเช็ดหน้าทั้งผืนอุดปากอุดจมูกก็บางไปกลับมาออกขุนนางแล้วกลับเข้ามาข้างในยังเหม็นติดอยู่ต่อไม่หายเป็นนาน ถ้าเป็นอยู่เช่นนี้นานไป* ***ขืนไปมาอยู่เสมอทางนั้นเห็นจะเป็นโรคฝีในท้องฤๅอันใดอันหนึ่ง."*** [87]

---

1 ดู ประทีป ชุมพล, **ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย** (กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2541), น.48.

2 ประทีป, **ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย,** น.49; และดู อวย เกตุสิงห์, "การแพทย์ไทยกับการแพทย์แบบตะวันตก," **สังคมศาสตร์การแพทย์,** ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม - มีนาคม 2521): 10-18, ดู น.13-4.

3 Dhiravat na Pombejra, **Court, Company, and Campong: Essays on the VOC**

presence in Ayutthaya (Ayutthaya: Ayutthaya Historical Study Center, 1993), pp.25-39.

4 "ตำราพระโอสถพระนารายน์" [พิมพ์ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2466, สมเด็จพระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนี โปรดเกล้าฯ ให้พิมพ์พระราชทานในงานศพพระยาแพทยพงษา (นาก โรจนแพทย์)], พิมพ์ซ้ำใน **อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพนางไขศรี ทองธิว** (ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม กรุงเทพฯ, วันอาทิตย์ที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2533), น. 71-90, อ้างจาก น.80.

5 "ตำราพระโอสถพระนารายน์," น.90.

6 Dhiravat, **Court, Company, and Campong,** pp.37-38.

7 ในบทที่ว่าด้วยความรู้ทางการแพทย์และเคมีของชาวสยาม เดอ ลา ลูแบ กล่าวว่า "[t]heir chief ignorance is to know nothing in Chyrurgery, and to stand in need of the Europeans, not only for Trapans, and for all the other difficult Operations of Chyrurgery, but for simple Blood-letting. They are utterly ignorant of Anatomy: and so far from having excited their Curiosity, to discover either the Circulation of the Blood, or all the new things, that we know touching the structure of the body of animals..." See Simon De La Loubere, **The Kingdom of Siam** (Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1969), pp.62-3. ความจริงความรู้เรื่องระบบการหมุนเวียนของโลหิตก็เป็นความรู้ที่ "ใหม่" มากสำหรับการแพทย์ของตะวันตกในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 17 อันเป็นผลจากการค้นพบที่ปฏิวัติความรู้เกี่ยวกับเรื่องการไหลเวียนของเส้นเลือดและการทำงานของหัวใจโดย William Harvey ซึ่งได้ตีพิมพ์ **De motu cordis et sanguinis** (On the Motion of the Heart and Blood) ในปี ค.ศ.1628 (พ.ศ.2171), ดูปริทัศน์และบทคัดสรรงานของ William Harvey ใน Logan Clendening (complied with notes), **Sources Book of Medical History** (New York: Dover Publications, INC., 1942), pp.152-169.

8 วิลเลี่ยม แอล บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน** ศรีเทพ แววหงษ์ และศรีลักษณ์ สง่าเมือง แปล (เอกสารวิชาการหมายเลข 58, สถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529), น.74; D.B. Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley, M.D. Medical Missionary in Siam 1835-1873,** edited by George Haws Feltus (Cleveland Ohio: the Multigraph Department of Pilgrim Church, 1936), p.64.

9 บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.75-77.

10 งานที่อธิบายถึงการรับความรู้สมัยใหม่จากตะวันตกของชนชั้นนำสยามในช่วงดังกล่าวได้น่าสนใจ คือ วิไลเลขา ถาวรธนสาร, "ผู้นำไทยกับการรับวัฒนธรรมตะวันตก" ใน **จุลสารวิชาการ** (สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย) ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม 2530). กรุณาดูชีวประวัติของสมเด็จเจ้าพระยามหาศรีสุริยวงศ์ใน ณัฐวุฒิ สุทธิสงคราม, **สมเด็จเจ้าพระยามหาศรีสุริยวงศ์,** 2 เล่ม, พิมพ์ครั้งที่ 2 (พระนคร: สำนักพิมพ์แพร่พิทยา, 2516), เกี่ยวกับเรื่องการศึกษาดูเล่ม 1, น.131-137.

11 "History of the Sandwich Islands, Overthrow of Idolatry," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 16 (October, 1845): 13-15.

12 Prince T.Y. Chaufa Mongkut, letter of "the High priest & head of the Church named Wat Pawaraniwes in Bangkok modern Capital of Siam" to Mr. & Ms. Eddy of New York, United States, 18 November 1849, พิมพ์ซ้ำใน **พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว** (กรุงเทพฯ: มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2521), น.6-18. ดูการอภิปรายเกี่ยวกับการถกเถียงในเรื่องการเปรียบเทียบระหว่างศาสนาคริสต์กับศาสนาพุทธของปัญญาชนไทยกับมิชชั่นนารีตะวันตกในงานของผู้เขียนเรื่อง "การทำตะวันตกให้เป็นตะวันออกของสยาม (Orientalizing the Occidental of Siam): การตอบโต้รับมือกับวาทกรรมความเป็นอื่นของมิชชันนารีตะวันตกโดยปัญญาชนสยามในช่วงต้นศตวรรษที่ 19" **รัฐศาสตร์สาร** (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 (2541): 253-313.

13 "ทางหลวงในกรุงเทพฯ," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 21 (22 ธันวาคม ค.ศ. 1866): 254.

14 จดหมายเหตุรัชกาลที่ 4, จ.ศ. 1215 เลขที่ 82, อ้างอยู่ใน Charnvit Kasetsiri, "Siam/Civilization - Thailand/Globalization: Things to Come?" (paper presented at The International Asian Historians Association (IAHA), Chulaiongkorn University, 1996), p.6. บทความชิ้นนี้ต่อมาตีพิมพ์ในชื่อเดียวกันใน **Thammasat Review** 5:1 (December, 2000): 114-133. อย่างไรก็ตาม บทความฉบับที่ตีพิมพ์นี้ได้ตัดคำภาษาไทยที่ถอดเสียงคำภาษาอังกฤษบางคำ เช่น "ศิวิไลยเซตแลแอนไล้ตแรตนาแฉน" เป็นต้น ออกโดยให้คำภาษาอังกฤษเลียนเสียงภาษาไทยแทน ทั้งๆ ที่ในบางแห่งก็ได้อ้างเป็นภาษาไทยเอาไว้ด้วย ดังนั้นการอ้างอิงจะใช้เอกสารฉบับที่เสนอเป็นครั้งแรก.

15 จดหมายเหตุรัชกาลที่ 4 ไม่ปรากฏศักราช เลขที่ 357; อ้างใน Charnvit Kasetsiri, "Siam/Civilization - Thailand/Globalization: Things to Come," p.6.

16 พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, "พระราชหัตถเลขาภาษาอังกฤษ ไม่มีนามผู้รับ แต่เข้าใจว่าพระราชทานไปยังมิสเตอร์ ทอมาส ยอช นอกส กงสุลอังกฤษประจำ ณ กรุงเทพฯ ปีขาล พ.ศ.2409", กรมหมื่นพิทยาลงกรณ์ แปล, ใน **พระราชหัตถเลขา พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าอยู่หัว,** 3 เล่ม (กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2506), เล่ม 2, น.126-7.

17 Thongchai Winichakul, "The Quest for 'Siwilia': A Geographical Discourse of Civilizational Thinking in the Late Nineteenth and Early Twentieth-Century Siam," **Journal of Asian Studies** 59:3 (August 2000): 528-549, cited from 535.

18 พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, "พระราชหัตถเลขาถึงขุนมหาสิทธิโวหาร" ใน **พระราชหัตถเลขา พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าอยู่หัว** (กรุงเทพฯ: องค์การค้าคุรุสภา, 2506), เล่ม 3, น.161-163.

19 Anna Leonowens, **The English Governess at the Siamese Court: Being the Recollections of Six Years in the Royal Palace at Bangkok** [1870] (Singapore: Oxford University Press, 1989). ดูบันทึกเกี่ยวกับแอนนาใน บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.138-142. ดูบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับแอนนา เลียวโนเวนส์ของ Patrick Jory, "The King and Us: Representations of monarchy in Thailand and the case of *Anna and the King*," **International Journal of Cultural Studies** Volume 4:2 (2001): 201-218.

20 Charnvit, "Siam/Civilization - Thailand/Globalization: Things to Come," pp. 6 -7.

21 ดูบันทึกการทำงานของแบรดลีย์ใน Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley;** และดูประวัติภาษาไทยโดยสรุปได้ใน วิลเลี่ยม แอล บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน.**

22 ความรับรู้ทั่วไป คือแบรดลีย์จบการศึกษาแพทย์ในระดับปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัยนิวยอร์ก แต่ห้องสมุดวิทยาลัยโอเบอร์ลิน (Oberlin College Library) ที่เก็บรักษาต้นฉบับเดิมของบันทึกของแบรดลีย์ได้ทำบันทึกไว้ว่าแท้จริงแล้วแบรดลีย์จบจาก "College of Physicians and Surgeons" ซึ่งแบรดลีย์มีรายชื่อผู้สำเร็จการศึกษาอยู่ที่นั่นเมื่อ ค.ศ.1832 และต่อมาวิทยาลัยแห่งนี้ได้กลายเป็นคณะแพทยศาสตร์ของวิทยาลัยโคลัมเบียในปี ค.ศ.1860. ปัญหาเรื่องสถานศึกษาของแบรดลีย์อาจจะมาจากการที่ผู้สำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยแห่งนี้จะได้รับประสาทปริญญาบัตรโดย "The Regents of the University of the State of New York); อ้างในใบแทรกลงวันที่ 5/30/1967 ใน Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** p.3.

23 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, **พระราชพิธีสิบสองเดือน** พิมพ์ครั้งที่ 18 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณาคาร, 2542), น.125

24 ดู B.J. Terwiel, "Asiatic Cholera in Siam: Its First Occurrence and the 1820

Epidemic," pp.117-141, in **Death and Disease in Southeast Assia: Explorations in Social Medical and Demographic History,** ed. Norman G. Owen (Singapore: Oxford University Press, 1987). บทความชิ้นนี้เคยได้รับการแปลเป็นภาษาไทยมาก่อนการตีพิมพ์ของฉบับภาษาอังกฤษ คือ บี.เจ. เตรวิล, "ไข้ห่าในสยาม: อุบัติการณ์คราวแรกกับการระบาดใหญ่เมื่อปี 2363" แปลโดยสุพจน์ แจ้งเร็ว, **ศิลปวัฒนธรรม** ปีที่ 5 ฉบับที่ 6 (เมษายน 2527): 20-32. ข้อเสนอสำคัญของ Terwiel คือการระบาดของอหิวาต์ (ตามความหมายปัจจุบัน) นั้นเพิ่งเกิดขึ้นครั้งแรกในสยามเมื่อ พ.ศ.2363 ขณะที่การเกิดโรคระบาดอื่นๆ ก่อนหน้านั้น ขึ้นไปที่เคยมีคนพยายามระบุว่าเป็นโรคอหิวาต์นั้นยังไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนที่ระบุได้ว่าเป็นการระบาดของโรคอหิวาต์แต่อย่างใด. ดูการสอบถามฟินเลย์สันของกรมหมื่นเจษฎาบดินทร์ใน George Finlayson, **The Mission to Siam and Hue** 1821-2 (Singapore: Oxford University Press and the Siam Society, 1988), p.196-9.

25 Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** p.8.

26 Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** p.33; และบรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.45.

27 ขจร สุขพานิช, "หมอบรัดเล และมิชชันนารีอเมริกัน" ใน **ข้อมูลประวัติศาสตร์สมัยบางกอก** (กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2531), น.117-144; และดู Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** p.38

28 Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** pp.10 and 21; และบรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.45-47.

29 บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.86-91.

30 Bradley, **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley,** pp.27-28; และ

บรัดเลย์, **สยามแต่ปางก่อน,** น.71.

31 "คำอธิบาย. Prospectus." **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 1 (July, 1844): 1.

32 "ตำราขี้ผึ้งปิดแผลทั้งปวง Ointments," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 1 (July, 1844): 3-4.

33 "Lotions for Ulcers," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 2 (August, 1844): 7-8.

34 "General Treatment of Ulcers," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 2 (August, 1844): 8; "ตำรารักษาแผลต่อไป. Treatment of Ulcers Continued," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 3 (September, 1844): 10-11; "ตำรารักษาแผลต่อไป. Treatment of Ulcers," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 4 (October, 1844): 15-16.

35 "Vaccination Successful in Siam," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 3 (September, 1844): 10.

36 "Smallpox and Cholera in Calcutta," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 4 (October, 1844): 14.

37 "การปลูกฝีโคยังจำเริญอยู่. Vaccination Prosperous," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 4 (October, 1844): 16.

38 "Treatment of Incised Wounds," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 5 (November, 1844): 19-20.

39 "On Intermittent Fever," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 7 (January, 1845): 28 และ เล่มที่ 1 ใบที่ 8 (February, 1845): 31-32; "Treatment of Remittent Fevers," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 11 (May, 1845): 43-44.

40 "Origin of Quinine," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 9 (March, 1845): 35-36.

41 "Circulation of the Blood. No.1," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 5 (November, 1844): 18-19; "Circulation of the Blood. No.2," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 6 (December, 1844): 23-24; "Circulation of the Blood. No.3," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 7 (January, 1845): 26-28; "Arteries, Veins, Source of Animal Heat, Alimentation," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 12 (June, 1845): 47-48.

42 "Femoral Artery Tied in the Groin For a Larger Femoral Anurism, at the Bangkok Dispensary," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 12 (June, 1845) : 48.

43 "Causes of Intermittent Fever," **หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 9 (March, 1845): 36.

44 "Causes of Intermittent Fever," น.36.

45 "Causes of Intermittent Fever Continued," **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 10 (April, 1845): 39-40.

46 "On Idio-Miasmata," **หนังสือจดหมายเหตุ Bangkok Recorder** เล่มที่ 1 ใบที่ 11

(May, 1845): 42-43.

47 "ไข้พิศเปนด้วยเหตุอะไร," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 16 (October 9, 1866): 194.

48 "ตำราแก้ลงราก," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 11 (July 27, 1866): 127-129.

49 "ตำราแก้ลงราก," น.127-129.

50 "เรื่องลงราก," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 11 (July 27, 1866): 129.

51 "พวกหมอปฤกษากันด้วยโรคลงราก," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 15 (September 24, 1866): 174-175.

52 "พวกหมอปฤกษากันด้วยโรคลงราก," น.175.

53 แบรดลีย์, "ตำราแก้ลงราก," น.127-129.

54 "การจัดแจงในกรุงเทพเพื่อจะแก้โรคลงราก," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 12 (August 11, 1866): 134-135.

55 "หนังสือคัดออกจากหนังสือจดหมายเหตุหมอยาที่เมืองอะเมริกา," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 12 (August 11, 1866): 135.

56 David Barnes, **The Making of a Social Disease: Tuberculosis in Nineteenth-Centurt France** (Berkeley: University of California Press, 1995), E-edition's url:

[http://escholarship.cdlib.org/ucpress/barnes.xml], Chapter 4. Interiors: Housing and the Casier sanitaire in the War on Tuberculosis, on "Darkness, Filth, and Promiscuity," above the footnote number 5.

57 Bonj Szczygiel and Robert Hewitt, "Nineteenth-Century Medical Landscapes: John H. Rauch, Frederick Law Olmsted, and the Search for Sulubrity," **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 74, No.4 (Winter 2000): 708-734, cited from p.708.

58 Bonj Szczygiel and Robert Hewitt, "Nineteenth-Century Medical Landscapes," pp.718-720.

59 Phyllis Allen Richmond, "American Attitudes Toward the Germ Theory of Disease [1860-1880]," **Journal of History of Medicine & Allied Science,** Vol. 9 (October 1954), p.430; cited in Bonj Szczygiel and Robert Hewitt, "Nineteenth-Century Medical Landscapes," p.714, footnote 16.

60 "ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทิ้งสัตว์ตายลงในน้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ่มประตูน่าต่าง" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 5** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.242-245.

61 มนฤทัย ไชยวิเศษ, "ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542), น.171.

62 Peter Baldry, **The Battle Against Bacteria: A Fresh Look. A History of Man's Fight Against Bacterial Disease with Special Reference to the Development of Anti-Bacterial Drugs** (Cambridge: Cambridge University Press, 1965), pp. 7-9.

63 เจ้าพระยาทิพากรวงศ์, **พระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 2** (กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2504), น.115-6; อ้างใน บี.เจ. เตรวิล, "ไข้ห่าในสยาม: อุบัติการณ์ครั้งแรกกับการระบาดใหญ่เมื่อปี 2363," น.28.

64 "พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลองมีอยู่ 10 ข้อ" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 8** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.29-38, อ้างจาก น.32.

65 "พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลองมีอยู่ 10 ข้อ," น.32.

66 พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, "พระราชหัตถเลขาว่าด้วยพระอาการกรมหมื่นมเหศวรประชวร" ใน **พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว,** เล่ม 1, น.99-111, อ้างจาก น.100.

67 พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, "พระราชหัตถเลขาว่าด้วยพระอาการกรมหมื่นมเหศวรประชวร," ใน **พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว,** เล่ม 1, น.100-101.

68 พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าฯ, "พระราชหัตถเลขาถึงกรมหมื่นมเหศวรศิวิลาศ ปีชวด พ.ศ.2409," น.175-176.

69 "พวกหมอปฤกษากันด้วยโรคลงราก," **หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder** เล่มที่ 2 ใบที่ 15 (September 24, 1866): 174-175.

70 Lenore Manderson, **Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya,** 1870-1940 (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), p.45.

71 พระยาพิพัฒโกษา ราชปลัดทูลฉลอง กระทรวงต่างประเทศ ถึง พระยาวุฒิการบดี ราชปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ, 25 พฤษาคม รศ.113, หจช. ศธ. 8.2 ค./2.

72 เจ้าพระยาภาสกรวงศ์ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอกรมหลวงเทววงษวโรประการ, 25 พฤษภาคม รศ.113, หจช. ศธ. 8.2 ค./2. เน้นโดยผู้อ้าง.

73 ข้อบังคับแลคำสั่งพิเศษของกรมพยาบาลในเรื่องเรือที่มีโรคร้ายติดตามด้วย (ลงท้ายประกาศ รศ.113), หจช. ศธ. 8.2 ค./2.

74 พระยาวุฒิการบดี ถึง พระยาพิพัฒโกษา (26 พฤษภาคม รศ.113), หจช. ศธ. 8.2 ค./2.

75 คำกราบบังคมทูลรายงานปาสตุรสภา ของเจ้าพระยายมราช, หจช. ร. 6 น.29/1.

76 "ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทิ้งสัตว์ตายลงในน้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ่มประตูน่าต่าง" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 5** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.242-245.

77 "พระราชบัญญัติธรรมเนียมคลองมีอยู่ 10 ข้อ" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 8** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.29-38, อ้างจาก น.32.

78 "กฎหมายโปลิศ" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 9** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.93-119, อ้างจาก น. 113-4 (ข้อที่ 45).

79 "ข้อบังคับเปนกฎสำหรับการประพฤติแห่งผู้ที่ตั้งทำนาในคลองนิยมยาตราเปนการรักษาคลอง" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 12** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.20-22, อ้างจาก น.21.

80 พระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้าจันทรทัตจุฑาธาร ถึง เจ้าพระยาภาสกรวงษ์, 26 พฤษภาคม รศ.114, หจช. ศธ. 8.4 ข./2. เน้นโดยผู้อ้าง.

81 พระยาสโมสรสรรพการ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิธาดา, วันที่ 22

พฤศจิกายน ร.ศ.112, หจช. ร.5 น.5.12/1.

82 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, วันที่ 21 พฤษภาคม ร.ศ.116, หชจ. ร.5 น.5.1/2, (ปึกที่ 1).

83 "พระราชกำหนดศุขาภิบาลกรุงเทพฯ รัตนโกสินทร์ ศก 116" ใน เสถียร ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 16** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475), น.127-141, อ้างจาก น.128.

84 หจช. ร.5 น.5.5/2 เรื่องพระยาเทเวศทูลเกล้าฯ ถวายรายงานแพทย์ศุขาภิบาล ประจำปี 117 (31 มี.ค. 117 - 28 มิ.ย. 118), หจช. ร.5 น.5.12/14 เรื่องแพนกรักษาความสอาดแลจัดการศุขาภิบาลฝ่ายเหนือ (พ.ย. 118 - 2 ส.ค. 121), และ หจช. ร.5 น.5.5/4 เรื่องรายงานการศุขาภิบาล (16 ส.ค. 119), อ้างถึงใน มนฤทัย, "ประวัติศาสตร์สังคม: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540)," น.200-202; ดูบัญชีรายชื่อเว็จใน น.203-205.

85 รายงานของหลวงสาทรศุภกิจ เสนอ ผู้บัญชาการกรมศุขาภิบาล, 26 พฤษภาคม ร.ศ.120, หจช. ร. 5 น.5.7/ 10.

86 ดูการอธิบายที่น่าสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ และประวัติศาสตร์การเดินทางของโรคระบาดกับพาหะจำพวกหนู หมัดและเหาได้ในหนังสือของ Williams McNeill เรื่อง **Plagues and Peoples** [1976] (New York: Anchor Books, 1998). ดูตารางสรุปการเกิดโรคระบาดในสยามช่วง พ.ศ.2325-2431 และบทบาทของรัฐไทยใน เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528), น.37-40.

87 พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึง พระยาเทเวศร์วงวิวัฒน์, 29

มิถุนายน ร.ศ.118, หจช. ร. 5 น.5.12/9 เรื่องบริษัทสอาด (29 มิ.ย. 118 - 13 ต.ค. 118), อ้างใน มนฤทัย ไชยวิเศษ, "ประวัติศาสตร์สังคม: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย," น.192. เน้นโดยผู้อ้าง.

บทที่ 2

“สรรพเยิมไมโคร๊บ”: ว่าด้วยเชื้อโรค หนู และยุง ในประวัติศาสตร์สังคมไทย

“Infectious disease is....a nationalism of species against species.”
Hans Zinsser, *Rats, Lice and History.*[1]

การค้นพบเชื้อโรคกับการเปลี่ยนแปลงของความรู้การแพทย์ในตะวันตก

ในความเป็นจริงแล้ว ความคิดเรื่อง “อายพิคม์” นั้นได้ถูกท้าทายมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 16 เมื่อกีโรโลมา ฟราคาสโตโร (Giroloma Fracastoro) แพทย์ชาวอิตาเลียน ได้เสนอความคิดใหม่เกี่ยวกับทฤษฎีการติดต่อของโรคซิฟิลิสในงานเขียนของเขาเรื่อง **Syphilis, Sive Morbus Gallicus** (1530) และ **De Contagione** (1546) โดยอธิบายว่าโรคซิฟิลิสนั้นแพร่ออกไปโดย “เชื้อพันธุ์” ที่ปลูกเพาะขึ้นโดยการสัมผัสติดต่อกันของมนุษย์.[2] ความคิดเช่นนี้สามารถนำไปใช้อธิบายความชอบธรรมของระบบการตั้งด่านกักเรือ ซึ่งถูกนำมาใช้ครั้งแรกที่เมืองท่าเวนิซในช่วงที่กาฬโรคระบาดเข้ามาสู่ยุโรปตั้งแต่ราวกลางคริสต์ศตวรรษที่ 14 โดยมีการเปิดโรงพยาบาลขึ้นบนเกาะที่ตั้งอยู่ใกล้กับเมืองเวนิซใน ค.ศ.1403 เพื่อกักผู้ป่วยกาฬโรคที่เดินทางมาจากเมืองท่า Lavant มีกำหนดเวลา 30-40 วัน ตามความเชื่อทางคริสต์ศาสนาว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญในคัมภีร์ไบเบิล และหลังจากนั้นก็มีโรงพยาบาลแบบเดียวกันในเมืองเยนัว (ค.ศ.1467) และมาเซล์ย์ (ค.ศ.1476).[3] อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 18 จนถึงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 19 เมื่อเกิดโรคระบาดขึ้นหลายครั้งในฝรั่งเศส อิตาลีและเยอรมัน ดังที่บางคนระบุว่า

เกิดโรคระบาดถึง 194 ครั้งในฝรั่งเศสช่วง ค.ศ.1718 ถึง ค.ศ.1804 แต่ก็ยังไม่มีใครอธิบายว่าการระบาดเกิดขึ้นและหมดไปได้อย่างไร ดังที่ Boyer ได้ประกาศไว้ในปี ค.ศ.1751 ว่าโรคระบาดเหล่านั้นไม่ได้เกิดจากการติดต่อ เนื่องจากไม่มีหลักฐานพิสูจน์ชี้ชัดลงไปได้ว่า มีการติดต่อจากผู้ที่เป็นโรคกรณีหนึ่งไปยังผู้ที่เป็นโรคอีกกรณีหนึ่งได้อย่างไร ซึ่งเป็นความเห็นที่ได้รับการยอมรับทั่วไป.[4]

ดังนั้นการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคว่าสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เน่าเสียแบบแบรดลีย์นั้นก็เป็นการปฏิเสธความคิดในเรื่องการติดต่อของโรคอยู่ในที กล่าวคือเกิดความสงสัยว่าถ้าหากเชื้อโรคสามารถติดต่อกันได้แล้วทำไมบางคนถึงไม่เป็นโรคทั้งๆ ที่มีการสัมผัสติดต่อกับคนที่เป็นโรค และมีความเห็นว่าสาเหตุที่ทำให้โรคต่างๆ แพร่หลายออกไปนั้นไม่ได้เป็นเพราะการติดต่อสัมผัสกันระหว่างบุคคล แต่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ.[5] ความเชื่อเช่นนี้ยังคงแพร่หลายอยู่ในวงการแพทย์ของตะวันตก เช่น การที่บรรดาแพทย์ชั้นนำในราชสำนักฝรั่งเศส (นำโดย Nicholas Chervin) ซึ่งมีความเชื่อในทฤษฎี "อายพิศม์" พยายามลบล้างความคิดเรื่องการติดต่อของโรคด้วยการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบถึงสาเหตุของการระบาดของไข้เหลือง (yellow fever) ในเมืองบาเซโลนาเมื่อ ค.ศ.1822 และได้ผลสรุปว่า เนื่องจากไม่มีความเป็นไปได้ว่าจะมีการติดต่อระหว่างกันของผู้ที่ป่วยด้วยโรคไข้เหลืองในเมืองบาเซโลนา ดังนั้นความคิดเรื่องการติดต่อจึงถูกทำลายความน่าเชื่อถือลงไปโดยสิ้นเชิง.[6]

ผลตามมาที่น่าสนใจหลังจากนั้นนับเป็นเวลาประมาณครึ่งศตวรรษก็คือ ทำให้แพทย์ที่ไม่เชื่อความคิดเรื่องการติดต่อพยายามล้มล้างกฎหมายข้อบังคับเรื่องการกักด่านของเมืองท่าในทะเลเมดิเตอเรเนียน โดยยกเหตุผลว่าเป็นสิ่งที่งมงายตกยุค และในอังกฤษนั้นทำให้บรรดาเสรีชนซึ่งมองว่ากฎหมายการกักด่านเป็นอุปสรรคกีดขวางการค้าเสรีที่ไร้เหตุผล จึงพยายามล้มล้างสิ่งที่พวกเขาคิดว่าคือ "ร่องรอยของทรราชย์และความโง่เขลาของศาสนาคริสต์นิกายโรมันแคทธอลิค." ในการประชุมทางการแพทย์นานาชาติ (International Medical Congress) ที่กรุงปารีสเมื่อ ค.ศ.1851 จึงได้มีความพยายามที่จะจัดการปัญหานี้มาแล้วครั้งหนึ่ง. ผลก็คือแพทย์และรัฐบาลในแถบเมดิเตอเรเนียนก็ยังคงเชื่อว่าการกักด่านจะทำให้สามารถป้องกันการระบาดของโรคได้ แม้ว่าบรรดานักสาธารณสุขในอังกฤษและยุโรปเหนือต่างพากันดูแคลน

ความเชื่อนี้ โดยเชื่อว่า "อายพิศม์" ที่เกิดจากสิ่งของโสโครก คือสาเหตุหลักของการเกิดโรค.[7] นอกจากนั้น เมื่อจอห์น สโนว์ (John Snow) แพทย์ชาวลอนดอนได้พยายามชี้ให้เห็นใน ค.ศ. 1854 ว่าการระบาดของอหิวาต์ที่เพิ่งเกิดขึ้นในลอนดอนนั้นสามารถสืบร่องรอยกลับไปยังการใช้น้ำจากบ่อน้ำแห่งหนึ่งที่ได้รับเชื้อปนเปื้อนของอหิวาต์ แต่คำอธิบายของสโนว์นั้นถูกมองว่าเป็นแค่ความบังเอิญ และเนื่องจากความคิดเรื่องการติดต่อของโรคเพิ่งจะถูกทำลายความน่าเชื่อถือไปโดยการศึกษาของบรรดาแพทย์ที่มีชื่อเสียงในยุโรปจึงทำให้การตีความข้อมูลของสโนว์ได้รับความสนใจน้อยมาก. แต่เมื่อถึงทศวรรษ 1870 นั้นการศึกษาจุลินทรีย์ด้วยกล้องจุลทัศน์ได้ทำให้ความเห็นทางการแพทย์เปลี่ยนแปลงไปอย่างมหาศาล โดยการค้นพบว่า จุลินทรีย์ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นนั้นคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคขึ้นมา. ความคิดนี้ได้รับพัฒนาขึ้นโดยหลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) จากการวิจัยเรื่องไวน์และโรคระบาดของหนอนไหมในช่วงทศวรรษ 1850-1860 และต่อมาในช่วงทศวรรษ 1870 ปาสเตอร์และโรเบิร์ต ค็อค (Robert Koch) ได้ศึกษาโรคแอนแทร็กซ์ จนสามารถพิสูจน์ว่าเชื้อ Anthrax Bacillus เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแอนแทร็ก ด้วยวิธีการเพาะเชื้อแบบใหม่ (Postulate) ที่เขามีส่วนอย่างมากในการพัฒนา ซึ่งกล่าวโดยสรุปก็คือ การนำเชื้อจุลินทรีย์มาเพาะเลี้ยงในจานเพาะเชื้อเพื่อให้ได้เชื้อบริสุทธิ์ และนำเชื้อกลับไปใส่ในตัวสัตว์ทดลองที่ยังแข็งแรงและไม่เคยได้รับเชื้อชนิดนี้มาก่อนเพื่อทดสอบว่าเชื้อจุลินทร์สามารถทำให้เกิดโรคได้ (isolation, purification, and reinoculation). วิธีการเช่นนี้เริ่มได้รับการกล่าวถึงโดย Jacob Henle ในทศวรรษ 1840 และเพิ่งถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกโดย Carl Mayrhofer ในช่วงทศวรรษ 1860 จนกระทั่งปาสเตอร์ประกาศในปี ค.ศ.1878 ว่าในสถานภาพของวิทยาศาสตร์ที่เป็นอยู่ในตอนนั้นมีเพียงวิธีนี้วิธีเดียวที่จะพิสูจน์ได้ว่าเชื้อจุลินทรีย์คือตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคและเป็นต้นเหตุในการติดต่อของโรค.[8]

ความคิดที่ว่าเชื้อจุลินทรีย์เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเช่นนี้ได้รับการยืนยันยิ่งขึ้นจากการสามารถพิสูจน์ว่าเชื้อ Tubercle Bacillus เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดวัณโรคของโรเบิร์ต ค็อคใน ค.ศ.1882. อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคทั้งสองนี้ไม่ใช่โรคที่มีการระบาดส่งผลกระทบอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเทียบกับโรคอหิวาต์ ทำให้การค้นพบของทั้งปาสเตอร์และค็อคไม่ได้ไปก่อให้เกิดผลสะเทือนต่อทฤษฎี "อายพิศม์" ซึ่งยังถูกนำมาอธิบายว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคระบาด

และการอธิบายว่าโรคมีสาเหตุมาจากตัวเชื้อโรคที่มองไม่เห็นนั้นก็ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์และดูแคลนอย่างมากในวงการแพทย์ด้วยกัน. กระทั่งเมื่อค็อคอ้างว่าได้ค้นพบเชื้อ Comma Bacillus ที่ทำให้เกิดอหิวาต์ในช่วงที่เกิดอหิวาต์ระบาดขึ้นในอียิปต์ใน ค.ศ.1883 ซึ่งเขาเดินทางไปศึกษาถึงอียิปต์และในกัลกัตตาภายหลังจากที่อหิวาต์ในอียิปต์สงบลงแล้ว เขาก็ถูกต่อต้านอย่างรุนแรงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของยุโรป. ความคิดว่าเชื้อ Comma Bacillus ทำให้เกิดอหิวาต์นี้ถูกคัดค้านจากแพทย์และรัฐบาลอังกฤษเนื่องด้วยเหตุผลว่า หากเชื่อว่าอหิวาต์เกิดจากเชื้อโรคชนิดหนึ่งที่สามารถติดต่อกันได้ และสามารถแพร่กระจายจากอินเดีย (ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นแหล่งกำเนิดของโรคอหิวาต์) มาสู่อียิปต์และอาจมาถึงยุโรปได้ก็จะทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อผลประโยชน์ทางการค้าทางเรือของอังกฤษในอียิปต์และอินเดียผ่านคลองสุเอซที่เพิ่งเปิดใช้ได้ไม่นาน. อังกฤษถูกวิพากษ์วิจารณ์เรื่องนี้อย่างมากว่า ไม่ดำเนินมาตรการในป้องกันโรคระบาดซึ่งตอนนั้นมีอยู่เพียงวิธีเดียวคือการตั้งด่านกักเรือเพียงเพื่อปกป้องผลประโยชน์ทางการค้าของตนมากกว่าอย่างอื่น จนทำให้ผู้แทนราษฎรต้องปกป้องท่าทีดังกล่าวของรัฐบาลด้วยออกหนังสือเวียนแถลงการณ์ของรัฐสภาถึงตัวแทนทางการทูตของอังกฤษในประเทศยุโรปเพื่อให้อธิบายเหตุผลว่า การตั้งด่านกักเรือนั้นเป็นวิธีการที่ไม่มีประโยชน์และยังก่อให้เกิดผลเสียหายอย่างแท้จริง.[9] นอกจากนี้ ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1883 อังกฤษก็ได้ส่งศัลยแพทย์ใหญ่ คือ วิลเลี่ยม จี. ฮันเตอร์ (William G. Hunter) เพื่อไปศึกษาการระบาดของอหิวาต์ในอียิปต์ ซึ่งก็ได้ผลสรุปในรายงานฉบับหนึ่งว่า การระบาดของอหิวาต์ไม่เกี่ยวอะไรกับเชื้อจุลินทรีย์ แต่เกิดจากการที่ประชาชนดื่มน้ำโดยไม่ได้กรองกับการไม่ระมัดระวังในการกินเนื้อสัตว์ที่ตายด้วยโรคไทฟัส รวมทั้งอาจจะมีปัญหาเรื่องลำไส้ผิดปรกติ. หลังจากกลับจากอียิปต์แล้ว ฮันเตอร์ได้แสดงปาฐกถาต่อสมาคมระบาดวิทยา (The Epidemiological Society) ณ กรุงลอนดอน ซึ่งเขาได้เสนอว่าการระบาดของอหิวาต์เกิดจากสภาพอากาศที่ผิดปรกติ และยังได้ปฏิเสธความคิดที่ว่าอหิวาต์ที่ระบาดขึ้นในอียิปต์นั้นมาจากอินเดีย แต่เป็นโรคเฉพาะถิ่นที่เกิดอยู่ในอียิปต์อยู่แล้ว.[10]

นอกจากความคิดที่ว่าเชื้อ Comma Bacillus ทำให้เกิดอหิวาต์จะถูกปฏิเสธจากอังกฤษแล้ว แม้กระทั่งฝ่ายตรงข้าม คือคณะแพทย์ฝรั่งเศส ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากสถาบันปาสเตอร์ที่เดินทางไปเพื่อค้นคว้าเรื่องนี้ในอียิปต์เช่นกันด้วยการผ่าศพผู้ป่วยที่ตายด้วยอหิวาต์จำนวนหนึ่ง

ก็ออกมาปฏิเสธความคิดของค็อคด้วยเช่นเดียวกัน. Isidore Straus หัวหน้าคณะแพทย์ฝรั่งเศส ซึ่งมาจากสถาบันปาสเตอร์ มีความสงสัยว่า แม้ว่าเชื้อเหล่านั้นจะถูกพบและเป็นลักษณะสำคัญของผู้ตายจากอหิวาต์ แต่ก็มีความเชื่อมโยงกันน้อยมากระหว่างการมีเชื้อชนิดนี้เป็นจำนวนมากกับการเกิดโรคอหิวาต์! ดังนั้นแม้จะพบเชื้ออยู่ในลำไส้ของผู้ตายด้วยอหิวาต์ แต่ก็ยังไม่น่าเชื่อและไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปว่าเชื้อเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคอหิวาต์ขึ้น เนื่องจากยังต้องมีข้อพิสูจน์อื่นๆ อีกพอสมควร (เช่น การเพาะเลี้ยงเชื้อ และการทดลองว่าเชื้อบริสุทธิ์สามารถก่อให้เกิดโรคอหิวาต์ได้).[11] อย่างไรก็ตาม ค็อคยืนยันข้อเสนอนี้โดยใช้เหตุผลว่า การที่พบเชื้อชนิดนี้อยู่ในผู้ป่วยทุกรายที่เป็นอหิวาต์ แต่ไม่พบในผู้ป่วยด้วยโรคอย่างอื่นแม้ว่าจะมีอาการใกล้เคียงกันก็สามารถเป็นข้อพิสูจน์ได้ว่าเชื้อมีความสัมพันธ์กับการเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค. ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1884 ค็อคก็ได้ประกาศความสำเร็จของการเพาะเลี้ยงเชื้อ Comma Bacillus (แม้ว่าเขาจะไม่ใช่คนแรกที่ค้นพบเชื้ออหิวาต์ เนื่องจาก Filippo Pacini นักจุกายวิภาคลินทรีย์ ชาวฟลอเรนซ์ เคยค้นพบ Cholera Vibrio มาก่อน แต่ค็อคเป็นคนแรกที่สามารถเพาะเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ). โรคเบิร์ต ค็อคสรุปการค้นพบของตนว่า "กระบวนการเกิดอหิวาต์กับเชื้อ Comma Bacillus นั้นมีความสัมพันธ์กันโดยตรง และข้าพเจ้ามองเห็นว่า ความสัมพันธ์อันนี้ไม่ใช่สิ่งอื่นใดนอกเหนือไปจากข้อสรุปที่ว่าเชื้อ Comma Bacillus เป็นสาเหตุให้เกิดโรคอหิวาต์นั่นเอง. เชื้อ Comma Bacillus มาก่อนโรคและได้เป็นตัวการทำให้เกิดโรคขึ้นมา."[12]

หลักฐานและคำอธิบายเหล่านี้ในช่วงแรกๆ ได้ก่อให้เกิดการปะทะกันอย่างรุนแรงระหว่างค็อคและแพทย์คนอื่นๆ ที่ยังยึดมั่นในทฤษฎี "อายพิศม์" ในการประชุมว่าด้วยอหิวาต์ ณ กรุงเบอร์ลินครั้งแรก (The first Berlin Cholera Conference) เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม ค.ศ.1884 และครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 4-8 พฤษภาคม ค.ศ.1885.[13] นอกจากนี้ ดังที่กล่าวมาแล้วว่าการอธิบายว่าอหิวาต์เกิดจากเชื้อ Comma Bacillus ที่สามารถติดต่อกันได้ทำให้ผลประโยชน์การค้าทางเรือของอังกฤษในอียิปต์และอินเดียได้รับผลประทบ และรวมทั้งการตั้งคำถามของประเทศต่างๆ ในยุโรปว่าอังกฤษเป็นผู้นำอหิวาต์มาสู่ยุโรปดังที่ Count Münster ตัวแทนทูตผู้มีอำนาจเต็มของเยอรมันได้ยกประเด็นนี้ขึ้นมาในการสัมมนาว่าด้วยสถานะทางการคลังของอียิปต์ในกรุงลอนดอนเมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1884,[14] ในที่สุด รัฐมนตรีกระทรวงอินเดีย

(Secretary of State for India) ของอังกฤษจึงแต่งตั้งให้คณะแพทย์ชุดหนึ่งประกอบด้วย ดร. เอ็ดเวิร์ด เอ็มมานูเอล ไคลน์ (Dr.Edward Emanuel Klein) กับ ดร.เฮเนียจ กิบส์ (Dr.Heneage Gibbes) เดินทางไปอินเดียในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม ค.ศ.1884 เพื่อตรวจสอบการศึกษาสาเหตุที่แท้ในการระบาดของอหิวาต์ของโรเบิร์ต ค็อค. หลังจากเดินทางไปศึกษาในสนามตามกำหนดแล้ว ไคลน์ (ต่อมาคือบิดาของสาขาวิชาบักเตรีวิทยา หรือ Bacteriology ในอังกฤษ) กับกิบส์ได้เสนอรายงานชิ้นหนึ่ง คือ "An Inquiry into the Etiology of Asiatic Cholera" เพื่อปฏิเสธความคิดของค็อคอย่างเป็นทางการ. รัฐมนตรีกระทรวงอินเดียของอังกฤษได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดประกอบด้วยราชแพทย์ ศาสตราจารย์ทางการแพทย์และนายแพทย์ที่มีชื่อเสียงจำนวนหนึ่ง เพื่อพิจารณารายงานของไคลน์กับกิบส์ และต่อมาได้มีการทำบันทึกช่วยจำ (Memorandum)โดยเลขานุการของคณะกรรมการและนำไปตีพิมพ์ภายใต้ชื่อว่า "The Official Refutation of Dr. Robert Koch's Theory of Cholera and Commas" ในวารสาร **Quarterly Journal of Microscopical Science** ฉบับเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ.1886. บทความชิ้นนี้ระบุว่า การที่ค็อคพยายามระบุเชื้อ Cholera Bacillus นั้นเป็นประเด็นที่สามารถตั้งคำถามได้ กล่าวคือ หลักฐานที่ปรากฏนั้นไม่ได้สนับสนุนข้อสรุปที่ว่า เชื้อจุลินทรีย์ที่ปรากฏอยู่ในคนที่เป็นโรคอหิวาต์นั้นจะมีความสัมพันธ์เชิงเป็นเหตุผลกับการเกิดโรค. นอกจากนั้นบทความชิ้นนี้ยังเสนอว่า ควรจะยกเลิกข้อเสนอที่จะให้มีการตั้งด่านกักเรือ เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอหิวาต์ เนื่องจากประสบการณ์ในยุโรปและตะวันออกได้แสดงให้เห็นแล้วว่าการตั้งด่านกักเรือไม่เพียงแต่เป็นกลไกที่ไร้ประโยชน์ที่จะหยุดยั้งการแพร่กระจายของอหิวาต์เท่านั้น แต่การตั้งด่านกักเรือยังก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากด้วย.[15]

แม้ว่าหลังจากนั้นชุมชนแพทย์ในตะวันตกเริ่มหันมายอมรับทฤษฎีของค็อคอย่างรวดเร็ว ซึ่งไม่ได้หมายความว่าการยอมรับทฤษฎีเชื้อโรคเท่ากับการยอมรับว่าการตั้งด่านกักเรือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคตามที่ค็อคเสนอและรัฐบาลเยอรมันใช้ต่อต้านอังกฤษ, แต่การตอบโต้ของอังกฤษในเรื่องนี้ก็ทำให้เห็นได้ว่าสองเรื่องนี้มีความเกี่ยวโยงกัน และการออกมาล้มล้างข้อเสนอของค็อคของตัวแทนรัฐบาลอังกฤษในกรณีนี้น่าจะมีผลต่อความคิด

ของชนชั้นนำไทยกลุ่มหนึ่งดังที่ได้กล่าวไปแล้ว. อย่างไรก็ตาม จนกระทั่งใน ค.ศ. 1892 ก็ยังมีแพทย์เยอรมันผู้มีชื่อเสียงคนหนึ่งปฏิเสธคำอธิบายของค็อคโดยการดื่มเชื้อ Comma Bacillus เพื่อพิสูจน์ความผิดพลาดของทฤษฎีเชื้อโรค ด้วยการแสดงให้คู่ปรับของตนเห็นว่าเขาไม่ได้รับผลใดๆ เลยจากการกระทำดังกล่าว.[16] นวนิยายบางเรื่องที่เขียนขึ้นในช่วงนี้ คือ **Round the Red Lamp: Being Facts and Fancies of Medical Life** (1894) ของอาเธอร์ โคแนน ดอย (A. Conan Doyle) นายแพทย์นักเขียนผู้ลือนามจากนวนิยายสืบสวนสอบสวน ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงท่าทีต่อความคิดเรื่องเชื้อโชคและการติดเชื้อด้วยการให้แพทย์รุ่นเก่าพูดติดตลกถากถางความคิดเรื่องเชื้อโรคว่าให้รีบปิดประตู เพราะกลัวว่าเชื้อโรคจะแพร่เข้ามาในห้อง.[17]

การปรากฏตัวของเชื้อโรค และ "คอเวินแมนต์ซีรำแลบโบแรตโตรี"

ไม่ว่าจะด้วยความโชคดีหรือโชคร้ายก็ตาม ในที่สุดความคิดเกี่ยวกับเรื่องเชื้อโรค (หรือเชื้อจุลินทรีย์ในแบบที่รู้จักกันในปัจจุบัน) ก็เดินทางมาถึงกรุงเทพฯ ในปีแรกสุดของคริสต์ศตวรรษที่ 20 และนับว่าเป็นการเริ่มต้นศตวรรษใหม่ด้วยการทำความรู้จักกับเชื้อแบคทีเรีย หมกมุ่นอยู่กับเชื้อแบคทีเรีย และกลายเป็นศัตรูกับเชื้อแบคทีเรีย, นอกจากนี้เชื้อโรคยังเดินมาถึงสยามพร้อมกับรายงานการระบาดของกาฬโรคในเมืองกลาสโกว์ของอังกฤษ. กล่าวคือ ในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2444 (ค.ศ.1901) นายแพทย์เอช. แคมเบล ไฮเอต (H. Campbell Highet) ซึ่งรักษาการตำแหน่งพนักงานการแพทย์ในกรมศุขาภิบาล (Acting Medical Officer) ได้เสนอรายงานต่อผู้บัญชาการกรมศุขาภิบาล เรื่อง "Report on an Outbreak of Bubonic Plague in Glasgow with special reference to the possibility of such an outbreak in Bangkok." [18]

รายงานฉบับนี้ระบุว่า ในระหว่างที่นายแพทย์ไฮเอตยังอยู่ในประเทศอังกฤษและมีข่าวว่าเกิดกาฬโรคระบาดขึ้นในเมืองกลาสโกว์นั้นก็ได้เดินทางไปยังกลาสโกว์ทันทีเพื่อศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ และได้มีโอกาสพบกับคนไข้คนแรกที่โรงพยาบาลรับเข้ามา. ไฮเอตรายงานว่า สามีของ

คนป่วยเป็นพนักงานท่าเรือที่เรือต่างๆ ต้องผ่านการควบคุมทางการแพทย์ แต่ก็เห็นได้ชัดว่าการตรวจตราเหล่านั้นไม่สามารถสกัดการระบาดเข้ามาของกาฬโรคได้ ทำให้เห็นได้ว่า มีความเป็นไปได้ในบางกรณีที่ผู้มีสุขภาพแข็งแรงจะเป็นพาหะของเชื้อกาฬโรคได้โดยที่คนผู้นั้นไม่ได้มีอาการของโรคเลย และทำให้ผู้ที่เป็นพาหะดังกล่าวสามารถรอดพ้นจากการตรวจสอบได้.

ไฮเอตได้เสนอมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันไม่ให้กาฬโรคระบาดเข้ามาในกรุงเทพฯ คือ การกักด่านตรวจเรือ, การหามาตรการกักไม่ให้กาฬโรคที่ระบาดอยู่ในภูเก็ตแพร่เข้ามาบนแผ่นดินใหญ่, จัดการเรื่องสุขาภิบาลในกรุงเทพฯ ให้จริงจังกว่าเดิม และไม่ควรจัดเฉพาะภายในกำแพงพระนครเท่านั้นเนื่องจากมีจดหมายร้องเรียนเรื่องความโสโครกจำนวนมากอยู่นอกกำแพงพระนคร. เหตุที่ต้องรีบจัดการในเรื่องนี้อย่างจริงจังก็คือ ความโสโครกเหล่านั้นจะเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดกาฬโรคขึ้นในกรุงเทพฯ. นอกจากนี้ ไฮเอตได้เสนอให้รีบกำจัดหนูและคอยจับตาดูหนูให้ดี เพราะกาฬโรคจะแสดงอาการระบาดขึ้นในหนูก่อนที่จะเข้าโจมตีมนุษย์, ดังนั้นจึงต้องดำเนินการจัดเก็บหนูตายเพื่อนำมาเผาไปพร้อมกับขยะที่โสโครกทั้งหลาย ซึ่งจะเป็นการกำจัดเชื้อโรคทั้งปวง (germs) ให้หมดไป. นอกจากนี้ ไฮเอตยังเสนอความเห็นว่าควรออกประกาศเตือนให้ทราบถึงลักษณะอาการของกาฬโรค เพื่อให้เจ้าพนักงานที่เกี่ยวข้องได้สังเกตและให้มีการทำรายงานสาเหตุการตายที่อาจจะเกิดจากกาฬโรค, จัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์และยาสำหรับเตรียมรับมือกับกาฬโรค, จัดตั้งโรงพยาบาลสำหรับกาฬโรคโดยเฉพาะ (เช่น บริเวณสำเพ็งซึ่งไฮเอตเห็นว่าเป็นแหล่งโสโครกเหมาะสำหรับการระบาดของโรค), รวมทั้งให้รีบจัดตั้ง "Bacteriological Laboratory" ตามที่พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นนเรศรวรฤทธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาลได้ทรงอนุมัติและจัดส่งเงินไปเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์แล้วตั้งแต่ตอนที่ไฮเอตยังอยู่ที่อังกฤษ. ไฮเอตเชื่อว่าเมื่อจัดตั้ง "Bacteriological Laboratory" ขึ้นดำเนินการแล้วจะทำให้สามารถตรวจสอบและวินิจฉัยได้อย่างเที่ยงตรงว่าการตายที่เกิดขึ้น (ไม่ว่าจะเป็นหนูหรือมนุษย์) นั้นมีสาเหตุมาจากกาฬโรคหรือไม่อย่างไร ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยและควบคุมการระบาดของกาฬโรคดำเนินการได้ทันท่วงที.

ไฮเอตมีความเห็นว่า กาฬโรคจะต้องแพร่มาถึงกรุงเทพฯ อย่างแน่นอนภายในไม่ช้า และ

มองไม่เห็นเหตุผลใดว่าทำไมกาฬโรคจะไม่ระบาดขึ้นในกรุงเทพฯในเมื่อได้ระบาดขึ้นแล้วที่ฮ่องกง สิงคโปร์ ภูเก็ต และชายฝั่งมลายู, ส่วนสถานีกักด่านตรวจเรือนั้นก็ไม่แน่นักว่าจะเกิดกาฬโรคระบาดขึ้นภายในไม่ช้า. แต่ถ้ากาฬโรคเกิดระบาดมาถึงกรุงเทพฯ ในขณะที่ได้เตรียมจัดการทำความสะอาดบรรดาสถานที่โสโครกทั้งหลายเรียบร้อยแล้ว ก็จะทำให้กาฬโรคมีโอกาสได้น้อยที่จะระบาดจนก่อให้เกิดความตายขึ้นจำนวนมากในกรุงเทพฯ. ไฮเอตมีความเห็นว่าเรื่องนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งยวด และเสนอว่ารายงานชิ้นนี้ควรจะได้รับพิจารณาในฐานะที่เป็น "A Special Report" ด้วยการเสนอต่อพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทั้งฉบับโดยไม่ชักช้า. นอกจากนี้ ไฮเอตเสนอว่ารายงานฉบับนี้ไม่ควรถือว่าจะเป็นการทำให้เกิดการตื่นตระหนกตกใจขึ้นมา เนื่องจากมุ่งหมายที่จะเสนอให้เตรียมความพร้อมต่อชะตากรรมที่กำลังคืบเข้ามาในอนาคตอันใกล้ของกรุงเทพฯ.

ไฮเอตไม่ได้อธิบายว่า "germs" คืออะไร สัมพันธ์กับการเกิดกาฬโรคอย่างไร และทำไมต้องขจัดทำลายให้หมดไป แต่ในที่สุดกรมสุขาภิบาลก็ได้จัดตั้ง "โรงทดลองความศุขของราษฎรปัปลิกเฮลเลเบอเรเตอรี [Public Health Laboratory]" ขึ้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2444 (ค.ศ.1901). แม้ว่าจะไม่มีเอกสารที่ทำให้ทราบว่าหน้าที่ของ "โรงทดลองความศุขของราษฎรปัปลิกเฮลเลเบอเรเตอรี" กำหนดไว้อย่างไร แต่ก็ทราบได้จาก "รายงานประจำปีของแพทย์ศุขาภิบาลกรุงเทพฯ ครั้งที่ 5 (รศ.120)[พ.ศ.2444]" เมื่อต้นปี พ.ศ.2445 (ค.ศ.1902) ว่าภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของ "โรงทดลองความศุขของราษฎร" คือการคอยตรวจเชื้อแบคทีเรียและการวินิจฉัยโรค ดังที่หมอไฮเอตกล่าวในรายงานฉบับนี้ว่า "ข้าพเจ้าได้ชันสูตรอุจาระของคน 2 คน เพื่อจะได้รู้ได้ว่ามี **ตัวสัตว์ที่ทำให้เกิดไข้อหิวาตกะโรค** แลเห็นว่าอุจาระของคน 1 นั้นมี **ตัวสัตว์** เปนอันมาก แลสัตว์เหล่านั้นข้าพเจ้าได้เลี้ยงไว้ที่โรงแลเบอเรเตอรี[Laboratory] สัตว์นี้เปนสัตว์ชนิดเดียวกันกับที่เมืองอื่นๆ." คำอธิบายของไฮเอตนี้เห็นได้ชัดว่าได้ยอมรับทฤษฎีเชื้อโรคของโรเบิร์ต ค็อคไปเรียบร้อยแล้ว และแสดงจุดยืนเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า "ข้าพเจ้าไม่มีความสงไสยเลยว่า สัตว์ที่ทำให้เกิดไข้อหิวาตกะโรคมีอยู่ในน้ำหรือมาแต่ตัวแมลง" โดยอธิบายถึงสาเหตุการระบาดของอหิวาต์ว่า "ไข้อหิวาตกะโรคนี้หาใช่ไข้ที่ติดต่อลุกลามเช่นไข้ที่ติดต่อลุกลามแท้ๆ ไม่ ไข้นี้เปนไข้ที่เกิดขึ้นโดยที่ได้รับประทาน **ตัวสัตว์** เข้าไปในกระเภาะ เมื่อรับประทานอาหารหรือน้ำ

ที่ได้รับประทานเข้าไปถ้ามีส่วนเกลือมากก็เปนที่ทำให้ **ตัวสัตว์** นั้นเกิดกำลังเรี่ยวแรงขึ้น โดยข้าพเจ้าได้แยกธาตุน้ำดู แลเห็นว่าเมื่อเวลาน้ำเค็มไข้ห่าวาตกะโรคมักเกิดโดยชุกชุม."[19]

หลังจากที่เชื้อแบคทีเรียได้ปรากฏตัวเป็นที่รู้จักในสังคมไทยได้ไม่นาน ในเดือนมกราคม พ.ศ.2445 (ปฏิทินเก่า) นั้นเอง ได้มีการเสนอให้จัดตั้ง "ปาสจัวอินสติตูชั่น [Pasteur Institute]" ขึ้นเพื่อรับมือกับจุลินทรีย์ตามแนวทางของปาสเตอร์. อย่างไรก็ตาม เข้าใจว่าข้อเสนอนี้ไม่ได้รับการอนุมัติเนื่องจากพระเจ้าน้องยาเธอ กรมพระดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ทรงมีพระดำริห์ว่าสยามไม่ควรผลิตพันธุ์หนองฝีเอง เนื่องจากต้องลงทุนสูงมาก และไม่ต้องการแย่งตลาดการค้าหนองฝีกับเวียดนาม.[20] อย่างไรก็ตาม พระมติเช่นนี้ของพระเจ้าน้องยาเธอ กรมพระดำรงราชานุภาพก็ดำรงอยู่ได้ไม่นานเมื่อปรากฏว่า เชื้อแบคทีเรียบางชนิดได้เริ่มเข้ามาแพร่ระบาดโดยเฉพาะในสัตว์พาหนะ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบร้ายแรงต่อเศรษฐกิจของประเทศ และทำให้ชนชั้นนำสยามเริ่มคิดที่จะจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ผลิตหนองฝีขึ้นเพื่อป้องกันโรคระบาดในสัตว์พาหนะในที่สุด.

การเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้เริ่มขึ้นเมื่อขุนวรวิทย์เวชกรรม ส่งสำเนารายงานเรื่อง "คนที่ป่วยเปนโรคไข้หน่วยเม็ดขึ้นที่มือ" ซึ่งเกิดขึ้นจากการกินเนื้อโคที่เป็นโรคในบ้านท่าแซ [แขวงเมืองสงขลา]ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2446 (ค.ศ.1903) ถึงกระทรวงมหาดไทย.[21] เมื่อได้รับรายงานแล้ว นายแพทย์แคมเบล ไฮเอต เสนอความเห็นต่อกระทรวงมหาดไทยว่า เมื่อดูลักษณะอาการของจากรายงานแล้วมีความเห็นว่าโรคที่ระบาดขึ้นนี้มีความร้ายแรงมาก คือน่าจะเป็นโรคแอนแทร็กซ์ที่เกิดจากเชื้อ Sacillus Anthracis ซึ่งเป็นโรคอย่างร้ายแรงที่พบในสัตว์และเป็นโรคที่สามารถระบาดถึงมนุษย์ได้ถ้าเกิดไปกินเนื้อสัตว์ที่ตายด้วยโรคดังกล่าว. ไฮเอตเห็นว่า แท้จริงแล้วเชื้อ Sacillus Anthracis เป็นแบคทีเรียทีที่ตรวจสอบได้ง่ายมากสำหรับนักพยาธิวิทยาที่มีความชำนัญการ แต่การที่จะประกาศว่าโรคแอนแทร็กซ์แท้จริงหรือไม่นั้นจะต้องตรวจสอบด้วยกรรมวิธีที่ชัดเจน ซึ่งตนไม่มีหลักฐานเช่นนั้นและเพียงแต่วินิจฉัยเอาตามอาการที่อธิบายว่าน่าจะเป็นโรคแอนแทร็กซ์. ไฮเอตได้เสนอให้ออกมาตราการต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยออกประกาศเรื่องเขตพื้นที่เกิดโรคระบาด, ห้ามการเคลื่อนย้ายสัตว์พาหนะ

เข้า-ออกเขตที่เกิดโรค, ให้ประกาศลักษณะอาการของสัตว์ที่เป็นโรค, ให้กำจัดสัตว์ที่เป็นโรคด้วยการวางยาพิษหรือฆ่าโดยไม่ให้มีเลือดออก เนื่องจากโรคสามารถแพร่ทางเลือดได้ แล้วเผาทิ้งหรือฝังให้ลึกประมาณ 6 ฟุตแล้วโรยปูนขาวเพื่อป้องกันการแพร่ของเชื้อแบคทีเรีย, ห้ามการบริโภคเนื้อสัตว์ที่เป็นโรค, แยกฝูงสัตว์ที่เป็นโรคโดยทันที หรือทำตามกฎหมายอังกฤษด้วยการฆ่าทิ้งทั้งฝูง, เตือนอันตรายคนเลี้ยงสัตว์และบอกวิธีการดูแลไม่ให้ติดเชื้อ, เผาคอกสัตว์ที่เป็นโรคทิ้งแล้วโรยปูนขาว และเผาข้าวของเครื่องใช้ของคนที่เป็นโรคทิ้งและเผาศพคนตายในโดยเร็ว, ห้ามการส่งสัตว์ออกจากเขตจนกว่าจะพ้นเขตอันตราย.[22] พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ทรงมีพระดำริว่า "ตามข้อความที่แพทย์กราบทูลว่า โรคชนิดนี้เปนโรคร้ายกาจที่ติดเนื่องมีอันตรายได้โดยง่าย หมอพึ่งได้ทราบข่าวโรคชนิดนี้มีขึ้นในกรุงสยามเปนครั้งแรก."[23] การระบาดของโรคในสัตว์พาหนะในขณะที่สยามยังไม่มีมาตรการควบคุมนี้ในที่สุดทำให้มีการออกประกาศห้ามไม่ให้บรรทุกกระบือออกจากสยามเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2446 โดยมีคำอธิบายในประกาศว่า "เพราะเหตุที่มีโรคเกิดเปนอันตรายแก่กระบืออยู่มาก... กระบือหายาก แลราคาก็แพง การทำไร่นาจึงเสื่อมถอยลง แลเปนการที่ทำได้ยากยิ่งขึ้น แลเพราะเหตุที่ว่าถ้าจำนวนเนื้อนาที่ทำได้ผลน้อยลงไปก็เปนที่น่ากลัวจะเกิดทุภิกขภัย แลเสียประโยชน์แก่การค้าขายได้มาก ด้วยจำนวนเข้า[ข้าว]ซึ่งบรรทุกออกจากประเทศนี้จะเสื่อมถอยน้อยลงไป."[24]

ผลกระทบจากการเกิดโรคระบาดใหม่ๆ เช่นนี้น่าจะมีผลทำให้กรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ กำหนดระเบียบขึ้นมา 2 อย่าง คือ ระเบียบเกี่ยวกับ "(1) ตรวจการโรงพยาบาล" และ "(2) ตรวจและบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง" ในวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2446 (ค.ศ.1903) โดยมีเป้าหมายอยู่ที่การคอยเฝ้าระวังการเกิด "โรคภัยแปลกปลาด" ซึ่งตีความได้ว่าน่าจะหมายถึงการเกิดโรคระบาดรุนแรงอย่างเช่นอหิวาต์หรือกาฬโรค เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการให้รัฐส่วนกลางสามารถได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคระบาดตามหัวเมืองที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรง และสามารถหามาตรการป้องกันได้ทันที. กล่าวคือ ระเบียบ "(1) ตรวจการโรงพยาบาล" กำหนดเกี่ยวกับการตรวจคนไข้, การรักษาพยาบาล, ความเรียบร้อยของโรงพยาบาล, การปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล, การใช้จ่ายเงินในโรงพยาบาล และสภาพทั่วไปของโรงพยาบาล แล้วยังได้กำหนดว่า "ในเวลาที่ไปตรวจนั้นคนไข้ป่วยเปนโรค

อไรมาก แลมีโรคภัยแปลกปลาดอันใดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้ามีอยู่ก็ให้ดำริห์แก้ไข และแนะนำแพทย์ที่อยู่ประจำในที่นั้นด้วย". ส่วนในระเบียบเรื่อง "ตรวจและบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง" นั้นมีข้อกำหนดให้พนักงาน (เข้าใจว่าคือแพทย์ตามหัวเมือง) ต้องเฝ้าระวังการเกิดโรคภัย "ที่จะแผ่ซ่านกระทำการทำลายชีวิตรคนโดยมากเกิดขึ้น" โดยให้ "รีบไปเที่ยวตรวจและพินิจพิเคราะห์ให้รู้ต้นเหตุที่เกิดขึ้นของโรค พร้อมทั้งอาการแลลักษณอันตรายของโรคนั้น แล้วให้คิดการป้องกันรักษาอย่าให้โรคนั้นกำเริบยิ่งขึ้นได้" พร้อมกับคอยเฝ้ารายงานการเกิดโรคแล้วยังต้องคอยแจกยา, ปลูกไข้ทรพิษ, ตรวจทะเบียนประชากรและสาเหตุการตาย, และโรคประจำฤดูกาลตามท้องถิ่นต่างๆ เป็นต้น.[25]

ต่อมาในเดือนเดียวกันคือวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2446 (ค.ศ.1903) กรมพยาบาลก็ประกาศใช้ "กฎการตรวจและบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง" สำหรับบรรดาแพทย์ที่ออกไปตรวจและรักษาโรคภัยตามหัวเมือง "ในสมัยที่มีเหตุความไข้เกิดขึ้น" ว่านอกจากจะทำการรักษาไข้และจำหน่ายยาแล้วจะต้องทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

> *"1. ให้ปลูกทรพิษหรือบำบัดโรคภัยที่เปนอยู่...*
>
> *2. สืบตรวจค้นหาต้นเหตุของโรคที่เปนอยู่นั้นด้วย ว่าได้เกิดขึ้นเพราะเหตุใดและติดเนื่องมาอย่างไรควรจะแก้สำหรับคราวนี้และป้องกันสำหรับข้างหน้าได้อย่างไร*
>
> *3. ตรวจดูการรักษาพยาบาลที่เขาทำกันอยู่ในพื้นบ้านเมืองนั้น ว่าจะมีสิ่งที่หลงทำกันผิดๆ อย่างใดหรือไม่ จึงทำให้ไข้เจ็บทวีเปนการร้ายแรงขึ้นในบ้านเมือง ถ้าเห็นว่าข้อใดเปนสิ่งผิดในการรักษาพยาบาล ก็ให้คิดอ่านชี้แจงหนทางที่ถูกตามที่จะเปนไปได้ เพื่อให้เหตุร้ายนั้นค่อยบันเทาเบาบางลง*
>
> *4. เมื่อเห็นว่าสรรพคุณยาแลการรักษาพยาบาลของเขาในพื้นบ้านเมืองนั้นดีหรือชั่วอย่างไร ซึ่งแปลกกว่าธรรมดาที่เคยใช้ก็ให้ทำรายงานเสนอมายังกระทรวงและเอาตัวอย่างเครื่องยาที่แปลกนั้นๆ ส่งเข้ามาสำหรับจะได้ตรวจตราพิเคราะห์ด้วย*
>
> *5. ให้ตรวจสืบความเจริญชีพของประชาชนในถิ่นนั้นๆ ว่ามีอยู่เปนประเพณีอย่างใด เปนต้นว่าพลเมืองตายมากในอายุเท่าใด ตายด้วยโรคภัยไข้เจ็บชนิดใดมาก*

ตายในเวลาฤดูใดมาก และเปนด้วยเหตุผลประการใด ฤดูความร้อนหนาวแห่งอากาศ และฤดูน้ำลมในปีหนึ่งๆ เปนประเพณีอย่างใด ความไข้เจ็บอย่างไรซึ่งมีเปนพื้นประเพณีบ้านเมือง ความไข้เจ็บอย่างไรซึ่งมีเปนครั้งเปนคราว มีในฤดูใด เหล่านี้เปนต้น

6. ตรวจดูให้รู้ว่าในที่ประชุมชนมากๆ หมู่ใดมีหมอมียาที่จะบำบัดโรคภัยในพื้นบ้านเมืองเพียงพอแก่ประชาชนหรือไม่หรือว่าที่ใดควรจะให้มีโรงพยาบาลเกิดขึ้น ที่ใดควรจะให้มีแพทย์ประจำเมือง ที่ใดควรจะให้มีโอสถศาลาขึ้นสำหรับบ้านเมือง และประมาณดูว่ากำลังราษฎรเหล่านั้นจะทำการอันนี้ขึ้นในบ้านเมืองเองได้หรือไม่

7. อนึ่งให้รับยาโอสถสภาไปจำหน่ายแก่ประชาชนทั่วไป ตามวิธีจำหน่ายยาโอสถสภา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะได้มอบหมายให้ไป"

พร้อมกับมีข้อความกำกับข้างท้ายประกาศว่า "ให้แพทย์ทั้งหลายผู้ขึ้นไปสืบตรวจและกระทำการตามสังเขปคำสั่งนี้ด้วยความพินิจพิเคราะห์ และทำรายงานเสนอต่อกระทรวง จะส่งมาเปนครั้งคราวตามการที่เปนการด่วนหรือไม่ด่วนก็ได้ ให้มีความเห็นชี้แจงมาโดยถี่ถ้วน เพื่อรายงานอันนี้จะได้เปนประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่การปกครองบ้านเมือง และเปนประโยชน์แก่การบำรุงวิชาแพทย์ให้เจริญขึ้น".[26]

นอกจากการปรากฏตัวของเชื้อจุลินทรีย์จะทำให้รัฐไทยต้องคิดหาวิธีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคใหม่ๆ ที่ตัวเองไม่รู้จักแล้ว ยังมีความพยายามคิดที่จะควบคุมและกำหนดอาณาบริเวณให้กับเชื้อจุลินทรีย์ให้จำกัดอยู่ในบริเวณใดบริเวณหนึ่ง โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าโรคมีสาเหตุมาจากเชื้อจุลินทรีย์ที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าและสามารถแพร่กระจายติดต่อถึงกันได้ ดังจะเห็นได้จาก "รายงานการประชุมแพทย์ ปฤกษากันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล" เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ.2446 (ค.ศ.1903) (โดยมีแพทย์ที่มาประชุม คือ หมอที. เฮวาต เฮส์, หมอยอช แมกฟาร์แลนด์, หมอแบรดด็อก ซึ่งมาแทนหมออาดัมเซน, หลวงพิศณุประศาสตรเวช, ขุนแพทย์พิเศษ, ขุนพินิจไวทยการ, นายชุ่มแพทย์, นายอัทย์แพทย์[หลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์], นายสุ่นแพทย์, และนายคล้อย). คณะแพทย์ที่มาประชุมเสนอว่า มีคนเป็นโรคเรื้อน ซึ่งเป็น "โรคอัน

น่ากลัวอย่างยิ่ง แลรักษาไม่หายด้วย" อยู่เป็นจำนวนมากในกรุงเทพฯ จึงน่าจะหามาตรการป้องกันบางอย่าง เพราะ "ถ้าไม่ได้จัดการป้องกันเสียแล้ว โรคเรื้อนนี้ก็คงจะทวีมากขึ้นในหมู่ประชาชนโดยแท้."[27] นายแพทย์ยอช แมกฟาแลนด์ ได้ทำรายงานขึ้นเสนอต่อที่ประชุมแพทย์ดังกล่าวว่า

> *"แพทย์นับถือกันว่าโรคเลื้อน[sic]ติดกันได้...นักปราชญ์ได้สืบเสาะหาเชื้อโรคพบเปนตัว แบดทีเรียม[sic]ซึ่งทำให้ปรากฏอาการฝ่ายผิวหนังให้หนังนั้นหนา, นูน, สูงขึ้น แลได้กินลามลึกถึงอาการภายในมิได้เว้นเลย ทำให้มีแผลเปื่อยเน่าอย่างพิศดารมาก แต่ต้นเหตุเดิมของโรคนี้ **ตกลงเปนแน่แท้ว่ามีตัว** แลตัวนั้นมีเวลาที่หลุดปลิวจากคนที่เปนอยู่นั้นถึงคนอื่น แลยังเปนโรคที่รักษาไม่หาย จึงไม่มีวิธีซึ่งจะป้องกันได้มิให้แพร่หลาย นอกจากวิธีคัดแยกคนที่เปนนั้นออกต่างหาก มิให้อยู่ปนกับคนอื่น...ควรที่รู้ว่าโรคนี้คล้ายกับวรรณโรค เกิดขึ้นโดย**ตัวที่ปลิว** แต่เราไม่สามารถที่จะรู้ได้ว่า**ตัวเชื้อโรค**นั้นเข้าทางผิวหนัง หรือเข้าทางแผลในผิวหนัง หรือโดยทางลมอากาศ หรือปนกับน้ำแลอาหารที่รับประทาน จะเข้าทางไหนเราก็ไม่สามารถที่จะรู้ได้ แลไม่มีแผลในทีแรกเกิดของโรคนี้ด้วย...**ตัวเชื้อโรค** นี้เมื่อปลิวมาตามอากาศ ในทีแรกเกาะตามเยื่ออ่อนแห่งจมูก แลเกิดเปนแผลกินกว้างลึกใหญ่ออกไปทุกที จนจมูกนั้นยุบหายหมดลง...ถ้าจะมีกฎหมายบังคับในข้อต่างๆ เหล่านี้ให้สำเร็จได้ แลให้ความรู้แห่งโรคแพร่หลาย ทั้งวิธีระวังตัว เพื่อจะกันมิให้โรคนี้เกิดขึ้นแล้ว ข้าพระพุทธเจ้าเห็นด้วยเกล้าฯ ว่า คงจะสำเร็จในการต่อสู้ ให้เอาไชยชะนะต่อโรคนี้ได้เปนแน่."* [28]

ที่ประชุมของคณะแพทย์จึงเสนอวิธีการป้องกันที่จะไม่ให้โรคเรื้อนแพร่หลายออกไปตามวิธีการที่รัฐบาลในยุโรปและอเมริกาได้"จัดการแยกคนที่เป็นโรคเรื้อนให้อยู่เสียที่แห่งหนึ่งต่างหาก ไม่ให้ปนคละอยู่กับคนดีเลย" คือให้จัดเลือกเกาะขึ้นมาเพื่อ "ให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อนตั้งบ้านเรือนอาไศรย์อยู่" แยกจากคนปรกติ.[29]

กล่าวได้ว่า ความพยายามของรัฐเหล่านี้เริ่มมีความแตกต่างกับความพยายามที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ไม่ว่าจะเป็นการก่อตั้ง "โรงศิริราชพยาบาล" กับกรมพยาบาลขึ้นใน พ.ศ.2431 (ค.ศ.1888) และการตั้ง "โรงเรียนแพทยากร" ใน พ.ศ.2433 (ค.ศ.1890) ที่ล้วนแต่เป็นเรื่องของความพยายามในการรักษาผู้ป่วยมากกว่าเป็นเรื่องของความพยายามที่จะควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพยายามเหล่านั้นเกิดขึ้นก่อนที่จะเกิดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับความรู้ทางการแพทย์หลังยุคปาสเตอร์ของชนชั้นนำไทย. ความพยายามของรัฐไทยนับตั้งแต่ภายหลังที่ได้รู้จักกับเชื้อแบคทีเรียเป็นต้นมานั้นล้วนตั้งอยู่บนพื้นฐานของความพยายามที่จะดิ้นรนต่อสู้กับจุลินทรีย์ในฐานะศัตรูใหม่ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นที่ถูกมองว่าเป็น "ศัตรูของชาติ" ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปข้างหน้า หลังที่เริ่มชัดเจนยิ่งขึ้นทุกทีว่า โรคระบาดต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอหิวาต์ กาฬโรค แอนแทร็กซ์ และโรคเรื้อน ล้วนแต่มีสาเหตุมาจากเชื้อจุลินทรีย์ทั้งสิ้น. ในที่สุดในเดือนกันยายน พ.ศ.2446 นั้นเอง กรมพยาบาลก็กลับมาเสนอความคิดที่จะตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการผลิตหนองฝี (คราวนี้เป็นการเสนอให้ตั้งสถานที่ทำพรรณหนองปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ)ขึ้นมา. การประชุมของแพทย์ในกรมพยาบาล มีการอภิปรายในเรื่องนี้กันมากว่า การตั้งสำนักงานเช่นนี้ขึ้นเป็นสิ่งที่จะต้องลงทุนเป็นอย่างมาก และเป็นเรื่องที่ยากที่จะทำได้สำเร็จได้ "พรรณหนองอย่างดีได้ เหมือนดังฝรั่งเศสได้ตั้งทำการนี้ที่เมืองไซง่อน" เพราะนอกจากจะต้องอาศัย "แพทย์ที่อย่างดี รู้วิชาแพทย์แลวิชาบั๊กเตโรโลยี [Bacteriology]อย่างชำนิชำนาญดีทำการด้วยกันเป็นหลายคน" แล้วขั้นตอนต่างๆ ในการผลิตหนองฝีก็ต้องทำอย่างปราณีตถูกต้อง กล่าวคือ "โคที่ปลูกพรรณหนองแล้ว ก็ต้องฆ่าตรวจทุกตัว ถ้าเห็นว่าตัวใดเป็นโรค พรรณหนองที่เก็บจากตัวนั้นก็ต้องทิ้งเสีย ถ้าเห็นว่าไม่มีโรคบริสุทธิ์ดีแล้วจึงจะใช้พรรณหนองนั้นได้."[30]

ภายหลังการประชุมแพทย์ของกรมพยาบาลได้ไม่นานนัก ในที่สุดนโยบายของรัฐไทยเกี่ยวกับเรื่องการหามาตรการในต่อสู้กับศัตรูที่มองไม่เห็นนี้เริ่มปรากฏขึ้นอย่างแจ่มชัด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งความคิดเกี่ยวกับเชื้อแบคทีเรียก็สามารถแพร่ระบาดขึ้นไปถึงผู้นำสูงสุดของสยามเมื่อพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชหัตถเลขา ถึงพระยาวุฒิการบดี เสนาบดีกระทรวงธรรมการ ในวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2446 ว่าพระองค์ได้ทราบจากพระเจ้า

น้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพว่า "ที่เมืองมนีลามี**วิธีรักษาโรครบาทว์โคกระบือขึ้นใหม่** ใช้ **ตัวสัตว์แห่งโรค** นั้นผสมปลูกที่โคกระบือไม่ให้เปนโรคอย่างนั้น รัฐบาลอเมริกันได้ตั้งการทำพรรค์แลปลูกแก้โรคนี้ที่เมืองมนีลาได้ผลดีเมื่อสักสองสามเดือนมานี้" และแพทย์ที่เดินทางจากมะนิลาได้รับปากกับกรมหลวงดำรงราชานุภาพว่าหากสยามต้องการส่งแพทย์ออกไปเรียนวิธีทำ "พรรค์และปลูกฝีแก้โรครบาทว์สัตว์พาหนะ" รัฐบาลอเมริกันยินดีจะให้ความช่วยเหลือ, พระองค์จึงมีพระบรมราชโองการให้พระยาวุฒิการบดีจัดส่งแพทย์ออกไปดูงานดังกล่าวที่เมืองมะนิลา.[31]

กระทรวงธรรมการ จึงจัดส่งนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน (H. Adamsen) กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ เดินทางไปศึกษาวิธีการ "ทำพรรค์และปลูกโรคระบาทสัตว์พาหนะ" ที่เมืองมะนิลา ฟิลิปปินส์ เมื่อเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ.2446 (ปฏิทินเก่า). เมื่อกลับมาจากมะนิลาแล้ว ทั้งสองได้เขียนรายงานการเดินทางไปศึกษาในครั้งนี้ขึ้นถวายพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา เจ้ากรมพยาบาล เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2446 โดยอธิบายในรายงานเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ที่ตนเพิ่งได้ไปศึกษามาว่า "วิธีทำพรรณ์ซีร่ำปลูกแก้โรครบาทว์สัตว์ในเมืองมะนีลา วิธีนี้เป็นวิธีใหม่ซึ่งแพทย์ในเมืองมะนีลาได้คิดขึ้น 2-3 ปีมาแล้ว." เอช. อาดัมเซนกับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ ได้ถูกส่งไปดูงานที่ "สถานซิร่ำ แลบโบแรตโตรี่ [Serum Laboratory]" ซึ่งมีหน้าที่ "ทำพรรณ์ปลูกแก้โรครบาทว์ แลพรรณ์ปลูกไข้ทรพิศม์" โดยการ

> *(ก) "ทำพรรณ์ปลูกแก้โรครบาทว์สัตว์ มีการเจาะเอาโลหิตแลน้ำเหลืองออกจากเส้นโลหิตของสัตว์ แลฉีดพรรณ์ซีร่ำให้โรคแก่สัตว์ ให้สัตว์เจ็บตามโรคที่ต้องการจะให้เจ็บ แล้วเจาะเอาโลหิตแลน้ำเหลืองจากสัตว์ตัวนั้นอีกเมื่อตรวจโรคแลเยิมไมโคร็บ[germ microbe]แน่แล้วว่าชนิดไร."*
>
> *(ข) "ทำพรรณ์บุพโพปลูกไข้ทรพิศม์."*
>
> *(ค) "รักษาพรรณ์ซีร่ำต่างๆ... แลจ่ายพรร์ที่มีผู้มาเบิกไปปลูกตามในเมืองแลหัวเมืองทั่วไป".*

นอกจาก “สถานซิร่ำ แลบโลแรตโตรี่” แล้ว ทั้งสองยังได้ไปดูงานที่ “กอเวินแมนต์ใบโอโลยิเกิ้ลแลบโบแรตโตรี่”[Biological Laboratory]ซึ่งมีหน้าที่

(ก) “ประสมเก็บบรรดาสัตว์ ตั้งแต่แมลงวันอย่างเล็กที่สุดจนกระทั่งกบเขียด หนู ลิง กระต่าย ดูเหมือนเก็บไว้เกือบครบทุกชนิดแล้ว ดองไว้บ้าง เลี้ยงไว้บ้าง ชีดรักษาไว้ด้วยยาบ้าง มีการตรวจทดลองเอกซะปิเรเมนต์ต่างๆ ที่สุดก็ได้เรียบเรียงเป็นตำราขึ้นว่าด้วยบรรดาสัตว์ สัตว์อย่างใดอยู่ในจำพวกไหนเกิดมาอย่างใด เป็นประโยชน์หรือให้โทษอย่างใด ส่วนที่เกี่ยวข้องพืชน์พรรณ์ต้นไม้สัตว์ด้วยกันหรือมนุษย์.”

*(ข) “**ตรวจค้นหาพืชน์พรรณ์ สรรพเยิมไมโคร๊บ**ในโลหิตของมนุษย์แลสัตว์ที่ตายด้วยโรคต่างๆ เยิมในมนุษย์นั้นมี โรคฝีในปอด โรคอหิวา โรคขี้เรื้อนกุดถัง แลเยิมในโรคต่างๆ ที่เป็นขึ้นกับสัตว์นั้น มีเยิมโรคแอนแทรก (คือโรคกาฬ) โรคแบลกเล็ก โรคนูโมเนีย โรคมองคล่อ แลทั้งเยิมในโรคต่างๆ ที่แพทย์ได้ตรวจพบแล้วหลายร้อยอย่าง ต้องตรวจจนให้มีเครื่องหมายสังเกตุได้ว่าเยิมในโรคอย่างใด มีลักษณอาการผิดกับอย่างอื่นอย่างใดแล้วตรวจหา**สรรพคุณยาที่จะฆ่าเยิมไมโคร๊บ**หรือทั้ง **เลี้ยงไมโคร๊บ** ให้มากขึ้น ในการนี้ต้องใช้เครื่องส่องตรวจเป็นพื้น เมื่อสำเร็จการอย่างใดก็เรียบเรียงเป็นรายงานสั้นๆ หรือทำเป็นตำราขึ้นไว้.”*

(ค) “เก็บสรรพอะวัยวของมนุษย์แลสัตว์ที่เกิดโรคมีอาการวิปลาศวิกลต่างๆ มีลำไส้ตัน ตับใหญ่ กระดูกผุครุขละคล้ายฟองน้ำ แลของพิกลแปลกๆ เหล่านี้ได้ดองไว้ฉีดรักษาไว้ด้วยยาเป็นอันมาก แพทย์หัวหน้าในกองนี้ต้องออกตรวจผ่าศพแลเที่ยวค้นอยู่เสมอ.”

(ง) “เก็บประสมสรรพตำราทุกอย่าง ในส่วนตำราว่าด้วยวิทยาศาตร์ สัตว์ศาตร์ พฤกศาตร์ ตามที่แพทย์ได้เรียบเรียงแต่งขึ้นไว้แลทั้งซื้อจากแพทย์แลนักปราชจากเมืองต่างประเทศ สำหรับเป็นตำราใช้ในแลบโบแรตโตรี่แลโรงเรียนในเมืองมะนีลา.”

นายแพทย์ เอช. อาดัมเซน กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ รายงานว่า ได้เข้าฟังการ "แลกเจ้อ[lecture]ถึงพงษาวดารของโรครบาทว์สัตว์" ว่าโรคระบาดในสัตว์ ซึ่งเรียกในภาษาไทยในขณะนั้นว่า "โรคกาฬ" (Rinderpest) นั้นเป็นโรคที่มีการค้นพบมานานแล้วในประวัติศาสตร์ยุโรป และเกิดการระบาดอยู่ตลอดเวลาในยุโรป โดยในการระบาดในรัสเซียเมื่อ ค.ศ.1704 นั้น บรรดาแพทย์ในรัสเซียได้ประชุมกันเพื่อหาวิธีการรักษา แต่ก็ไม่สำเร็จ และได้ข้อสรุปว่า "โรครบาทว์นี้ติดต่อกันได้เหมือนไข้ทรพิศม์". นอกจากนี้ ทั้งสองก็ได้รายงานเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรคและสาเหตุของการเกิดโรคของโรคระบาดสัตว์ 3 ชนิด คือ โรครินดะเพสท์, โรคแอน แทร็กซ์ และโรคแบลกเล็ก[sic] และวิธีการทำหนองฝีเพื่อป้องกันโรคระบาดสัตว์โดยละเอียดแบบคู่มือสำหรับขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำหนองฝี. รายงานฉบับนี้จบลงโดยการเสนอให้รัฐบาลจัดตั้งสำนักงาน "กอเวินแมนต์ซีรำแลบโบแรตโตรี"[Government Serum Laboratory] เพื่อดำเนินการผลิต "พรรณ์ปลูกแก้โรครบาทว์สัตว์โคกระบือ แลพรรณบุพโพปลูกไข้ทรพิศม์".[32] นอกจากนี้ ภายหลังจากที่กลับมาถึงกรุงเทพฯ แล้ว นายแพทย์ เอช. อาดัมเซน กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ ได้ลงมือทดลองดำเนินการผลิตหนองฝีป้องกันโรคระบาดสัตว์และไข้ทรพิษ อยู่ที่บริเวณหลังตึกหลวงถนนเจริญกรุง.[33]

อย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏว่ารัฐบาลได้ดำเนินการในเรื่องนี้อย่างไรจนกระทั่งในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2447 (ค.ศ.1904) จึงได้มีวาระ "เรื่องปลูกทรพิศม์" เข้าไปอยู่ในที่ประชุมเทศาภิบาล ซึ่งมีพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ เป็นประธานในที่ประชุม โดยที่ประชุมได้ตกลงว่า การปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษตามหัวเมืองนั้น "การปลูกทรพิศม์เปนการสำคัญอย่างหนึ่งในการปกครอง เพราะพลเมืองตายเสียด้วยไข้ทรพิศม์คราวหนึ่ง ๆ เปนอันมาก กระทรวงธรรมการเคยส่งแพทย์ปลูกทรพิศม์ออกไปเที่ยวปลูกทรพิศม์ตามหัวเมืองเปนการจรชั่วครั้งคราว การที่เปนเพียงเท่านี้ไม่เพียงพอ เพราะเหตุว่าผู้ที่ออกเดินปลูกแต่น้อยคนไม่ทั่วถึง...จึงตกลงเห็นกันว่า ควรมีแพทย์ปลูกทรพิศม์ประจำมณฑลอย่างน้อยมณฑลละคนหนึ่ง สำหรับเที่ยวปลูกไข้ทรพิศม์แลจำหน่ายยาโอสถสภา กับตรวจความไข้บางอย่างตามซึ่งกระทรวงธรรมการจะวางแบบให้" โดยให้ "เทศาภิบาล" เป็นผู้จัดการบังคับบัญชาการดำเนินงาน ซึ่งถ้าจัดการสำเร็จได้จริง "เชื่อว่าจะได้ประโยชน์แก่รัฐบาลเปนอันมาก." พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ

ทรงมีรับสั่งในที่ประชุมว่า "เรื่องปลูกทรพิศม์นี้เปนการสำคัญของเมืองไทย เมื่อเสด็จไปตรวจราชการมณฑลนครศรีธรรมราชเมื่อเดือนสิงหาคมปีนี้[พ.ศ.2447]ได้ทรงทราบว่าคนตายเสียด้วยไข้ทรพิศม์ปีหนึ่งเปนอันมาก แลเมืองไทยเราคนยิ่งมีน้อยอยู่แล้วจะทิ้งให้เปนอยู่ดังนี้หาควรไม่ จำจะต้องคิดป้องกันให้มีแต่น้อยที่สุดที่จะมีได้." อย่างไรก็ตาม ปัญหาทั้งหมดนี้ไม่ได้อยู่ที่ขาด "หมอ" เพราะเชื่อว่าสามารถ "ใช้หมอที่หัวเมืองที่มีประจำอยู่แล้วหรือใครก็ได้ หัดสัก 2-3 วัน ก็เข้าใจไม่ควรต้องคิดถึงเรื่องหมอ" แต่ทั้งหมดของปัญหาได้รวมศูนย์อยู่ที่ "หนอง" กล่าวคือ "ถ้าหนองไม่ดีคือหนองที่ถูกอายอากาศร้อนเสียๆ แล้วเปนต้น ใช้ปลูกก็ไม่ขึ้น ขอให้กระทรวงธรรมการดำริห์ในเรื่องหนองว่าทำอย่างไรจะได้หนองดีมาใช้ แลจะส่งให้ได้ทันเวลาต้องการ." นอกจากนี้ พระองค์ทรงมีพระดำริห์ว่า "จะต้องมีการบังคับในชั้นหมอเชลยศักดิ์ตามหัวเมืองไว้เสียด้วยว่า ถ้าผู้ใดจะรับปลูกทรพิศม์แก่ราษฎรแล้วต้องมาให้เจ้าพนักงานไล่เลียงสอบถามก่อน เมื่อเห็นว่าเข้าใจชี้แจงวิธีปลูกทำถูกต้องแล้ว ผู้ว่าราชการเมืองจะได้ออกใบสำคัญให้ จึงจะรับปลูกทรพิศม์ให้ราษฎรได้ ถ้าไม่มีใบสำคัญเปนคู่มือแล้วจะยอมให้ปลูกไม่ได้ ที่ต้องมีข้อบังคับ ดังนี้ เพราะทราบอยู่ว่าทุกวันนี้มีคนออกไปหลอกหากินในการรับจ้างปลูกฝี บางทีเอาอะไรๆ ปลอมเปนหนองฝีไปปลูกก็มี บางทีเอาหนองฝีดาษจริงๆ ปลูกกันจนถึงล้มตายก็มี พาให้คนตื่นไม่เชื่อในการปลูกฝีมีอยู่ชุกชุม."[34]

ปัญหาในขณะนั้นจึงไม่ได้อยู่บนพื้นฐานที่ว่าจะตั้งหรือไม่ตั้งหน่วยงานขึ้นมาเพื่อผลิตหนองฝี แต่อยู่ที่ว่าเมื่อผลิตหนองฝีขึ้นมาแล้วนั้นจะวิธีการปลูกอย่างไรและจะปลูกให้ใคร. ในเรื่องที่จะปลูกอย่างไรนั้น นายแพทย์ เอช. อาดัมเซน ได้เสนอ "รายงานวิธีปลูกฝีไข้ทรพิษ" ต่อพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2447 ว่ามีวิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปลูกหนองฝี คือ 1) วิธีปลูกไข้ทรพิษ โดยการเป่าเชื้อลงบนปลายมีดแล้วนำปลายมีดไปสะกิดแผลที่แขนเด็ก, 2) วิธีเก็บพันธุ์บุพโพจากเด็กไว้ใช้สำหรับทำพันธุ์, และ 3) วิธีที่จะรักษาหนอง ซึ่ง "ต้องเก็บเอาไว้ในที่เย็นๆ ความเย็นนั้นต้องถึงกับปรอท 70 ดีกรี ตัวไมโครบ [microbe] ที่หนองนั้นจึงจะอยู่ได้ และถ้าร้อนขึ้นไปจนถึง 100 ดีกรีขึ้นไป ตัวไมโครบเหล่านั้นตายหมด พันธุ์บุพโพที่เก็บไว้นั้นก็เป็นอันใช้ไม่ได้."[35] ส่วนปัญหาเรื่องจะปลูกให้ใคร นั้นเข้าใจว่าอาจจะเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงในช่วงนั้น จนขนาดที่ นายแพทย์ อี. วอชเตอร์

(E. Wachter) มิชชั่นนารีที่เมืองราชบุรี ได้มีจดหมายขึ้นเสนอต่อพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ว่าควรจะกำหนด การปลูกไข้ทรพิษให้แก่บุคคลต่างๆ เหล่านี้ คือ 1) บรรดาผู้ที่เข้ารับราชการทหาร, 2) นักโทษในเรือนจำ, 3) เด็กนักเรียน "ต้องให้ปลูกไข้ทรพิษเสียให้หมด" เนื่องจากคนเหล่านี้รัฐบาลสามารถทำได้ในทันทีเพราะมีแพทย์ประจำอยู่แล้ว และ "จะกระทำให้คนทั้งปวงคุ้นเคยต่อการที่ต้องบังคับให้ปลูกไข้ทรพิษ แลเป็นหนทางล่วงน่าของการตั้งข้อบังคับให้ปลูกทรพิษทั่วกันไปนั้นด้วย" พร้อมทั้งเสนอแนะเรื่องการตั้งหน่วยงานผลิตหนองฝีว่า "พรรค์บุพโพไข้ทรพิษที่ทำขึ้นใช้นั้นก็จะได้ทดลองโดยเลอียด ให้รู้ว่าทำอย่างไรจะเป็นอย่างดียิ่ง."[36]

หลังจากที่ได้เสนอรายงานการไปดูงานผลิตหนองฝีที่เมืองมะนิลาเป็นเวลากว่า 7 เดือน ในที่สุดนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ ก็ได้เสนอโครงการ "ทำสะกีม [Scheme] สำหรับที่จะได้จัดการตั้งกรมทำพรรณปลูกโรครบาทสัตย์พาหะนะพรรค์บุพโพปลูกไข้ทรพิศม์ แลทั้งที่จะตั้งทดลองทำพรรค์ปลูกโรคกาฬ ขี้เรื้อนกุดถัง อหิวาตะกะโรค โรคบิดต่อไปด้วยนั้น" ขึ้นเสนอต่อพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2447.[37] ต่อมาในวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ.2447 กรมพยาบาลจึงได้เสนอร่าง "กฎข้อบังคับสำหรับสถานที่ทำพรรค์บุพโพของรัฐบาล" ต่อพระยาวุฒิการบดี เสนาบดีกระทรวงธรรมการ โดยกำหนดเป้าหมายว่า "เพื่อจะทำพรรค์บุพโพสำหรับฉีดสัตว์พาหนะป้องกันโรค แลทำพรรค์บุพโพปลูกกันไข้ทรพิษ แลทั้งค้นหา **ตัวโรค**ต่างๆ ซึ่งมีในกายสัตว์ แลมนุษย์ที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ สำหรับได้นำมาทดลองตรวจหาวิธีการรักษา..." กฎข้อบังคับฉบับนี้กล่าวถึงหน้าที่ของเจ้ากรมที่ตั้งขึ้นใหม่ว่า นอกจากมีหน้าที่ในการผลิตหนองฝีสำหรับป้องกันโรคระบาดสัตว์พาหนะและไข้ทรพิษแล้ว จะต้อง "ตั้งใจ **ตรวจค้นหาตัวโรคต่างๆ** บรรดาที่มีแก่สัตว์พาหนะหรือมนุษย์ก็ดี แล้วนำมาทดลองค้นคว้าหาวิธีรักษา แลป้องกันโรคภัยทั้งหลายตามความสามารถที่จะทำได้" ส่วนผู้ช่วยแลแพทย์ตรวจโรคนั้นก็จะต้องมีหน้าที่ "ตรวจ **ตัวโรค** ในโลหิตสัตว์และมนุษย์ แลทำการทดลองต่างๆ ทั้งค้นหาวิธีการรักษา."[38]

การปรากฏตัวของหนูและการโจมตีกรุงเทพฯ ของเชื้อกาฬโรค

หลังจากที่คาดการณ์กันมานานว่ากาฬโรคอาจระบาดเข้ามาในกรุงเทพฯ และมีการเตรียมการรับมือของรัฐด้วยการตั้ง "กรมป้องกันโรคร้าย" (the Quarantine Department) ขึ้นในสังกัดกระทรวงนครบาล เพื่อจัดแยกงบประมาณสำหรับการป้องกันการระบาดของกาฬโรคโดยเฉพาะ[39] ในที่สุดเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2447 (ค.ศ.1904) ก็มีการตรวจพบผู้ป่วยด้วย**กาฬโรคเป็นครั้งแรก**ในกรุงเทพฯ ที่ตำบลตึกแดง ซึ่งอยู่ทางฝั่งตะวันตกของน้ำเจ้าพระยา รายงานเกี่ยวกับกรณีผู้ป่วยกาฬโรคในกรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2447 นั้นปรากฏว่ามีอยู่ 2 ฉบับ คือ รายงานของแพทย์กรมศุขาภิบาลกับรายงานของแพทย์กรมพยาบาล.

นายแพทย์แคมเบลไฮเอต พนักงานแพทย์กรมศุขาภิบาลได้ทำรายงานถึงพระเจ้าน้องยาเธอกรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ.2447 ว่า ในวันที่ 21 ธันวาคมที่ผ่านมานั้นตนได้รับจดหมายจากรองบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ **สยามออบเซอร์เวอร์**[Siam Observer] แจ้งให้ทราบว่า ชาวอินเดียคนหนึ่งให้ข่าวแก่เขาว่า มีชาวอินเดียซึ่งเป็นคนในบังคับของอังกฤษที่ตึกใหม่ ซึ่งตั้งอยู่ฝั่งตะวันตกของแม่น้ำเจ้าพระยาได้ป่วยและตายจากโรคที่ "น่าสงสัยว่าจะเป็นกาฬโรค" ไฮเอตจึงได้ไปขอหมายตรวจค้นจากกงสุลอังกฤษและไปตรวจยังที่นั้นในทันที. แต่เมื่อไฮเอตไปถึงนั้นปรากฏว่าคนตายได้ถูกฝังหมดแล้ว และเพื่อนฝูงของผู้ตายแจ้งว่าไม่มีอาการของกาฬโรค โดยอ้างว่าพวกตนรู้จักอาการของกาฬโรคเป็นอย่างดี. อย่างไรก็ตามไฮเอตพบว่ายังมีผู้ป่วยอยู่อีก 2 คน จึงได้ตรวจพบว่าชายสูงอายุได้ป่วยมีอาการปรากฏคล้ายเป็นกาฬโรค (คือมีอาการไข่ดันข้างขวาบวม) ส่วนอีกคนหนึ่งนั้นเป็นไข้แต่อาการทุเลาแล้ว. ในเช้าวันต่อมา (คือวันที่ 22 ธันวาคม) ตนได้กลับไปตรวจอาการอีก และพบว่ามีคนป่วยตายเพิ่มขึ้นอีก 2 คน จึงขอตรวจศพ แต่ไม่พบอาการของคนเป็นกาฬโรค. อย่างไรก็ตาม นายแพทย์ไฮเอตมีความเห็นว่า เนื่องจากมีอาการโรคซึ่งน่าสงสัยว่าจะเป็นกาฬโรค เพราะภายในเวลา 3 วันก็มีผู้ตายถึง 5 คน และบางคนก็มีอาการคล้ายเป็นกาฬโรคจึงควรจะต้องเร่งหาทางป้องกันการแพร่ระบาดของกาฬโรคในทันที โดยเสนอให้ 1) ตั้งโรงพยาบาลกาฬโรค เพื่อแยกคนไข้กาฬโรคให้อยู่ต่างหากในทันที, 2) ตั้งกองเจ้าพนักงานและคนงานสำหรับจัดการเฉพาะเรื่อง

ไข้กาฬโรค, 3) ขออนุญาตตั้งตำแหน่งผู้ช่วยแพทย์ศุขาภิบาลนายหนึ่ง และให้โทรเลขเรียกเข้ามาในทันที เพราะแพทย์ศุขาภิบาลเพียงคนเดียวทำงานไม่ทัน, 4) ขอให้มีพระราชบัญญัติบังคับให้จดทะเบียนคนตายในทันที, และ 5) ขอให้มีเงินสำรองเพียงพอสำหรับใช้ป้องกันกาฬโรคนี้. นอกจากนี้ ไฮเอตได้ติดขอให้กงสุลอังกฤษและกงสุลต่างๆ ออกใบอนุญาตยินยอมให้แพทย์กรมศุขาภิบาลมีอำนาจบังคับคนในบังคับของอังกฤษ พร้อมทั้งขออนุญาตสั่งซื้อซีรัมในจำนวนที่เพียงพอสำหรับป้องกันกาฬโรคจากเมืองบอมเบ และขอให้มีคำสั่งแก่กรมกองตระเวนให้คอยรายงานสาเหตุการตายที่น่าสงสัยว่าจะเป็นกาฬโรค.[40]

ในวันเดียวกันนั้น หลวงวิฆเนศประสิทธิวิทย์ แพทย์ในกรมพยาบาล ได้ลงบันทึกใน "รายงานตรวจการพยาบาล" ในข้อ "(ก) ตรวจบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง" ว่า

> *"วันนี้ได้ไปตรวจที่ตำบลบ้านแขกตึกแดง เพราะได้ทราบว่าได้เกิดโรคไข้แปลกปลาดขึ้นอย่างหนึ่ง ในชั่ว 2 วันตายถึง 4 คน ตามความที่สืบได้ดังมีแจ้งต่อไปในรายงานนี้ คือ*
>
> *อำแดงเหลี่ยมอายุประมาณ 35 ปี ภริยานายแขกอ้วน เปนไข้ตัวร้อนจัดมีเปนเมล็ดการผุดขึ้นตามตัวอยู่ได้ 3 วันก็ตาย เมื่ออำแดงเหลี่ยมเป็นได้ 2 วันมามุต บุตรชายก็เปนขึ้นบ้างอยู่ได้ 2 วันก็ตาย ในเวลาที่ไปฝังมามุต บุตหญิงของอำแดงเหลี่ยม อายุได้ 5 ขวบ ก็ตายอีกคนหนึ่ง พอรุ่งขึ้นแขกคนใช้อีกคนหนึ่งก็ตาย รวม 2 วันตาย 4 คนในครัวนี้ อาการที่เป็นขึ้นมีลักษณเหมือนๆ กันทั้ง 4 คน แลในวันนี้ยังมีแขกเปนไข้อยู่อีกคนหนึ่ง*
>
> *แล้วได้ความเพิ่มเติมจากหมอแบล็ดด็อกในเรื่องนี้ว่า วันนี้ได้มีแขกผู้หนึ่งชื่อแอกกุเรีย มาจากตึกแดง มาซื้อยาจากหมอแบล็ดด็อก บอกว่าต้องการยาต่างๆ สำหรับใช้กันโรคเปลัก ด้วยโรคเปลักได้เกิดขึ้นที่ตึกแดงแล้ว อาการเปนเหมือนกับที่ได้เห็นที่เมืองบอมเบ."*

นอกจากนี้ หลวงวิฆเนศประสิทธิวิทย์ยังบันทึกเพิ่มเติมใน "รายการที่ผู้ตรวจได้สั่ง" ว่า "(ก) ใน

การสืบโรคร้ายนี้ เมื่อข้ามไปสืบถามพวกแขกพากันปิดบังไม่ใคร่บอกโดยตรงเลย ปกๆ ปิดๆ ด้วยพูดกันว่าที่เมืองบอมเบรัฐบาลเคยซื้อที่บ้านตึกเผาเสียหมดทั้งๆ หมู่ที่เกิดโรคเปลือกขึ้นนั้นสืบได้ความแต่เท่านี้." พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล ลงความเห็นในรายงานว่า "ควรบอกไปยังกระทรวงเมือง ให้กรมศุขาภิบาลจัดการป้องกันโรคร้ายนี้เสีย แลถ้าได้นำความกราบบังคมทูลพระกรุณาด้วยจะเป็นการดี เพราะเรื่องนี้อยู่ข้างเป็นการใหญ่มาก." พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ แทงหนังสือกลับลงมาที่กรมพยาบาลว่า "ทรงทราบถึงพระเนตรพระกรรณ์อยู่แล้ว" และมีหนังสือถึงพระยาอินทราธิบดีสีหราชรองเมือง ปลัดทูลฉลองกระทรวงนครบาลเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม "เพื่อจะได้เป็นเครื่องสอบสวนในการป้องกัน แต่ในรายงานที่ได้ความว่าเจ้าของที่ไม่ใคร่จะเต็มใจให้ผู้ตรวจทราบ และคอยปกปิดอยู่นั้น ข้อนี้เป็นการร้าย ที่ว่าอาจปกคลุมเหตุร้ายไว้ได้นานๆ จนกำเริบใหญ่โตขึ้น จึงเห็นว่าการตรวจสืบจำต้องเป็นการแข็งแรงและกระทำโดยเลอียดและเชื่อว่ากระทรวงท่านได้จัดให้โดยแข็งแรงอยู่แล้ว."[41]

ในวันต่อมา พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาล ยื่นหนังสือกราบบังคมทูล พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวว่า หลังจากที่ได้ปรึกษากับนายแพทย์ไฮเอตกับมิสเตอร์ลอชัน ซึ่งเป็นผู้บังคับการกรมกองตระเวน ในเรื่องวิธีการป้องกันไม่ให้กาฬโรคแพร่ระบาดออกไปแล้ว กระทรวงนครบาลมีข้อเสนอว่า "จำเปนจะต้องกักบรรดาคนที่อยู่ในหมู่บ้านที่เกิดกาฬโรคนั้น ไม่ให้ออกจากบ้านนำโรคไปติดคนในตำบลอื่น แลห้ามไม่ให้คนในตำบลอื่นเข้าไปในบ้านที่เกิดโรคนั้นจนสิ้นกำหนดอายุของไข้กาฬโรค ซึ่งนับวันแต่คนป่วยตายเปนที่สุด." อย่างไรก็ดี เนื่องจากบ้านคนที่เป็นกาฬโรคนั้นเป็นคนในบังคับของอังกฤษ กระทรวงนครบาลจึงต้องขออนุญาตจากอรรคราชทูตอังกฤษเพื่อ "ขอหมายอำนาจให้แก่หมอว่าถ้าทรัพย์สมบัติ หรือที่บ้านเรือนหลังใด ซึ่งเปนทรัพย์ปะปนอยู่แก่คนตาย หรือห้องแลเรือนที่เกิดกาฬโรคคนตาย จำเปนจะต้องชำระล้าง หรือที่สุดต้องรื้อเผาเสีย ก็ให้มีอำนาจที่จะบังคับแลกระทำได้ หากว่าเปนบ้านเรือนที่ต้องทำลายรัฐบาลก็จะยอมใช้ราคาให้ตามเรือนที่มีราคาอยู่ในเวลาทำลายเช่นรัฐบาลประเทศอื่นได้จัดการป้องกันโรคมานั้น". ต่อมาเมื่อแขกอาเมด อิสไมล์ฮาส [Ahmed Ismaihas]เสียชีวิต และ "เม้ยเชย" ภรรยาซึ่งคอยดูแลอยู่นั้น "ญาติรับมารักษาตัว

อยู่ปากคลองตลาด ข่าวว่าตายด้วยเหมือนกัน" ซึ่งแสดงว่า "แม้คนพยาบาล[ก็]ติดต่อกันเกิดเปนโรคขึ้น จะนำโรคแพร่หลายเกิดขึ้นในฝั่งตวันออกนี้ได้" มิสเตอร์ลอซันจึงสั่งการให้พระภักดีพิรัชภาคย์ออกไปสืบหาสถานที่รักษาพยาบาลเม้ยเชยขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และให้ "สืบเอาศพเม้ยเชยให้ได้" เพราะกลัวว่าจะทำให้การกาฬโรคระบาดแพร่หลายออกไปจนควบคุมได้ยาก. นอกจากต้องการจะควบคุมโรคด้วยการอายัดศพและให้เผาในทันทีแล้ว ยังกำหนดให้วางกำลังพลตระเวนเพื่อกักบริเวณคนที่อาศัยอยู่ในห้องนั้นเป็นเวลา 10 วัน "ชั่วกำหนดอายุไข้กาฬโรค และให้หมอชำระล้างห้องที่คนป่วยตายจนสิ้นเชิง". ดังนั้นเพื่อที่จะปิดล้อมการแพร่ระบาดของเชื้อแบคทีเรีย กรมกองตระเวนได้จัดพลตระเวนยามออกเป็น 3 ผลัดๆ ละ 20 คน เพื่อ "รักษาทางเข้าออก...บรรดาพลตระเวนจัดซื้อรองท้าว[เท้า]ให้สรวมทุกคน เพื่อกันโรคติด ห้ามไม่ให้แขกแลคนในหมู่บ้านตึกใหม่นั้นออกจากบ้าน แลทั้งห้ามไม่ให้ผู้ใดผู้หนึ่งนอกจากหมออนุญาตเข้าในบ้านนั้นด้วย แลคนที่อยู่โรงแถวซึ่งห้องหนึ่งมีคนตายจะกักรักษาชั่วห้องไม่ได้ เพราะเปนโรงริมถนนแลที่โสโครกต่อเนื่องกัน ก็ต้องปิดทั้งแถว ย้ายเอาคนเหล่านั้นให้เข้าอยู่ในหมู่บ้านแขก แต่คนเหล่านั้นต้องหากินชั่ววันหนึ่งๆ จึ่งจำเปนกองตระเวนต้องจัดอาหารส่งให้กินด้วย แลโรงแถวนี้หมอจะชะล้างในวันรุ่งขึ้นแล้วตรวจต่อไป ถ้าคนในโรงนั้นเกิดโรคอีกบางทีจะต้องรื้อลงเผาเสีย." นอกจากมาตรการเหล่านี้แล้ว เนื่องจากพบว่าบริเวณตึกแดงที่เกิดกาฬโรคขึ้นนั้น "มีหนูตายมากก่อนเกิดโรคทุกแห่ง" กรมศุขาภิบาลยังได้ประกาศภาวะเป็นศัตรูกับหนูด้วยการตั้งสินบนนำจับ กล่าวคือ "หมอจะขอให้ประกาศ**[สิน]บนจับหนูตาย** ตัวละไพ ทำเตาที่ทำลายหนูทุกโรงพักกองตระเวนเพื่อป้องกันโรคในคราวนี้". นอกจากนี้แล้ว กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ทรงทูลขอพระพระราชทานพระบรมราชานุญาตตามข้อเสนอของนายแพทย์ไฮเอตทุกประการ และขอตั้งงบประมาณขึ้นอีกจำนวน 100,000 บาท (นอกเหนือจากงบประจำปี 40,000 บาท).[42]

หลังจากนั้นอีกหนึ่งวัน พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชหัตถเลขาถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ว่า "เรื่องมีคนเป็นไข้กาฬโรคขึ้นที่ตึกแขกหมู่ตึกแดง จะคิดจัดการป้องกันรักษานั้นได้ตรวจดูแล้ว เห็นว่าเปนการจำเป็น ให้เธอจัดการตามที่ว่า เงินที่ขออนุญาตนั้นได้สั่งกระทรวงพระคลังให้อนุญาตเปนการจรแสนบาทแล้ว การตรวจคนตายเปนสำคัญ ถึงพระราชบัญญัติจะได้ออก ถ้าไม่ทำการได้จริง จะไม่เปนประโยชน์

อันใด."[43] ผลปรากฏว่า เมื่อเกิดกาฬโรคระบาดขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ. 2450 นั้นพระราชบัญญัติบังคับให้แจ้งความจดทะเบียนคนตายยังไม่ได้ถูกประกาศใช้ นายแพทย์ไฮเอตจึงเสนอให้พระยาสุขุมนัยวินิต เสนาบดีกระทรวงนครบาล รื้อเรื่องนี้กลับขึ้นมาทบทวนอีกครั้ง,[44] แต่ต้องรออีก 2 ปีจึงมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติทำบัญชีคนในราชอาณาจักร ร.ศ.128 (พ.ศ.2452) และต่อมาเปลี่ยนเป็นพระราชบัญญัติการตรวจสอบสำมโนครัวแลการจดทะเบียนคนเกิดคนตายคนย้ายตำบล พ.ศ. 2460.[45]

การปรากฏตัวขึ้นในกรุงเทพฯ ของเชื้อกาฬโรคได้มีผลทำให้เกิดความตื่นตระหนกกันพอสมควร ดังที่มีหนังสือพิมพ์ **สยามออบเซอร์เวอร์** เขียนถึงเรื่องนี้ในภายหลังเมื่อวันเสาร์ที่ 12 มิถุนายน พ.ศ.2448 ว่า "กาฬโรคเมื่อแรกเกิดขึ้นในกรุงเทพฯ ดูตื่นกันวุ่นวาย กลัวจนจนลุกขนพองไปตามกัน."[46] ภาพความวุ่นวายนี้อาจจะเห็นได้จากความพยายามในการหามาตรการต่างๆ เพื่อรับมือกับศัตรูที่มองไม่เห็น กล่าวคือ ภายในเวลา 2 วัน (24 ธันวาคม พ.ศ.2447) ที่รับรู้ข้อมูล พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาล ก็กราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ว่าได้ดำเนินการจัดให้แพทย์ในกรุงเทพฯ ช่วยกันรับหน้าที่คอยตรวจระวังป้องกันกาฬโรค โดยมีการแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบเป็นเขต คือ 1) หมอเดอไกเซอร์ รับผิดชอบตรวจในแขวงพระนคร และอำเภอดุสิต, 2) หมอเฮ รับผิดชอบตรวจในอำเภอสำเพ็ง, 3) หมอบัว รับผิดชอบตรวจในอำเภอบางรัก, 4) หมอทรัมป์ รับผิดชอบตรวจในอำเภอบางกอกน้อย บางกอกใหญ่ และบางน้ำชล, และ 5) หมอไบเยอร์ รับผิดชอบตรวจเรือที่อยู่ในท้องน้ำ.[47]

นอกจากนี้ ในวันเดียวกันนั้น กระทรวงโยธาธิการ มีหนังสือถึงพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า ได้หารือกับ "หมอปลาดัก"[Chas S. Braddock]ผู้ตรวจการแพทย์ใหญ่ของกระทรวงธรรมการ ซึ่งได้เสนอความเห็นให้มีมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อแบคทีเรียที่อาจแพร่ผ่านทางจดหมายของกรมไปรษณีย์และโทรเลข เนื่องจากไม่มีทางป้องกันจดหมายที่เขียนขึ้นจากบ้านเรือนที่เกิดกาฬโรค. "หมอปลาดัก" เสนอความเห็นว่า ไม่มีมาตรการใดๆ นอกจากการตั้งด่านกักเรือ (absolute Quarantine) และการเผาข้าวของเครื่องใช้ทุกอย่างกับบ้านเรือน

ที่ติดเชื้อเพื่อหยุดยั้งการระบาดของกาฬโรค และถ้าไม่ดำเนินการเช่นนี้แล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหายอย่างมหาศาลเนื่องจากกาฬโรคไม่ได้มีความเคารพนับถือใครเป็นพิเศษไม่ว่ากุลีหรือพระเจ้าแผ่นดิน.[48]

ไฮเอตทำหนังสือถึงพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เพื่อตอบโต้ความเห็นของ "หมอปลาดัก" เรื่องการควบคุมการเผยแพร่กาฬโรคอย่างตุเดือดว่า ไม่เพียงแต่ไม่จริง แต่ยังแสดงให้เห็นว่าผู้เขียนไม่มีความรู้เรื่องสิ่งที่ควรจะทำเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของกาฬโรค และโต้แย้งความเห็นเรื่องการเผาบ้านเรือนทุกหลังที่เกิดกาฬโรคว่าเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น เพราะเพียงแต่ชำระล้างและควบคุมไม่ให้โรคเผยแพร่ต่อไปก็เป็นการเพียงพอแล้ว โดยไม่ต้องทำให้เสียเงินอย่างมากมาย เนื่องจากการเผาบ้านเรือนทั้งหมดอาจจะต้องเผาบ้านเรือนเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะทำให้ผู้คนที่อาศัยอยู่ในบริเวณนั้นพากันกระจัดกระจายไปอยู่ที่อื่น และจะทำให้หนูซึ่งเป็นพาหะสำคัญของกาฬโรคแพร่กระจายออกไป ซึ่งก็จะยิ่งทำให้กาฬโรคแพร่กระจายออกไปมากยิ่งขึ้นโดยไม่จำเป็น. ไฮเอตมีความเห็นว่า การรับมือกับกาฬโรคนั้นควรปล่อยให้อยู่ในมือของตนได้จัดการอย่างอิสระ ซึ่งที่เป็นอยู่ก็ได้จัดการอย่างที่ดีที่สุดในความรู้และประสบการณ์ที่ตนเคยศึกษาเหตุการณ์ระบาดของกาฬโรคที่เมืองกลาสโกว์ สิงคโปร์ และฮ่องกง, จากนั้นจึงสรุปว่า ตนเชื่อว่าจะสามารถทำงานที่อยู่ในความรับผิดชอบต่อไปได้อย่างอิสระ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ตนได้ผ่านการฝึกฝนในเรื่องนี้มาเป็นพิเศษ.[49]

หลังจากผ่านไปเป็นเวลากว่า 2 เดือนที่กาฬโรคเริ่มเปิดฉากโจมตีกรุงเทพฯ และดูเหมือนว่าการระบาดจะไม่สามารถควบคุมให้อยู่เฉพาะในบริเวณเดียวที่ค้นพบผู้ป่วยกาฬโรคเป็นครั้งแรก เนื่องจากได้แพร่ระบาดเข้าไปในตำบลสำเพ็งและโรงเรียนราชินี[50] ดังนั้นในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447 (ปฏิทินเก่า) กรมศุขาภิบาลก็มีประกาศออกมาหนึ่งเพื่อเตือนประชาชนเกี่ยวกับเรื่องการระบาดของกาฬโรคในกรุงเทพฯ. ประกาศไม่มีชื่อฉบับนี้ บอกเตือนประชาชนว่าได้เกิดกาฬโรคระบาดขึ้นในกรุงเทพฯ และได้ให้คำอธิบายว่ากาฬโรคเกิดจาก "โรคที่มีตัวสัตว์อันเกิดจากของโสโครก เปนโรคที่มีพิศม์ร้ายแรงแลติดต่อกันได้ด้วย, เพราะฉนั้นผู้ที่อยู่บ้านเรือนอันมีของโสโครกอยู่ใกล้เคียง ย่อมเปนที่น่ากลัวอันตรายแก่ชีวิตรอยู่" กรมศุขาภิบาลจึงขอเตือน

ประชาชนเจ้าของบ้านเรือนทั้งหลายว่า "ให้คิดรื้อถอนเช็ดล้างสิ่งโสโครกอันมีอยู่ ณ ที่บ้านเรือนของตนเสียให้สิ้นเชิง แล้วจัดให้เปนความสอาด ส่วนขยะเยื่อมูลฝอยฤๅสิ่งของที่ไม่ควรเก็บสะสมไว้ให้เปนเครื่องโสโครกรุงรังนั้น ถ้าที่บ้านกว้างขวางพอจะฝังฤๅจะเผาเสียก็ได้ ถ้าที่ทางคับแคบจะนำไปทิ้งเสีย ณ ที่ๆ กรมศุขาภิบาล จะได้บอกไว้ให้ทราบ ณ ตำบลที่อนุญาตให้ทิ้ง." นอกจากทำความสะอาดบ้านเรือนแล้ว กรมศุขาภิบาลยังได้แนะนำให้ "โรยปูนขาว" บนพื้นกระเบื้องหรือราดยา "เยสฟลูต" ลงบนพื้นกระดานเพื่อกำจัด "กลิ่นของโสโครก".[51]

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ แม้ประกาศฉบับดังกล่าวจะเริ่มต้นด้วยการประกาศว่า กาฬโรคเกิดจาก "ตัวสัตว์อันเกิดจากของโสโครก" ซึ่งมองในแง่หนึ่งก็คือเชื้อจุลินทรีย์นั้นสามารถเกิดขึ้นได้เอง ดังนั้นข้อแนะนำจึงกลายเป็นเรื่องของการทำความสะอาดและการกำจัดสิ่งของโสโครก. อย่างไรก็ตาม ในอีกไม่กี่วันต่อมา (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447) นายแพทย์ทรัมป์ (Dr.Trumpp) ได้เสนอ "คำแนะนำในการป้องกันแลรักษา[กาฬโรค]" ต่อกรมทหารบก และต่อมากรมกองตระเวนได้คัดมาแก้ไขเป็นคำตักเตือนกองตระเวน. ทรัมป์อธิบายสมุฏฐานของกาฬโรคว่าเกิดจาก **"เชื้อของโสโครก"** ซึ่ง "มีตัวเล็กๆ อย่างละเอียดจนแลไม่เหนด้วยตาเปล่าต้องส่องกล้องพิเศษจึงจะเหนได้". เชื้อกาฬโรค หรือ "ตัวสัตว์เล็กๆ ของกาฬโรค" มีชื่อเรียกว่า "โคโคบักซีลุซ [Coccobacillus]" ซึ่งหากมนุษย์เป็นกาฬโรคขึ้นมาแล้ว ก็จะเข้าไปอาศัยอยู่ในบริเวณ "ลูกหนูหรือตามประตูลมต่างๆ" ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ม้าม, ไต, ปอด, ลำไส้, โลหิต, ไข่ต้น ซึ่งอยู่บริเวณหน้าขา, ท้องแขน, และบริเวณใต้คาง. เมื่อเชื้อชนิดนี้เข้าไปอยู่ตามบริเวณดังกล่าวแล้วก็จะ "ทำพิศม์ให้ปวดบวมขึ้น." ทรัมป์กล่าวถึงข้อห้ามต่างๆ เพื่อป้องกันการติดต่อ เช่น ห้ามรับประทานอาหารโสโครก, ห้ามดื่มน้ำที่มีสัตว์หรือคนที่เป็นกาฬโรคนำสิ่งของเครื่องใช้ไปทิ้งลงน้ำ, และห้ามการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยกาฬโรคก็อาจจะทำให้ได้รับเชื้อได้เช่นกัน กล่าวคือ "ถ้าอยู่ใกล้เคียงกับผู้ที่เปนโรคกาฬ แลพิศม์ของโรคนี้มีกลิ่นไอ อาจนำพิศม์ของโรคเข้าตามลมหายใจก็ติดกันได้ หรือนั่งรับประทานอาหารใกล้เคียงผู้ที่เปนโรคนี้ก็ดี หรือผู้ที่ไปเยี่ยมเยียนมีบาดแผลตามมือหรือเท้า พิศม์ของกาฬโรคอาจนำเข้าทางลมหายใจ หรือบาดแผล แลเข้าสิงสู่อยู่ในโลหิตติดกันได้." นอกจากนั้น ทรัมป์กล่าวถึงหนูว่า ก่อนที่กาฬโรคจะบาดกับมนุษย์นั้นจะเกิดขึ้นกับหนูก่อน ดังนั้นหากบริเวณใดเห็นมีหนูตายมากให้ควรระวัง และพยายามที่จะอธิบาย

ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความโสโครกกับการระบาดของกาฬโรคที่มาจากหนู โดยกล่าวว่าหากบ้านเรือนที่อยู่อาศัยมีความโสโครกก็จะทำให้มีหนูมาอยู่อาศัยได้สะดวก ดังนั้น "ถ้าเชื้อสัตว์กาฬโรคเปนขึ้นกับหนูก็อาไศรย์นั้นแล้ว แลหนูได้วิ่งไปมาตามที่อยู่ ได้นำเอาสัตว์พิศม์ของกาฬโรคมาแพร่หลายไปตามหมู่บ้าน หรือเรือนผู้คนที่อยู่หมู่เหล่านั้นก็ได้รับกลิ่นไอของพิศม์นี้อาจติดกันได้." อย่างไรก็ตาม คำอธิบายของทรัมป์ก็ยังมีกลิ่นอายของความเชื่อในเรื่อง "อายพิศม์" อยู่มากดังจะเห็นได้จากการที่พยายามจะอธิบายว่า การไม่รักษาความสะอาดหรือการที่ความโสโครกก็อาจจะทำให้เกิดเชื้อกาฬโรคขึ้นมาแพร่ระบาดได้ กล่าวคือ "ผู้ที่ปฏิบัติตัวไม่สอาจให้เกิดโสโครกขึ้นก็ดีก็เปนได้เหมือนกัน." นอกจากนั้น ทรัมป์ยังได้บรรยายอาการของโรคในระยะต่างๆ และกล่าวถึงวิธีการรักษาว่า "ในการที่จะลงมือรักษากาฬโรคนี้ เปนการยากที่สุดไม่มีสิ่งใดเลยที่จะรักษาให้หายได้ เปนแต่แก้ตามอาการอย่างละอย่างเท่านั้น" และแนะนำวิธีการป้องกันกาฬโรคด้วยการรักษาความสะอาด, "เวลากลางวันให้เปิดน่าต่างแลประตูให้ลมอากาศเดินได้โดยสดวก แลให้แสงอาทิตย์เข้าในห้องได้ ถ้าของสิ่งหนึ่งสิ่งใดมีอยู่ในคลังที่ชื้น หรือราขึ้นให้เอาออกมาผึ่งแดด", ไม่รับประทานอาหารที่บูดเน่า และให้ดื่ม "น้ำสุก ต้มเฉพาะวันเดียวเท่านั้น", อย่าอาบน้ำที่สกปรก, อย่าให้มีหนูชุกชุม, เนื่องจากกาฬโรคสามารถ "ติดกันโดยผู้นั้นได้มีบาดแผลตามฝ่าเท้าแลที่ตามขา."[52]

คำแนะนำของทรัมป์น่าจะเป็นคำอธิบายกาฬโรคที่ต่อมาได้รับการยอมรับค่อนข้างมาก เพราะปรากฏว่าเนื้อหาในคำแนะนำฉบับนี้ได้ถูกนำไปใช้ในคำประกาศฉบับอื่นๆ ของกรมศุขาภิบาลในเวลาต่อมา เช่น "ประกาศจัดการป้องกันกาฬโรค" เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ และ "ประกาศห้ามคนตื่นเรื่องแพทย์ตรวจป้องกันกาฬโรค" เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447 โดยในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ได้กราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ว่าเนื่องจากประชาชนยังไม่ทราบว่ากาฬโรคมีความร้ายแรงอย่างไร และมาตรการของกรมศุขาภิบาลจะช่วยบรรเทาการแพร่ระบาดได้อย่างไร ดังนั้นเมื่อมีการกักคนหรือย้ายคนป่วยไว้ในโรงพยาบาลก็ยิ่งทำให้คน

"กลับจะเหนไปว่า กระทำให้ได้ความลำบาก หรือกระทำให้เกิดความอันตราย ยิ่งจะปกปิดคนป่วยไข้มากขึ้นไป....มหาชนพากันตื่นตกใจ เล่าฤๅกันทั่วพระนครในเวลาวันนี้ว่า หมอฝรั่งเที่ยวตรวจไข้กาฬโรคนั้น จะจับคนเดินถนนทั้งพระนคร คือคนอ้วนเกินไปหรือผอมเกินไปก็ว่าเจ็บ จะจับตัวไปกักขัง ถ้าเปนคนเจ็บก็เอาตัวไปเอาน้ำแข็งทับท้องให้ตายบ้าง หรือทายาให้ตายบ้าง จะแหวะเอาหัวใจไปทำอะไรต่างๆ ทั่วทั้งพระนคร บางร้านบางรายเหนหมอแลเจ้าพนักงานเดินไป ก็พากันปิดร้านโรงแลวิ่งหนี แลมีพวกจีนบางตำบลบางรายถึงหาฤๅกันแลกล่าว เปนคำขู่ว่าถ้าหมอฝรั่งไปเอาตัวบุตรหรือญาติที่ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อใด จะพร้อมกันต่อสู้ขัดขวาง."

เสนาบดีกระทรวงนครบาลจึงให้แพทย์ศุขาภิบาลเรียบเรียงอาการไข้กาฬโรค วิธีการป้องกัน และข้อควรปฏิบัติเมื่อเกิดมีความสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นกาฬโรค "เพื่อจะร่างประกาศให้มหาชนทราบคุณประโยชน์ ซึ่งจะได้ช่วยนำข่าวคนป่วยไข้มาแจ้งแก่เจ้าพนักงาน."[53]

ใน "ร่างประกาศจัดการป้องกันกาฬโรค" ของกรมศุขาภิบาลฉบับนี้ได้เล่าถึงการแพร่ระบาดของกาฬโรคในที่ต่างๆ และอธิบายว่า กาฬโรคนั้น "เปนโรค**ที่มีตัวสัตว์เกิดจากของโสโครก**" โดยมี "หนูเปนสัตว์ต้นเหตุที่นำตัวโรคไปจากตำบลหนึ่งถึงยังตำบลหนึ่งยิ่งกว่าสัตว์อย่างอื่น" และได้อธิบายถึงมาตรการต่างๆ ที่กรมศุขาภิบาลจัดการป้องกัน กล่าวคือ 1) ตั้งโรงพยาบาลสำหรับพยาบาลคนเป็นกาฬโรค โดยในโรงพยาบาลนี้ให้มีแพทย์ไทยและพนักงานสำหรับพยาบาลคนไข้อยู่ประจำ, 2) ในโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 แผนก คือ แผนกสำหรับคนที่ป่วยไข้กาฬโรค และแผนกสำหรับคนที่ได้เกี่ยวข้องเนื่องกับผู้ป่วยเปนกาฬโรค คือผู้ที่พยาบาลคนผู้เป็นไข้กาฬโรคโดยไม่ได้ป่วย แต่ยังเป็นที่น่าสงสัยอยู่ว่ายังไม่สิ้นกำหนดที่ไข้อาจติดต่อกันได้ (คือกำหนดภายใน 10 วัน) เพื่อจัดให้พักอาศัยอยู่ต่างหากจากผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นกำหนดแล้วควรให้กลับบ้าน "ปะปนกับมหาชนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยไข้" ได้ตามปรกติ, 3) ถ้าญาติพี่น้องต้องการจะเข้าไปดูแลพยาบาลผู้ป่วยกาฬโรคก็ทำได้ แต่ "ผู้พยาบาลนั้นจะไปจากโรงพยาบาลไม่ได้ จนกว่าแพทย์จะตรวจเหนว่า สิ้นเขตรอายุไข้ติดต่อกันนั้นก่อน", 4) ให้มี

แพทย์ประจำท้องที่ เพื่อตรวจคนไข้ที่น่าสงสัยว่าเป็นกาฬโรค "ถ้าอาการเปนกาฬโรคแน่แล้ว ก็จะได้รับคนไข้ไปรักษาพยาบาลในทันที เพื่อไม่ให้โรคนั้นติดต่อเปนอันตรายตลอดครอบครัว.... ถ้าหากว่ามีผู้พยาบาลคนไข้อยู่ก่อนเจ้าพนักงานตรวจในบ้านเรือน เจ้าพนักงานก็จะได้พาไปตรวจรักษา แม้มีไข้ติดต่อกันขึ้น ก็จะได้รักษาพยาบาลในทันทีไม่ให้โรคกำเริบร้ายแรงมากไป", 5) ให้มีกองเจ้าพนักงานสำหรับชำระล้างบ้านเรือนตำบลที่เกิดไข้กาฬโรค "เพื่อให้สิ้นตัวสัตว์ที่เกิดโรค" ในตำบลนั้น, และ 6) ให้แพทย์ศุขาภิบาลเรียบเรียงอาการของไข้กาฬโรค และคำแนะนำในการปฏิบัติเพื่อป้องกันกาฬโรค. ในส่วนของเนื้อหาที่ว่าด้วย "การที่จะป้องกันไข้กาฬโรค" นั้นระบุว่า

> *"ไข้กาฬโรคนี้เปนโรคชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นจำเพาะในตำบลที่โสโครก. ตำบลที่อยู่เบียดเสียดกัน. แลตำบลที่ไม่มีช่องอากาศโปร่ง ข้อต้นที่ควรพึงกระทำ คือ ให้กวาดล้างบ้านเรือนแลบริเวณที่อยู่ให้สอาด. บรรดาขยะนั้นควรจะกวาดรวมกันแล้วเผาเสีย. พื้นเรือนแลบันไดควรจะล้างให้สอาด. แลฝาเรือนควรทาปูนขาว. ควรจะระวังท่อน้ำอย่าให้ตัน ให้น้ำโสโครกไหลไปจากบ้านเรือนได้สดวก*
>
> *อาหารที่รับประทานอย่าให้มีตัวแมลงต่างๆ ตอมได้ แลทั้งหนูด้วยอย่าให้ไปถูกต้องได้ เพราะสัตว์เหล่านี้สามารถจะนำ **ตัวโรค (เยิมร์)** จากคนเจ็บมาที่อาหารทำให้ต่อเนื่องกันได้ แลเมื่อรับประทานเข้าไปก็เกิดเปนโรคขึ้นแก่คนดี*
>
> *อนึ่งเปนอันได้ทราบกันอยู่ทั่วกันแล้วว่า หนูเปนสัตว์ต้นเหตุที่นำตัวโรค (เยิมร์) ไปจากตำบลหนึ่งยังตำบลอื่น เพราะฉนั้นคนทั้งปวงควรจะอุสาหจนเตมความสามารถที่จะจับหนูหรือฆ่าเสีย หรือจะไปขอยาเบื่อหนูที่โรงพักกองตระเวนซึ่งใกล้เคียงบ้านก็ได้ เจ้าพนักงานจะเอายาไปเบื่อให้แลจะเอาซากหนูที่ตายนั้นไปเผาให้ด้วย."*

ในท้ายประกาศนั้นนอกจากจะระบุให้ราษฎรแจ้งเจ้าพนักงานเมื่อทราบว่าเกิดกาฬโรคขึ้นที่ใดแล้ว ยังระบุว่าขอให้ประชาชน "อย่าพากันตื่นตกใจเชื่อถือถ้อยคำบอกเล่าที่ผิดๆ...หากว่าจะมีฝรั่งผู้ใดไปขู่กันโชกตรวจแลจับตัว จะลงเอาเงินทอง ไม่ได้กระทำการป้องกันโรคอย่างข้อความใน

ประกาศนี้แล้ว ก็ให้รีบนำความมาแจ้งยังกระทรวงนครบาล หรือกองตระเวนในตำบลที่ใกล้บ้านในทันที เจ้าพนักงานจะได้สอบสวนเอาตัวผู้ผิดฟ้องร้องเอาโทษให้เปนเยี่ยงอย่างสืบไป".[54]

ในวันต่อมา ประกาศฉบับนี้ได้ถูกประกาศออกมาใช้โดยไม่ได้มีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447[55] และได้มี "ประกาศห้ามคนตื่นเรื่องแพทย์ตรวจป้องกันกาฬโรค" ของกระทรวงนครบาลออกมาสำทับในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับข่าวลือดังที่กล่าวไปแล้ว และอ้างอิงถึงประกาศฉบับก่อนหน้านั้นด้วย.[56] นอกจากออกประกาศอธิบายและวิธีป้องกันแล้ว เข้าใจว่าในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2447 ได้มีการกำหนดให้มีการ "รายงานกาฬโรคชั่วเวลา 24 ชั่วโมง".[57] หลังจากที่กาฬโรคแพร่ระบาดมานานเป็นเวลาราว 5 เดือน ในที่สุดในวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2447 กรมศุขาภิบาลก็สามารถประกาศ "Official Plague Report" โดยนายแพทย์ไฮเอตเมื่อมีรายงานกรณีหญิงผู้หนึ่งป่วยเสียชีวิตตายในนครเขื่อนขันธ์ โดยก่อนหน้านั้นได้ขึ้นมาเยี่ยมญาติที่ตึกขาวป่วยเป็นไข้กลับไปเมื่อวันที่ 16 มีนาคม และเสียชีวิตในวันที่ 20 มีนาคม โดยมีญาติรักษาพยาบาลอยู่ด้วยหลายคน.[58] ซากศพของหญิงผู้นี้ได้รับการตรวจว่าเป็นกาฬโรคโดยนายแพทย์ทรัมป์ และได้รับยืนยันว่าเป็นกาฬโรคอย่างแน่นอนจากการตรวจสอบหาเชื้อแบคทีเรียโดยไฮเอต.[59] ในจดหมายถึงพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2447 (ปฏิทินเก่า) ไฮเอตเล่าว่านายแพทย์ทรัมป์ได้ตรวจซากศพและพบอาการบวมในซอกแขน และเนื่องจากการที่ผู้ป่วยเป็นไข้เพียง 2 วันก็เสียชีวิต จึงสันนิษฐานว่าเป็นกาฬโรค และเก็บเอาโลหิตมาจากซากศพมาตรวจสอบ. เมื่อตรวจสอบ (ด้วยกล้องจุลทัศน์) แล้ว ไฮเอตพบว่ามีเชื้อกาฬโรคเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงมีคำสั่งให้ชำระล้างบ้านที่ผู้ป่วยอยู่ รวมทั้งข้าวของเครื่องใช้ทุกอย่างที่เกี่ยวกับผู้ป่วย และให้ผู้เป็นสามีถูกกักบริเวณอยู่เป็นเวลา 10 วัน. ไฮเอตเสนอว่า ตนจะรายงานเรื่องนี้ผ่านทางหนังสือพิมพ์เพื่อประกาศการค้นพบในครั้งนี้อย่างเป็นทางการ เนื่องจากควรที่จะตีพิมพ์กรณีที่เป็น "authentic case" เสนอต่อสาธารณชน.[60]

ปัญหาเรื่องการระบาดของกาฬโรคในที่สุดได้ถูกเข้าไปอยู่ในที่ประชุมของเสนาบดีสภา มีหลักฐานของการประชุมของเสนาบดีสภาเมื่อวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2448 (ปฏิทินเก่า) ระบุ

การประชุมวาระที่ 1 เรื่องไข้กาฬโรค โดยกระทรวงมหาดไทยได้ทูลเกล้าฯ ถวายเรื่องการที่กาฬโรคได้ระบาดไปตามเมืองต่างๆ ถึง 6 หัวเมือง (เช่น พระปฐมเจดีย์และเพชรบุรี) แต่กระทรวงมหาดไทยไม่มีคนสำหรับรับมือ. กระทรวงมหาดไทยระบุว่า เคยขอร้องกรมสุขาภิบาลเป็นครั้งคราว แต่ก็ไม่สะดวกเพราะงานหน้าที่ของแพทย์ศุขาภิบาลเน้นอยู่ในกรุงเทพฯ. พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำรัสว่า การป้องกันกาฬโรคนี้จะให้อยู่ในความรับผิดชอบของกรมศุขาภิบาลตลอดจนหัวเมืองหรือไม่อย่างไร โดยขอความเห็นจากที่ประชุม. พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย มีความเห็นว่า หน้าที่ของกรมพยาบาล "ไม่ใช่แต่จะป้องกันกาฬโรคอย่างเดียว ต้องจัดทุกอย่างที่จะทำให้คนในพระราชอาณาเขตรตายน้อยลง" แต่สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นส่วนหัวเมืองถูกทิ้งไว้โดยไม่ได้จัดการอะไรเลย จึงเสนอว่า "ถ้าจะให้ได้ผลอย่างดีที่สุดต้องเลิกกรมพยาบาลเสีย ส่วนโรงพยาบาลที่มีอยู่ในกรุงเทพฯ ให้ยกไปขึ้นอยู่ในกระทรวงนครบาล ต่อไปถ้าจะตั้งโรงพยาบาลขึ้นไปในหัวเมืองใดให้ขึ้นอยู่ในเมืองนั้น เว้นแต่โรงศิริราชพยาบาล ต้องให้ขึ้นแก่กรมศึกษาเพราะเปนโรงเรียน." ผลปรากฏว่า "ที่ประชุมเห็นชอบด้วย" กับข้อเสนอของพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ.[61]

อย่างไรก็ตาม ปรากฏว่าเรื่องนี้ถูกนำกลับมาสู่การประชุมของเสนาบดีสภาอีกครั้งเมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ.2448 (ปฏิทินเก่า) เนื่องจากการที่กาฬโรคระบาดออกไปตามหัวเมือง ทำให้กระทรวงมหาดไทยมีความเดือดร้อนมาก เพราะ "ไม่มีหมอสำหรับกระทรวง." พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำริห์ว่า "เรื่องนี้จะต้องปรึกษาไว้ให้เปนหลักสำหรับที่จะจัดการป้องกันโรคทั้งปวงในหัวเมืองต่อไปว่าจะจัดอย่างไร ที่จัดอยู่เดี๋ยวนี้ แต่ฉเพาะป้องกันกาฬโรคในกรุงเทพฯ เท่านั้น." ในที่สุด เมื่อพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ, พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์, พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นมหิศรราชหฤทัย และเจ้าพระยาวิชิตรวงศ์วุฒิไกรได้ปรึกษากันแล้วก็ได้มติเหมือนกับที่เคยประชุมไปเมื่อวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2448 คือ "ได้ตกลงกันว่า ต้องเลิกกรมพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลนั้นให้จัดเปนมณฑลๆ แต่ในกระทรวงธรรมการต้องมีหมอสำหรับตรวจการโรงพยาบาลทั่วไปนายหนึ่ง มีหมอสำหรับประสมยาจำหน่ายให้ทั่วถึงนายหนึ่ง มีหมอสำหรับทำหนองฝีแลไชรำสำหรับ

ป้องกันโรคโคกระบือนายหนึ่ง."[62]

การระบาดของกาฬโรคยังระบาดต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ทำให้นายแพทย์ไฮเอตทำหนังสือเสนอถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาลเกี่ยวกับการจัดการสุขาภิบาลขึ้นอีกครั้งเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2448 โดยนอกจากจะบรรยายถึงการระบาดของกาฬโรคในกรุงเทพฯ แล้ว ไฮเอตยังได้วิจารณ์สถานภาพทางการสุขาภิบาลของกรุงเทพฯ ในสมัยนั้นว่า "กรุงเทพพระมหานครเป็นเมืองที่โสโครกที่สุดในบรรดาพระนครในประเทศตวันออก." แม้ว่าการตั้งกรมศุขาภิบาลมาเป็นเวลา 8 ปีจะช่วยทำให้สะอาดขึ้น แต่กิจการสำคัญๆ ของการสาธารณสุข เช่น การทำน้ำประปา, การทำท่อระบายน้ำ, การกำจัดบ้านเรือนที่สกปรก และการจัดการกับสถานที่มีประชาชนอยู่กันอย่างหนาแน่น เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ยังไม่ได้ทำทั้งสิ้น. ไฮเอตจึงเสนอมาตรการต่างๆ ในการปรับปรุงกรมศุขาภิบาล กล่าวคือ

"1. บรรดาบ้านเรือนที่โสโครกทั้งสิ้นที่ไข้กาฬโรคได้เกิดขึ้น หรือ...ว่าจะเกิดขึ้นได้ หรือที่โสโครกซึ่งจะเป็นอันตรายแก่ความศุขควรจะรื้อแลเผาเสีย หรือมิฉนั้นจะล้างด้วยน้ำยาให้สอาดได้แลเปลี่ยนแก้ให้ดีขึ้น ข้อนี้ควรใช้ทั่วไปสำหรับกรุงเทพพระมหานคร....บรรดาบ้านที่จะล้างด้วยน้ำยาแลแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นไม่ได้ ก็ควรจะรื้อลงเสีย...

2. ควรจะต้องเพิ่มเจ้าหนักงานกรมศุขาภิบาลเพื่อจะได้สามารถจัดการซึ่งจะต้องทำให้แล้วได้เต็มกำลัง...

3. ควรจะต้องมีพระราชบัญญัติศุขาภิบาลอย่างสั้นๆ สำหรับทั้งพระนครโดยทันที อย่าให้เป็นอันใช้ได้แต่เฉภาะชั่วในกำแพงพระนครเช่นในเวลานี้ ไม่มีคุณอันใดที่จะพยายามปลอบราษฎรให้ประพฤติตามคำแนะนำของกรมศุขาภิบาล เพราะการศุขาภิบาลที่ได้ทำมาในกรุงเทพฯ ในชั่ว 7 ปีก็กระทำให้ข้าพระพุทธเจ้ามีความรู้ได้ว่า มีแต่อำนาจกฎหมายที่ลงโทษปรับเป็นเงิน หรือทั้งจำคุกจึงจะบังคับให้ราษฎรสอาดได้ เพราะราษฎรชอบสกปรก...

4. ความอุดหนุนอันใหญ่สำหรับการสืบคนตายโดยไข้กาฬโรคนั้น คือพระ

ราชบัญญัติจดทะเบียนคนเกิดและคนตาย...

5. ความอุดหนุนซึ่งใหญ่ยิ่งกว่านี้ในการที่จะสืบคนตายโดยไข้กาฬโรคให้รู้โดยเร็วนั้นคือพระราชบัญญัติบังคับให้แจ้งความเมื่อมีคนเจ็บเป็นโรคที่ติดต่อกันได้."[63]

นานข้ามปีหลังจากไฮเอตยื่นข้อเสนอไป ในที่สุดพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงให้มีการประชุมเรื่องวิธีจัดการรักษาป้องกันและจัดการโรงพยาบาลกาฬโรคตามหัวเมืองขึ้น ในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ.2449 (ปฏิทินเก่า) โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมคือ พระยาศรีสหเทพราชปลัดทูลกระทรวงมหาดไทย, พระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้ากรมขุนลพบุรีราเมศร์, พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ราชปลัดทูลกระทรวงธรรมการ, ข้าหลวงเทศาภิบาลมณฑลราชบุรี, ข้าหลวงเทศาภิบาลมณฑลนครราชสีมา, พระพิศณุประสาทเวช และหมอเชลยศักดิ์ตามหัวเมืองที่เคยรักษากาฬโรคอีกจำนวนหนึ่ง. รายงานการประชุมได้มีข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีจัดการโรงพยาบาลในหัวเมืองที่เกิดกาฬโรค, วิธีจัดการป้องกันการแพร่ระบาดเมื่อเกิดกาฬโรคขึ้นเป็นครั้งแรก, และวิธีการรักษาและป้องกันการแพร่ระบาดของกาฬโรคในเขตที่เกิดกาฬโรคระบาดอยู่แล้ว.[64] นอกจากนี้ พร้อมกับที่เสนอรายงานการประชุมแก่พระเจ้าอยู่หัวนั้น พระยาศรีสหเทพ ได้ทูลเกล้าฯ ถวาย "ร่างประกาศให้แจ้งความในเวลามีกาฬโรค" ขึ้นมาด้วย.

"ข้อ 1 ในประกาศนี้ คำว่า เจ้าของบ้านนั้นหมายความว่าผู้เป็นเจ้าของบ้านเรือนหลังเดียวก็ตามหลายหลังก็ตามซึ่งอยู่ในเขตร์มีเจ้าของที่เป็นอิศระส่วนหนึ่งแลแพหรือเรือซึ่งจอดประจำอยู่ที่ใดซึ่งมีเจ้าของครอบครองเป็นอิศระต่างหาก ตามพระราชบัญญัติลักษณปกครองท้องที่รัตนโกสินทรศก 116 หมวดที่ 2 มาตรา 7 ข้อ 1 ข้อ 2 นั้น

ถ้าวัดให้ถือว่าเจ้าวัดเป็น เจ้าของบ้าน ทั่วอาราม แต่ผู้ที่เป็นหัวหน้าคนที่อยู่ในกุฎีต้องเป็นเจ้าของบ้านชั่วเฉภาะกุฎี

ถ้าโรงพยาบาลหรือโรงทหารหรือโรงเรียนหรือสถานที่ตั้งสำหรับการกุศลหรือคุกตรางเรือนจำก็ดี ให้ถือว่าผู้ที่เป็นหัวหน้าปกปักรักษาสถานเหล่านั้นเป็นเจ้าของบ้านตามประกาศนี้

ข้อ 2 ถ้าคนป่วยอาการปรากฏเหมือนไข้กาฬโรคมีขึ้นในบ้านเรือนหรือสถานที่แห่งหนึ่งแห่งหนึ่ง ผู้เป็นเจ้าของบ้านต้องแจ้งความต่อกรมการอำเภอซึ่งตั้งอยู่ที่ใกล้นั้นในทันที

ข้อ 3 เมื่อมีผู้มาแจ้งความดังนั้น ให้กรมการอำเภอทำหนังสือคู่มือว่าได้มาแจ้งความไว้เช่นนั้นให้แก่ผู้มาแจ้งความไปเป็นสำคัญ แล้วให้กรมการอำเภอแจ้งความให้เจ้าพนักงานแพทย์แลผู้ว่าราชการเมืองทราบ

ข้อ 4 ถ้าคนผู้ใดป่วยมีอาการเป็นไข้ตัวร้อนจัด แลมีบวมขึ้นที่รักแร้หรือที่ไข่ดัน ให้ถือว่าผู้นั้นป่วยมีอาการปรากฏเหมือนเป็นไข้กาฬโรค

ข้อ 5 ถ้าผู้ใดที่ทำมาหากินทางวิชาแพทย์ก็ดี หรือผู้ใดผู้หนึ่งได้ไปรักษาพยาบาลคนป่วยด้วยมีหน้าที่อย่างใดๆ ก็ดี เมื่อเห็นว่าคนที่ป่วยมีอาการปรากฏเหมือนไข้กาฬโรค ก็ต้องเป็นหน้าที่ของผู้นั้นที่จะสอบถามเจ้าของบ้านว่า ได้นำข่าวที่ป่วยนั้นไปแจ้งต่อกรมการอำเภอแล้วหรือไม่ แลจะต้องขอดูหนังสือคู่มือที่ควรได้รับจากกรมการอำเภอตามความในข้อ 3 เป็นสำคัญนั้นด้วยถ้ายังไม่ได้นำข่าวคนที่ป่วยไปแจ้งกรมการอำเภอ ก็ต้องเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้นั้นที่จะต้องแจ้งข่าวต่อกรมการอำเภอในทันที

ข้อ 6 ถ้าเจ้าของบ้านคนใดละเลยเสียไม่นำข่าวคนป่วยมีอาการปรากฏเหมือนเป็นไข้กาฬโรคไปแจ้งแก่กรมการอำเภอตามที่บังคับไว้ในข้อ 2 ในทันทีก็ดี ถ้าคนผู้ใดที่ทำมาหากินทางวิชาแพทย์หรือผู้ใดที่ได้ไปรักษาพยาบาลคนป่วยด้วยหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อเห็นว่าคนที่ป่วยนั้นมีอาการปรากฏเหมือนไข้กาฬโรค และได้ทราบแล้วว่าเจ้าของบ้านยังไม่ได้นำข่าวไปแจ้งต่อกรมการอำเภอ ผู้นั้นยังละเลยเสียไม่แจ้งข่าวในทันทีก็ดี ผู้นั้นมีความผิดต้องด้วยโทษปรับเป็นเงินไม่เกินกว่าร้อยบาท." [65]

นอกจากได้มีการออกประกาศให้ประชาชนแจ้งความเมื่อมีกาฬโรคระบาดแล้ว ใน พ.ศ.2449 นายแพทย์แบรดด็อก (Chas S. Braddock, Jr) ซึ่งเป็นผู้ตรวจการแพทย์ใหญ่ของ

กระทรวงธรรมการ ได้เสนอให้มีการจัดพิมพ์หนังสือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และป้องกันโรค โดยให้ใช้ชื่อว่า **สมุดอธิบายวิธีป้องกันและรักษาพยาบาลโรคสำคัญต่าง ๆ** แยกเป็นเล่มเล็กเป็นรายโรค เช่น อหิวาต์, กาฬโรค และ เหน็บชา เป็นต้น.[66] นอกจากนั้น แบรดด็อกยังได้ทำหนังสือต่อพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ เพื่อเสนอมาตรการทางด้านสุขาภิบาล (Sanitary Measure) ตามที่พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ขอความเห็นในเรื่องนี้มาเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ.2449. แบรดด็อกเสนอให้มีการตรวจอาหารที่ขายอยู่ในเมืองและตลาดทุกแห่ง โดยให้เจ้าพนักงานมีอำนาจสั่งให้เลิกขายอาหารบางชนิดที่ไม่เหมาะแก่การบริโภคได้, ให้กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านตรวจสภาพบ้านเรือนและบริเวณรอบตลาดให้มีความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง, ให้กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านรายงานกรณีผู้ป่วยกาฬโรค อหิวาต์ ไข้ทรพิษ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายใน 24 ชั่วโมงต่อผู้บังคับบัญชา, ให้เจ้าของบ้านและแพทย์ไทยรายงานการเกิดและการตายทุกรายภายในเวลาไม่นานเกินควร, ไม่ให้มีการเลี้ยงหมูในบริเวณตลาดหรือภายในบ้านที่มีคนอาศัยอยู่, เตือนให้ประชาชนทราบว่าการอยู่ในเรือนที่สูงกว่าพื้นจะช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง, ให้มีบ่อน้ำดื่มที่สะอาดโดยก่ออิฐเป็นกำแพงล้อมรอบเพื่อไม่ให้น้ำเสียไหลถ่ายเทลงในบ่อได้, จะต้องไม่ให้ประชาชนกินเนื้อสัตว์ที่ตายจากโรคลงแดง (Rinderpest) หรือแอนแทร็กซ์, ในกรณีที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะทรพิษ กาฬโรค หรืออหิวาต์นั้นให้เผาเตียงนอนและเสื้อผ้าทุกอย่างของผู้ป่วย และให้ชำระล้างบ้านให้สะอาดด้วยกรรมวิธีที่กำหนด, เมื่อเกิดกาฬโรคขึ้นให้จับหนูทุกตัวมาฆ่าทิ้ง, เมื่อเกิดไข้ทรพิษจะต้องให้ทุกคนฉีดวัคซีน, เมื่อเกิดอหิวาต์ขึ้นจะต้องดื่มเฉพาะน้ำที่ต้มแล้วเท่านั้น, ผู้ที่จะฉีดวัคซีนได้จะต้องมีประกาศนียบัตรจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องเท่านั้น, จะต้องไม่ส่งเจ้าพนักงานหรือลูกจ้างของรัฐออกไปในป่าโดยไม่มีการเตรียมยาสำหรับอหิวาต์และโรคเกี่ยวกับท้องเสียไปให้พร้อม, และเมื่อเกิดอหิวาต์ กาฬโรค หรือไข้ทรพิษระบาดขึ้นมา ประชาชนที่ป่วยโดยโรคดังกล่าวจะต้องนำไปไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้ห่างไกลจากคนอื่นๆ และจะต้องกักไว้ในโรงพยาบาลจนกว่าจะหาย.[67]

อย่างไรก็ตาม ความคิดเรื่องเชื้อโรคในฐานะสาเหตุของการเกิดโรค/ความเจ็บไข้ได้ป่วยได้บรรลุถึงจุดสุดยอดในงานเขียนของยอช แมกฟาแลนด์ เรื่อง **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค** ซึ่งตีพิมพ์ออกมาเมื่อ ร.ศ.129 (พ.ศ.2453).[68] นอกจากแมกฟาแลนด์จะชี้ให้เห็นว่ากาฬโรคเกิดจาก

"เยิมเล็กๆ ถึงแม้ว่าจะส่องดูด้วยกล้องขยายรูปก็ไม่อาจเห็นได้ เพราะตัวเยิมนั้นมีขนาดยาวประมาณ 1/25000 ของนิ้วหนึ่ง คือในหนึ่งนิ้วจะมีตัวเยิมประมาณ 25000 ตัว"[69] แล้วยังทำให้เห็นว่า ตัวเชื้อโรคเหล่านี้สามารถเดินทางติดต่อมาถึงมนุษย์ได้อย่างไร โดยชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวพาหะที่เชื้อโรคสามารถอาศัยมีชีวิต (หนู) และวิธีการที่เชื้อในตัวพาหะจะติดต่อมาสู่คนโดยผ่านพาหะอีกชนิดหนึ่งเป็นตัวสื่อระหว่างหนูกับคน คือ "ตัวหมัด". กล่าวคือในเลือดของหนูที่เป็นกาฬโรคนั้นจะมี "ตัวเยิม" อยู่จำนวนหนึ่ง เมื่อหมัดกัดหนูแล้วมากัดมนุษย์อีกทอดหนึ่งก็จะทำให้ "ตัวเยิมที่ติดอยู่กับปากหมัด" เข้าไปในร่างกายของมนุษย์ผ่านรอยกัดของหมัด ทำให้ "ตัวเยิมจึงเข้าไปอยู่ในโลหิตได้" ซึ่งเมื่อผู้ใดถูกตัวหมัดกัดและได้รับ "ตัวเยิม" เข้าไปในร่างกายเช่นนี้ก็จะ "ติดโรค" และ "ไม่สบายแลมีอาการไข้โดยรวดเร็ว".[70] ดังนั้นหากต้องการป้องกันกาฬโรคแล้ว แมกฟาแลนด์แนะนำว่า "ควรจะต้องฆ่าหนูเสียให้หมด" และ "จำเปนที่ต้องทำให้เรือนสอาด เพื่อตัวหมัดที่อาไศรยอยู่ตามพื้นจะได้ตายเสีย แลเปนที่ป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นในเรือนอีก."[71]

ส่วนวิธีป้องกันไม่ให้ "เชื้ออณู" หรือตัวเยิมเหล่านี้แพร่หลายนั้นต้อง "ปฏิบัติวิธีทำลายเชื้อ" ซึ่งนอกจากกักด่าน และห้ามไม่ให้ผู้คนและสัตว์เลี้ยงๆ ต่างเคลื่อนย้ายเข้าออกบริเวณที่เกิดกาฬโรคแล้ว การควบคุมเฉพาะมนุษย์เท่านั้นยังไม่เพียงพอ เพราะว่า "เชื้ออณูเหล่านี้เคลื่อนที่ได้ ทั้งในเครื่องผ้าใช้สรอย ทั้งตามขนแห่งสัตว์เลี้ยง แมว สุนักข์ มิใช่แต่เท่านี้มีพยานรับรองว่า ผ้าขน ฟูกเบาะ ที่หลับนอน อาจเปนที่ซุ่มซ่อนของเชื้ออณูเหล่านี้ได้นาน....ฝ่ายหนูแมลงต่างๆ ย่อมหนีตามคน" ดังนั้นจึงต้องมาตรการต่างๆ จำนวนมาก เช่น ดักและขึงรั้วลวดซึ่งมีตาถี่ๆ ที่มีหลักตอกลวดให้อยู่ชิดหรือใช้สังกะสีปักเปนรั้วรอบบ้าน, หากตกลงใจว่าจะเผากระท่อมทั้งหลังควรเผาหนูด้วย โดยล้อมไม่ให้หนีได้ก่อน เพราะหากสามารถกักคุมคนได้ แต่ปล่อยให้หนูขึ้นทำรังบนเพดาน หรือมากัดกินของในครัว หรือตายในเรือน "หมัดจากตัวหนูตายเข้าชนแมว ทั้งจะปล่อยให้สัตว์เหล่านี้วิ่งกระจุยกระจายไปทั่วหมู่ทั่วบ้าน แลจะกักเฉภาะแต่คนก็ไม่มีประโยชน์กี่มากน้อย."[72]

ในปลายปีเดียวกับที่แมกฟาแลนด์พิมพ์ **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค** ออกมานั้น กรม

ศุขาภิบาลได้เสนอให้มีการ "ประกาศตักเตือนแลแนะนำวิธีป้องกันอหิวาตกะโรค" ในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2453 (ปฏิทินเก่า) โดยอธิบายว่า "อหิวาตกะโรคเปนโรคร้ายกาจอย่างหนึ่ง" ที่มีสาเหตุจาก "ตัวสัตว์เล็กๆ ที่แลเห็นด้วยตาไม่ได้นั้นเปนเชื้อโรค".[73] เมื่อถึงจุดนี้ก็สามารถกล่าวได้ว่า ความคิดใหม่ทางการแพทย์เกี่ยวกับสมุฏฐานของการเกิดโรค (หรือทฤษฎีเชื้อโรค) ที่เพิ่งเริ่มก่อตัวอยู่ในตะวันตกได้ไม่นานก็เริ่มเข้ามาสถาปนาอยู่ในพื้นที่ของความรู้ทางการแพทย์ในหมู่ชนชั้นนำไทย และด้วยพื้นฐานของความรู้แบบใหม่นี้เองก็ก่อให้เกิดปฏิบัติการทางอำนาจที่แปลกใหม่สำหรับรัฐไทย คือ "การต่อสู้กับโรค" โดยกำหนดแนวนโยบายของปฏิบัติการว่า "ต้องกำจัดหนูกับแมวก่อน ทำลายสัตว์พวกนี้ ทั้งกักคุมผู้ป่วยและห้ามไม่ให้ผู้ปฏิบัติไปเที่ยวเยี่ยมเยียนสู่หากับผู้เจ็บผู้ป่วยเลย นอกจากจำเปน" และนอกจากหนูกับแมวจะกลายเป็นศัตรูของรัฐแล้ว ผู้ที่ได้รับเชื้อโรคเข้ามาที่สามารถตรวจสอบได้อย่างชัดเจนแล้วก็จะต้องถูก "ห้ามคนอื่นไม่ให้เข้าใกล้คบค้า หรือสมาคมกับหมู่บ้านนั้น หรือคนนั้น."[74] ความคิดเรื่องเชื้อโรค และการต่อสู้กับ (เชื้อ) โรคนี้ทำให้ประชาชนพลเมืองต้องคอยถูกรัฐสอดส่องดูแลและเข้าไปจัดการเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่และร่างกายของประชาชน เนื่องจากการเป็นโรคของปัจเจกชนมิได้เป็นแต่เพียงปัญหาส่วนบุคคล แต่ถูกมองว่าเป็นปัญหาร่วมหรืออันตรายต่อสังคมส่วนรวม ขณะที่ประชาชนพลเมืองถูกมองว่าไม่มีความรู้ที่จะดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ปลอดพ้นจากอันตรายของเชื้อโรคได้.

นอกจากนั้นความรู้ใหม่ที่ว่าเชื้อโรคหรือ "ตัวเยิม" ซึ่งมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทำให้รัฐไทยต้องเพ่งมองไปยังสิ่งใหม่ที่ไม่เคยอยู่ในสายตามาก่อนว่าจะมีความสำคัญต่อนโยบายกับปฏิบัติการของรัฐ. เชื้อโรค และบรรดาพาหะ เช่น หนู เหา หมัด และจะตามมาอีกเป็นจำนวนมากในเวลาต่อมา (อาทิ ยุง) ก็จะถูกเฝ้าจับตามองความเคลื่อนไหวในฐานะที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ เนื่องจากโรคระบาดบางชนิดคือ "ความอันตราย และผลปลายมือแห่งพยาธิอันร้ายแรง" จึงเป็นสิ่งที่ "ต้องปราบ...ห้ามมิให้แพร่หลาย" เพราะหากมีความประมาท "ปล่อยให้เชื้อแห่งพยาธิอันนี้แล่นโดยพลุ่มพล่ามเข้ามาในเรือนของตน ก็ย่อมเกิดความวินาศอันใหญ่."[75] รายงานแพทย์ศุขาภิบาล พ.ศ.2464 ระบุว่า ในช่วง

พ.ศ.2463 นั้นได้มีการตรวจเชื้อกาฬโรคจากหนูเป็นจำนวนถึง 5,987 ตัว ซึ่งมากกว่าปีก่อน (พ.ศ.2462) ถึง 2,647 ตัว และปีก่อนหน้านั้น (พ.ศ.2461) ถึง 5,977 ตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารัฐให้ความสำคัญอย่างมากกับการเฝ้าระวังการเคลื่อนไหวของหนูในพระราชอาณาจักร.[76] ตำราเรียนที่ถูกผลิตขึ้นในช่วงนี้ก็ให้ความสำคัญการต่อสู้กับเชื้อโรค เช่น **แบบสอนอ่านเรื่องการสุขาภิบาลสำหรับตนเองและครอบครัว ภาคต้น เป็นความรู้เรื่องการต่อสู้กับข้าศึกที่เราแลไม่เห็นตัว สำหรับชั้นประถมและมัธยม** ของเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี ซึ่งตีพิมพ์เมื่อ พ.ศ.2461 ที่ให้ความหมายคำว่า "สุขาภิบาล" ว่าคือ การรักษาความสุข ด้วยการหลีกหนีโรคด้วยวิธีต่อสู้และกำจัดเชื้อโรค และหลักการสำคัญของการสุขาภิบาลคือ การช่วยกันทำลายเชื้อโรคให้สูญพันธุ์.[77] นอกเหนือจากเชื้อโรค หนูและหมัดแล้ว สัตว์ที่จะเข้ามามีบทบาทต่อปฏิบัติการทางอำนาจของรัฐในเวลาต่อมาคือยุง ดังเช่น เมื่อกองอนามัยของสภากาชาดสยามได้ออกไปแสดงภาพอนามัยศึกษาในนครศรีอยุธยาเมื่อ พ.ศ. 2467 ก็ได้มีการแจกหนังสือต่างๆ เช่นเรื่อง **แมลงซึ่งเปนศัตรูแก่มนุษย์ (หมัด, เหา, เลือด)** เรื่อง **แมลงซึ่งเปนศัตรูแก่มนุษย์ (ยุงและแมลงวัน)** และเรื่อง **ศัตรูอย่างใหญ่ยิ่งของมนุษย์** เป็นต้น เพื่อเตือนถึงภัยอันตรายต่อมนุษย์จากสัตว์เหล่านี้.[78]

โฉมหน้าของยุงในประวัติศาสตร์ไทย

ยุงเริ่มได้รับการกล่าวถึงในรายงานประจำปีของแพทย์สุขาภิบาล รศ.122/พ.ศ.2446 ที่นายแพทย์แคมเบล ไฮเอตนำเสนอต่อพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ เสนาบดีกระทรวงนครบาลเมื่อวันที่ 13 เดือนมิถุนายน ค.ศ.1904. ในส่วนหนึ่งของรายงานที่เกี่ยวกับสภาพการณ์ของการเกิดโรคระบาดในสยาม ไฮเอตกล่าวถึงคนไข้มาลาเรียรายหนึ่งจากมวกเหล็กซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้. โรคมาลาเรียในสยามนั้นไฮเอตรายงานว่ามีอยู่ 2 ชนิด คือ 1) the simple Tertian ซึ่งเกิดทั่วไปและไม่ร้ายแรง สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยาควินิน และ 2) the real Tropical Malaria ซึ่งรักษาได้ยากมากและส่วนมากมักจะเสียชีวิต. ในจำนวนคนไข้ 1,750 คนที่รับเข้ามาในโรงพยาบาลตำรวจนั้นมีเพียง 31 รายเท่านั้นที่เป็นไข้มาลาเรีย ซึ่งโดย

มากมาจากหัวเมืองหรือจากเส้นทางรถไฟ และในจำนวน 31 รายนี้มี 20 รายเป็น "the simple Tertian" และมีเพียง 11 รายเท่านั้นที่เป็น "the real Tropical Malaria" จริง. เหตุผลที่มีมาลาเรียน้อยก็เพราะว่า มีชนิดของยุงที่เป็นพาหะของเชื้อมาลาเรียอยู่ค่อนข้างน้อยในสยาม.

หลังจากนั้นไฮเอตได้จำแนกยุงออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) Culex และ 2) Anopheles. ยุงแบบ Culex คือยุงที่อยู่ตามบ้านทั่วไปและไม่มีอันตรายต่อมนุษย์ในแง่ที่เป็นพาหะของเชื้อมาลาเรีย, ส่วนยุงแบบ Anopheles คือยุงประเภทที่พบตามทุ่งนาป่าเขา ซึ่งเป็นยุงประเภทที่เชื้อมาลาเรียจะอาศัยอยู่ในระยะเวลาช่วงหนึ่งของวงจรชีวิต (ของเชื้อมาลาเรีย). ไฮเอตรายงานว่าได้เก็บตัวอย่างลูกน้ำจาก 43 แห่งในกรุงเทพเมื่อช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2446 (ปฏิทินเก่า) ที่ผ่านมา และตรวจสอบพบว่าลูกน้ำที่พบทั้งหมดเป็นลูกน้ำของยุงแบบ Culex. อย่างไรก็ตาม ไฮเอตเสนอให้มีการกำจัดยุงในกรุงเทพฯ ด้วยการนำน้ำมันขี้โล้ไปใส่ตามแอ่งน้ำเพื่อฆ่าลูกน้ำ และประกาศให้ประชาชนทำลายเศษถ้วยชาม กระป๋อง หรือสิ่งที่จะทำให้น้ำขังเพื่อไม่ให้ยุงสามารถวางไข่ได้.[79]

อย่างไรก็ตาม ยุงเพิ่งถูกให้ความสำคัญและนำไปปรากฏตัวต่อสายตาขององค์อธิปัตย์ของรัฐไทยในปลายปี พ.ศ.2469 (ปฏิทินเก่า) เมื่อสมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงลพบุรีราเมศร์ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ได้ทำหนังสือกราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จปกเกล้าเจ้าอยู่หัว เรื่องทูตอิตาลีชวนสยามเข้าร่วมเป็นสมาชิกของ "สำนักระวางประเทศสำหรับการว่าด้วยเรื่องไข้มาลาเรีย" (Internatioal Malariaologic Institute) ซึ่งเพิ่งก่อตั้งขึ้นที่กรุงโรม. เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ลงท้ายจดหมายว่า "ข้าพระพุทธเจ้าเห็นด้วยเกล้าฯ ว่าเปนการสมควรอย่างยิ่งที่รัฐบาลสยามจะเข้าร่วมมือด้วย และจะได้รับประโยชน์จากการนี้มาก เพราะการกำจัดโรคนี้ของรัฐบาลสยามยังล้าหลังอยู่" พร้อมกับถวายเอกสารสาธารณสุขเรื่อง "ปัญหาเรื่องยุง" มาด้วย.[80]

กล่าวได้ว่า เอกสารสาธารณสุขเรื่อง "ปัญหาเรื่องยุง" คือการนำยุงขึ้นมาปรากฏต่อสายตาขององค์อธิปัตย์แห่งรัฐเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ไทย. ยุงซึ่งไม่เคยมีความสำคัญจาก

ในทุกแง่มุมของอำนาจรัฐแบบจารีตได้ถูกนำมาให้ความสำคัญเป็นครั้งแรก ในฐานะศัตรูที่มีบทบาทสำคัญต่อความมั่นคงแห่งรัฐ (ในความหมายของการทำให้ประชากรแห่งรัฐด้อยสมรรถภาพในการผลิต หรือทำให้ผลิตภาพของประชากรแห่งรัฐลดลง) ที่รัฐจะต้องหามาตรการจัดการ.

เอกสารดังกล่าวระบุว่าการตรวจค้นทางวิทยาศาสตร์ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาทำให้เกิดความรู้ที่สำคัญอันหนึ่งขึ้นมา คือ "ยุงบางชนิดเป็นพาหะและเครื่องหว่านของเชื้อโรค มีไข้ป่าและไข้เหลืองเป็นสำคัญกว่าอย่างอื่น" จึงมีความคิด "ทำลายยุงชนิดที่เป็นพาหะของเชื้อโรคในเขต... ซึ่งเป็นที่ประชุมชนหรือเป็นท้องที่สำคัญแก่การทำมาค้าขายหรือปกครอง." ความรู้เรื่องยุง คือพาหะของโรคนี้ได้ถูกนำไปใช้ในการขุดคลองปานามา ซึ่ง "สำเร็จลงได้ด้วยอาศัยการปราบยุงชนิดที่เป็นพาหะของเชื้อโรคจนสิ้นเชิง" หลังจากนั้นจึงทำให้รัฐต่างๆ มีนโยบาย ในการ "ลงมือกำจัดยุงกันในแทบทุกประเทศเพื่อป้องกันโรค" เช่นในมาลายา, ชวา, อินเดีย, พม่า และฟิลิปปินส์.

การปราบยุงนั้นจะก่อให้เกิดผล 2 ประการ คือ 1) "ช่วยเพิ่มความสุขหรือความปราศจากอันตรายต่อชีวิตและร่างกาย" และ 2) "เพิ่มความสดวกหรือความปราศจากข้อรำคาญอีกประการหนึ่ง."[81] ส่วนความเสียหายจากการที่ไม่ได้จัดการปราบยุง "เพื่อป้องกันความตายและความป่วยไข้ของพลเมือง" นั้น "เมื่อเราประจันหน้าต่อความจริงโดยสุจริต จำต้องสาระภาพว่า ความเสียหายนั้นแม้จะคำนวณอย่างระมัดระวังแล้ว ก็คิดเป็นจำนวนเงินมิใช่เล็กน้อยในปีหนึ่ง."[82]

ยุงในสยามถูกจำแนกออกเป็น 2 จำพวกเหมือนกับที่นายแพทย์แคมเบล ไฮเอตเคย รายงานเมื่อ พ.ศ.2446 คือ 1) ยุงบ้าน และ 2) ยุงเถื่อน แต่ในการอธิบายได้มีการเพิ่มเติมรายละเอียดขึ้นอีก.

1) "ยุงบ้าน" ถูกแบ่งออกเป็นอีก 2 ชนิด คือ (1) ยุงบ้านสีเทาธรรมดา หรือ "คูเล็กส์"

[Culex] ซึ่งเป็นยุงที่ชุกชุมกว่าชนิดอื่นๆ มักเกิดในที่น้ำขังอยู่นิ่งๆ เช่น ท้องร่อง บ่อ รางระบายน้ำ รางน้ำฝน โอ่ง ไฟ กะลา และหม้อแตก เป็นต้น. (2) ยุงด่าง หรือยุงเสือ หรือ "สเตโกเมีย" [sic] มีลักษณะตัวเป็นลายขาวผ่านดำอย่างฉูดฉาด และเป็นยุงที่มีอยู่ตามชายทะเล.[83] ยุงด่างหรือยุงเสือเป็นพาหะของเชื้อไข้เหลือง, แม้ว่าไข้เหลืองจะไม่ปรากฏในสยาม แต่ยุงชนิดนี้ "มีอยู่มิใช่น้อยในประเทศเรา" ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ควรนิ่งนอนใจ เพราะการที่คมนาคมทางน้ำ บก และอากาศสะดวกขึ้นในปัจจุบันอาจทำให้ "ไข้เหลืองอาจข้ามเข้ามาติดทวีปอาเซียเมื่อหนึ่งเมื่อใดก็ได้."[84]

2) "ยุงเถื่อน" หรือยุงป่า ซึ่งถูกนำมาพรรณนาเพียงชนิดเดียวคือ ยุงก้นปล่อง หรือ "อะโนเฟเลส"[Anopheles] ซึ่งเป็นพาหะของเชื้อโรคไข้จับสั่น หรือไข้ป่า/ไข้ป้าง. ปีกของยุงก้นปล่องจะเป็นจุดๆ และเวลาเกาะ "ก้นมันจะชี้ขึ้นข้างบน ตัวเหยียดตรงซื่อ" ซึ่งจะต่างกับยุงบ้านที่ "เวลาเกาะ ท่าทางเหมือนหมอบ". ยุงก้นปล่องมักเกิดตามห้วยที่น้ำไหลช้าๆ และมีหญ้าขึ้นรก, ตามหนอง ริมคลอง หรือตามสระที่มีร่มเงาและหญ้ารก, ในคูหรือรางน้ำข้างถนน, รวมทั้งตามแอ่งตามหลุมที่มีน้ำขังเวลาฝนตกชุก.

***ภาพที่ 1**: ภาพเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างกันระหว่างยุงบ้านและยุงก้นปล่อง ในความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เมื่อ พ.ศ.2467* ***ที่มา**: "ปัญหาเรื่องยุง" **เอกสารสาธารณสุข พิเศษ** อันดับที่ 23 (23 ตุลาคม พ.ศ.2467), น.5.*

ในเอกสารชิ้นนี้ ปรากฏว่ายุงมิได้เป็นเฉพาะพาหะของเชื้อมาลาเรียเพียงเท่านั้น แต่ยุงเป็นพาหะของโรคต่างๆ ที่สำคัญถึง 4 ชนิด คือ ไข้จับสั่น, ไข้เหลือง, ไข้ส่า และโรคหนังช้าง(?). โรคที่สำคัญที่สุดที่มาจากยุงสำหรับคนไทยคือ ไข้จับสั่น "เพราะไม่ปรากฏว่ามีโรคใดที่ผลาญ

ชีวิตกับทั้งเป็นเหตุให้ป่วยไข้และป่วยการยิ่งกว่าไข้จับสั่น...อย่างแรง คือเป็นไข้หักโหมถึงแก่ชีวิตโดยรวดเร็ว ดังที่ได้เคยพบเห็นกันอยู่เสมอตามหัวเมือง จนกระทั่งถึงอย่างอ่อน คือมีอาการปวดหัวตัวร้อนตะครั่นตะครอ เป็นอาการประจำวัน เป็นเหตุให้คนโดยมากไม่มีมานะทำงารการในหน้าที่ของตน...ความเกียจคร้านและย่อท้อต่อการงาร มักมีแก่พลเมืองในท้องที่ซึ่งมีไข้จับสั่นชุกชุม...เรารู้แน่ว่าไข้จับสั่นเป็นเหตุสำคัญเหตุหนึ่ง ที่คอยตัดทอนกำลังกายและกำลังใจของชาวนาอยู่เป็นนิจ และเป็นปัญหาการบ้านการเมืองที่เราจะต้องคิดอ่านแก้ไขต่อไป."[85]

นอกจากไข้จับสั่นจะทำให้คนเกียจคร้านอ่อนกำลังแล้วในสายตาแบบทุนยังมองว่า "คนที่เป็นไข้จับสั่นเรื้อรัง...ถ้าจะพอทำมาหากินได้บ้างในเวลาสร่างโรคก็ไม่ควรนับว่าเป็นคนฉกรรจ์แท้ แต่ในขณะที่จับไข้อยู่นั้น ต้องเสียทั้งค่าแรงและค่าป่วยการให้แก่ผู้อื่นที่ต้องช่วยบำบัด โดยจะไม่คิดถึงการเปลืองเวลาของผู้ที่ช่วยรักษาพยาบาล ก็ต้องนับว่าผู้นั้นเป็นภาระแก่แผ่นดินเพราะขาดแรงงารไปแรงหนึ่ง และบางทีก็ต้องสิ้นเปลืองค่ารักษาอีกต่อหนึ่งด้วย." เมื่อเกิดป่วยเป็นโรคไข้จับสั่น นอกจากจะเสียค่าแรงที่น่าจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อแผ่นดินแล้วหากเกิดเสียชีวิตหรือทุพพลภาพลงก็จะ "เท่ากับตัดทอนเชื้อสายของชีวิตและแรงงารอันจะทำผลประโยชน์ให้แก่ชาติบ้านเมืองในภายหน้า." ดังนั้นไข้จับสั่นทำให้สิ้นเปลืองมูลทรัพย์และผลประโยชน์ไปในแต่ละปี "แม้จะไม่คำนวณปริมาณทรัพย์ที่บ้านเมืองและบุคคลต้องเสียทางอ้อม เช่น ผลเสียหายต่อเจ้าของที่เจ้าของทุน และเจ้าของงารเนื่องด้วยความทรุดโทรมในการเพาะปลูกและหัตถกรรม และการถ่วงความเจริญทั่วไปก็ตาม จึงอาจลงความเห็นได้แม่นยำทีเดียวว่า การกำจัดยุงมีค่าอย่างยิ่ง และเป็นการลงทุนที่จะบังเกิดผลประโยชน์เกินกว่าคุ้มทุนเป็นอันมาก."[86]

ในการกล่าวถึงลักษณะในการกำจัดยุงนั้นได้มีการเสนอมาตรการแบบประจำและแบบชั่วคราว โดยมีการเสนอให้มีหน่วยงานเจ้าหน้าที่เรียกว่า "กองปราบยุง" เพื่อต่อสู้กับยุงโดยเฉพาะ และได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีปราบยุงสำหรับเจ้าบ้านใน "หน้าที่ของบุคคลในการกำจัดยุง" ว่าจะต้องตรวจบริเวณบ้านสัปดาห์ละครั้ง และกลบแอ่งหรือหลุมที่มีน้ำ หรือระบายน้ำออก ถ้าเป็นสระขนาดใหญ่ให้ราดน้ำมันก๊าศหรือน้ำมันชี้โล่ให้ลอยเป็นฝ้า หรืออย่าให้มีหญ้ารกตามริมบ่อ คลอง และท้องร่อง ซึ่งจะทำให้ลูกน้ำไม่มีที่กำบังจากศัตรู คือ ปลา กบ ด้วง แมลงปอ และ

แมลงในน้ำต่างๆ ระวังเรื่องห้องอาบน้ำ ว่าจะไม่ปล่อยให้มีน้ำขัง ปิดฝาโอ่งให้มิดชิด ขนกระป๋อง กะลา หม้อ ขวดแตก ฯลฯ อันอาจเป็นที่ขังน้ำได้นั้นไปฝังเสียให้หมด เพราะ "อย่าลืมว่าน้ำที่ขังอยู่สักถ้วยตะไลเดียวก็อาจเป็นที่สำหรับยุงเพาะไข่ได้" ตรวจที่ขังน้ำอย่าให้ยุงลงไปได้ ถ้าในเรือนมียุงชุมผิดปรกติก็สุมไล่เสียด้วยควันกำมะถันหรือผงฆ่าแมลง และสำทับด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่/ตัวหนาว่า **"อย่าลืมว่าถ้าไม่มีน้ำขังก็ไม่มียุง."**[87]

ในสองหน้าสุดท้ายของเอกสาร ซึ่งจั่วหัวด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่/ตัวหนาว่า "จำไว้" นั้น นอกจากระบุว่ายุงเป็นต้นเหตุของโรคร้ายและการป้องกันอย่าให้ยุงเพาะพันธุ์ในน้ำขังแล้วในข้อสุดท้ายระบุว่า "เป็นหน้าที่ของเรา ต่อชาติ สาสนา พระมหากษัตริย์ที่จะต้องระวังตัวและครอบครัวมิให้เป็นโรค เพราะฉนั้น จะต้อง**ช่วยกันปราบยุงให้สาบศูนย์** เช่นเขาทำกันสำเร็จมาแล้วในประเทศอื่น."[88]

แม้ว่าในที่สุดแล้ว พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวจะมีพระราชกระแสว่าทรงไม่เห็นด้วยกับการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของ "สำนักระวางประเทศสำหรับการว่าด้วยเรื่องไข้มาลาเรีย" เพราะยังไม่ทราบรายละเอียดชัดเจน กล่าวคือ

> *"ถ้าเราจะเข้าไปในเวลานี้ ดูหลับตาเข้าไป จะเปนประโยชน์คุ้มกับเงินที่จะเสียหรือไม่น่าสงสัย ถ้าจะเสียเงินสำหรับปราบมาลาเรียก็เสียกันในเมืองไทยกันนี้ไม่ดีกว่าเอาไปส่งให้ Institute อะไรอันหนึ่งในยุโรปหรือ? Institute นั้นอาจปราบยุงได้แต่ในยุโรปเท่านั้นก็เปนได้, เราจะเลยเสียเงินเปล่า. จะรอให้เขาตั้ง Institute ขึ้นเสียก่อน ดูว่าเขาทำการงานอะไรบ้าง จะเปนประโยชน์สำหรับเมืองไทยหรือไม่ แล้วจึงเข้าทีหลังไม่ได้หรือ."* [89]

กล่าวได้ว่าเอกสารสาธารณสุขชิ้นนี้ได้นำเอาปัญหาเรื่องยุงขึ้นมามีความสำคัญในระดับนโยบายของรัฐที่จะต้องหามาตรการจัดการในฐานะที่เป็นพาหะที่เป็นศัตรูของรัฐ และถือเป็นหน้าที่ของประชากรที่จะต้องดูแลป้องกันตัวเองและครอบครัวไม่ให้เป็นโรค ด้วยการ "ช่วยกัน

ปราบยุงให้สาบศูนย์". หลังจากนั้นไม่มีหลักฐานปรากฏว่ารัฐได้ดำเนินการอย่างไรกับปัญหาเรื่องยุง แม้จะมีเอกสารบางอย่างเช่นกรณีที่สมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอ เจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์ขอพระราชทานกราบบังคมทูลลาขึ้นไปทำการตรวจและทดลองโรคมาลาเรียและวัณโรคที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค (เชียงใหม่) เป็นเวลา 6 เดือน เนื่องจากมีพระดำริห์ว่า ในสยามมีไข้สำคัญอยู่ 2 ชนิดที่จะต้อง "พยายามปราบปราม" เนื่องจากส่งผลกระทบต่อประชากรและเศรษฐกิจของประเทศสูง กล่าวคือ 1) โรคปัจจุบันต่างๆ เช่น อหิวาต์และกาฬโรค เป็นต้น และ 2) โรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงนักแต่ทำให้มีอัตราคนตายสูงมาก และทำให้ "คนขาดประโยชน์นับเป็นราคาปีละหลายล้านบาท" คือ โรคมาลาเรีย บิดมีตัว และวัณโรค.[90] อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏหลักฐานว่ารัฐได้คิดดำเนินเกี่ยวกับเรื่องนี้แต่อย่างใด.

ปัญหาเรื่องยุงกลับมาอยู่ในความสนใจของรัฐอีกครั้งใน พ.ศ.2473 เมื่อสมเด็จพระเจ้าพี่ยาเธอ เจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิต เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย มีหนังสือถึงเจ้าพระยามหิธร ราชเลขาธิการ เกี่ยวกับเรื่อง "ไข้จับสั่น" ซึ่งระบุว่า "เป็นโรคซึ่งทำให้ราษฎรล้มตายเป็นจำนวนมากกว่าโรคอื่นๆ ในปีหนึ่งมีคนตายด้วยโรคนี้ประมาณถึง 50,000 คน และถ้าจะคิดไปถึงจำนวนป่วยโดยถือจำนวนตายนี้เป็นเกณฑ์แล้ว จะประมาณจากส่วนผู้ป่วยต่อผู้ตายในประเทศอื่น...ได้ว่าในกรุงสยามจะมีผู้ป่วยด้วยไข้จับสั่นตั้งสามล้านคน." ในอดีตแม้ว่ารัฐบาลสยามจะดำเนินการช่วยเหลือในการดูแลรักษา ด้วยการแนะนำในการดูแลป้องกันและแจกยาควินินนั้น เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยทรงมีความเห็นว่า "ถึงเวลาอันสมควรที่จะขยายการกำจัดไข้จับสั่นให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น คือทำการสอบสวนและค้นคว้าในเรื่องไข้จับสั่นตามทางวิทยาศาสตร์ต่อไป" ซึ่งจะต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และได้รับคำแนะนำจากผู้อำนวยการสำนักงานสันนิบาตชาติ ณ สิงคโปร์ จึงเสนอให้ว่าจ้างศาสตราจารย์ ล. อนิคสไตน์ แห่งมหาวิทยาลัยวอร์ซอร์ เจ้าหน้าที่ของสันนิบาตชาติ ที่ได้ทำการค้นคว้าเรื่องไข้รากสาดใหญ่อยู่ ณ สถานวิทยาศาสตร์แห่งเมืองกัวลาลัมเปอร์ และ "เคยทำการเรื่องการกำจัดไข้จับสั่นมาแล้วในประเทศโปแลนด์". นอกจากนี้ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยระบุว่า พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงสนใจพระทัยเรื่องการจัดการกับ "ยุง" มาก ดังที่ได้เคยพระราชทานเอกสาร "เรื่องแผนการปราบยุงนำเชื้อโรค ซึ่งนายแพทย์ Theo Krysto เขียนลงในหนังสือ Scientific American"

มาให้ "เพื่อศึกษาและคิดการทำลองดูบ้าง" นั้นเมื่อเสนาบดีกระทรวงมหาดไทยให้กรมสาธารณสุขนำไปพิจารณานั้น "มีความเห็นกันว่าเรื่องนี้จะต้องอาศัยการค้นคว้าในทางวิทยาศาสตร์อีกต่อไป ฉะนั้นการจ้างนายแพทย์อนิคสไตน์ มาทำการครั้งนี้ ข้าพเจ้าเชื่อว่าจะได้รับความรู้ซึ่งเป็นประโยชน์แก่การกำจัดไข้จับสั่นในประเทศสยามขึ้นอีกเป็นอันมาก".[91]

แม้ว่าพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวจะมีพระบรมราชานุมัติให้จ้างผู้เชี่ยวชาญมาศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคมาลาเรียในสยามได้ [92] แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานปรากฏว่ารัฐได้ดำเนินการต่อสู้กับยุงแต่อย่างใด. ความพยายามอย่างจริงจังของรัฐในการดำเนินมาตรการต่อสู้กับยุงเกิดขึ้นในช่วงหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 ไปแล้ว เมื่อรัฐบาลใหม่ของพันเอก หลวงพิบูลสงคราม ได้แถลงนโยบายทางด้านสาธารณสุขต่อรัฐสภาใน พ.ศ.2480 ว่ารัฐบาล "จะได้ขยายการควบคุมโรคซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในเวลานี้ เช่น ไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิตต์เป็นต้นนั้น โดยฉะเพาะไข้จับสั่น...เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้พลเมืองถึงแก่ความตายปีละ 3-4 หมื่นคนทุกปี ซึ่งไม่มีโรคติดต่อชะนิดใดที่ทำให้มีจำนวนคนตายสูงเท่าโรคนี้ โรคนี้เป็นโรคเรื้อรังประจำถิ่นซึ่งคอยรบกวนอยู่เสมอ ผู้ป่วยมีร่างกายซูบซีด ประกอบอาชีพไม่ได้เยี่ยงคนปกติ ทำให้เกิดอุปสรรคแก่การกสิกรรม อุตสาหะกรรม และการเจริญก้าวหน้าของประเทศ." ในกรอบของนโยบายใหม่นี้ กระทรวงมหาดไทยจึงเสนอ "โครงการควบคุมไข้จับสั่น" ขึ้นมาให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา.[93]

กระทรวงมหาดไทยเสนอ "หลักการและเหตุผล" ของ "โครงการควบคุมไข้จับสั่น" ว่า "ผู้ป่วยด้วยไข้จับสั่นย่อมมีกำลังกายอ่อนแอซูบซีด ประกอบกิจการใดๆ ไม่ได้เยี่ยงคนปกติ เป็นเหตุให้เกิดอุปสรรคแก่การกสิกรรม อุตสาหกรรม และการเจริญก้าวหน้าของประเทศ โรคนี้ยังให้ผลร้ายต่อผู้ป่วยในทางทำให้สติปัญญาและสุขภาพเสื่อมลง กับเป็นเหตุขัดขวางต่อการมีครรภ์และมักทำให้แท้งบุตร์" พร้อมกับระบุสถิติของกรมสาธารณสุขเพื่อชี้ให้เห็นว่า ในแต่ละปีจะมีคนตายจากโรคมาลาเรียประมาณปีละ 30,000 - 40,000 คน.

"โครงการควบคุมไข้จับสั่น"เสนอให้ตั้งหน่วยงานที่เรียกว่า "กองไข้จับสั่น" และ "หน่วย

ไข้จับสั่นประจำท้องถิ่น" โดยระบุภาระหน้าที่ของหน่วยงานว่า

1) กองไข้จับสั่น มีหน้าที่ ควบคุมและแนะนำหน่วยต่างๆ, ศึกษาค้นคว้าในเรื่องไข้จับสั่น, อบรมแพทย์และผู้ช่วยแพทย์ประจำหน่วย, สำรวจไข้จับสั่นและเสนอแผนการควบคุม และควบคุมไข้จับสั่นเพื่อเป็นตัวอย่าง.

2) หน่วยไข้จับสั่นประจำท้องถิ่น มีหน้าที่ "ทำการศึกษาและค้นคว้า" ในเรื่องเกี่ยวกับ 1) การระบาดของไข้จับสั่น, 2) ยุงก้นปล่องซึ่งเป็นพาหะของไข้จับสั่น, 3) วิธีป้องกันและกำจัดไข้จับสั่น และ 4) วิธีรักษาไข้จับสั่น และมีหน้าที่ใน "การสำรวจและแผนการสำหรับท้องถิ่น" ว่าท้องถิ่นต่างๆ (จำแนกออกเป็น 4 คือ เขตที่มีพลเมืองหนาแน่น, เขตอันเป็นที่ตั้งของหน่วยงานของรัฐบาลที่มีไข้จับสั่น, ท้องถิ่นที่มีหน่วยงานของรัฐบาลที่อาจมีไข้จับสั่นเกิดขึ้น และท้องถิ่นชนบทที่พลเมืองกระจัดกระจาย) นั้นจะต้องทำการสำรวจ 1) ลักษณะภูมิประเทศ, 2) ความเป็นอยู่ของพลเมือง, 3) ความชุกชุมของไข้จับสั่น, 4) ชนิดของไข้จับสั่น, 5) ความชุกชุมและแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงก้นปล่อง, และ 6) ชนิดของยุงที่เป็นพาหะและความชุกชุมของยุงชนิดนี้ตามฤดูกาลต่างๆ. หน่วยไข้จับสั่นประจำท้องถิ่นจะต้องเลือกใช้หลักการที่เหมาะสมกับท้องถิ่นในการควบคุมไข้จับสั่น คือ 1) การควบคุมแหล่งเพาะยุงและการกำจัดยุง, 2) การรักษาผู้เป็นไข้จับสั่นหรือเป็นพาหะของโรค, 3) การป้องกันส่วนบุคคลและการหลีกเลี่ยงกีดกันมิให้ยุงกัด, 4) การบำรุงและแต่งท้องถิ่นเพื่อให้ไข้จับสั่นบรรเทาลง และ 5) การควบคุมเฉพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะ.

ในด้านการรักษานั้นได้เสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์พร้อมเวชภัณฑ์เตรียมออกไปทำการ และเสนอให้มี "การปลูกต้นซิงโคนา" เพื่อผลิตยาควินิน. นอกจากนั้น "โครงการควบคุมไข้จับสั่น" ยังเสนอให้มี "การสุขศึกษาและโฆษณา" เพื่อให้ความรู้ถึงอันตรายและการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยวิธีการต่างๆ กล่าวคือ การประชุมราษฎรและแสดงปาฐกถา, แจกเอกสารหรือใบปลิว, ปิดภาพโฆษณา, ฉายภาพยนตร์, จัดขบวนแห่, ใช้วิทยุกระจายเสียง และจัดให้มีการสอนในโรงเรียน, และเสนอให้มีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ "ทั้งฝ่ายราชการ

และฝ่ายบุคคล ตลอดจนคณะสงฆ์และประชาชนพลเมืองทั่วไป ทุกฝ่ายพึงมีส่วนดำเนินการตามที่จะได้กำหนดไว้".[94]

แม้จะไม่ปรากฏหลักฐานเกี่ยวกับการทำงานของ "โครงการควบคุมไข้จับสั่น" แต่มีหลักฐานอย่างอื่นทำให้เข้าใจว่ามีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่พอสมควร เช่น กรณีที่หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ได้ทำ **"รายงานการป้องกันและบำบัดไข้จับสั่นจังหวัดเชียงใหม่และกาญจนบุรี"** เสนอต่อกระทรวงมหาดไทยใน พ.ศ.2481. นอกจากจะเป็นการรายงานการตรวจบำบัดและตรวจหาเชื้อไข้มาลาเรียจากเลือดผู้ป่วยไข้จับสั่นแล้ว รายงานฉบับนี้ยังได้ทำให้เห็นว่ามีความพยายามค้นคว้าสำรวจเกี่ยวกับยุงที่เป็นพาหะในสยามเพิ่มมากขึ้นและพบว่าที่กิ่งอำเภอหางดง เชียงใหม่นั้นมี "ยุงก้นปล่องนำเชื้อไข้จับสั่นประจำท้องถิ่น" นั้นมีอยู่ถึง 3 ชนิด คือ 1) แอนอเฟเลส มินิมัส (Anophales Minibus), 2) แอนอเฟเลส อาโคนิตัส (Anophales Aconitus), และ 3) แอนอเฟเลส คูลิซิฟาซี (Anophales Culicifacies), ส่วนที่กาญจนบุรีนั้นพบว่ามี "ยุงก้นปล่องนำเชื้อไข้จับสั่นประจำท้องถิ่น" อยู่ 3 ชนิดที่แตกต่างออกไป คือ 1) แอนอเฟเลส มินิมัส (Anophales Minibus), 2) แอนอเฟเลส มาคูลาตัส (Anophales Maculatus), และ 3) แอนอเฟเลส ลิวคอสฟิลัส (Anophales Culosphilus?).[95] นอกจากนี้ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2484 ได้มีหนังสือจากกรมเลขาธิการคณะรัฐมนตรีถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยให้เร่งรัดดำเนินการทำความสะอาด ตามที่นายกรัฐมนตรีได้เสนอให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการเกี่ยวกับการที่ "ในประเทศไทยเวลานี้ยังสกปรกอยู่มาก ปรากฏว่าในลำคลองมีขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอยู่กลาดเกลื่อนทั้งสองฝั่งคลอง มีหญ้าขึ้นรกเป็นพง ถนนบางถนนมีกองขยะเกลื่อนอยู่ข้างถนน พื้นที่บางแห่งลุ่มมีน้ำเน่าขังทำให้มีกลิ่นเหม็นและเพาะยุงทั้งปี นอกจากนี้ ตามเคหะสถานบ้านช่องของประชาชนก็สกปรก มีมูลฝอยและเศษอาหารทิ้งอยู่ในบ้านและกองทิ้งอยู่หน้าบ้านเต็มไปด้วยแมลงวัน ปล่อยให้มีน้ำเน่าและหญ้ารกในบริเวณบ้าน ดูไม่เจริญตา ไม่สมกับที่เราเป็นอารยะประเทศ".[96] กระทรวงมหาดไทยได้เร่งรัดดำเนินการในเรื่องนี้ และมี "รายงานทำความสะอาดเทศบาลนครกรุงเทพและธนบุรี" เสนอถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2484 ซึ่งนอกจากรายงานการดำเนินการในเรื่องต่างๆ

ด้านรักษาความสะอาดแล้ว ในส่วนที่เกี่ยวกับยุงนั้น "เจ้าหน้าที่แผนกกำจัดยุงได้ออกทำการสำรวจและเร่งรัดทำความสะอาดตามคูคลองต่างๆ" พร้อมกับแนบ "รวมสถิติผลของงานกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ได้จัดการไปแล้วระหว่างกันยายน ถึง ตุลาคม 2484" ซึ่งระบุว่าได้ทำการสำรวจอาคารทั้งสิ้น 26,863 อาคาร ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงถึง 10,920 อาคาร.[97]

อย่างไรก็ตาม มาตรการเหล่านั้นคงจะกำจัดอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลเท่านั้น การขยายขอบเขตของนโยบายเรื่องนี้ออกไปสู่หัวเมืองปรากฏขึ้นจริงจังในช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามได้ส่งทหารเข้าไปยึดเชียงตุงและจัดตั้งพื้นที่เขตยึดครองเป็นส่วนหนึ่งของประเทศไทย. กองทัพพายัพที่ถูกส่งไปประจำการอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวและในเขตภาคเหนือต้องเผชิญหน้ากับศัตรูที่ร้ายแรง กล่าวคือ "ไนท้องที่ซึ่งหยู่ไนความครอบครองของกองทัพพายัพมีไข้จับสั่นชุกชุม และจะต้องถือว่าเปนการสำคันมากไนสถานะสงครามเช่นนี้ เพราะถ้าจะกล่าวโดยแท้จิงแล้ว ไนยามสงครามจำนวนผู้ต้องบาดเจ็บโดยอาวุธข้าสึกนั้นน้อยกว่าผู้ที่ตายด้วยโรคภัยไข้เจ็บเปนอันมาก." "ผู้บันชาการทหารสูงสุด" (คือจอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี) จึงมีคำสั่งแต่งตั้ง "คณะกัมการปราบปรามไข้จับสั่น" ขึ้นมาใน พ.ศ.2486 เพื่อ "ดำเนินการโดยฉเพาะหย่างยิ่งการปราบปรามไข้จับสั่นขอให้เปนหย่างกวดขันและได้ผลจิงๆ."

"คณะกัมการปราบปรามไข้จับสั่น" ได้มีมติในเรื่องการป้องกันไข้มาลาเรียทั้งทางฝ่ายทหารและฝ่ายพลเรือน, ตัวอย่างของมาตรการสำหรับฝ่ายทหาร คือ ให้ตั้งกองทหารห่างจากแหล่งน้ำที่เป็นที่เพาะพันธุ์ยุง โดยให้มีแสงโปร่งสว่างพอสมควร และให้ทหาร "ไช้มุ้งกางนอนทุกคน" ส่วนบรรดาทหารที่ออกปฏิบัติการอยู่ในแนวหน้านั้น "ให้ได้เครื่องครอบสีสะ-กันยุง" เป็นต้น. นอกจากนี้ กรรมการบางท่านได้เสนอว่าจะต้องมีหลัก "โดยทางวิชาการ" ในการจัดการเกี่ยวกับไข้จับสั่น กล่าวคือ

"1. กำจัดแหล่งยุงซึ่งทำไม่ได้ทุกแห่งก็จิงแต่ควนเลือกทำฉเพาะบางแห่งเช่นไนบริเวนที่ตั้งกองทหาน

2. จัดการป้องกันสำหรับบุคคลเช่นไช้มุ้ง

3. ไข้ยารักสาผู้ป่วยให้พอและมีการตรวดหาผู้เปนพาหะของโรค ถ้าพบก็จัดการรักสาเสีย." [98]

รายงานการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3/2485 ได้มีการดำเนินการตามมติของคณะกรรมการในการต่อสู้กับยุงเป็นเอาจริงเอาจัง คือได้มีการจัดมุ้งสำหรับทหารอย่างเพียงพอ.[99]

สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ภายหลังจากที่จอมพล ป. พิบูลสงครามกลับขึ้นมาอำนาจอีกครั้งในช่วงหลังการรัฐประหาร พ.ศ.2490 รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามก็ยังกลับมาให้ความสนใจกับการควบคุมไข้มาลาเรียอีก โดยใน พ.ศ. 2491 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลกในโครงการการควบคุมไข้มาลาเรียโดยวิธีฉีดพ่น D.D.T. "เพื่อให้การควบคุมไข้มาลาเรียซึ่งเป็นเหตุให้มีคนตายมากที่สุดและเป็นผลร้ายแก่การเกษตร."[100]

รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามพยายามส่งเสริมให้ประชาชนเข้าไปบุกเบิกป่าขึ้นใหม่ในพื้นที่บางแห่งเพื่อการทำมาหากินของราษฎร เช่น นิคมสร้างตนเองพระพุทธบาท สระบุรี และนิคมสร้างตนเอง จังหวัดลพบุรี. อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่เข้าไปบุกเบิกพื้นที่ดังกล่าว "ไม่สามารถบุกเบิกที่ทำมาหากินให้กว้างขวางออกไปเท่าที่ควรจะเป็นไปได้นั้น เนื่องจากภัยธรรมชาติได้คุกคามสวัสดิภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือไข้มาลาเรีย" หน่วยงานราชการของรัฐถูกสั่งให้ไปดำเนินการควบคุมด้วยการฉีดพ่น ดี.ดี.ที. และจอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี ได้เสนอให้พิจารณาเรื่อง "ทำการปราบไข้มาลาเรีย...โดยใช้เครื่องบินโปรย ดี.ดี.ที. เพื่อให้ได้ผลเต็มที่."[101] แม้ว่าโครงการนี้จะไม่ได้ถูกนำมาใช้เพราะกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าเป็นการสิ้นเปลืองโดยที่ไม่ "สอดคล้องกับอุปนิสัยของยุงแต่ละชนิด" และ "หลักวิชา" แต่โครงการนี้ของจอมพล ป. พิบูลสงครามได้แสดงให้เห็นว่า รัฐให้ความกังวลสนใจเกี่ยวกับปัญหาเรื่องสุขภาพของประชากรในแง่มุมของการผลิตและการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก.

การประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2496 ได้พิจารณาว่า "การที่ประชาชนในชนบทส่วนมากเจ็บป่วยเป็นโรคมาลาเรียเนื่องจากนอนไม่กางมุ้งและเมื่อป่วยแล้วทำให้

เสียเวลาในการประกอบกิจการอาชีพเป็นการทอนกำลังทางเศรษฐกิจ-ส่วนรวมของชาติ สมควรจะได้หาทางแก้ไข" นั้น คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขรับไปดำเนินการ "ให้ประชาชน[ในเขตที่มาลาเรียชุกชุม]รู้จักการป้องกันโรคมาลาเรียโดยกางมุ้งนอน" โดยมีข้อความกำกับว่า "ขอให้จัดการให้เป็นผลโดยเรียบร้อยภายในปี พ.ศ.2500."[102] นอกจากนี้ เมื่อพบว่ามีไข้มาลาเรียระบาดในช่วงฤดูฝน ทำให้เป็นอุปสรรคกับการทำนา รัฐบาลจึงตั้ง "หน่วยมาลาเรียเคลื่อนที่" ออกให้ความช่วยเหลือ โดยกำหนดวิธีการดำเนินการว่า

> *"ก. ในบริเวณสำคัญที่มีการปลูกข้าวอย่างกว้างขวางเมื่อไข้มาลาเรียเกิดชุกชุมขึ้นแก่ชาวนา ก็ให้หน่วยมาลาเรียเคลื่อนที่เข้าไปช่วยทำการป้องกันให้*
>
> *ข. เมื่อเกิดไข้มาลาเรียขึ้นในที่อื่นที่มีความสำคัญในการทำนารองลงมาหรือเป็นที่ที่การคมนาคมยังไม่สะดวกในการที่จะขนข้าวมาสู่ตลาดได้ง่าย เมื่อมีไข้มาลาเรียเกิดขึ้นตามที่มีลักษณะดั่งกล่าวนี้ก็ให้คณะกรมการจังหวัดแจ้งจำนวนป่วยและท้องที่ๆ มีไข้มาลาเรียเกิดระบาดขึ้นให้กรมสาธารณสุขทราบ พร้อมกับขอเบิกเวชภัณฑ์สำหรับให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดนั้นๆ ไปจัดการป้องกันต่อไป*
>
> *ค. ให้คณะกรรมการจังหวัดสั่งซื้อยาแก้ไข้ตำราหลวงสำหรับไปจำหน่ายให้แก่ประชาชนตามชุมนุมชนต่างๆ ให้ทั่วถึง เมื่อชาวนาเป็นไข้จะได้ซื้อยาแก้ไข้ในราคาถูกไปบำบัดได้."* [103]

กล่าวได้ว่า ความปรารถนาที่จะกำจัดยุง/ไข้มาลาเรียได้กลายเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ยุคหลังสงคราม ที่กำลังมุ่งพัฒนาประเทศตามแนวทางการต่อสู้กับการขยายตัวและการเคลื่อนไหวของขบวนการคอมมิวนิสต์ในประเทศที่กำลังพัฒนาของโลกเสรีที่มีสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำ. นอกจากนี้ ควรกล่าวไว้ด้วยว่า ในสมัยรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงครามยุคแรกนั้นเองที่นโยบายด้านสุขภาพและสาธารณสุขของรัฐไทยได้บรรลุถึงจุดสุดยอดอย่างแท้จริง เมื่อรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม (ฉบับที่ 3) พุทธศักราช 2485 โดยกำหนดให้มีกระทรวงสาธารณสุขขึ้นตามกฎหมายฉบับนี้.[104] ใน "คำกล่าวตอบของพนะท่านนายกรัฐมนตรีในการเปิดกะชวงการ

สาธารนสุข" จอมพล ป. พิบูลสงครามมีความเห็นว่า

> *"การสาธารนสุขนี้เปนการส้างชาติโดยแท้ การส้างชาตินั้นอยู่ที่การสาธารนสุขนี้ส่วนหนึ่งที่จะทำประโยชน์อันสำคันแก่บ้านเมือง เพราะว่าถ้าหากการสาธารนสุขและการแพทย์ได้ก้าวหน้าไปเพียงไร กำลังของประเทสชาติก็จะเพิ่มความมั่นคงยิ่งขึ้น กล่าวคือ จำนวนพลเมืองก็จะเพิ่มขึ้นทั้งปริมานและคุนภาพ เปนพลเมืองที่ปราสจากโรคภัยไข้เจ็บและไม่ตายเสียงแต่ยังเยาว์ด้วย เมื่อจำนวนพลเมืองของเรามากขึ้น ทั้งประกอบไปด้วยผู้มีกำลังวังชาแข็งแรงแล้ว ประเทสชาติของเราก็ย่อมจะมีกำลังอำนาต สามารถจะช่วยกันฟันฝ่าอุปสัคใดๆ ได้ทั้งสิ้น."* [105]

การที่จอมพล ป. พิบูลสงครามประกาศออกมาอย่างชัดเจนว่า เป้าหมายสูงสุดของกระทรวงการสาธารณสุขอยู่ที่การเพิ่มจำนวนประชากร เพื่อทำให้รัฐมีพลเมืองที่แข็งแรงนั้น ทำให้เข้าใจได้ต่อไปว่าการเพิ่มจำนวนประชากรจะทำให้ศักยภาพในการผลิตของรัฐเพิ่มขึ้น และยิ่งประชากรของรัฐผลิตได้มากเท่าไรก็จะยิ่งทำให้รายได้ของรัฐมั่งคั่งเพิ่มมากขึ้น. กล่าวในแง่นี้แล้ว นอกจากเป้าหมายสูงสุดของรัฐสมัยใหม่จะอยู่ที่การรวมศูนย์อำนาจการปกครองไว้ที่ส่วนกลางอย่างเบ็ดเสร็จ การกำหนดขอบเขตดินแดนที่ชัดเจน และมุ่งสร้างสำนึกความเป็นชาติให้กับประชากรแล้ว ยังมีเป้าหมายอยู่ที่การผลิตเพื่อการตลาด ดังนั้นเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว รัฐจึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการควบคุมร่างกายของประชากรให้มีความแข็งแรงและมีศักยภาพในการผลิต ซึ่งหากพูดในลีลาแบบฟูโก้ก็คือเพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรงและเป็นพลังการผลิตที่มีประโยชน์[106] ไม่ใช่ร่างกายที่อ่อนแอไร้ศักยภาพในการผลิต ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยเพิ่มผลผลิตแล้วยังจะบ่อนทำลายความมั่งคั่งของรัฐโดยรวมอีกด้วย. การเป็นโรคจึงไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคลของปัจเจกชน แต่คือปัญหาโดยรวมของรัฐ/ชาติ กล่าวคือ ปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยในมุมมองของรัฐนั้นเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างกฎเกณฑ์แห่งแรงงานกับความจำเป็นเรื่องการผลิต[107] ดังนั้นนอกจากเชื้อโรคและพาหะจะถูกสอดส่องและควบคุมไม่ให้สร้างภัยคุกคามความมั่นคงของรัฐแล้ว คนเป็นโรคจะต้องถูกควบคุมอยู่ในพื้นที่พิเศษต่างหากที่แยกจากสังคมทั่วไป เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลบ้า และนิคมโรคเรื้อน และ

ต้องให้รัฐกำจัด (โรคที่อยู่ในร่างกาย) เสียก่อนจึงจะสามารถเข้ามาอยู่ในสังคมปกติได้ ไม่เพียงเฉพาะแต่คนที่เป็นโรคเท่านั้น เพราะคนที่ไม่ได้เป็นโรคก็ต้องถูกเพ่งจับตามองอย่างระแวดระวังว่าอาจจะเป็นพาหะของโรคโดยที่ไม่ได้แสดงอาการภายนอกก็ได้. ร่างกายของมนุษย์จึงต้องถูกควบคุมตรวจสอบอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่เกิดโรคระบาดนั้นทุกคนที่อยู่ในเขตพื้นที่ของการระบาดก็สามารถกลายเป็นผู้ต้องสงสัยว่าเป็นพาหะของโรคได้ทุกคน ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมไม่ให้เคลื่อนไหวออกนอกพื้นที่อย่างอิสระจนกว่ารัฐจะแน่ใจว่าสามารถควบคุมศัตรูที่มองไม่เห็นตัวเหล่านี้ได้อย่างเบ็ดเสร็จและไม่มีพิษสงต่อความมั่นคงของรัฐอีกต่อไป. ปฏิบัติการของอำนาจ/ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ได้แสดงออกมาอย่างเต็มที่ในความคิดที่จะควบคุมคนที่เป็นโรคอย่างเบ็ดเสร็จดังที่ปรากฏอย่างชัดเจนในการประกาศใช้พระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ.2486 และ "โครงการน์ควบคุมคนโรคเรื้อน" ที่ถูกจัดทำขึ้นในปีเดียวกันนั้น. "โครงการน์ควบคุมคนโรคเรื้อน" ให้เหตุผลว่าการควบคุมคนโรคเรื้อนโดยการ "จัดให้ผู้ที่เปนโรคเรื้อนแยกออกเสียจากคนดี หรือแยกออกจากหมู่บ้าน โดยจัดบ้านให้หยู่ หรือจัดให้หยู่ในนิคมหรือหมู่บ้าน" นั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันทั่วไปในประเทศต่างๆ ดังนั้นเพื่อป้องกันสุขภาพของคนส่วนใหญ่จึงต้องมีการควบคุมโรคเรื้อนและเสนอให้สร้างนิคมกับหมู่บ้านโรคเรื้อนให้ครบเกือบในทุกจังหวัด.[108] อย่างไรก็ตาม โครงการนี้เข้าใจว่าไม่ได้ดำเนินโครงการเพราะจอมพล ป. หมดอำนาจเสียก่อน แต่เมื่อจอมพล ป. พิบูลสงครามกลับมามีอำนาจอีกครั้งหลังการรัฐประหาร พ.ศ.2490 และเกิดเหตุการณ์คนโรคเรื้อนในโรงพยาบาลโรคเรื้อน พระประแดง หลบหนีออกมาเพ่นพ่านขอทานในช่วงก่อนหน้านั้นเมื่อ พ.ศ.2488[109] จอมพล ป. พิบูลสงครามจึงมีคำสั่งให้ "เก็บคนขอทาน คนเป็นโรคเรื้อน ไปเข้าโรงพยาบาลโดยเร็ว." ตามนโยบายดังกล่าวของนายกรัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทยจึงทำหนังสือตั้งงบประมาณขึ้นมาเสนอ โดยมีคำชี้แจงว่า

> *"เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายที่ควบคุมคนโรคเรื้อนมิให้แพร่หลายอันเปนทางแพร่เชื้อโรคนี้ให้ลุกลามต่อไปยังคนดีได้...เพราะการที่ขอทานที่ไม่มีโรคติดตัวสิ่งที่น่ารังเกียจก็เพียงเปนมนุษย์ไม่มีอาชีพเที่ยวเดินเพ่นพ่านทั่วไปเท่านั้นส่วนคนโรคเรื้อนนอกจากที่กล่าวนี้แล้ว ยังหมายถึงการแพร่เชื้อโรคเรื้อนไปยังคนดีได้อีกด้วย."* [110]

กล่าวโดยสรุป การที่รัฐสมัยใหม่มีเป้าหมายอยู่ที่การเพิ่มพูนความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ รัฐจึงต้องสร้างเครื่องมือในการสอดส่องควบคุมบางอย่างในด้านต่างๆ คือ 1) กติกาทางด้านเศรษฐกิจของรัฐ (การหมุนเวียนของสินค้า กระบวนการผลิตสินค้า และพันธสัญญาระหว่างคู่ค้า), 2) มาตราการทางระเบียบสังคม (การสอดส่องปัจเจกชนที่เป็นอันตราย, การจัดการกับพวกเร่ร่อนจรจัด ขอทาน และอาชญากร) และ 3) กฎเกณฑ์เกี่ยวกับสุขอนามัย (คุณภาพอาหาร, น้ำดื่ม/น้ำใช้ และความสะอาดของถนนหนทาง). ดังนั้นเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว การควบคุมทางการแพทย์จึงถูกนำมาใช้ในการควบคุมประชาชนพลเมือง เพื่อทำให้พลเมืองเพิ่มมากขึ้นและมีชีวิตแข็งแรงยืนยาวมีประสิทธิภาพในการผลิต อันเป็นการยกระดับสุขภาพของเรือนร่างทางสังคมของประชากรให้สูงขึ้น และทำให้กฎเกณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพกลายเป็นภาระหน้าที่ของทุกคนและเป็นเป้าหมายของทุกคนร่วมกัน เพื่อสร้างความมั่นคงและมั่งคั่งให้กับรัฐ.[111]

ดังนั้นในที่สุดแล้ว ความรู้เรื่องเชื้อโรคก็ได้สร้างอำนาจ/ความรู้ทางการแพทย์ขึ้นมาชุดหนึ่งที่รัฐไทยนำมาใช้เพื่อผลในการกักตุนสำรองและเพิ่มพลังการผลิต อันเป็นการสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ. ขณะเดียวกัน ภายใต้อำนาจ/ความรู้ทางการแพทย์เรื่องเชื้อโรคนี้เองที่ทำให้โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ไม่เพียงแต่จะเป็นเรื่องของเรือนร่างส่วนบุคคล แต่จะถูกสถาปนาขึ้นบนเรือนร่างทางสังคม[112] และพวกที่เบี่ยงเบนออกจากสภาวะที่คิดว่าปรกตินั้นก็จะถูกรัฐมองว่ามีความจำเป็นที่จะต้องถูกสอดส่องควบคุมอย่างใกล้ชิดเพื่อสุขภาพอนามัยของประชากรพลเมืองทั้งหมด เพราะทุกคนมีความเป็นไปได้ที่จะตกเป็นเหยื่อของเชื้อโรคและกลายเป็นพาหะที่จะนำเอาเชื้อโรคมาสู่เรือนร่างของสังคมโดยรวมในที่สุด กล่าวคือ “ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงบริบูรณ์...หรือบุคคลผู้ซึ่งมิได้เปนโรคนั้นเลยก็อาจมีตัวเชื้อโรคติดอยู่ได้.”[113]

1 Hans Zinsser, **Rats, Lice and History** [1935] (New York: Black Dog & Leventhal Publishers, 1963), p.7.

2 Roy Porter, "What is Disease?" in **The Cambridge Illustrated History of Medicine,** edited by Roy Porter (Cambridge: Cambridge University Press, 1996), p.102; และดูเกี่ยวกับงานเรื่อง **De Contagione** (1546) ของ Fracastorius ใน Zinsser, **Rats, Lice and History,** pp.75-76.

3 Peter Baldry, **The Battle Against Bacteria: A Fresh Look,** pp.3-5.

4 Hans Zinsser, **Rats, Lice and History,** p.102.

5 Roy Porter, "Medical Science" in **The Cambridge Illustrated History of Medicine,** p. 171.

6 William H. McNeill, **Plagues and Peoples** [1976] (New York: Anchor Books, Doubleday, 1998), p.271.

7 McNeill, **Plagues and Peoples,** pp.281-3.

8 K. Codell Carter, "The Development of Pasteur's Concept of Disease Causation and the Emergence of Specifc Causes in Nineteenth-Century Medicine," **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 65 (1991): 528-548, cited from p.542. และดูการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องใครเป็นผู้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างจุลินทรีย์กับการเกิดโรคเป็นคนแรกระหว่างปาสเตอร์กับค็อคใน K. Codell Carter, "The Kock-Pasteur Dispute on Establishing the Cause of Anthrax," **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 62, No.1 (Spring 1988): 42-57.

9 United Kingdom Parliament, **Circular Addressed to Her Majesty's Representatives in European Countries on the Subject of the Recent Outbreak of Cholera in Egypt,** C.3729 LXXV (1883), pp.2-3; cited in Mariko Ogaka, "Uneasy Bedfellows: Science and Politics in the Refutation of Koch's Bacterial Theory of Cholera," **Bulletin of History of Medicine,** Vol. 74, No.4 (Winter, 2000): 671-707, cited from p.684.

10 Mariko Ogaka, "Uneasy Bedfellows: Science and Politics in the Refutation of Koch's Bacterial Theory of Cholera," pp.680-1.

11 Isidore Straus: "Whereas the bacillus of which we are speaking may always be present and dominant in the intestine of cholera victims, **we do not believe ourselves authorized to state that it is the specific cause of the disease.** Certainly its predominance may be taken as an indicator of its role in cholera but, in order to reach sound conslusions in this kind of research, other proofs are required." William Coleman, "Koch's Comma Bacillus: the First Year," **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 61 (1987): 315-342; cited from pp. 318 and 320. เน้นโดยผู้อ้าง.

12 Koch's major conclusion: "The cholera process and the comma bacillus stand in direct connection to one another, and I see in this relationship nothing other than that the comma bacillus causes the cholera process. The bacillus precedes the disease and it produces the disease." See William Coleman, "Koch's Comma Bacillus: the First Year," pp. 326, 330 and 337. Kock's formal report appeared under the title "Conferenz zur Erorterung der Cholerafrage" in the Berliner klinische Wochenschrift, 1884.

13 William Coleman, "Koch's Comma Bacillus: the First Year," p. 317.

14 Mariko Ogaka, "Uneasy Bedfellows: Science and Politics in the Refutation of Koch's Bacterial Theory of Cholera," pp. 692-3.

15 Mariko Ogaka, "Uneasy Bedfellows: Science and Politics in the Refutation of Koch's Bacterial Theory of Cholera," pp. 674-5; และดูรายชื่อคณะกรรมการพิจารณารายงานฉบับนี้ของ Klein กับ Gibbes ใน p.699 and footnote no. 96 ในหน้าเดียวกัน.

16 McNeill, **Plagues and Peoples,** pp.271-2.

17 A. Conan Doyle, **The Stark-Munro Letters and Round the Red Lamp** (London: Murrary, 1903), p.8.

18 H. Campbell Highet to H.E. Chow Phya Deves, 26 July 1901, and "Report on an Outbreak of Bubonic Plague in Glasgow with special reference to the possibility of such an outbreak in Bangkok," หจช. ร. 5 น. 5.7/ 10.

19 "I have no doubt that the cholera microbe is either carried in the drinking water or by the agency of flies...cholera is not an infectious disease as infectious disease are usually known, that it is a disease which can only be cuased by swallowing the germs and that these germs enter the stomach in the food and drink, and that when there is a certain amount of salt in the water the germs thrive more vigorously," "The Fifth Annual Report of the Medical Officer of Health for Bangkok," by Dr.Campbell Highet และคำแปลรายงานประจำปีของแพทย์ศุขาภิบาลกรุงเทพฯ ครั้งที่ 5 (รศ.120), หจช. ร. 5 น. 5.5/7. เน้นโดยผู้อ้าง.

20 หจช. ร.5 ศ. 24/30, ปาสจัวอินสติตูชั่น (3 มกราคม ร.ศ. 121 - เมษายน ร.ศ. 122); อ้างใน เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลัง

การเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," น.85. เรื่องนี้ค่อนข้างจะน่าสนใจอยู่บ้าง เพราะต่อมาใน พ.ศ.2454 เมื่อพระธิดาของกรมพระดำรงราชานุภาพถูกสุนัขบ้ากัด พระองค์ก็ทรงดำริห์ให้มีการจัดตั้งสถานปาสเตอร์ขึ้นมาอีกจนได้เปิดทำการเมื่อ พ.ศ.2456, ดู หจช. ร.6 น.29/1.

21 สำเนารายงานที่ 6951 ของกระทรวงมหาดไทย (รับวันที่ 16 มิถุนายน ศก 122) ของขุนวรวิทย์เวชกรรม (ลงวันที่ 27 เมษายน ร.ศ.122), หจช. ร.5 น. 5.7/13.

22 H. Campbell Highet to Frank Giles, Esqr. (The Ministry of the Interior), 26 June 1903, และดูคำแปลรายงานลงวันที่ 28 กรกฎาคม ร.ศ.122 ของนายแพทย์แคมเบล ไฮเอต, หจช. ร. 5 น. 5.7/13.

23 พระยาอินทราธิบดีสีหราชรองเมือง ถึง พระยาศรีสหเทพ (วันที่ 21 กรฎาคม ร.ศ.122), หจช. ร. 5 น. 5.7/ 13.

24 ประกาศห้ามไม่ให้บรรทุกกระบือออกจากสยามตลอดเวลาคราวหนึ่ง (วันที่ 15 กันยายน ร.ศ.122), หจช. ร. 5 น.5.7/14.

25 ข้อกำหนด "ตรวจการโรงพยาบาล" และ "ตรวจและบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง" (ลงวันที่ 1 พฤษภาคม ร.ศ.122), หจช. ศธ. 8.2 ค./9.

26 กฎการตรวจและบำบัดโรคภัยในบ้านเมือง (ประกาศใช้เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม รศ.122), หจช. ศธ. 8/143.

27 รายงานการประชุมแพทย์ ปฤกษากันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล ของ พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล (ลงวันที่ 21 สิงหาคม ร.ศ.122), หจช. ศธ. 8/ 126.

28 ความเห็นด้วยเรื่องโรคเลื้อน กับวิธีป้องกันมิให้โรคนี้แพร่หลาย ของย๊อช แมกฟาแลนด์ ถวาย

พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล (ลงวันที่ 21 สิงหาคม ร.ศ.122), หจช. ศธ. 8/ 126. เน้นโดยผู้อ้าง.

29 รายงานการประชุมแพทย์ ปฤกษากันด้วยเรื่องที่จะจัดโรงพยาบาล ของ พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล (ลงวันที่ 21 สิงหาคม ร.ศ.122), หจช. ศธ. 8/ 126.

30 สำเนารายงานประชุมแพทย์ในกรมพยาบาล ปฤกษากันด้วยเรื่องที่จะทำพรรณหนองปลูกไข้ทรพิษ (28 กันยายน ร.ศ.122), หจช. ศธ. 8.4 ก./40.

31 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ถึง พระยาวุฒิการบดี, หจช. ศธ. 8.3/3. เน้นโดยผู้อ้าง.

32 รายงานของนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ ถวาย พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา อธิบดีกรมพยาบาล ลงวันที่ 22 มีนาคม รศ.122, หจช. ศธ. 8.3/3, เน้นโดยผู้อ้าง; และดูโครงการตั้งสำนักงาน "คอเวินแมนต์ซีรำแลบโบแรตโตรี" ใน นายแพทย์เอช. อดัมเซน ถึง พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา, หจช. ศธ. 8.3/5.

33 พระยาวุฒิการบดี ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, หจช. ศธ. 8.3/5.

34 รายงานการประชุมของที่ประชุมเทศาภิบาล "แพนกธรรมการ 1 เรื่องปลูกทรพิศม์", หจช. ศธ. 8.4 ก./63.

35 "รายงานวิธีปลูกฝีไข้ทรพิษ" ของนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน, หจช. ศธ. 8.4 ก./64.

36 E. Wachter to Prince Damrong (และสำเนาคำแปล), November 18, 1904, หจช. ศธ. 8.4 ก./67.

37 นายแพทย์ เอช. อาดัมเซน กับหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่น

วิวิธวรรณปรีชา, 1 พฤศจิกายน รศ.123, หจช. ศธ. 8.3/5.

38 พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นวิวิธวรรณปรีชา ถึง พระยาวุฒิการบดี และ (ร่าง) "กฎข้อบังคับสำหรับสถานที่ทำพรรค์บุพโพ", หจช. ศธ. 8.3/5. เน้นโดยผู้อ้าง.

39 A report on the present system of Administration as applied to the Department of the Medical Officer of Health in the Ministry of Local Government, p.(4), หจช. ร.6 น.7.3/12, และดูสำเนาคำแปลเรื่อง "รายงานระเบียบการและการปกครองของกองแพทย์กรมศุขาภิบาลในกระทรวงนครบาล," น.3, หจช. ร.6 น.7.3/5.

40 H. Campbell Highet to Krom Luang Nares Voraridhi, 22nd December 1904, หจช. ร. 5 น. 5.7/17.

41 รายงานตรวจการพยาบาลเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม ร.ศ.123 และสำเนาจดหมายจากพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ถึง พระยาอินทราธิบดีสีหราชรองเมือง (23 ธันวาคม รศ.123), หจช. ศธ. 8.2 ค./9.

42 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 23 ธันวาคม ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17. เน้นโดยผู้อ้าง.

43 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์, 24 ธันวาคม ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

44 H. Campbell Highet to Phya Sukhum Naivinit, 27th March 1908, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./43.

45 "พระราชบัญญัติทำบัญชีคนในราชอาณาจักร ร.ศ.128" (พ.ศ.2452), พิมพ์ซ้ำใน เสถียร

ลายลักษณ์ (รวบรวม), **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่มที่ 23** (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2477), น.61; พระราชบัญญัติการตรวจสอบบัญชีสำมโนครัว แลการจดทะเบียนคนเกิดคนตายคนย้ายตำบล พระพุทธศักราช 2460, (ประกาศตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2460), **ราชกิจจานุเบกษา,** เล่ม 34 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ.2460, น. 103-111; และดู "กฎเสนาบดีกระทรวงนครบาลประกอบพระราชบัญญัติการตรวจสอบบัญชีสำมโนครัว แลการจดทะเบียนคนเกิดคนตายคนย้ายตำบล พระพุทธศักราช 2460, (ประกาศตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ.2460), **ราชกิจจานุเบกษา,** เล่ม 34 (แผนกสามัญ), วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ.2460, น. 314-330.

46 ดู หจช. ศธ. 8.3 ค/23.

47 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 24 ธันวาคม ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

48 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมพระนริศนรานุวัติวงศ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 24 ธันวาคม ร.ศ.123, และสำเนาความเห็นของ "หมอปลาดัก", หจช. ร. 5 น. 5.7/18.

49 H. Campbell Highet to Krom Luang Nares Vorariddhi, 31st December 1904, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 18.

50 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์, 9 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

51 ประกาศของกรมศุขาภิบาลเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

52 คำแนะนำในการป้องกันแลรักษา[กาฬโรค], รับวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

53 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 14 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

54 ร่าง ประกาศจัดการป้องกันกาฬโรค (ไม่ลงวันที่ เดือนกุมภาพันธ์ ร.ศ.123), หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

55 ประกาศจัดการป้องกันกาฬโรค (เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123), หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

56 ประกาศห้ามคนตื่นเรื่องแพทย์ตรวจป้องกันกาฬโรค (เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123), หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11; ดูกรณีข่าวลือในรายงานของหลวงนรพรรคพฤฒิกร ถึง พระยาอินทราธิบดีสีหราชรองเมือง, 17 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./ 11.

57 Plague Report for 24 hours, from noon 20th Feb. to noon 21st Feb., หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

58 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมขุนสมมตอมรพันธุ์, 22 มีนาคม ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11.

59 Official Plague Report, by H. Campbell Highet, 20 มีนาคม ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./ 11.

60 H. Campbell Highet to Krom Luang Nares Vorariddhi, 20th March 1905, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./ 11.

61 รายงานประชุมเสนาบดีสภา เมื่อวันที่ 8 มกราคม ร.ศ.124, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

62 รายงานประชุมเสนาบดีสภา เมื่อวันที่ 7 มีนาคม ร.ศ.124, หจช. ร. 5 น. 5.7/ 17.

63 คำแปลจดหมายหมอเอช. แคมแบล ไฮเอต ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์/ H. Campbell Highet to Korm Luang Nares Vorariddhi, 31 July 1905, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./16.

64 พระยาศรีสหเทพ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 23 มกราคม ร.ศ.125, และรายงานประชุมที่กระทรวงมหาดไทย พร้อมกับบัญชีแพทย์รักษาพยาบาลและจัดการป้องกันกาฬโรคตามหัวเมือง, 23 มกราคม ร.ศ.125, หจช.ร. 5 น. 5.7/23.

65 ร่างประกาศให้แจ้งความในเวลามีกาฬโรค (ยังไม่ลงวันที่), หจช.ร. 5 น. 5.7/ 23.

66 หจช. ร.5 ศ.24/40, พิมพ์หนังสืออธิบายการรักษาตัว แลแก้ไขอหิวาต์แจกราษฎร (25-26 เมษายน ร.ศ.125), หจช. ร.5 ศ.8/196, จำหน่ายหนังสือวิธีป้องกันโรคต่างๆ (30 พฤษภาคม 2449 - 31 ตุลาคม 2540); อ้างใน เพ็ญศรี, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," น.88.

67 Chas S. Braddock, Jr, to Phya Visudha Suriya Sakti, 11 December 1906, หจช. ร. 5 น. 49.3/16.

68 ยอช แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค** (โรงพิมพ์สามมิตร์, ร.ศ.129/พ.ศ.2453).

69 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.(1).

70 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.(1)-(2).

71 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.(2)-(3).

72 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.28-29.

73 ร่างประกาศตักเตือนแลแนะนำวิธีป้องกันอหิวาตกะโรค, เอกสารแนบใน เจ้าพระยายมราช ถึง ราชเลขานุการ (14 กุมภาพันธ์ ร.ศ.129), หจช. ร. 6 น. 7. 5/1.

74 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.29-30.

75 แมกฟาแลนด์, **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค,** น.1.

76 Report on work done at the Office of the Chief Sanitary Inspector during B.E.2464; หจช. ร. 6 น. 7. 3/10.

77 อ้างถึงใน มนฤทัย, "ประวัติศาสตร์สังคม: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540)," น.228-230.

78 "แถลงการณ์สภากาชาดสยามพุทธศก 2468," น.8, หจช. ร. 6 น. 29/18.

79 The Seventh Annual Report of the Medical Officer of Health for the Year R.S.122 (April 1903 - March 1904), pp.18-22, หจช. ร. 5 น. 5.5/9.

80 สมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมหลวงลพบุรีราเมศวร์ ถึง พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ, 4 มีนาคม พ.ศ.2469, หจช. ร. 7 ม. 7. 3/9. ; และดู "ปัญหาเรื่องยุง," **เอกสารสาธารณสุข (พิเศษ)** อันดับที่ 23 (23 ตุลาคม พ.ศ.2467).

81 "ปัญหาเรื่องยุง," น.1-2.

82 "ปัญหาเรื่องยุง," น.3.

83 "ปัญหาเรื่องยุง," น.4.

. . . . . .

84 "ปัญหาเรื่องยุง," น.7.

85 "ปัญหาเรื่องยุง," น.7-8.

86 "ปัญหาเรื่องยุง," น.16-17.

87 "ปัญหาเรื่องยุง," น.12-14.

88 "ปัญหาเรื่องยุง," น.20-21.

89 ลายพระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ พระราชทานลงมาเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2469, หจช. ร. 7 ม. 7. 3/ 9; และดูหนังสือกรมราชเลขาธิการ ถึง สมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมหลวงลพบุรีราเมศวร์ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย, 4 มีนาคม พ.ศ.2469, หจช. ร.7 ม.7.3/6.

90 สมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมขุนสงขลานครินทร์ ถึง พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ, 14 มีนาคม พ.ศ.2471, หจช. ร. 7 ม.7/4.

91 สมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิต ถึง เจ้าพระยามหิธร, 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2473, หจช. ร.7 ม.7.3/6.

92 เจ้าพระยามหิธร ถึง สมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิต (21 พฤศจิกายน พ.ศ.2473), หจช. ร.7 ม.7.3/6.

93 หลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่อง โครงการควบคุมไข้จับสั่น, 7 ตุลาคม 2480, หจช. (2)สร 0201.27.1/5. ความจริงโครงการควบคุมไข้จับสั่นของกระทรวงมหาดไทยนี้น่าจะมีที่มาจากข้อเสนอของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ เมื่อ พ.ศ.2479, ดู "โครงการควบคุมไข้จับสั่น" และรายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ครั้งที่ 11/2479 (วันพุธที่ 10

กุมภาพันธ์ พ.ศ.2479) และครั้งที่ 12/2479 (วันพุธที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2479), หจช. (2) สร 0201.27/9.

94 โครงการควบคุมไข้จับสั่น, หจช. (2)สร 0201.27.1/5.

95 รายงานการป้องกันและบำบัดไข้จับสั่นจังหวัดเชียงใหม่และกาญจนบุรี, หจช. (2)สร 0201.27.1/6.

96 ทวี บุณยเกตุ เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย, 1 กันยายน พ.ศ. 2484; หชจ. (2)สร 0201.27/3.

97 หลวงเชวงศักดิ์สงคราม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี, พร้อมเอกสารแนบ 1)รายงานทำความสะอาดเทศบาลนครกรุงเทพและธนบุรี, 2)ตรวจการสุขาภิบาลประจำสัปดาห์ และ 3)รวมสถิติผลของงานกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ได้จัดการไปแล้วระหว่างกันยายน ถึง ตุลาคม 2484, 3 ธันวาคม พ.ศ. 2484, หชจ. (2)สร 0201. 27/ 3.

98 รายงานการประชุมคนะกัมการปราบปรามไข้จับสั่น ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 18 พรีสจิกายน 2485 ณ ห้องประชุมกะซวงการสาธารนสุข วังสุโขทัย, หจช. (2)สร 0201.27.1/6.

99 รายงานการประชุม เรื่องปราบปรามไข้จับสั่น ครั้งที่ 3/2485 ณ ห้องประชุมกะซวงการสาธารนสุข วังสุโขทัย เมื่อวันที่ 18 พรีสจิกายน 2485, หจช. (2)สร 0201.27.1/6.

100 พระยาบริรักษเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องขอคณะผู้เชี่ยวชาญควบคุมไข้มาลาเรีย (5 ตุลาคม 2491), หจช. (2)สร 0201.27.1/13.

101 นายแพทย์ ชู ศีตะจิตต์ ปลัดกระทรวงการสาธารณสุข ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เรื่องการปราบไข้มาลาเรียในนิคมสร้างตนเองของกรมประชาสงเคราะห์ (28 ตุลาคม 2496), หจช. (2)สร 0201.27.1/20.

102 หลวงชำนาญอักษร เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ให้ประชาชนกางมุ้งนอน, หจช. (2)สร 0201.27.1/21.

103 พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่อง การป้องกันไข้มาลาเรียแก่ชาวนา, หจช. (2)สร 0201.27.1/11.

104 ดูเอกสารเกี่ยวกับการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงการแพทย์ครั้งที่ 1 (วันอังคารที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 2 (วันพุธที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 3 (วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 4 (วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), และครั้งที่ 5 (วันจันทร์ที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ณ ห้องประชุมกระทรวงกลาโหม, หจช. (2) สร 0201.27/9.

105 "คำกล่าวตอบของพนะท่านนายกรัฐมนตรี ในการเปิดกะชวงการสาธารนสุข" ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500,** น.61-64.

106 Michel Foucault, "Politics of Health in the Eighteenth Century," pp.166-182, in his **Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings** 1972-1977, edited by Colin Gordon (New York: Harvester Wheatsheaf, 1980), cited from p.169.

107 Foucault, "Politics of Health in the Eighteenth Century," p.169.

108 โครงการน์ควบคุมคนโรคเรื้อน, หจช. (2)สร 0201.27.1/8.

109 ประจวบ บุนนาค รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องการควบคุมคนโรคเรื้อน (30 ตุลาคม 2488), หจช. (2)สร 0201.27.1/ 8.

110 งบประมาณค่าใช้จ่ายในการจับกุมคนโรคเรื้อน ระยะ 7 เดือน พ.ศ.2491, เอกสารแนบ

จดหมายของนายเลียง ไชยกาล รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข (6 พฤษภาคม 2491), หจช. (2)สร 0201.27.1/ 8.

111 Foucault, "Politics of Health in the Eighteenth Century," pp.170-2.

112 Deborah Lupton, **Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies** (London: Sage Publications, 1996), pp.30-32.

113 "โรคไข้กาฬนกนางแอ่น (เซเรโบร สะไปแนล เมนนิน ไยติศ Corebro Spinal Meningitis)" พิมพ์ขึ้นโดยบัญชาของท่านเจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาล, หจช. ร.6 น.7.11/1.

บทที่ 3

เรือนร่างที่ถูกทำให้เชื่องแล้ว: พลเมือง, สถาบันความรู้, รัฐเวชกรรม และโครงการร่างกาย

แม้ว่าจะมีงานประวัติศาสตร์การแพทย์จำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการสถาปนาความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกและการสถาปนาความเป็นวิทยาศาสตร์ในระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทย แต่การศึกษาเท่าที่ผ่านมาไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กล่าวคือ ถ้าไม่เป็นการตำหนิว่าการสถาปนาของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้การแพทย์แบบจารีตของไทยถูกกดทับลงไปจนเกือบไม่เหลือพื้นที่ให้หายใจในปัจจุบัน (ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่าเป็นแผนการครอบงำของมหาอำนาจตะวันตกหรือระบบทุน) จนกระทั่งเกิดกระแสการเคลื่อนไหว ที่พยายามจะรื้อฟื้นการแพทย์แบบจารีตของไทยบางส่วนกลับมา หรือไม่เช่นนั้นก็เป็นเชิดชูความล้ำเลิศของบรรดาท่านผู้มีสายตาอันยาวไกลหรือผู้ที่มีทัศนคติแบบวิทยาศาสตร์ที่ได้นำพาเอาการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเข้ามาสถาปนาตั้งมั่นอยู่ในสังคมไทย. กล่าวได้ว่า ข้อเสนอเหล่านั้นล้วนแต่เป็นการแง้มมองเพียงแค่บางส่วนของพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ และทำให้นำไปสู่ข้อเสนอที่เป็นประวัติศาสตร์แบบต่อต้านจักรวรรดิ-ทุนนิยมแบบคาบคัมภีร์ หรือไม่ก็เป็นประวัติศาสตร์แบบมหาบุรุษ ในความหมายที่ว่าเหตุการณ์หรือนโยบายบางอย่างเกิดขึ้นจากปัจเจกชนที่มีความพิเศษ จนกระทั่งเสมือนว่าสังคมทั้งสังคมเป็นเพียงมวลสารว่างเปล่าที่ไร้พลวัตและสามารถเคลื่อนไหวไปตามจังหวะของคนเพียงบางคนโดยลำพัง.

แน่นอนว่า การสถาปนาของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยไม่ได้เกิดขึ้นลอยๆ เพราะว่ามีมหาบุรุษนำเข้ามามอบให้ แต่เพราะตั้งอยู่บนพัฒนาการของความเป็นรัฐสมัยใหม่ที่มอง

ร่างกายของพลเมืองเป็นแรงงานที่มีผลิตภาพที่จะต้องสยบให้เชื่องในทางการเมือง ดูแลรักษาขัดเกลา และผลักให้เข้าไปอยู่ในระบบการผลิตของสังคมไทย ที่โดยตัวมันเองได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจโลก. พัฒนาการของการแพทย์สมัยใหม่ส่วนหนึ่งจึงเป็นการขยายตัวของระบบทุน เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับการขยายตัวของระบบทุนนิยมดังที่บางคนพยายามเสนอ[1] แต่ในขณะที่รัฐไทยสมัยใหม่กำลังเติบโตแบบรวมศูนย์ ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ก็ถูกชนชั้นนำไทยเองหยิบฉวยใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลรักษาร่างของพลเมืองให้ขยายตัวในเชิงประชากรและมีประสิทธิภาพในเชิงการผลิต.

"ไวตัลสเตติสติก": ความคิดเรื่องการเพิ่มพลเมืองกับการสร้างรัฐสมัยใหม่

ขณะที่การรับความรู้ทางการแพทย์หลังการค้นพบเชื้อโรคเข้ามาทำให้รัฐต้องดิ้นรนพยายามหามาตรการต่างๆ ในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดเข้ามาของเชื้อโรคเป็นด้านหลัก เช่น การตั้งด่านกักเรือ, การตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวเพื่อรองรับการระเบิดขึ้นของกาฬโรค, แนวนโยบายของรัฐไทยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อค้นพบว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก (แบบปาสเตอร์) นั้นสามารถใช้รับมือกับความน่าสะพรึงกลัวของโรคร้ายที่คร่าชีวิตผู้คนพลเมืองไปเสียเป็นจำนวนมากต่อมากได้. อาจกล่าวได้ว่า ประสิทธิผลของการแพทย์สมัยใหม่ทำให้ชนชั้นนำไทยมองเห็นหนทางที่จะข้ามพ้นอุปสรรคสำคัญอันหนึ่งในการสร้างรัฐสมัยใหม่ คือปัญหาการขาดแคลนประชากร ซึ่งไม่อาจเพิ่มพูนขึ้นได้ด้วยการยกทัพไปกวาดต้อนมาจากดินแดนในรัฐข้างเคียงเหมือนที่เคยเป็นแนวปฏิบัติมาในอดีตได้อีกแล้ว เนื่องจากดินแดนเหล่านั้นบัดนี้ได้ตกเป็นอาณานิคมของมหาอำนาจตะวันตกไปทั้งสิ้น.

พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ได้แถลงต่อที่ประชุมเทศาภิบาลเมื่อวันที่ 11 กันยายน ร.ศ.125 (พ.ศ.2449) ว่า

"เมืองไทยเรามีอาณาเขตกว้างขวางแต่มีคนน้อย ย่อมทราบอยู่ทั่วกันแล้วว่า ถ้าจะมีคนอีกสักห้าเท่าหรือหกเท่าของเดี๋ยวนี้ก็ยังจะมีที่พอกันอยู่ไม่อัตคัด ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาไศรยพลเมืองในการทุกอย่าง กำลังบ้านเมืองฝ่ายทหารถ้ามีพลเมืองมากทหารก็ยิ่งมีมากขึ้น กำลังฝ่ายโภคทรัพย์ของบ้านเมือง ถ้าคนมากการไร่นาค้าขายและกิจการที่จะเกิดโภคทรัพย์ก็ย่อมมากมีทวีขึ้น กำลังรัฐบาลที่จะจัดการทำนุบำรุงบ้านเมืองก็ต้องอาไศรยเก็บภาษีอากร เมื่อคนมีมากเงินภาษีอากรย่อมจะเกิดมีมากขึ้นเป็นธรรมดา ด้วยเหตุเหล่านี้จึงเห็นว่าจำนวนพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญแก่การบ้านเมืองมาก." [2]

อย่างไรก็ตาม แม้ในขณะนั้นจำนวนคนเกิดจะมีมาก แต่ในแต่ละปีก็จำนวนคนตายมากด้วยเช่นกัน จึงทำให้จำนวนประชากรโดยรวมไม่ได้เพิ่มขึ้น และสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเสียชีวิตกันมากก็เกิดจาก "โรคสำคัญไม่กี่อย่าง...มีหลักฐานปรากฏอยู่ว่าคนเกิดมาก ไม่ว่าจะไปไหนๆ ก็เห็นเด็กมาก แต่ทำไมสำมะโนครัวจึงไม่เพิ่มขึ้นโดยเร็ว ข้อนี้เมื่อได้จัดการตรวจตราเข้าจริงก็ได้ความว่า คนตายก็มากเหมือนกัน ตายเสียแต่เด็กๆ ไม่ทันจะเติบโตขึ้นตามสมควรนั้นมีมาก."[3] พระองค์จึงมีพระดำริว่า "ถ้ารัฐบาลคิดอ่านป้องกันอย่างใดให้คนตายน้อยลงได้ จำนวนไพร่บ้านพลเมืองก็ย่อมจะมากขึ้นโดยรวดเร็ว เพราะฉะนั้นการพยาบาลจึงรวมใจความลงในข้อที่จะคิดป้องกันอย่าให้ไพร่บ้านพลเมืองตายมากนัก."[4]

ความคิดในการเพิ่มพลเมืองแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐ จากที่เพ่งความสนใจอยู่ที่ศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ เป็นหลัก ก็เริ่มมีความพยายามที่จะขยายขอบเขตออกไปสู่ส่วนหัวเมือง โดยมีแรงผลักดันสำคัญจากการต่อต้านของกลุ่มอำนาจเดิมในหัวเมืองซึ่งตั้งคำถามกับการรวมศูนย์อำนาจและทรัพยากรไว้ที่กรุงเทพฯ โดยที่ไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์โภชน์ผลแก่หัวเมืองแต่อย่างใด ดังเช่นกรณีที่รองกงสุลอังกฤษประจำจังหวัดน่านเสนอความเห็นว่าเหตุผลที่ทำให้ชาวแพร่สนับสนุนการขบถของชาวฉานคือการที่กรุงเทพฯ ยึดอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจไปโดย "มิได้ทำอะไรให้แก่ชนบทเลย กลับรีดเงินไปกรุงเทพฯ หมด บัดนี้ได้สถาปนาการปกครองแบบใหม่มากว่าสองปีแล้ว แต่ยังมิได้ดำเนินงานในด้าน

สาธารณูปโภคเลย."[5] แน่นอนว่า เป้าหมายของหัวเมืองในการผลักดันให้กรุงเทพฯ ดำเนินกิจการสาธารณสุขอาจจะมาจากเหตุผลที่ว่าหัวเมืองควรจะได้รับผลตอบแทนอะไรบ้างกับการสูญเสียอำนาจทั้งทางการเมืองและเศรษฐกิจให้กับศูนย์กลางที่กรุงเทพฯ แต่กรุงเทพฯ กลับเห็นว่าการสาธารณสุขในหัวเมืองจะช่วยเป็นเครื่องมือให้รัฐสยายอำนาจของศูนย์กลางออกไปสู่หัวเมืองได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นต่างหาก และเครื่องมือในการขยายตัวกิจการสาธารณสุขของรัฐออกไปสู่หัวเมืองอย่างเป็นทางการ คือ การขยายกิจการสุขาภิบาลออกไปสู่หัวเมือง โดยทดลองจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นเป็นครั้งแรกที่ตำบลท่าฉลอม สมุทรสาครเมื่อ พ.ศ.2448 และต่อมาได้ออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ.127 (พ.ศ.2451) โดยมีแกนกลางสำคัญของกิจการสุขาภิบาล คือ การขยายกิจการด้านสาธารณสุขไปให้ประชาชนพลเมืองดูแลกันเอง พร้อมกับผลักภาระค่าใช้จ่ายไปให้พลเมืองรับผิดชอบแทน. ภายหลังการออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ.127 แล้ว ก็มีการจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นอีกหลายแห่ง เช่น สุขาภิบาลตำบลโพกลาง นครราชสีมา (พ.ศ.2451), สุขาภิบาลเมืองจันทบุรี (พ.ศ.2451), สุขาภิบาลเมืองสงขลา (พ.ศ.2452), สุขาภิบาลเมืองชลบุรี (พ.ศ.2452), สุขาภิบาลเมืองพิไชย (พ.ศ.2453), สุขาภิบาลเมืองนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2453) เป็นต้น.[6]

นอกจากนี้ การยุบเลิกกรมพยาบาลในกระทรวงธรรมการและการตั้งกรมพยาบาลขึ้นใหม่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2455 (ร.ศ.131) นั้นแม้จะมีเหตุผลอยู่ที่ต้องการกระชับงานด้านการสาธารณสุขในหัวเมืองให้มาอยู่ในหน่วยงานเดียวกันตามเหตุผลของสมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทยที่ว่า "งานการแพทย์และการป้องกันโรคสำหรับประชาชนตามหัวเมืองเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ยังแยกกันอยู่หลายกอง... เมื่องานเจริญขึ้นจึงเห็นควรว่าถึงเวลาแล้วที่จำเป็นจะต้องจัดรวมกองเหล่านี้ขึ้นเป็นกรมหนึ่งในมหาดไทยเพื่อให้การบังคับบัญชาเป็นไปโดยเรียบร้อยตามสมควร" แล้ว[7] การตั้งกรมพยาบาลขึ้นในกระทรวงมหาดไทยยังแสดงให้เห็นถึงความต้องการขยายการสาธารณสุขออกไปสู่หัวเมืองให้กว้างขวางยิ่งขึ้นภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งรับผิดชอบงานในหัวเมืองโดยตรง ต่อมาใน พ.ศ.2458 กรมพยาบาลได้เสนอให้แก้ไข พระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาล พ.ศ.2451 เพื่อขยายกิจการสุขาภิบาลเป็น 2 ระดับ คือ สุขาภิบาลเมือง และสุขาภิบาลท้องที่ พร้อมกับให้

เน้นงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสุขาภิบาลมากยิ่งขึ้นโดยกำหนดให้การจัดการสุขาภิบาลมีลักษณะเป็นแบบ "ซะนิตอรีบอร์ด (Sanitory Board)."[8]

นอกจากความคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพลเมืองให้แข็งแรงเพื่อเพิ่มความมีประสิทธิภาพในการผลิตจะส่งผลให้มีความพยายามที่จะจัดตั้งกลไกของรัฐในการเข้าไปทำหน้าที่สอดส่องเรือนร่างของพลเมือง ด้วยการพยายามจัดตั้งและขยายกิจการสุขาภิบาลออกไปตามหัวเมืองดังกล่าวแล้ว รัฐยังพยายามสนับสนุนกิจการของสุขาภิบาลในด้านการสาธารณสุขด้วยการเปิดโรงเรียนนางสุขาภิบาลขึ้นเมื่อ พ.ศ.2467 เพื่อฝึกบุคลากรออกไปทำหน้าที่ดูแล "อนามัยของชาติ" ดังพระดำรัสในพิธีเปิดโรงเรียนนางสุขาภิบาลของสมเด็จฯ กรมพระนครสวรรค์วรพินิต ที่ว่าหน้าที่ของนางสุขาภิบาลก็คือการออกไปดูแล "อนามัยของชาติ" ซึ่งหมายถึง "ความสมบูรณ์และความปราศจากโรคของชาติ." พระองค์มีพระดำริว่า "หากชาติใดตั้งอยู่ในฐานะมีอนามัยดี ชาตินั้นก็จะต้องเจริญ." กล่าวคือ การอนามัยของชาติสามารถทำให้โรคภัยไข้เจ็บและอัตราการตายลดน้อยลง และจะทำให้อัตราการเกิดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลให้พลเมืองมีจำนวนมากขึ้น และจะเป็นผลทำให้ "ความเจริญแก่ชาติก็ย่อมมีมากด้วย." ดังนั้นการมีนางสุขาภิบาลคอยทำหน้าที่ดูแลรักษาอนามัยของประชาชนพลเมือง หรือ "จัดการพิทักษ์รักษาอนามัย" แล้ว ประชาชนพลเมืองก็จะได้รับประโยชน์ทั้งจากการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและจากการมีคนคอยดูแลช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ เนื่องจาก "นางสุขาภิบาลจักเป็นผู้นำความรู้ทางสุขวิทยาการรักษาอนามัยเข้าสู่ประชาชนให้รู้จักรักษาตัว เมื่อรักษาตัวดีแล้วก็เป็นทางป้องกันที่มาแห่งโรคภัยไข้เจ็บและเมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเล็กน้อยก็ช่วยให้หายไปเสียก่อนเป็นขึ้นมาก."[9]

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในระบบกลไกของอำนาจรัฐที่หันมาเน้นการเสริมแนวป้องกันสุขภาพของประชาชนพลเมืองแล้ว องค์กรนอกภาครัฐที่ทำงานเกี่ยวกับด้านการแพทย์เช่นสภากาชาดสยามก็เร่งรณรงค์กิจกรรมการสาธารณะของตนในแนวทางดังกล่าว. โปสเตอร์และหนังสือที่ประกาศเชิญชวนเข้าเป็นสมาชิกสภากาชาดสยามเมื่อ พ.ศ.2467 ได้เขียนในเชิงถาม-ตอบถึงเหตุผลต่างๆ ในการเข้าเป็นสมาชิกและกิจกรรมของสภากาชาดสยาม โดยระบุว่า

"กิจการของสภาก็ไม่มีอื่นนอกจากที่มุ่งหมายให้เปนประโยชน์แก่ชุมชุมชนและชาติของเรา... สภาจะชี้แจงให้รักษาความสอาดเปนทางป้องกันโรค ถ้าชุมชุมชนส่วนข้างมากนิยมตามและต่างทำความสะอาดในบ้านเรือนของตนก็จักสำเร็จกิจป้องกันโรคตามสภาปรารถนา....ตัวอย่างอีกข้อหนึ่งเช่น สภาเห็นว่าในเมืองเราเด็กตายเสียแต่เมื่อยังเปนทารกนอนเบาะมากนัก เปนเหตุเพราะบิดามารดาไม่รู้จักเลี้ยงให้ถูกวิธีการแห่งสุขวิทยา สภาจึงออกหนังสือแนะนำวิธีเลี้ยงเด็กฤๅที่เรียกว่าบริบาลทารกจัดเจ้าน่าที่ออกเที่ยวชี้แจง." นอกจากนี้ สภากาชาดสยามจะมีทำกิจกรรม "อนามัยศึกษา" กับ "ประชานามัยพิทักษ์", โดยอนามัยศึกษา คือการสอนให้ประชาชนรู้จักรักษาป้องกันตนเองให้ปลอดโรค สอนให้รู้ต้นเหตุของโรคต่างๆ และวิธีป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นแก่ตนเองและครอบครัว (วิธีการอนามัยศึกษา คือ การที่สภากาชาดจะจัดส่งเจ้าหน้าที่ออกไปสอนในตามที่ประชุมชนต่างๆ โดยมีรูปภาพและเครื่องใช้ต่างๆ ไปแสดง, จำหน่ายหนังสือว่าด้วยการรักษาตัว ว่าด้วยการป้องกันโรค และว่าด้วยการรักษาความสะอาด เป็นต้น, หรือจัดฉายภาพยนตร์ด้านอนามัย); ส่วนประชานามัยพิทักษ์คือการช่วยรักษาอนามัยของประชาชน (โดยการตั้งสถานีประชานามัยพิทักษ์ และให้มีแพทย์ไปตรวจรักษาโรคตามวันนัด และมีนางสุขาภิบาลอยู่ประจำและออกเที่ยวเยี่ยมเยียนตามบ้าน เพื่อแนะนำวิธีรักษาอนามัย, ช่วยเยียวยารักษาโรคบางอย่างเท่าที่ทำได้, วิธีรักษาครรภ์หรือช่วยทำคลอด และวิธีการเลี้ยงลูก).[10]

การมีเป้าหมายมุ่งไปที่การเพิ่มพลเมืองนั้นย่อมทำให้สถานะ/บทบาทของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่มิได้เป็นแต่เพียงการที่จะช่วยรักษาเยียวยาชีวิตพลเมืองให้มีชีวิตยืนยาวยิ่งขึ้นเท่านั้น แต่ยังช่วยทำให้ประชากรโดยรวมของรัฐมีจำนวนมากขึ้นจากการที่มีอัตราการตายของเด็กลดลงและอายุเฉลี่ยของพลเมืองสูงขึ้น ดังที่พระยามหาอำมาตยาธิบดี (เส็ง วิริยศิริ) ผู้รักษาราชการแทนเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ก็มีหนังสือกราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2457 (ภายหลังที่ได้เดินทางไปดูงานด้าน "การรักษาพยาบาลป้องกันไข้เจ็บตลอดจนการวิธีปลูกฝีประชาชน" กับ "การรักษาพยาบาลและป้องกันโรคระบาดสัตว์พาหนะ" ที่ฟิลิปปินส์เมื่อ พ.ศ.2455) ว่าจากการที่รัฐบาลได้ระเบียบการปกครองท้องที่และปราบปรามโจรผู้ร้ายตามหัวเมืองให้ปรกติราบคาบลงพอสมควรแล้วนั้นบัดนี้ตนเห็นว่า "ถึงเวลาควรจัดการรักษาพยาบาล และป้องกันไข้เจ็บของพลเมือง **เพื่อ**

ให้จำนวนพลเมืองมากขึ้น เพราะราษฎรพลเมืองในสยามน้อยมาก ถ้าแม้จะมีพลเมืองขึ้นอีกสักสิบเท่านี้ก็ยังจะมีที่ดินไร่นาเรือกสวน และการหาเลี้ยงชีพได้เพียงพอกิน อนึ่งราษฎรพลเมืองป่วยตายปีหนึ่งมาก เพราะฉะนั้นถึงเวลาที่ควรจะรีบจัดวางการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อตัดทอนความเจ็บตายของราษฎรพลเมืองให้น้อยลงไป."[11]

หากมองในแง่ประชากรศาสตร์ ยิ่งจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นเท่าไรก็หมายความว่าย่อมจะทำให้เศรษฐกิจโดยรวมหรือ "ความมั่งคั่งสมบูรณ์และความเจริญรุ่งเรืองมาสู่ชาติ" ยิ่งขึ้นเท่านั้น กล่าวคือ

> *"[หาก]คิดคำนวณเงินรายได้ที่คนฉกรรจ์ปราศจากโรคภัยคนหนึ่งให้แก่ประเทศ การให้เงินแก่ประเทศก็เท่ากับให้เงินบำรุงความสุขสำราญของสาธารณชนทั่วไป กิจการทุกสิ่งทุกอย่างที่มีผลเป็นการดำรงชีวิตมนุษย์ให้ทรงอยู่นั้น ย่อมเป็นทางเพิ่มพูนความมั่งคั่งของประเทศ ทั้งนี้เห็นได้ว่าการจัดระเบียบการสุขาภิบาล ซึ่งเป็นทางป้องกันชีวิตมนุษย์ เป็นปัจจัยสำคัญแห่งความรุ่งเรืองของชาตินั้นเอง เมื่อเราถือว่าการป้องกันบ้านเกิดเมืองบิดรของเราเป็นกรณียเบื้องต้น เราต้องถือว่าการป้องกันการสาธารณสุขเป็นกรณียที่สองรองลงมา.....เหตุผลเหล่านี้ เป็นต้นรากแห่งความเจริญของบ้านเมืองทั้งนั้น ถ้าจะคำนวณเทียบเคียงดูตามแบบสถิติจะเห็นว่าเงินที่จะเกิดเป็นผลขึ้นนั้น เป็นจำนวนไม่ใช่น้อย."* [12]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความคิดที่จะเพิ่มจำนวนประชากร แต่ก็อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลคงจะไม่มีจำนวนตัวเลขที่ชัดเจน และคงอยากจะรู้ชัดๆ เกี่ยวกับตัวเลขของจำนวนประชากร ดังที่มีความพยายามที่จะให้กรมศุขาภิบาล กระทรวงนครบาล จัดทำรายงานเกี่ยวกับตัวเลขคนเกิดคนตาย และการเพิ่มของจำนวนประชากร. ความเรียกร้องต้องการข้อมูลดังกล่าวจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้เข้าใจว่า ในที่สุดส่งผลให้มีหนังสือลงวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ.2458 ของนายแพทย์ไฮเอต นายแพทย์ใหญ่กรมศุขาภิบาล ถึงเจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงนครบาลว่าด้วยเรื่องปัญหาในการจัดทำบัญชีตัวเลขของจำนวนประชากรว่า จะต้องผิดพลาดอะไรบางอย่างเนื่องจากขณะที่มีตัวเลขจำนวนคนตายน้อยกว่าปรกติและมีตัวเลขจำนวนประชากรกรุงเทพฯเพิ่ม

ขึ้นถึง 49.42% ในรอบ 5 ปี (จากจำนวน 540,670 คนใน พ.ศ.2452 เพิ่มขึ้นเป็น 807,899 คนใน พ.ศ.2457), แต่หากให้ลองคำนวณว่าถ้ากำหนดให้บ้านแต่ละหลังมีคนอยู่อาศัยประมาณ 5 คนแล้วควรต้องมีบ้านเพิ่มขึ้นถึง 53,444 หลังเพื่อรองรับจำนวนคนที่เพิ่มขึ้นถึง 267,220 คน, ปัญหาก็คือบ้านที่ว่าเพิ่มขึ้นนั้นอยู่ตรงไหนของกรุงเทพ?[13] นายแพทย์ไฮเอตจึงเสนอให้ออกกฎหมายที่เอาจริงเอาจังเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนคนเกิดและคนตาย เพื่อที่จะได้รู้จำนวนตัวเลขเหล่านี้อย่างแท้จริง.

เรื่องจำนวนตัวเลขที่ชัดเจนของข้อมูลประชากรนี้ยังคงเป็นปัญหาอยู่อีกนานหลายปี เพราะใน "A report on the present system of Administration as applied to the Department of the Medical Officer of Health in the Ministry of Local Government" ของกรมศุขาภิบาลที่เสนอต่อเสนาบดีกระทรวงนครบาลเมื่อ พ.ศ.2459 (ค.ศ.1916) ก็ยังได้เสนอให้มีแผนกเกี่ยวกับ "การวิทยาศาสตร์ไวตัลสเตติสติ๊ก (Vital Statistics) คือเป็นแพนกของการรวบรวมข้อความจริงที่เกี่ยวกับชีวิตร์ของประ[ชา]ชนทั่วไปโดยใช้จำนวนเท่านั้น" เนื่องจากจำนวนตัวเลขที่ "ถูกต้องนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญของการจดเลขไวตัลสเตติสติ๊กเหล่านี้." นอกจากนี้การจัดทำจำนวนเลข "ไวตัลสเตติสติ๊ก" นั้นจะต้องรวมตั้งแต่การจำแนกออกตามอายุ, เพศ, อาชีพ, สถานภาพการสมรส, สภาพร่างกาย ตลอดจนถึงการจดทะเบียนตัวเลขคนเกิดคนตาย, การจดทะเบียนการเป็นโรคติดต่อและโรคร้ายต่างๆ เพื่อจะได้ชี้แสดงให้เห็นว่า "จำนวนผู้ป่วยเจ็บเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ไม่เจ็บจะมากขึ้นหรือลดลงอย่างไร เมื่อเป็นเช่นนั้นต่อไปทุกๆ ปีจำนวน เลขเหล่านี้ควรต้องเปลี่ยนดีขึ้นเสมอตามจำนวนของการเปลี่ยนแปลง... คือโดยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแพนกรักษาความสะอาด ให้เก็บมูลฝอยทั่วกรุงเทพฯ ห้ามมิให้มีอยู่ตามใต้ถุนบ้านเรือน เลขสำหรับจำนวนโรคติดต่อทุกอย่างควรต้องลดลง เช่น ไข้กาฬโรค เป็นต้น. การห้ามคนอยู่เป็นหมู่ๆ แน่นเกินไป การปลูกบ้านตามกฎหมายและการสั่งสอนมารดาเด็กอ่อนเรื่องวิธีเลี้ยงเด็ก ควรต้องให้จำนวนเลขสำหรับเด็กอ่อนตายน้อยลงมาก และอื่นๆ มากเหมือนกัน."[14] งานทั้งหมดนี้จึงเกี่ยวโยงกับ "การรักษาความศุขของราษฎรและการแพทย์ (Public Health)" และได้เสนอให้มีการตั้งกรมใหม่ในกิจกรรมดังกล่าว โดยให้มีชื่อว่า "กรมรักษาความศุขของประชาชน" (Department of Public Health).[15]

อย่างไรก็ตาม ขณะที่ความสนใจเกี่ยวกับตัวเลขของจำนวนประชากรในช่วงแรกนี้สะท้อนความเชื่อมั่นที่ว่า หากจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ประเทศมั่งคั่งและมั่นคงยิ่งขึ้น ดังเช่นพระดำรัสของสมเด็จฯ กรมหลวงพิษณุโลกประชานาถ ใน **จดหมายเหตุทางแพทย์ของสภากาชาดสยาม** ฉบับปฐมฤกษ์ที่ว่า "ไม่ว่าการอย่างใดในโลกนี้ จะดำเนินไปได้ดีก็ด้วยอาศัยกำลังความคิดและกำลังกายของมนุษย์ ประเทศใดจะรุ่งเรืองก็อาศัย**มีพลเมืองมาก มีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งทางกาย ทางใจ และทางความคิด.**"[16] นโยบายในเรื่องการเพิ่มพลเมืองของรัฐจากเดิมที่เน้นในเรื่องการลดอัตราการตายของเด็กและยืดอายุให้ยืนยาวขึ้นเพื่อให้จำนวนตัวเลขประชากรเพิ่มสูงขึ้นเพียงอย่างเดียวนั้นจึงถูกมองว่าไม่เพียงพออีกต่อไป เพราะอาจสรุปได้ดังพระดำรัสของสมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร (ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ.2461-8) ในการแสดงปาฐกถาเรื่อง "การสาธารณสุขคืออะไร?" เมื่อ พ.ศ.2467 ที่ว่า "จะถือเอาจำนวนเป็นเกณฑ์เท่านั้นไม่ได้ ถึงแม้จะมีคนมาก แต่คนไม่แข็งแรง มีโรคมากก็ใช้ไม่ได้ ต้องมีทั้งมากและแข็งแรงด้วยจึงจะเป็นกำลังของบ้านเมืองจริง."[17]

สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทรมีพระดำริว่า กิจการอันจะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อจะทำให้ได้คน "ทั้งมากและแข็งแรงด้วย" นั้นก็คือ การสาธารณสุข ซึ่งหมายถึง **"ความสุขกาย**ของประชาชนทั่วไป...กิจการทั้งสิ้นที่เกี่ยวกับการบำรุง**ความสุขกาย**ของประชาชนทั่วไป." แม้พระองค์จะมีพระดำริว่า การสาธารณสุขอาจมีนัยถึงความสุขทางใจด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า "ผู้ที่มีร่างกายปราศจากโรคภัยย่อมมีสติปัญญาความคิดสุภาพถูกต้อง" แต่การสาธารณสุขโดยตรงนั้นหมายถึง "ความสุขกายอย่างเดียว" เพราะว่า **"ความสุขกายเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เป็นยอดปัจจัย**ที่จะทำให้คนคิดและปฏิบัติในทางที่ถูกที่ชอบจึงเป็นสิ่งที่ควรจะบำรุงยิ่งกว่าสิ่งอื่นและก่อนสิ่งอื่น."[18] การสาธารณสุขจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายของรัฐในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนพลเมือง จากเดิมที่เน้นแนวทางการบำบัดโรคไปสู่การสร้างแนวป้องกัน/ทำลายการแพร่ระบาดของโรค โดยการ "ตรวจค้นหาหาสาเหตุของโรค และรู้จักอาการของโรคให้ดี เมื่อเรารู้จักเหตุและทางเจริญของโรคแน่ชัดแล้ว ก็หาวิธีทำลายเหตุและตัดทางเจริญของโรค" เพื่อไม่ให้โรคระบาดแพร่หลายออกไป.[19] ส่วนแพทย์ที่ทำหน้าที่ป้องกันโรคนั้น "มิได้นึกถึงแต่ความสุขของบุคคลคนหนึ่งคนใดเท่านั้น นึกถึงความสุขของชนทั้งหมู่เสมอไป" ดังนั้นหากแม้นเกิดมี

ผู้เป็นโรคระบาดขึ้น แพทย์ก็จะต้องคิดถึงการป้องกันอันตรายของคนหมู่มาก “ไม่มัวกังวลแต่ในการบำบัดโรคคนที่ป่วยแล้วเท่านั้น ถึงแม้ผู้นั้นจะตายโดยไม่ได้รับการบำบัดเพียงพอ เพราะแพทย์มัวไปทำการป้องกันเสียก็ต้องยอมให้ตายอุทิศชีวิตคนๆ เดียว ดีกว่าจะยอมให้คนตายเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นห่วงคนๆ เดียว.”[20] อย่างไรก็ตาม การสาธารณสุขก็ไม่ได้ทิ้งแนวทางการบำบัดโรค แต่ไม่ได้มุ่งไปที่การบำบัดโรคเพียงอย่างเดียว และให้ความสำคัญทั้งแนวทางการบำบัดและแนวทางการป้องกันอย่างเท่าเทียมกัน. การสาธารณสุขจึงเป็นการจัดการให้พลเมืองได้รับการรักษาพยาบาลโดยทั่วถึงกันเมื่อมีโรคภัยมาเบียดเบียน, จัดการบำรุงกำลังของพลเมืองให้สามารถต้านทานโรคได้, จัดการแก้ไขลักษณะภูมิประเทศและบ้านเรือนให้อยู่ในสภาพที่ไม่เป็นบ่อเกิดของโรคได้, ทำการระงับโรคระบาดโดยการทำลายที่ตัวต้นเหตุ, และตัดหนทางที่จะทำให้โรคแพร่ระบาดเพื่อป้องกันประเทศมิให้รับโรคมาจากประเทศอื่น.[21] อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดที่เป็น “สิ่งที่เราปรารถนาและมุ่งหมายคั่นสุด” คือ “ความปกติและกำลังบริบูรณ์ของร่างกาย” ดังที่อาจพิจารณาประวัติของการสาธารณสุขในยุโรป ซึ่งในช่วงแรกนั้นมีความเห็นว่า “ความโสโครกที่อยู่ในบริเวณบ้านช่องรอบตัวคนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งกว่าอื่นหมด เป็นบ่อเกิดของโรค” จึงทำให้มีการทำกิจการสุขาภิบาลกันขนานใหญ่ เช่น ทำท่อระบายน้ำ ท่อของโสโครก ท่อน้ำประปา ทำความสะอาดบ้านเมือง, “แต่ภายหลังรู้สึกกันว่าบ่อเกิดของโรคนั้นไม่ใช่แต่**ของโสโครกอย่างเดียว ของโสโครกที่เป็นบ่อเกิดของโรคก็มี ที่ไม่เป็นก็มี** การปราบของโสโครกอย่างขนานใหญ่เช่นนั้นเมื่อคิดถึงผลที่ได้ในทางตัดต้นเหตุของโรคแล้วไม่คุ้มกับเงินที่ต้องเสียไป.” ต่อมาก็เห็นว่า การแยกโรคติดต่อเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง คือแยกคนที่เป็นโรคติดต่อไว้ไม่ให้ไปติดคนอื่น “แต่ลงปลายก็เห็นว่าไม่ได้ผลดีจริงเช่นคิด เป็นแต่เพียงตัดทางของโรคเท่านั้น.” สุดท้ายจึงกลับมาคิดถึง “การตัดต้นเหตุของโรคเสียที่รากเหง้าทีเดียว คือ จับที่ตัวคนนั่นเอง ทำให้คนทุกคนมีความปกติ มีกำลังแข็งแรง เพื่อต้านทานโรคได้ โดยใช้วิธีสั่งสอนแนะนำอบรมทุกประการ ให้คนรู้จักระวังรักษาตัว ป้องกันตัวเอง การที่คนทุกคนมีเครื่องป้องกันอยู่ในตัวเองเช่นนี้ ได้ผลดีกว่าที่จะจัดการป้องกันภายนอกมาก.”[22] เหตุผลทั้งหมดนี้ สุดท้ายเพื่อจะชี้ให้เห็นว่า ประชาชนพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญ เพราะ “ความเจริญของบ้านเมืองต้องอาศัย...คน บ้านเมืองเจริญได้เพราะคนเท่านั้น การป้องกันบ้านเมือง การเพาะปลูก การค้าขาย และอะไรทั้งสิ้นต้องมีคนทำ

บ้านเมืองจึงจะยั่งยืนและมั่งคั่ง... กำลังของบ้านเมืองอยู่ที่พลเมือง."[23]

สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร ทรงเห็นว่า การสาธารณสุขยังเกี่ยวข้องกับงานอื่นๆ ของรัฐอีกหลายอย่าง คือ การศึกษา คือการอบรมสั่งสอนประชาชนพลเมืองให้รู้จักระวังรักษาตัวและบำรุงกำลังตนเองและครอบครัว เพื่อจะได้ต้านทานโรคได้ รวมทั้งสั่งสอนให้รู้จักอันตรายที่จะพึงมีแก่ตนและหมู่คณะ ให้เชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์และคำสั่งของผู้ปกครอง, การออกกฎหมายด้านสาธารณสุข, การวางผังเมือง ก่อสร้างบ้านเรือนของประชาชน ถนน ท่อน้ำและท่อถ่ายเทของโสโครก "ให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล" ตลอดจนการประปาเพื่อให้พลเมืองมีน้ำดีบริโภค, การเงิน, การต่างประเทศ เช่นการตั้งด่านตรวจโรค เป็นต้น, และที่สำคัญน่าจะเกี่ยวข้องกับการปกครอง ซึ่งคือ "การควบคุมบังคับบัญชาประชาชน ให้ปฏิบัติตามกฎข้อบังคับในทางสาธารณสุข โดยใช้อุบายแนะนำเกลี้ยกล่อม และใช้อำนาจบังคับในเวลาจำเป็น และมีการลงโทษผู้ละเมิดบัญญัติ ทั้งการควบคุมผู้มีอาชีพในการบำบัดโรคขายยา ค่ายา และอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์ทั้งสิ้น."[24]

นอกจากมองว่าการแพทย์/สาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของรัฐ ทั้งเพื่อเพิ่มจำนวนประชากรและเพื่อให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงและเป็นพลังการผลิตที่มีคุณภาพแล้ว ชนชั้นนำไทยก็เริ่มมองว่าเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่จะควบคุมความรู้และสภาพของประชากรให้ได้ คือการสำมะโนประชากร. การแพทย์-การปกครอง-ประชากร คือ ตัวแปรสำคัญของการเป็นรัฐสมัยใหม่ที่ชนชั้นนำไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมาก โดยทั้งหมดนี้มุ่งไปสู่การควบคุมและการจัดการประชากรเป็นด้านหลัก ดังที่มีพระราชดำรัสรัชกาลที่ 7 ในงานพระราชพิธีฉัตรมงคล พ.ศ.2472 ว่า "สำหรับการปกครองนั้น เพื่ออุปกรณ์ทางดำเนิน ในส่วนนี้ได้จัดให้มีการสำรวจสำมะโนครัว...ความรุ่งเรืองของประเทศต้องอาศัยความสมบูรณ์ของพลเมืองด้วย ไม่ใช่แค่มีแต่จำนวนพลเมืองมากเท่านั้นและปริมาณทรัพย์ของพลเมืองจะต้องเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าพลเมือง จึงจะเชื่อว่าบ้านเมืองได้รุ่งเรืองขึ้นโดยแท้จริง."[25] ดังนั้นจำนวนตัวเลขที่มากก็มิใช่เครื่องสะท้อนความดีโดยตัวมันเอง เพราะนอกจากตัวเลขจะมากแล้วก็จะต้อง "มีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งทางกาย ทางใจ และทางความคิด" ด้วยจึงทำให้จำนวนมากของตัวเลขมีความหมาย. แต่

ไม่ว่าจะจำนวนตัวเลขที่มากหรือทั้งมากทั้งมีคุณภาพก็ล้วนแล้วแต่ทำให้สถานะของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ถูกยกไว้อย่างสูงส่ง กล่าวคือ "วิชาแพทย์เป็นวิชาสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตายย่อมอยู่ในมือของแพทย์ ความเจริญของชาติก็ด้วยอาศัยที่พลเมืองมากมีพลเมืองที่แข็งแรงทั้งในทางกายใจและทางความคิด ถ้าการแพทย์บกพร่องกำลังของชาติก็ต้องอ่อนแอ."[26]

สถาบันความรู้การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย

โรงเรียนแพทย์ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกที่โรงศิริราชพยาบาลเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2432 (ภายหลังตั้งโรงพยาบาลศิริราชได้ไม่นาน) และเปิดรับนักเรียนในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2433 ในช่วงแรกระหว่าง พ.ศ.2433-2442 เรียกกันภายหลังว่า "ศิริราชแพทยากร" หรือ "โรงเรียนแพทยากร."[27] หลักสูตรในช่วงแรกมีระยะเวลา 3 ปีและมุ่งฝึกหัดแพทย์ในทาง "วิชาเซอเยอรี คือการบาดแผลสด ซึ่งเป็นสิ่งมีประโยชน์ต้องการให้ไทยทำได้นั้นก่อนอย่างอื่น...ต่อการขั้นนี้ตั้งติดได้เรียบร้อยแลเห็นประโยชน์ได้ทั่วกัน จึงจะจัดการฝึกสอนวิชาแพทย์ขั้นสูงซึ่งประกอบด้วยการเล่าเรียนกว้างขวางหลายอย่างได้"[28] เนื่องจากชนชั้นนำไทยสมัยนั้นมีความเห็นกันว่า "หมอไทยแต่ก่อนมาเรียนรักษาโรคแต่ด้วยวิธีใช้ยา ไม่ได้เรียนวิธีรักษาด้วยการผ่าตัด (Surgery) จะเพิ่มวิชานั้นแก่หมอไทย."[29] รายวิชาต่างๆ ในหลักสูตรช่วงแรก คือ "ผ่าตัดเย็บและรักษาแผลต่างๆ ผสมยาและใช้ยา, ปราณีธรรมคุณศาสตร์ (Physiology), ศรีระศาสตร์ (anatomy), ตรวจไข้และรักษาไข้ต่างๆ, ครรภรักษา"[30] ซึ่งแม้จะดูเป็นความรู้พื้นๆ สำหรับพัฒนาการของความรู้ทางการแพทย์ในช่วงเวลาเดียวกันนั้นของตะวันตก (เช่น การไม่มีการสอนเกี่ยวกับแบคทีเรียเลยในหลักสูตรช่วงแรกนี้แม้ว่าความรู้ดังกล่าวได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ตะวันตกค่อนข้างมากแล้วและมีผู้นำความรู้ดังกล่าวมาใช้ทำงานอยู่ในกรมศุขาภิบาล กระทรวงนครบาลบ้างแล้วก็ตาม ดังที่ พ.ต.นายแพทย์อัทธ์ หะสิตะเวช หรือหลวงวิฆเนศประสิทธิ์วิทย์ นักเรียนแพทย์หมายเลขหนึ่งของโรงเรียนแพทย์ได้เล่าว่า เมื่อตนเข้าเรียนใน พ.ศ.2433 นั้น "ตัวเยิร์มเป็น

อย่างไรไม่มีใครรู้จัก กล้องจุลทัศน์ยังไม่เกิด การผ่าตัดยังมีน้อยเหลือเกิน ได้แต่ตัดแขนตัดขา"[31]) แต่หลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยนั้นก็มีความแตกต่างอย่างมากกับความรู้ทางการแพทย์แบบจารีตของไทย โดยเฉพาะการเรียนเกี่ยวกับกายวิภาคที่ต้องมีการผ่าศพที่กล่าวได้ว่าเป็นอีกโลกหนึ่งในทางจักรวาลวิทยาสำหรับสังคมไทยจนทำให้นักเรียนของโรงเรียนแพทย์รุ่นแรกๆ บางคนรับไม่ได้และต้องลาออกไปในที่สุด.[32]

ต่อมาใน พ.ศ.2443 โรงเรียนแพทยากรได้ถูกเปลี่ยนชื่อเป็น "ราชแพทยาลัย" (Royal Medical College) และใน พ.ศ.2446 ได้ขยายหลักสูตรออกไปเป็น 4 ปี[33] โดยมีเป้าหมายดังที่พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ได้จัดพิมพ์ไว้ใน **ระเบียบการโรงเรียนแพทยาลัย** เมื่อ ร.ศ.129 (พ.ศ. 2453) คือ "งานสอนนักเรียนแพทย์ซึ่งเป็นประธาน มิได้มีจุดมุ่งหมายจะฝึกหัดหมออย่างเดียว แต่จะสะสางวิชาแพทย์ให้เจริญขึ้นด้วย" โดยให้มีการค้นคว้าเกี่ยวกับ "โรคที่แปลก", เหตุผลที่ทำให้เกิดโรคนั้น, หาทางและวิธีบำบัดโรคว่า "อย่างไรจะเป็นวิธีที่ถูกแก่ประเทศนี้ ทั้งการป้องกันการเยียวยาและการพยาบาล", และตรวจค้นหาสรรพคุณยาให้ละเอียด.[34] หลักสูตร 4 ปีในช่วงนี้มีรายวิชาต่างๆ ที่ต้องเรียน คือ ฟิสิโอโลยี, อะนะโตมี, บอตานี, สุขวิทยา, แมเตอเรียเมดิกา, ท๊อกสิโคโลยี, เซอร์เยอรี, คัพภานุเคราะห์, แปรกติสออฟเมดิซิน, ฟามาซี, โรคเด็ก, โรคเส้นประสาท, โรคผิวหนัง, แพทย์ไทย, ยาไทย, ตรวจร่างศพ, ซ่อมตัดผ่าศพ, พยาบาลไข้, รักษาไข้, และตรวจโรคในศพ ซึ่งมีความแตกต่างจากเดิมที่สำคัญคือ การเพิ่มวิชาแพทย์แบบจารีตของไทยและยาไทยเข้ามาในหลักสูตร.[35]

ต่อมาเมื่อพระเจ้าน้องยาเธอ พระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ (พระอิสสริยยศขณะนั้น) ซึ่งทรงศึกษาวิชาการศึกษาจากเยอรมันได้เสด็จกลับประเทศไทยใน พ.ศ.2456 และได้รับโปรดเกล้าฯ ให้เป็นผู้ช่วยปลัดทูลฉลอง กระทรวงธรรมการ และเป็นผู้ตรวจการพิเศษราชแพทยาลัย,[36] พระองค์เจ้ารังสิตฯ จึงมีพระดำริที่จะปรับปรุงหลักสูตรของราชแพทยาลัย เนื่องจากแม้การเรียนการสอนในราชแพทยาลัยนั้นจะเน้นการแพทย์ "แบบฝรั่ง"/"แผนปัจจุบัน" แต่โดยกำหนดเวลา "เพียง 3 ปี"[ความจริงแล้วเป็นหลักสูตร 4 ปีตั้งแต่ พ.ศ.2443] รวมทั้งการฝึกหัดด้วย ทำให้การเรียนการสอนเป็น "อย่างย่ออย่างสังเขป พอเอาไปใช้การได้ ดีกว่าไม่มีเลย," ส่วน

แพทย์ผู้สอนก็เป็นเพียง "แพทย์สามัญ มิใช่เป็นผู้เชี่ยวชาญในทางใด ไม่สามารถที่จะสอนให้ละเอียดและสูงขึ้นไปกว่านั้นได้" อันเป็นผลให้แพทย์ที่จบออกมาจากโรงเรียนราชแพทยาลัย "มีวิชาต่ำและแคบ แต่อาศัยสติปัญญา และความสามารถฉะเพาะตัว จึงได้มีแพทย์หลายคนที่ออกไปทำการบำบัดโรคได้ผลดี และแสวงหาวิชาความรู้เพิ่มเติมเอาเอง."[37] พระองค์เจ้ารังสิตฯ จึงทรงปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์เสียใหม่ โดย "ให้น้ำหนักแก่การสอนวิทยาศาสตร์มากกว่าอื่น" เพราะพื้นฐานความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และภาษาอังกฤษที่นักศึกษาได้รับจากโรงเรียนระดับมัธยมยังไม่ค่อยดีพอ, และให้ยกเลิกการเรียนวิชาแพทย์แผนไทยเพราะคิดว่า "ไม่เข้ากันกับแบบฝรั่ง ทำให้นักเรียนมึนงงและเสียเวลาเปล่า...เอาเวลามาเพิ่มใช้ในการเรียนวิชาแพทย์แผนปัจจุบันดีกว่า" พร้อมกับขยายเวลาออกเป็น 5 ปี.[38]

ในช่วง พ.ศ.2458 (ค.ศ.1915) เมื่อ ดร.วิคเตอร์ ไฮเซอร์ (Victor Heiser) ผู้อำนวยภาคตะวันตกของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) อันเป็นหน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ได้รับเชิญให้มาสำรวจกิจการโรงเรียนราชแพทยาลัย, รัฐบาลสยามจึงเริ่มขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาจากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์อย่างไม่เป็นทางการ และต่อมาไฮเซอร์ก็ได้นำกรมขุนไชยนาทนเรนทร (พระองค์เจ้ารังสิตฯ) เสด็จไปดูงานการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศฟิลิปปินส์.[39] ภายหลังการสำรวจกิจการโรงเรียนราชแพทยาลัย ไฮเซอร์ได้ทำรายงานเรื่อง "Report on Medical Education in Siam" เสนอต่อมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์เมื่อ ค.ศ.1915 โดยไฮเซอร์รายงานว่า วิชาต่างๆ ที่สอนกันอยู่ในโรงเรียนแพทย์นั้นมีสภาพเหมือนกับโรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำ (the poorer grade medical school) ในสหรัฐ, เครื่องอุปกรณ์ในการเรียนการสอนก็ไม่ค่อยมี, ไม่มีห้องปฏิบัติการแบคทีเรีย, สรีระวิทยา, พยาธิวิทยา ฯลฯ, และไม่มีแม้กระทั่งกล้องจุลทัศน์สำหรับการตรวจโรค. ไฮเซอร์จึงเสนอวิธีการแก้ปัญหาของโรงเรียนราชแพทยาลัยด้วยการให้รัฐบาลสยามจัดส่งนักเรียนไทยไปศึกษาวิชาแพทย์ในมหาวิทยาลัยฟิลิปปินส์หรือกัลกัตตา เพื่อให้กลับมาเป็นอาจารย์ในโรงเรียนราชแพทยาลัย.[40] ในช่วงเดียวกับที่เสนอรายงานฉบับนี้ ไฮเซอร์ยังได้เขียนรายงานเสนอมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์อีกฉบับหนึ่ง คือ "Report on Request by the Government of Siam for the Assistance of the International Health Commission in Securing

American Physicians for Government Service" (1915) เพื่อนำเสนอหนังสือของกระทรวงมหาดไทยที่ขอให้มูลนิธิฯ ช่วยจัดหาที่ปรึกษาทางการแพทย์สำหรับการสาธารณสุขและนักแบคทีเรียวิทยาสำหรับห้องปฏิบัติการของสถานปาสเตอร์ และขอให้มูลนิธิฯ ช่วยจัดหาอาจารย์ทางกายวิภาค (Anatomy) มาสอนที่โรงเรียนราชแพทยาลัยของพระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์. ไฮเซอร์เห็นว่า การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะเป็นโอกาสที่ดีสำหรับงานการพัฒนาสุขภาพของผู้คนในตะวันออกของมูลนิธิ.[41] อย่างไรก็ตาม แทนที่จะได้อาจารย์ทางกายวิภาคมาดังคำขอที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ในที่สุดรัฐบาลสยามก็ได้ ดร.สตรอง (Strong) ศาสตราจารย์ทางศัลยศาสตร์ (Surgery) และ ดร. เอ.จี. เอลลิส (A.G. Ellis) ศาสตราจารย์ทางพยาธิวิทยา (Pathology) มาประจำที่โรงเรียนราชแพทยาลัย. แม้ว่า ดร.สตรอง จะเข้ามาดำรงตำแหน่งอยู่เพียงไม่ถึงปี แต่การเข้ามาดำรงตำแหน่งในช่วงแรก (ประมาณ 2 ปี) ของ ดร.เอล ลิส จะส่งผลต่อมาให้เอลลิสกลายเป็นผู้ที่จะกลับมามีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงโรงเรียนราชแพทยาลัยในช่วงที่มูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ให้ความช่วยเหลือ โดยเอลลิสจะกลับเข้ามาทำงานอยู่ในประเทศสยามเป็นเวลานานและต่อมาได้ดำรงตำแหน่งอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอยู่ช่วงหนึ่งอีกด้วย.[42]

ต่อมาใน พ.ศ.2459 กรมขุนไชยนาทนเรนทรก็ได้ปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยอีกครั้งโดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ภาค แต่ยังใช้เวลา 5 ปีเหมือนเดิม (ภาคละ 2 ปีครึ่ง) โดยภาคแรกเป็นการเรียนวิชาปรีคลีนิก (Pre-clinic) และภาคสองเป็นการเรียนวิชาแพทย์โดยเฉพาะ,[43] และเมื่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงโปรดเกล้าฯ ให้มีการรวมโรงเรียนข้าราชการพลเรือนกับราชแพทยาลัยเข้าด้วยกันเพื่อก่อตั้งขึ้นเป็นจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใน พ.ศ.2460[44] จึงได้ปรับปรุงหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ (ซึ่งเปลี่ยนเป็นคณะแพทยศาสตร์) อีกครั้งโดยขยายเวลาเรียนออกเป็น 6 ปี โดยยังคงแบ่งออกเป็น 2 ภาคเหมือนเดิม.[45] อย่างไรก็ตาม ในบรรดารายวิชาต่างๆ ทั้งที่ปรับปรุงเข้ามาและการยกเลิกการเรียนแพทย์แบบจารีตของไทยนั้น (ดูรายวิชาต่างๆ หลักสูตรภายหลังการปรับปรุงในเชิงอรรถก่อนหน้านี้) สิ่งที่ทำให้หลักสูตรใหม่แตกต่างจากหลักสูตรเดิมอย่างแท้จริงและสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของหลักสูตรในแบบที่เป็น "วิทยาศาสตร์" ยิ่งขึ้นก็คือการเพิ่มเอารายวิชา "บักเตรี"[Bacteriology]

เข้ามาในหลักสูตรเมื่อ พ.ศ.2456 (ค.ศ.1913) ซึ่งแม้ว่าจะช้าไปบ้างในแง่ของการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าล่าสุดในช่วงนั้นของวงการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกที่ทฤษฎีเชื้อโรคได้รับการยอมรับโดยทั่วไปแล้วตั้งแต่ทศวรรษสุดท้ายของศตวรรษที่ 19 แต่ก็ยังนับได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้หลักสูตรของโรงเรียนราชแพทยาลัยดูมีความ "ทันสมัย" ขึ้นมา.

เมื่อมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ได้ส่ง ดร.เอ็ม. อี. บาร์นส์ (M.E. Barnes) เข้ามาทำโครงการต่อต้านพยาธิปากขอ (antihookworm campaign) ในภาคเหนือของสยาม โดยได้ร่วมมือกับสภากาชาดสยามในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2460 - มีนาคม พ.ศ.2462 (ค.ศ.1917-9), บาร์นส์ได้ปรึกษาเรื่องการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกับกรมขุนไชยนาทนเรนทรอีกหลายครั้ง แต่การเจรจาต่างๆ ในช่วงดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด.[46] เมื่อบาร์นส์เดินทางกลับสหรัฐในช่วง พ.ศ. 2462 (ค.ศ.1919) บาร์นส์ก็ได้ปรึกษาเรื่องนี้กับดร. วิคคลิฟ โรส (Dr.Wickliffe Rose) ผู้อำนวยการใหญ่ของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ และวิคเตอร์ ไฮเซอร์อีกหลายครั้ง โดยพยายามผลักดันให้มีการยกระดับมาตรฐานของคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งเขาเห็นว่าจะเป็นการเข้าตีตรงหัวใจของปัญหาสาธารณสุขตามนโยบายของมูลนิธิฯ แทนที่จะก่อกวนอยู่แถวชายขอบของปัญหา. ครั้นกลับมาสยามอีกครั้งในพ.ศ.2463 (ค.ศ.1920) บาร์นส์ก็ได้กลับมาพูดกับชนชั้นนำไทยอีกหลายคนเพื่อผลักดันโครงการของมูลนิธิ กล่าวคือ พระองค์เจ้าบวรเดช (ผู้สำเร็จราชการมณฑลพายัพและมณฑลมหาราช), กรมหลวงนครสวรรค์วรพินิต (อุปนายกสภากาชาดสยาม และเสนาบดีกระทรวงมหาดไทย), และพระยาดำรงแพทยาคุณ, โดยมีความรู้สึกในกลุ่มนี้ว่าการร่วมมือกับกระทรวงธรรมการในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์นั้นไม่น่าจะประสบความสำเร็จเสียมากกว่า และบางคน (เช่น พระองค์เจ้าบวรเดช) ถึงกับยื่นข้อเสนอว่าการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ของมูลนิธิขึ้นเองโดยร่วมมือกับสภากาชาดสยามและโรงเรียนแพทย์ของกองทัพนั้นยังน่าจะดีกว่าหรือประสบความสำเร็จมากกว่า. ความพยายามของชนชั้นนำกลุ่มนี้ทำให้กระทรวงธรรมการ (โดยเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดี กับพระยาไพศาลศิลปศาสตร์ ปลัดทูลฉลองกระทรวงธรรมการ หันกลับมาแสดงท่าทีสนับสนุนมูลนิธิ โดยเสนอกับบาร์นส์ว่ากระทรวงธรรมการพร้อมที่จะทำตามข้อเสนอของมูลนิธิทุกประการ. เมื่อวิคเตอร์ ไฮเซอร์ได้เดินทางกลับเข้ามา

สำรวจอีกครั้งในเดือนมีนาคม พ.ศ.2464 (ค.ศ.1921) ไฮเซอร์ก็พยายามชักชวนให้กระทรวงธรรมการทำหนังสือเชิญ ดร.ริชาร์ด เอ็ม. เพียซ (Richard M. Pearce) หัวหน้าแผนกแพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิเดินทางมาสังเกตการณ์การเรียนการสอนในคณะแพทยศาสตร์ที่โรงพยาบาลศิริราช และเสนอโครงการในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาในสยาม, พร้อมกันนั้นบาร์นส์ก็พยายามเจรจาให้กระทรวงธรรมการมีหนังสือเชิญมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์เข้ามาช่วยเหลือในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างเป็นทางการ.[47]

แม้ว่าจะลังเลและไม่แน่ใจว่าการมีหนังสือดังกล่าวถึงมูลนิธิฯ จะก่อให้เกิดผลผูกมัดรัฐบาลสยามอย่างไรบ้าง แต่ในที่สุดเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดีกระทรวงธรรมการก็ได้มีหนังสือถึงประธานมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ เพื่อขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2464 โดยมีเนื้อหากว้างๆ เพียงแค่ว่า จากรายงานของตัวแทนมูลนิธิเท่าที่ผ่านมาน่าจะทำให้มูลนิธิฯ มีข้อเสนอแนะ หรือมีความเห็นที่ชัดเจนเกี่ยวกับการร่วมมือในการปรับปรุงสภาพของการสาธารณสุขในประเทศสยาม โดยเฉพาะการปรับปรุงด้านแพทยศาสตร์ ซึ่งรัฐบาลสยามยินดีน้อมรับฟังและรับพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง.[48] อย่างไรก็ตาม ในจดหมายนำส่งหนังสือของเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี ที่บาร์นส์มีถึง ดร.วิคคลิฟ โรส ผู้อำนวยการใหญ่ของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาตินั้น บาร์นส์ระบุว่า เนื่องจากกระทรวงธรรมการไม่ต้องการให้มีการผูกมัดรัฐบาลสยาม จึงมีเนื้อความเพียงแค่เป็นการเชิญให้มูลนิธิฯ ส่ง ดร.เพียซ เข้ามาสำรวจสภาพของปัญหาในพื้นที่ แต่ความจริงแล้วบาร์นระบุว่าเป้าหมายหลักของหนังสือฉบับนี้คือการเชิญให้มูลนิธิฯ ส่ง ดร.เพียซ เข้ามาทำการสำรวจเพื่อเสนอโครงการปรับปรุงการศึกษาด้านแพทยศาสตร์ในสยาม ทั้งนี้เนื่องจากกระทรวงธรรมการต้องการมั่นใจว่ารัฐบาลสยามจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่ต้องการผูกมัดตัว.[49]

หลังจากนั้น มูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ก็ได้ส่ง ดร.ริชาร์ด เอ็ม. เพียซ เข้ามาสังเกตการณ์การเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปลายเดือนตุลาคม พ.ศ.2464 (ค.ศ.1921). หลังจากนั้น เพียซได้เขียนรายงานเรื่อง "A Report on Medical Edu-

cation in Siam" (November 1921) เพื่อเสนอต่อมูลนิธิฯ โดยเนื้อหาของรายงานฉบับนี้มีอยู่ 6 บท คือ 1) บทนำเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป, 2) ว่าด้วยราชแพทยาลัย, 3) เวชปฏิบัติในสยาม ซึ่งเนื้อหาหลักคือเอกสารข้อเสนอให้มีการจดทะเบียนแพทย์ในสยามของ ดร.มอร์เด็น คาร์ทิว (Dr.Morden Carthew) ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเวชปฏิบัติของแพทย์ในสยามว่า 95% ของแพทย์ในสยามคือแพทย์ชาวพื้นเมืองที่ไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมโดยโรงเรียนแพทย์และไม่มีการจดทะเบียนและควบคุมโดยรัฐบาล, 4) ความจำเป็นด้านการแพทย์ของสยาม, 5) เนื้อหาหลักในการเจรจากับเสนาบดีกระทรวงธรรมการ ซึ่งแนบบันทึกเพื่อเตรียมประเด็นต่างๆ ที่เพียซจะนำไปเจรจากับเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี, และ 6) เค้าโครงการให้ความช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยาม.

กล่าวได้ว่ารายงานฉบับนี้คือ พิมพ์เขียวฉบับแรกๆ ของเค้าโครงการให้ช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ โดยเฉพาะเนื้อหาในบทที่ 4 และบทที่ 6 ซึ่งควรจะพิจารณาในรายละเอียดบางประเด็น. ในบทที่ 4 ซึ่งว่าด้วยความต้องการด้านการแพทย์ของสยามนั้น เพียซได้ประมาณการว่า 95% ของประชาชนพลเมืองสยามยังต้องพึ่งแพทย์พื้นเมืองทั้งชาวสยามและชาวจีน หรือไม่ก็ต้องพึ่งหมอพระและหมอที่มีความรู้แบบงูๆ ปลาๆ และอาจจะมีประชาชนพลเมืองไม่เกินกว่า 1% ในเขตกรุงเทพฯ หรือเขตปริมณฑลที่มีมิชชั่นนารีไปตั้งสำนักเผยแพร่ศาสนาเท่านั้นที่ได้มีโอกาสใช้บริการของการแพทย์สมัยใหม่ เนื่องจากประชาชนพลเมืองสยามตั้งบ้านเรือนอยู่กันอย่างกระจัดกระจายและอาจจะมีหัวเมืองเพียงไม่กี่แห่งเท่านั้นที่มีขนาดจำนวนพลเมืองมากพอที่จะสามารถรองรับการดำรงอาชีพของแพทย์สมัยใหม่. การแพทย์สมัยใหม่ที่มีอยู่ในปัจจุบันของสยามจึงเป็นการให้บริการโดยหน่วยงานด้านการแพทย์หัวเมืองของกรมสุขาภิบาล และโดยเนื้อหาแล้วคือระบบการแพทย์โดยรัฐ แม้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติการได้อย่างเต็มที่ขนาดนั้นก็ตาม, แต่เพียซเห็นว่าภายใต้ระบบสมบูรณาญาสิทธิราชที่ดำรงอยู่นั้นก็อำนวยให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่สามารถพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วอย่างมากและอาจจะรวดเร็วยิ่งกว่าประเทศใดๆ ในโลก ณ ชั่วขณะนั้น. เพียซอ้างข้อมูลการประมาณการของ ดร.คาร์ทิวที่ว่า ในขณะนั้นมีแพทย์ที่มีคุณวุฒิอยู่ประมาณ 450 คน โดยในจำนวนนี้มี 40 คนที่จบมาจากต่างประเทศ กับส่วนที่เหลือจบจากโรงเรียนราชแพทยาลัย

และ ดร.คาร์ทิวประมาณการว่าในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้าประเทศสยามมีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นอีกประมาณ 1,034 คน. เพียซมีความเห็นว่า แม้ประเทศสยามจะมีจำนวนหัวเมืองอยู่ถึง 5,116 ตำบล ที่ต้องการแพทย์สมัยใหม่โดยการรัฐต้องให้เงินอุดหนุน, ดังนั้นความต้องการแพทย์สมัยใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้าจึงไม่ใช่แค่เพียง 1,034 คน แต่น่าจะต้องการอีกประมาณ 5,000 - 6,000 คน. อย่างไรก็ตาม ประมาณ 99% เวชปฏิบัติขณะนั้นเป็นการแพทย์แบบพื้นเมือง และประชาชนพลเมืองทั่วไปยังไม่มีความเชื่อถือและไม่ต้องการรับการบำบัดรักษาแบบตะวันตกจนกว่าจะได้รับการศึกษาถึงระดับหนึ่งจากรัฐเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่และการสาธารณสุข, ดังนั้นประมาณการของความต้องการแพทย์สมัยใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้าจึงอาจจะอยู่ที่ประมาณ 1,000 คน ซึ่งจะนำไปสู่คำถามเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมของโรงเรียนแพทย์ ว่าควรจะเป็นไปในรูปแบบใดจึงจะเหมาะสมกับความต้องการที่แท้จริงของสยาม. เพียซเสนอว่า ข้อสรุปเกี่ยวกับรูปแบบของโรงเรียนแพทย์นั้นมีอยู่เพียงประการเดียว คือพัฒนาโรงเรียนแพทย์ขึ้น 2 แบบ:

1) โรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่ง (A Class 'A' School) ที่มีระบบเกณฑ์การสอบเข้าที่เหมาะสม และมีการฝึกปฏิบัติอย่างดีเพื่อผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพในจำนวนที่ไม่มากนักในแต่ละปี โดยที่แพทย์เหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นผู้นำในตำแหน่งสำคัญๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และงานสาธารณสุขของรัฐ.

2) โรงเรียนแพทย์แบบที่สอดคล้องกับการปฏิบัติในความเป็นจริง (A practical school) ซึ่งรับคนที่ผ่านเกณฑ์การสอบเข้าในระดับปานกลาง และฝึกอบรมเพียงประมาณ 2-3 ปี เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ เพื่อที่จะให้ออกไปทำงานในตำแหน่งต่างๆ เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้สามารถรองรับความจำเป็นที่ประมาณการไว้ในอีก 10 ปีข้างหน้าได้. คนเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเรียนจนถึงขนาดได้รับปริญญาบัตรทางด้านแพทยศาสตร์ และควรที่จะได้เรียนในรายวิชาต่างๆ ที่คล้ายกับหลักสูตร "ศัลยแพทย์ฝึกหัด" (Junior Surgeons) และผู้ช่วยประจำโรงพยาบาลในสิงคโปร์, หรือคล้ายกับหลักสูตรผู้ตรวจการสาธารณสุข (Sanitary Inspectors) ในฟิลิปปินส์. ภายในเวลาประมาณ 10-15 ปี เมื่อ

เพียงพอกับความต้องการของรัฐแล้ว จึงควรปิดโรงเรียนแพทย์แบบนี้ลง และขณะเดียวกันก็ควรเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์ในโรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่งให้มากขึ้น.

ส่วนบทที่ 6 อันเป็นบทสุดท้ายของรายงาน คือ "A Plan for Assisting Medical Education in Siam for the Possible Consideration of the Trustees of the Rockefeller Foundation" ซึ่งเกี่ยวกับเค้าโครงการให้ความช่วยเหลือด้านแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามนั้น เพียซได้เสนอแผนการต่างๆ 13 ประการ คือ

1) มูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์จะสนับสนุนทางการเงินสำหรับเฉพาะการปรับปรุงมาตรฐานการผลิตแพทย์ชั้น 1 เท่านั้น และจะปล่อยให้การผลิตแพทย์ชั้น 2 นั้นเป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลสยาม ภายใต้การควบคุมของกระทรวงธรรมการร่วมกับกรมสาธารณสุข

2) การบริหารทั่วไปของโรงเรียนแพทย์แบบชั้นหนึ่งที่จะตั้งขึ้นนั้นให้อยู่ภายใต้การดูแลของสยาม แต่คณบดีหรือผู้อำนวยการหรือคณะกรรมการที่ได้รับการรับรองอนุมัติจากมูลนิธิฯ ควรจะต้องมีอำนาจเกี่ยวกับลักษณะเนื้อหาของรายวิชาต่างๆ รูปแบบของการสอบ, มาตรฐานความรู้ ขั้นพื้นฐานที่จะต้องสอบให้ผ่าน และการให้ปริญญาบัตร ทั้งนี้รวมถึงอำนาจที่จะคัดค้านต่อเรื่องใดๆ ที่จะมีความเกี่ยวข้องกับการขัดขวางพัฒนาการของระบบแพทยศาสตร์ศึกษาที่ดี

3) มูลนิธิฯ จะให้การช่วยเหลือเป็นเวลา 5 ปี โดยอาจจะต่อสัญญาให้อีก 5 ปีถ้าหากเป็นความต้องการของทั้งสองฝ่าย และการช่วยเหลือใดๆ ภายใต้ข้อตกลงนี้จะต้องหมดลงอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นช่วงที่ 2 ของสัญญา แต่การคงความสัมพันธ์ด้านการให้การปรึกษากับมูลนิธิฯ นั้นเป็นสิ่งที่น่าจะให้ดำรงอยู่ต่อไปได้

4) หลักสูตรเตรียมแพทย์ที่จะต้องใช้เวลา 2 ปีนั้นจะต้องแยกออกจากหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ที่ต้องใช้เวลาอีก 4 ปี, โดยให้หลักสูตรเตรียมแพทย์นั้นเรียนที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ส่วนหลักสูตรวิชาชีพแพทย์นั้นให้เรียนที่โรงพยาบาลศิริราช

5) หลักสูตรเตรียมแพทย์ควรจะได้รับการปรับปรุง โดยเฉพาะเกี่ยวกับการฝึกหัดการทำงานในห้องปฏิบัติการ โดยให้ใช้เครื่องมือของสถาบันปาสเตอร์แห่งใหม่[ในสังกัดสภากาชาดสยาม] สำหรับการทำงานพื้นฐานด้านแบคทีเรียวิทยาและชีววิทยาทางการแพทย์อื่นๆ

6) เครื่องมือสำหรับการทำงานด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีระศาสตร์, พยาธิวิทยา, คลีนิคทางเวชศาสตร์, ศัลยศาสตร์ และสูติศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวกับหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ 4 ปีที่โรงพยาบาลศิริราชนั้นควรจะต้องเตรียมไว้ให้พร้อม

7) มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับการรับนักศึกษาเข้าเรียนในหลักสูตรวิชาชีพแพทย์ 4 ปี คือ

(ก) จะต้องจบมัธยมศึกษาปีที่ 8 และจบหลักสูตรเตรียมแพทย์ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ข) ผ่านการสอบเข้าในระดับที่เหมาะสมเพียงพอ (เพื่อรองรับความเป็นไปได้ที่จะมีการเปลี่ยนระบบการศึกษาระดับมัธยมปลาย, และเพื่อเพิ่มรายวิชาด้านวิทยาศาสตร์ให้มากขึ้นและลดเวลาของหลักสูตรเตรียมแพทย์ในมหาวิทยาลัยให้ลงเหลือเพียงปีเดียว

8) นักศึกษาที่ผ่านการเรียนตลอดหลักสูตร 4 ปีแล้วจะต้องถูกกำหนดให้ (ก) ฝึกงานในโรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ที่รับรองได้เป็นเวลาอย่างน้อยหนึ่งปีโดยได้รับเงินเดือนจากรัฐ, (ข) ขอรับทุนรัฐบาลเพื่อศึกษาต่อในต่างประเทศ, หรือ (ค) ขอรับทุนมูลนิธิฯ เพื่อไปศึกษาต่อที่ Peking Union Medical College เป็นเวลาหนึ่งปี (โดยมูลนิธิฯ จะเปิดทุนให้เฉพาะช่วงเวลา 5 หรือ 10 ปีที่ให้การช่วยเหลือเท่านั้น และกำหนดจำนวนนักศึกษาที่จะได้รับทุน)

9) รัฐบาลสยามจะต้องรับรองเรื่องเงินอุดหนุนสำหรับแพทย์ที่จะเข้าทำงานรับราชการให้เหมาะสมกับช่วงเวลาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ โดยจะต้องให้เงินเดือนแพทย์ปริญญาบัตรใน

ระดับที่มากกว่าที่นักกฎหมาย[ผู้พิพากษา]ได้รับอยู่ในขณะนั้น คือจะต้องไม่น้อยกว่า 200 ซั่งต่อเดือน

10) การสร้าง/ปรับปรุงโรงพยาบาลศิริราชใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับการเรียนการสอนนั้นเป็นข้อผูกมัดสำหรับรัฐบาลสยาม ถ้าหากต้องการชาวอเมริกันให้มาสอนประจำอยู่ในกรุงเทพฯ ในช่วงเวลาที่มีการปรับปรุงหลักสูตรแพทยศาสตร์ศึกษา โดยจะต้องเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อมสำหรับการเรียนการสอนในรายวิชาด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีรศาสตร์หรือพยาธิวิทยา

11) คณาจารย์: ตามหลักการพื้นฐานนั้นจะต้องช่วยเตรียมความพร้อมให้ชาวสยามให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และในที่สุดแล้วคณาจารย์ทั้งหมดของคณะแพทยศาสตร์ควรจะต้องเป็นชาวสยาม และควรให้มีอาจารย์ชาวต่างชาติประจำอยู่ในช่วงเวลาที่ยังต้องเตรียมหรือฝึกชาวสยามให้พร้อมเท่านั้น, โดยจะต้องกำหนดให้มีตำแหน่งศาสตราจารย์ทางด้านกายวิภาคศาสตร์, สรีรศาสตร์, พยาธิวิทยา, ศัลยกรรมและสูติศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชาเหล่านี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเรียนการสอนของภาควิชา

12) รายละเอียดเกี่ยวกับการกำหนดอัตราเงินเดือน (โดยเฉพาะศาสตราจารย์ชาวต่างชาติ) ซึ่งเพียซเสนอให้อยู่ในความดูแลของกระทรวงธรรมการ

13) รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือต่างๆ สำหรับห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต้องเตรียมให้พร้อมสำหรับการเรียนการสอน.[50]

ต่อมาในเดือนมกราคม ค.ศ.1922 (พ.ศ.2465, ปฏิทินใหม่) เพียซก็ได้เสนอโครงการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์ต่อกระทรวงธรรมการ โดยกำหนดแผนการ 11 ประการ คือ 1) ให้มีการปรับปรุงการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา, 2) ให้มีการปรับปรุงระบบเงินเดือนและตำแหน่งหน้าที่ของแพทย์ให้มีศักดิ์ศรีมีเกียรติเพื่อจูงใจนักเรียนที่เก่งๆ ให้หันมาเรียนแพทย์มากยิ่งขึ้น, 3) ให้มีการปรับปรุงหลักสูตรเตรียมแพทย์ โดยให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะเกี่ยวกับ

ห้องปฏิบัติการในทางวิทยาศาสตร์ และฝึกทักษะภาษาอังกฤษกับคณิตศาสตร์ให้ชำนาญยิ่งขึ้น, 4) ให้การศึกษาที่เกี่ยวกับแพทยศาสตร์โดยตรง เช่น กายวิภาคศาสตร์และสรีรศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งเคยสอนอยู่ในมหาวิทยาลัยนั้นให้โอนไปสอนอยู่ในคณะแพทยศาสตร์ที่ศิริราชโดยตรงตามหลักสูตร 4 ปี โดยให้มีการแบ่งออกเป็น 6 ภาควิชา คือ กายวิภาค, สรีรศาสตร์, พยาธิวิทยา, เวชศาสตร์, ศัลยศาสตร์, และสูติศาสตร์กับนรีเวชศาสตร์, 5) ให้เลือกคนไทยเพื่อเตรียมเป็นหัวหน้าภาควิชาต่อไป โดยจัดส่งให้ไปฝึกฝนความเชี่ยวชาญในศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาที่มีมาตรฐานเป็นที่เชื่อถือได้ และในระหว่างที่จัดคนไปฝึกฝนอยู่ในต่างประเทศนั้นมูลนิธิก็จะจัดหาชาว "อเมริกัน" มาปรับปรุงและพัฒนาคณะแพทย์ เพื่อรอการกลับมาของคนเหล่านั้น โดยมูลนิธิจะช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายให้, 6) ให้มีการจัดสร้างตึกเรียนและห้องปฏิบัติการ (ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา สรีรวิทยา กายวิภาค แบคทีเรีย คลินิก เป็นต้น) และเครื่องมืออุปกรณ์การเรียนแพทย์ให้เหมาะสม โดยมูลนิธิจะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบางส่วน, 7) คิดเรื่องเตรียมจัดส่งนักศึกษาที่มีศักยภาพในการเป็นอาจารย์ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ, 8) ให้รัฐบาลสยามมอบอำนาจในการตัดสินขั้นสุดท้ายอย่างอิสระในเรื่องหลักสูตรแพทยศาสตร์แก่ศาสตราจารย์ชาวอเมริกันคนใดคนหนึ่งที่เกี่ยวกับโครงการแพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิ, 9) แม้ว่าจะมีแผนในการปรับปรุงหลักสูตรเตรียมแพทย์ แต่มูลนิธิจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้แต่อย่างใด, 10) มูลนิธิจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้ในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ทั้งสำหรับการเรียนของหลักสูตรเตรียมแพทย์และของคณะแพทยศาสตร์ที่สร้างขึ้นใหม่, และ 11) รัฐบาลสยามควรจะจัดเตรียมฝึกอบรมผู้ตรวจการสาธารณสุข และผู้ช่วยแพทย์สำหรับใช้ในงานต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งกระทรวงธรรมการอาจจะร่วมมือกับกรมสาธารณสุขในการจัดทำหลักสูตรระยะสั้นเพื่อสร้างบุคคลากรดังกล่าว โดยอาจจะจัดขึ้นในคณะแพทยศาสตร์ แต่มูลนิธิจะไม่สามารถให้ความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในเรื่องดังกล่าวได้.[51]

อย่างไรก็ตาม การเจรจาระหว่างรัฐบาลสยามกับมูลนิธิ เพื่อขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ศึกษาในสยามจากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อรัฐบาลสยามได้แต่งตั้งและมอบอำนาจให้สมเด็จฯ กรมขุนสงขลานครินทร์เป็นตัวแทนของรัฐบาลในการเจรจากับตัวแทนของมูลนิธิ,[52] ซึ่งนำไปสู่การหารือเรื่องการให้เงินสนับสนุน

ระหว่างพระองค์กับจอร์จ อี. วินเซนต์ (George E. Vincent) ประธานมูลนิธิ และ ดร.วิค คลิฟ โรส ที่ลอนดอน และกับจอร์จ อี. วินเซนต์ที่กรุงเบิร์น สวิตเซอร์แลนด์เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2465 (ค.ศ.1922), ส่วนการเจรจาในเรื่องรายละเอียดของแผนการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์นั้นพระองค์ทรงเจรจากับ ดร.ริชาร์ด เพียซ ผู้อำนวยการแผนกแพทยศาสตร์ศึกษาของมูลนิธิที่กรุงปารีสเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2465.[53] ในที่สุด ข้อตกลงหลักๆ ในการให้ความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ คือ ปรับปรุงหลักสูตรของคณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับเตรียมนักศึกษาเข้าเรียนวิชาแพทย์ จัดให้หลักสูตรการเรียนแพทย์ที่ศิริราชเป็นหลักสูตร 4 ปี โดยแบ่งออกเป็น 6 ภาควิชา คือ 1) กายวิภาค, 2) สรีรศาสตร์, 3) พยาธิวิทยา, 4) เวชศาสตร์, 5) ศัลยศาสตร์ และ 6) สูติศาสตร์กับนรีเวชศาสตร์ โดยมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ช่วยเหลือในการคัดเลือกศาสตราจารย์ชาวอเมริกันหรือชาวยุโรปมาประจำอยู่ชั่วระยะหนึ่งเพื่อจัดการหลักสูตรและเพื่อฝึกฝนผู้ที่จะสามารถขึ้นมาแทนในตำแหน่งดังกล่าว โดยจะให้ทุนการศึกษาต่อแก่ผู้ที่เหมาะสมเพื่อฝึกฝนเตรียมให้เป็นศาสตราจารย์ต่อไป พร้อมกับให้เงินช่วยเหลือในการก่อสร้างห้องปฏิบัติการต่างๆ อีกจำนวนหนึ่ง.[54] การปรับปรุงหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ในช่วงนี้นอกจากจะมีศาสตราจารย์ประจำจากตะวันตกมาวางรากฐานแล้ว สิ่งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างแท้จริงคือการมีห้องปฏิบัติการที่มีเครื่องมือทันสมัยและอาจจะครบสมบูรณ์สำหรับการเรียนวิชาแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเป็นครั้งแรกในสยามก็ว่าได้.[55]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมองกันว่าโรงเรียนแพทย์คือศูนย์กลางในการศึกษาเกี่ยวกับการรับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกเข้ามาในสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยายามปรับปรุงปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาให้มีความเป็น "วิทยาศาสตร์" ยิ่งขึ้นในช่วงที่รัฐบาลสยามได้ขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ แต่การเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพและการแพทย์ในสังคมไทยในระยะเวลาต่อมาก็คือ การเปลี่ยนแปลงในกลไกเชิงสถาบันของสมาคมวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดสภาการแพทย์หรือคณะกรรมการแพทย์ และสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ. กล่าวคือ ในช่วงที่กำลังมีการปรับปรุงหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์

อยู่นั้น สภากาชาดสยาม (โดยนายพันเอกพระยาดำรงแพทยาคุณ) ก็ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติระเบียบการจดทะเบียนแพทย์ เพื่อให้กระทรวงมหาดไทย (กรมสาธารณสุข) พิจารณา เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2464.[56] ต่อมากรมสาธารณสุขจึงได้ยื่นเสนอร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464 ขึ้นเพื่อ "ช่วยเหลือบำรุงชีวิตให้ยั่งยืนนานปราศจากโรคภัย หรือถ้ามีขึ้นแล้วก็ปลดเปลื้องเยียวยาเสียไม่ถึงอันตรายได้ ชีวิตมนุษยเป็นของมีค่าอย่างประเสริฐ เพราะไม่ว่าการอย่างใดในโลกนี้จะดำเนินไปได้ดีก็ด้วยอาศรัยกำลังความคิดและกำลังกายมนุษย์ ประเทศใดจะรุ่งเรืองก็ได้อาศัยมีพลเมืองมาก มีพลเมืองที่แข็งแรงในทางกาย, ทางใจ และทางความคิด และผลอันนี้จะมีแก่ประเทศได้ก็ต้องอาศรัยการแพทย์." ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เสนอให้มีการตั้งสภาการแพทย์ (Medical Council) เพื่อ "สำหรับตรวจตราดูแลสอดส่องความประพฤติและมารยาตร์ของผู้กระทำการแพทย์" (มาตรา 3) โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การควบคุมหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์และการประกอบอาชีพของแพทย์ กล่าวคือ

> *"มาตรา 13 กรรมการแพทย์มีอำนาจที่จะออกข้อบังคับและมารยาตรในการแพทย์ทั้งปวง และเมื่อได้รับอนุมัติของเสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งเลือกตั้งกรรมการแพทย์นั้น และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ก็ถือว่าเป็นส่วน 1 ของพระราชบัญญัตินี้ได้ และมีอำนาจที่จะตั้งผู้แทนออกไปตรวจสถานที่ทำการแพทย์ต่างๆ ได้ทุกเมื่อ และให้เจ้าของสถานที่นั้นๆ ต้อนรับและยินยอมให้ความสดวกโดยควรแก่ผู้ตรวจทุกประการ...*
>
> *มาตรา 14 โรงเรียนอันเป็นที่สั่งสอนและฝึกหัดวิชาการแพทย์ จะต้องมีครูอันเป็นแพทย์ประกาศนียบัตร์อย่างน้อย 5 คน และจะต้องใช้ระเบียบการและหลักสูตรที่กรรมการแพทย์กำหนดให้*
>
> *มาตรา 15 การสอบไล่วิชาความรู้ในการแพทย์นั้น ให้กรรมการแพทย์เลือกตั้งผู้สอบไล่เป็นคณะกรรมการสอบไล่ และกรรมการสอบไล่นี้จะต้องเป็นแพทย์ประกาศนียบัตร์และจดฐูเบียรแล้ว*
>
> *มาตรา 16 โรงพยาบาลใดอันเป็นสถานที่สำหรับกระทำการรักษาพยาบาลหรือกระทำการคลอดบุตร์ จะต้องมีแพทย์ประกาศนียบัตร์อย่างน้อย 2 คน และจะ*

ต้องใช้รเบียบการที่กรรมการแพทย์จะได้กำหนดให้

มาตรา 17 โรงปรุงยาจะต้องมีผู้ปรุงยาประกาศนียบัตร์ 1 คน และมีแพทย์สำหรับเป็นที่ปฤกษา 1 คน และจะต้องใช้รเบียบการที่กรรมการแพทย์ได้กำหนดให้...

มาตรา 18 โรงเรียนการแพทย์ โรงพยาบาลและโรงปรุงยา จะต้องจดฐเบียรตามพระราชบัญญัติ และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงจะเปิดสอนและทำการนั้นๆ ได้ ในการจดฐเบียรนี้ต้องเสียค่าธรรมเนียม 50 บาท และใบอนุญาตนั้นให้ใช้ได้ตลอดไป." [57]

ร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464 ฉบับนี้ถูกคัดค้านมาก โดยเฉพาะในเรื่องการเปิดให้สภาการแพทย์สามารถควบคุมหลักสูตรและการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ได้ ซึ่งเท่ากับว่าให้อำนาจกรมสาธารณสุขสามารถควบคุมหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทย์ได้ และเท่ากับเป็นการแย่งอำนาจในการดูแลเรื่องดังกล่าวมาจากกระทรวงธรรมการ.[58] กระทรวงธรรมการเสนอว่า สภาการแพทย์ควรมีอำนาจควบคุมได้เฉพาะโรงเรียนแพทย์ของเอกชนเท่านั้น เพราะอำนาจในการควบคุมโรงเรียนแพทย์ของรัฐนั้นอยู่ในอำนาจของกระทรวงธรรมการอยู่แล้ว และหากแม้นจะโต้แย้งว่าเสนาบดีกระทรวงธรรมการไม่มีความรู้ทางการแพทย์แต่เสนาบดีก็อาจใช้อำนาจที่มีอยู่แต่งตั้งผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางการแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาในกิจการดังกล่าวได้. นอกจากนี้ กระทรวงธรรมการมีความเห็นว่า หากปล่อยให้อำนาจในการดูแลโรงเรียนแพทย์ไปตกอยู่แก่สภาการแพทย์จะกลายเป็นว่ารัฐบาลต้องตกอยู่ภายใต้อำนาจของสภาการแพทย์นั่นเอง (It would be contrary to the principle of good government, if government medical schools were to be under the control of the Medical Council, as that would mean that a Ministry, i.e. a part of H.M. Government would fail under the control of the Medical Council).[59]

อย่างไรก็ตาม ในที่สุดก็ได้มีการประกาศใช้ "พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466" โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การควบคุมการประกอบโรคศิลป์ของแพทย์. พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ได้กำหนดให้มี "สภาการแพทย์" ในฐานะกรมหนึ่งและให้มีหน้าที่บังคับ

บัญชากรมสาธารณสุข โดยมีอำนาจที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) สภาการแพทย์มีอำนาจที่จะออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลป์ได้ พร้อมกับให้มีอำนาจสืบสวนหรือไต่สวนวินิจฉัยได้ว่าบุคคลที่จะขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นผู้มีคุณสมบัติตามสมควรเพียงพอหรือไม่อย่างไร ทั้งทางความรู้และธรรมจรรยาในวิชาชีพ (มาตรา 9 ก) และ 2) สภาการแพทย์ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตรสำหรับการเรียนการสอน การสอบไล่ และสำหรับความรู้ความชำนาญที่จะพึงมีในแผนกสาขาต่างๆ ของการประกอบโรคศิลปะตามที่มีสอนในกระทรวง (มาตรา 9 ข).[60]

ตามพระราชบัญญัตินี้ ผู้ที่จะสามารถประกอบโรคศิลป์ได้จะต้องได้รับอนุมัติจากสภาการแพทย์เสียก่อน แต่ก็ไม่ได้ระบุลงไปอย่างชัดเจนว่าใครคือผู้ที่จะสามารถยื่นขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้บ้าง นอกจากกล่าวอย่างกว้างๆ ว่าคือผู้ที่ได้ปริญญา ประกาศนียบัตร ใบอนุญาตให้ประกอบโรคศิลป์ "อันได้รับจากวิทยาลัย โรงเรียน หรือกรรมการสอบไล่ ซึ่งมีอำนาจออกให้ได้ตามกฎหมาย และซึ่งสภาการแพทย์ได้ยกย่องรับรอง" (มาตรา 15).[61] อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ.2471 สภาการแพทย์ได้ขอแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 โดยเสนอให้ออกกฎเสนาบดีให้กำหนด "ลำดับชั้นและจำกัดการประกอบโรคศิลป" ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ประเภทแผนปัจจุบัน และ 2) ประเภทแผนโบราณ[62] โดยกำหนดขอบเขตของคำว่า "ประเภทแผนปัจจุบัน" คือ "ผู้ประกอบโรคศิลปโดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิทยาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้นอาศัยการศึกษาตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก", ส่วน "ประเภทแผนโบราณ" คือ "ผู้ประกอบโรคศิลปโดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์."[63]

อย่างไรก็ตาม สภาการแพทย์ที่ตั้งขึ้นนี้ก็มีปัญหาทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ ดังที่ปรากฏว่าเมื่อผ่านไปแล้วถึง 4 ปีภายหลังจากที่ประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 จนกระทั่งถึงปี พ.ศ.2470 ก็ยังไม่ได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด เพราะรัฐบาลกำลังประสบกับปัญหาขาดเงิน[64] และสภาการแพทย์เริ่มดำเนินการได้จริงก็ต้อง

รอจนถึง พ.ศ.2472 (ค.ศ.1929) เมื่อมีการแต่งตั้งตำแหน่งนายทะเบียนสำหรับการจดทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์ของแพทย์.[65] ปัญหาการไม่สามารถดำเนินการของสภาการแพทย์และการที่ไม่สามารถกำหนดให้สภาการแพทย์มีอำนาจควบคุมหลักสูตรและการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ได้ตามที่ต้องการในตอนแรก ทำให้เข้าใจว่าคือสาเหตุทำให้กรมสาธารณสุขคิดตั้งสภาการสาธารณสุขประจำชาติขึ้นในปี พ.ศ.2469 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือต้องการให้สภาการสาธารณสุขประจำชาติมีหน้าที่เป็น "ที่ปรึกษาหารือ และประสารการงารให้สอดคล้องต้องกัน ส่วนอำนาจใต่สวนนั้นจำเปนที่สภาจักต้องมีไว้ เพื่อจะได้สามารถอนุวัตการตามหน้าที่เหล่านี้ให้เปนคุณประโยชน์ได้อย่างยิ่ง" ตลอดไปจนถึงการพิจารณาออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และมีข้อแม้ว่า "สภานี้ไม่ควรกระทำสัมปาทนการควบคุมดูแลถบวงการสาธารณสุขประจำชาติ...ไม่สามารถและไม่ควรหวังจักให้ดำเนิรการในสัมปาทนฐาน หรือหน่วงเหนี่ยวขัดขวางสัมปทานกิจอันเปนการประจำแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย."[66]

ใน "ร่างชั้นต้นแห่งพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ. 2469" ที่เสนอต่อเสนาบดีสภานั้น ได้ให้นิยาม "การสาธารณสุข" ว่าหมายถึง "งารหรือกิจการณ์ประเภทหนึ่งประเภทใดซึ่งต้องอาศัยวิชชาความรู้และความชำนาญในทางสาธารณสุขโดยฉะเพาะ ซึ่งกระทำด้วยความประสงค์ที่จะป้องกันโรคภัยไข้เจ็บและความทุพพลภาพ ทั้งช่วยกำจัดอันตรายและบำรุงชีวิตให้ยืนนานแต่เท่าที่เปนวิสัยจะกันออกไว้ได้ ท่านไม่นับรวมไปถึงกิจการณ์ทั้งหลายซึ่งแม้จะพาดพานไปถึงการสาธารณสุขโดยทางอ้อม." นอกจากต้องการจัดตั้งสภาที่ปรึกษากิจการด้านการสาธารณสุข ประสานงานกิจการของฝ่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้สอดคล้องกัน, สืบสวนถึงความแพร่หลายหรือลักษณะอาการของโรคที่เป็นว่าสำคัญต่อประเทศ การออกกฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขหรือการบำบัดโรคจะต้องให้สภาการสาธารณสุขพิจารณาและแนะนำก่อนการประกาศใช้ หรืออาจริเริ่มการออกกฎหมายสาธารณสุขขึ้นใหม่เองก็ได้ (มาตรา 5) แล้ว ยังได้กำหนดให้สภาการสาธารณสุขประจำชาติมีสถานะเป็นกรมหนึ่งในกระทรวงที่มีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข (กระทรวงมหาดไทย) และให้ "มีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข" (มาตรา 3) และกำหนดว่าหากหน่วยงานของรัฐบาลจะดำเนินกิจการทางด้านสาธารณสุขหรือการบำบัดโรคอย่างหนึ่งอย่างใดขึ้น "จักต้องเสนอโครงการให้

สภาการสาธารณสุขประจำชาติพิจารณาและอนุมัติเสียก่อน" (มาตรา 6) อีกด้วย.[67] ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ถูกคัดค้านในหลายประเด็นด้วยกัน ตั้งแต่เรื่องนิยามของการสาธารณสุขไปจนถึงอำนาจหน้าที่ของสภาการสาธารณสุขว่าควรมีขอบเขตแค่ไหนอย่างไร.[68] ประเด็นหลังนี้จะกลายเป็นปัญหาที่โต้เถียงกันยืดเยื้อพอสมควร โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการศึกษาของแพทย์ นายแพทย์เอลลิส ผู้แทนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะให้อำนาจของสภาการสาธารณสุขเข้ามาควบคุมนโยบายด้านการศึกษาของแพทย์ และเสนอให้มีอำนาจเพียงแค่สามารถเสนอคำแนะนำต่อผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์.[69]

ปัญหาความขัดแย้งต่างๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับความพยายามของกรมสาธารณสุขที่จะเข้าไปควบคุมดูแลการเรียนการสอนทางแพทยศาสตร์ด้วยการหันมาผลิตแพทย์ชั้นสอง แทนที่จะให้มีแต่เฉพาะแพทย์ชั้นหนึ่งแบบที่มูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ให้การสนับสนุน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนของกรมสาธารณสุข โดยผ่านทางสภาการสาธารณสุข[70] ทำให้ไม่สามารถออกเป็นพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติได้ และสุดท้ายก็ต้องออกเป็นประกาศตั้งสภาการสาธารณสุขเมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ.2471 โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจาก "การผะดุงและสงวนไว้ซึ่งอนามัยของประชาชน เป็นกิจการสำคัญสำหรับชาติ การสาธารณสุข การสุขาภิบาล การบำบัดโรค การป้องกันและปราบปรามโรคระบาดและโรคร้ายบางชะนิด การอนามัยพิทักษ์ การอนามัยศึกษา ฯลฯ เหล่านี้เป็นปัจจัยแก่การผะดุงอนามัยของประชาชน" แต่ปรากฏว่าการทำงานที่เป็นอยู่ "ยังเป็นการต่างฝ่ายต่างทำ ถ้าได้ประสานการงานเข้าหากัน แบ่งปันหน้าที่มิให้ซับซ้อนก้าวก่าย และระดมแรงช่วยกันในกรณีย์ที่จำเป็นฉะเพาะกาล ก็จักสำเร็จผลเป็นคุณประโยชน์ดียิ่งขึ้น" รัฐบาลจึงประกาศตั้งสภาการสาธารณสุขขึ้นในฐานะ "สภาที่ปรึกษา" และกำหนดว่า "กิจการใดๆ ที่ตกลงกันในที่ประชุมแห่งสภา ต้องได้รับอนุมัติของเสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งบัญชาการสาธารณสุขก่อน แล้วจึ่งปฏิบัติการได้" โดยให้มีหน้าที่ 1) ประสานงานที่ "ทะบวงการแผ่นดินและกองการชะเลยศักดิ์" ทำอยู่ให้สอดคล้องถึงกัน, 2) แบ่งหน้าที่ทั้ง 2 ฝ่ายมิให้ก้าวก่ายซ้ำซ้อนให้สิ้นเปลืองแรงงาน, 3) วางแผนการป้องกันปราบปรามโรคระบาด โดยให้ "แบ่งปันหน้าที่ไว้ให้ทำได้ทันท่วงทีในเมื่อเกิดโรคขึ้นปัจจุบัน

ทันด่วน", 4) วางแผนและแบ่งปันหน้าที่ในการป้องกันและปราบโรคร้ายบางชนิด, 5) วางแผนและแบ่งปันหน้าที่ในการบรรเทาทุกข์ในยามสาธารณภัย ที่อาจมีคนบาดเจ็บป่วยไข้, 6) ดำริและลงความเห็นในกิจการที่เกี่ยวเนื่องกับการสาธารณสุข ที่เสนาบดีเจ้ากระทรวงซึ่งบัญชาการสาธารณสุข หรืออธิบดีกรมสาธารณสุขเสนอมาเพื่อขอคำปรึกษา.[71]

แม้จะไม่มีหลักฐานที่ปรากฏชัดเจนว่า สภาการแพทย์ (ต่อมาเรียกคณะกรรมการแพทย์) และสภาการสาธารณสุขได้มีบทบาทอย่างไรบ้างในก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475 แต่หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้ไม่กี่เดือนก็ปรากฏว่า ทั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติและสภาการแพทย์ก็คงไม่ได้อยู่ในใจกลางของการตัดสินใจทางนโยบายด้านสาธารณสุขนัก ดังที่มีความพยายามที่จะเรียกร้องให้รัฐบาลขอความเห็นหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจากสภาการแพทย์และสภาการสาธารณสุขประจำชาติ.[72] อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า การลากเส้นแบ่งระหว่าง "แผนปัจจุบัน" กับ "แผนโบราณ" ด้วยเกณฑ์ของ "ความเป็นวิทยาศาสตร์" ตามกฎเสนาบดีฉบับ พ.ศ.2472 ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 (แม้ว่าอาจไม่ชัดเจนว่าอะไรคือความหมายของความเป็นวิทยาศาสตร์ที่กำลังหมายถึงก็ตาม) คือหลักหมายที่สำคัญของการสถาปนาอำนาจและความชอบธรรมให้แก่การแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกในทางนิติบัญญัติ พร้อมกับการกดระบบการแพทย์แบบจารีตของไทยให้กลายเป็นความรู้แบบ "ชั้นสอง" ภายใต้โครงสร้างทางอำนาจของความรู้แบบใหม่ไปโดยปริยาย. นอกจากนี้ในช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 มาแล้วนั้นปรากฏว่า หน้าที่หลักของสภาการแพทย์หรือเรียกกันในเวลาต่อมาว่าคณะกรรมการแพทย์ คือ การกำหนดพื้นที่พิเศษให้แก่การแพทย์สมัยใหม่ด้วยการควบคุมมาตรฐานของ "วิทยฐานะแห่งเวชชปฏิบัติ (Qualification of Medical Practice)."[73]

การแพทย์แบบจารีต หรือ "แผนโบราณ" ในด้านหนึ่งจึงพยายามเรียกร้องพื้นที่เดิมของตนกลับคืนมา ด้วยการประนีประนอมและขอให้ผ่อนผันกฎเกณฑ์บางอย่างที่สภาการแพทย์/คณะกรรมการแพทย์กำหนดขึ้น,[74] หรือไม่ก็ด้วยการท้าทายดังที่มีจดหมายของนายอำเภอมีนบุรีและอำเภอบุคคโลถึงสภาการแพทย์ที่ว่า "ระเบียบการเพิ่มเติมใหม่นี้ทำให้เกิดความ

เดือดร้อนและตัดอาชีพราษฎรอย่างร้ายแรง" และ "การรับรองความรู้ที่ได้ฝึกหัดเล่าเรียนนั้นไม่เป็นไปด้วยความสัตย์สุจริตตามความเป็นจริง เป็นเพียงให้รับรองกันพอเป็นพิธีเท่านั้น", หรือความเห็นของสาธารณสุขมณฑลกรุงเทพฯ ซึ่งเสนอต่อสภาการแพทย์ว่าการสร้างความชอบธรรมแก่การแพทย์ "แผนปัจจุบัน" โดยที่กดการแพทย์ "แผนโบราณ" ลงไปในขณะที่ "พลเมืองยังมีความนับถือผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณอยู่ค่อนข้างมาก" และโดยที่ "ทางราชการยังมิสามารถที่จะส่งแพทย์แผนปัจจุบันออกไปประจำตามท้องที่อำเภอชั้นนอกให้พอกับความประสงค์ของราษฎร" จะก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากแก่พลเมือง.[75] แต่ในอีกด้านหนึ่ง การแพทย์แบบจารีตก็หยิบฉวยสัญญะของการแพทย์แบบสมัยใหม่ขึ้นมาใช้สร้างความชอบธรรมให้กับความรู้ของตน ดังกรณีที่นายร้อยโท ป๋อง ว่องพยาบาล และขุนนิราพาธประคุณ ซึ่งเป็น "แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1" ได้มีจดหมายชี้แจงสภาการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณ "ซึ่งใช้เครื่องฟังและใช้ยาแผนปัจจุบัน" ในการตรวจรักษาผู้ป่วย. นายแพทย์เติม บุนนาค กรรมการสภาการแพทย์ (ผู้แทนกระทรวงธรรมการ) มีความเห็นว่า "ผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณไม่ควรใช้เครื่องฟัง (Stethoscope) เพราะว่ามิได้ศึกษาในการตรวจโรคด้วยการใช้เครื่องฟังชะนิดนี้ [เพราะ]การใช้เครื่องฟังเป็นวิธีของแพทย์แผนปัจจุบันโดยตรง และยังได้ทราบว่าการศึกษาในตำหรับแผนโบราณมิได้มีการสอนวิธีตรวจโรคโดยใช้เครื่องฟังเลย เพราะฉะนั้นผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณซึ่งใช้เครื่องฟังในการตรวจโรคก็เท่ากับทำการโดยปราศจากความรู้ ใช้เครื่องมือเพื่อเป็นการล่อลวง."[76] นอกจากกรณีของเครื่องฟังแล้ว ยังมีกรณีที่มีกล่าวฟ้องหม่องบุญโทน สิงห์ทอง ผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณชั้น 2 รักษาโรคริดสีดวงทหารด้วยการใช้เข็มฉีดยาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน.[77]

กล่าวได้ว่า เทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่อย่างเครื่องฟังหรือเข็มฉีดยาได้กลายเป็นสัญญะของความทันสมัยหรือความเป็น "แผนปัจจุบัน" ที่ถูกทำให้น่าเชื่อถือโดยทั่วไปจนถึงขนาดมีร้านขายยาเขียนป้ายหน้าร้านว่า "สรรพฉีด".[78] สำหรับแพทย์ "แผนโบราณ" แล้ว ความเป็นสมัยใหม่/ความเป็น "แผนปัจจุบัน" นี้เป็นสิ่งที่ใครก็สามารถเข้าถึง/นำมาใช้ได้ และไม่จำต้องสงวนไว้สำหรับผู้ที่ศึกษามาทางด้านการแพทย์สมัยใหม่แต่เพียงอย่างเดียว. อย่างไรก็ตาม ความคิดและการปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้สำหรับคณะกรรมการในสภาการแพทย์

เพราะเป็นการละเมิดมาตรฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นการข้ามพรมแดนของความเป็น "แผนโบราณ" มาอยู่ในพรมแดนของ "แผนปัจจุบัน" โดยไม่ได้รับฉันทานุมัติ. มาตรการต่างๆ จึงถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมสถานภาพที่แท้จริงของการเป็นแพทย์ "แผนโบราณ" กับ "แผนปัจจุบัน" ให้แยกออกจากกัน และรวมทั้งควบคุมมาตรฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ของ "แผนปัจจุบัน" ซึ่งโดยสรุปก็คือ "ต้องการกำจัดหมอ 'จอมปลอม' โดยเอาอย่างฝรั่ง."[79] โดยหมอที่ "จอมปลอม" สำหรับคณะกรรมการแพทย์นั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่แพทย์ "แผนโบราณ" ของไทยเท่านั้น แต่การแพทย์ "แผนโบราณ" แบบอื่นๆ ก็ถูกจัดการไปด้วยเช่นกัน เช่น การฝังเข็มตามการแพทย์แบบจีน.[80]

คณะกรรมการแพทย์จึงพยายามแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยคิดจะให้มีการออก "ระเบียบแห่งวิชาชีพ" เพื่อให้คณะกรรมการแพทย์สามารถควบคุมผู้ประกอบโรคศิลป์ได้ คือให้มีอำนาจสั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตในกรณีที่ทำผิดกฎกระทรวงที่ว่าด้วยมารยาทในวิชาชีพ หรือในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์เห็นว่า "กระทำผิดทางวิชาชีพ" หรือ "ถ้ายอมให้ผู้นั้นประกอบโรคศิลป์ต่อไปจะเป็นภัยต่อประชาชน."[81] เป้าหมายของคณะกรรมการแพทย์ในการบัญญัติ "ระเบียบแห่งวิชาชีพ" คือ

> *"ต้องการให้ประเทศสยามมีผู้ประกอบโรคศิลปอันกอบด้วยศีลธรรมอันดีเป็นที่ไว้ใจเชื่อถือและมีความรู้ความสามารถสำหรับประชาชนผู้ซึ่งต้องอาศัยการแพทย์ การประกอบอาชีพทางโรคศิลปเป็นอาชีพที่ต้องดำเนินตามหลักวิชาโดยแท้จริง จะดำเนินการพลิกแพลง หรือมีพาณิชโยบายอย่างเช่นอาชีพอื่นๆ นั้นไม่ได้ เพราะเหตุว่าการประกอบโรคศิลปเป็นอาชีพที่เกี่ยวกับความเป็นความตายของมนุษย์โดยตรง ถ้าเอาวิธีการพลิกแพลงมาใช้หรือฝืนหลักวิชาแล้ว ไม่เร็วก็ช้า ผลร้ายที่ถึงแก่ชีวิตคนไข้จะต้องเกิดขึ้น ระเบียบแห่งวิชาชีพที่บัญญัติขึ้นนี้จะเป็นบทใช้บังคับผู้ประกอบโรคศิลปให้ดำเนินการตามหลักวิชาและจะเป็นบทที่ใช้กำจัด Mal-practice ของผู้ที่เห็นแต่ทางได้ประโยชน์ส่วนตนฝ่ายเดียวโดยไม่คิดถึงผลเสียอันจะบังเกิดขึ้นต่อคนไข้ เนื่องจากการละเลยระเบียบแห่งวิชาชีพอันพึงจะปฏิบัติตามระเบียบแห่ง*

วิชาชีพที่จะตราขึ้นนั้นไม่มีความหมายกว้างขวางดังกรมอัยยการเข้าใจและก็ไม่เป็นวิธีการใหม่หรือระเบียบใหม่สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปเลย เพราะว่าระเบียบแห่งวิชาชีพนี้ เป็นสิ่งที่อยู่ในวงการเวชชปฏิบัติทั้งสิ้น และได้เล่าเรียนกันมาแล้วตามหลักวิชา แต่เนื่องด้วยการเห็นแก่ทางได้ฝ่ายเดียวจึงได้ละเลยเสีย เช่นละเลยการ sterilization เครื่องมือและของใช้อื่นๆ ในการผ่าตัด ละเลยการต้มเข็มและกระบอกฉีดในการฉีดยา และการ induce abortion โดยไม่มี Therapeutic indication เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งการเหล่านี้สำหรับการแพทย์ไม่จัดอยู่ในบทมรรยาท ฉะนั้นการที่กรมอัยยการกล่าวว่า 'กระทำผิดในทางวิชาชีพโดยมากย่อมจะเป็นผิดในทางมรรยาทด้วย' นั้นยังไม่ถูก เพราะฉะนั้นคณะกรรมการเห็นว่าควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติตามร่างเดิม และเพื่อหวังในความปลอดภัยของประชาชน..." [82]

นอกจากความพยายามที่จะควบคุม "ระเบียบแห่งวิชาชีพ" แล้ว คณะกรรมการแพทย์ยังต้องควบคุมมาตรฐานความรู้ทางการแพทย์ โดยจะไม่ต่ออายุใบอนุญาตให้ผู้ใดก็ได้ที่เห็นว่าอาจจะไม่ "ปลอดภัยของประชาชน" เพราะ "หย่อนความรู้ความสามารถ และไม่มีความรู้ทัดเทียมตามกาลสมัย" โดยเฉพาะแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลป์ชั้น 2.[83]

ความพยายามของคณะกรรมการแพทย์ได้รับการแซ่ซ้องจากหนังสือพิมพ์บางฉบับ เช่น **หนังสือพิมพ์หลักเมือง** ฉบับวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2478 ที่ลงข่าวว่า การที่คณะกรรมการแพทย์พยายามควบคุม "ระเบียบแห่งวิชาชีพ" ของผู้ประกอบโรคศิลป์นั้น "เป็นที่ยินดีปรีดาปราโมทย์แก่ราษฎรเป็นส่วนมาก เพราะต่างก็ได้รู้สึกว่าตราบแต่นี้ต่อไปหมอชะนิดลวงโลกอันก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่บรรดาคนไข้ที่โง่เขลาดังปรากฏเป็นข่าวอื้อฉาวอยู่บ่อยๆ นั้นคงจะหมดไปเป็นแน่."[84] หน้าที่หลักของคณะกรรมการแพทย์จึงเป็นการพยายามบีบให้ผู้ประกอบโรคศิลป์คอยปฏิบัติตาม "ระเบียบแห่งวิชาชีพ" โดยคอยควบคุมผู้ที่ประกอบโรคศิลป์ว่าได้รับอนุมัติหรือไม่ และสำหรับผู้ที่ได้รับอนุมัติแล้วก็จะถูกสอดส่องดูแลว่าประกอบวิชาชีพเป็นไปตามหลักการ "ความเป็นวิทยาศาสตร์" ของคณะกรรมการแพทย์หรือไม่. การประชุมของคณะกรรมการแพทย์หลายๆ ครั้งจึงเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับคำร้องเรียนเรื่องการ

นอกรีตและไม่เป็นไปตามหลักการของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น กรณีที่ **หนังสือพิมพ์ดาวนคร** ฉบับวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ.2478 ลงข่าวว่ามี "หมอแผนผีรับรักษาโรคผีๆ สางๆ" อยู่ที่สนามหลวง, คณะกรรมการแพทย์ก็ต้องส่งคนไปตรวจสอบ (พบว่าคือนายชุม อาจคุ้มวงษ์ ผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการบำบัดโรคทางยาแผนโบราณชั้น 2) และได้ชี้แจงให้ทราบถึง "มรรยาทของผู้ประกอบโรคเกี่ยวกับการประกาศอวดอ้างและเตือนให้เลิกการประกาศเช่นนั้นเสีย."[85]

อย่างไรก็ตาม เส้นแบ่งของความเป็น "วิทยาศาสตร์" เองก็ไม่ได้ชัดเจนสำหรับทุกคน (แม้กระทั่งผู้ที่ทำงานอยู่ภายใต้ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน) อย่างที่คณะกรรมการแพทย์คิด ดังกรณีที่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับความหมายที่แน่นอนบางอย่างในคลังความรู้ทางการแพทย์ คือคำว่า "การคลอดบุตร์ธรรมดา" ระหว่างคณะกรรมการแพทย์, พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ อัยการของกรมตำรวจ และอธิบดีกรมอัยการ เนื่องจากมีผู้ประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันชั้น 1 สาขาผดุงครรภ์ได้ใช้เครื่องมือ คือ "คีมคลอดบุตร์ (Midwifery forceps)" เพื่อช่วยให้เด็กคลอดออกมาจนทำให้เด็กและมารดาเสียชีวิต. เมื่อญาติผู้ป่วยแจ้งความฟ้องร้องขึ้นมา พนักงานอัยการของกรมตำรวจได้สั่งไม่ฟ้องเพราะมีความเห็นว่าพยาบาลมีสิทธิใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเป็นเหตุสุดวิสัย. คณะกรรมการแพทย์ไม่เห็นด้วย เพราะคิดว่ามีขอบเขตจำกัดในการปฏิบัติงานของผู้ที่เป็นพยาบาลซึ่งสามารถทำหน้าที่ได้ภายในขอบเขตของ "การคลอดบุตร์ธรรมดา" จึงมอบหมายให้นายแพทย์เติม บุนนาค ทำหนังสือชี้แจงต่อตำรวจเรื่องความหมายของ "การคลอดบุตร์ธรรมดา" ว่าหมายถึง

> ***"การคลอดบุตร์ตามธรรมชาติ*** *ซึ่งคลอดโดยลมเบ่งและกำลังของมารดาตามธรรมดา ผู้ช่วยเหลือในการคลอดไม่ต้องใช้เครื่องมืออย่างหนึ่งอย่างใดเลย... วิธีคลอดโดยธรรมชาติ (Mechanism of Normal Labour)...[คือ] การคลอดบุตร์โดยธรรมดาที่ได้สั่งสอนและกำหนดให้นางผะดุงครรภ์มีหน้าที่ปฏิบัติได้โดยลำพังตนเองนั้น คือ 1) ผู้ที่มีครรภ์มีอาการปกติ 2) ผู้ที่กำลังคลอดๆ โดยอาการปกติ 3) ผู้ที่คลอดแล้วมีอาการเป็นปกติ."*

นายแพทย์เติมเห็นว่า ผู้ที่เป็นนางผดุงครรภ์ "ย่อมจักต้องมีความรู้ความเข้าใจโดยถ่องแท้ ว่า

อาการอย่างใดจึงเรียกว่า 'ปกติ' และถ้าผู้คลอดมีอาการ**ไม่ปกติ** ซึ่งนางผะดุงครรภ์ก็ย่อมต้องมีความรู้" เพราะในอาการที่ "ไม่ปกติ" ดังกล่าวนั้นคือภาวะที่นางผะดุงครรภ์ไม่มีหน้าที่ที่จะปฏิบัติต่อผู้คลอดแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย แต่จะต้องชี้แจงแนะนำให้หาแพทย์มาจัดการต่อไป "เว้นไว้แต่ในขณะที่ผู้คลอดมีอาการผิดธรรมดาหรือไม่ปกตินั้นจะตามแพทย์ไม่ทัน หรือตามแพทย์ไม่ได้แล้ว."[86] ส่วนในร่างบันทึกข้อความในการชี้แจงต่อตำรวจของคณะกรรมการแพทย์นั้นอธิบายว่า ความหมายที่ว่า "ผู้ประกอบโรคศิลปแผนปัจจุบันชั้น 1 ในสาขาหมอตำแยมีสิทธิผะดุงครรภ์ในเขตต์การคลอดธรรมดาได้ปราศจากจำกัดทั้งในส่วนมารดาและทารก...แต่วางยาสลบไม่ได้" นั้นอาจจะสรุปได้ว่าหมายถึง "การตลอดบุตรในท่าปกติซึ่งศีร์ษะเด็กจะโผล่จากช่องคลอด (Vertex presentation) และเด็กนั้นจะเคลื่อนออกมาได้โดยลมเบ่งของมารดาเองไม่ต้องใช้กำลังดันหรือกดอย่างอื่นหรือคีมคลอดบุตร์ (Midwifery forceps) ที่จะต้องใช้ช่วยให้เด็กเคลื่อนหรือออก นอกจากใช้มือของผู้ทำคลอด และเมื่อเด็กคลอดออกแล้วรกจะออกได้ในเวลาปกติโดยไม่ต้องใช้การล้วงหรือเครื่องมือแต่อย่างหนึ่งอย่างใดเลย นอกจากนั้นมารดาและเด็กต้องเป็นปกติ เว้นแต่เนื่องจากเหตุอันสุดวิสัย."[87] อย่างไรก็ตาม การตีความหมายของ "การคลอดบุตร์ธรรมดาได้ปราศจากจำกัด" ได้กลายเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันหลายครั้งระหว่างตำรวจพนักงานอัยการ และคณะกรรมการแพทย์ และในที่สุดต้องให้อธิบดีกรมอัยการทำหน้าที่วินิจฉัยชี้ขาดว่า "เมื่อผู้ต้องหาได้กระทำไปภายในเขตต์อำนาจตามใบอนุญาตที่ได้รับมาเช่นนี้ แม้จะปรากฏว่าได้กระทำเช่นนั้นเป็นอาจินต์ปฏิบัติ ก็เอาผิดแก่ผู้ต้องหาไม่ได้...จึ่งวินิจฉัยชี้ขาดไม่ฟ้องผู้ต้องหาเป็นไปตามคำสั่งของอัยยการตำรวจนั้น"[88] ซึ่งคณะกรรมการแพทย์ก็ยังไม่เห็นด้วยและได้ลงมติด้วยเสียงส่วนใหญ่ของที่ประชุมเพื่อให้ส่งเรื่องไปให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความกฎกระทรวง.[89]

นอกจากนี้ เรื่องที่คณะกรรมการแพทย์นำมาพิจารณาส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรองหรือไม่รับรองคุณวุฒิ/ความรู้ของผู้ที่ยื่นขอใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ โดยพิจารณาว่าได้ร่ำเรียนผ่านหลักสูตรที่สามารถเทียบเท่ากับหลักสูตรที่กระทรวงธรรมการกำหนดหรือไม่. คณะกรรมการแพทย์มีความเคร่งครัดกับเรื่องนี้เป็นอย่างมาก จนกระทั่งว่าต้องตรวจสอบว่าผู้ร้องขอใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์นั้นสามารถนำใบประกาศนียบัตรฉบับจริงมา

แสดงต่อคณะกรรมการแพทย์ได้หรือไม่, ในบางกรณีแม้ว่าจะมีจดหมายรับรองจากอธิการบดีจุฬาลงกรณ์มาแล้วก็ยังไม่เพียงพอ ผู้ร้องจะต้องไปรับใบประกาศนียบัตรตัวจริงมาแสดงก่อน หรือในกรณีใบประกาศนียบัตรหายก็จะต้องไปขอสำเนาประกาศนียบัตรจากจุฬาลงกรณ์มาแสดงก่อน.[90] แม้คณะกรรมการแพทย์จะมีความเห็นว่า ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่หรือแผนปัจจุบัน คือ สิ่งที่สามารถเข้าใจได้อย่างชัดเจนและประนีประนอมไม่ได้ ดังกรณีที่ห้ามไม่ให้ตีพิมพ์ **ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์** เพราะเห็นว่า "ตำราแพทย์นี้มีวิชาแพทย์แผนปัจจุบันปนอยู่มาก...เป็นข้อความที่ล้าสมัยแล้วและไม่ใช่วิชาแพทย์แผนโบราณอาจเป็นอันตรายได้ และนอกจากนี้ยังมีวิชาแพทย์แผนปัจจุบันแทรกอยู่อีกแห่งละเล็กละน้อยหลายแห่ง คณะกรรมการแพทย์เห็นไม่สมควรให้พิมพ์ข้อความเหล่านี้"[91] แต่ในบางกรณีการกำหนดเส้นแบ่งที่ว่านี้ก็เป็นสิ่งที่เลื่อนลางและยอมรับว่าบางครั้ง "การวินิจฉัยเรื่องนี้เป็นการยากอยู่บ้าง เพราะกฎหมายไม่ชัดเจนพอ จึงมิได้กวดขันการควบคุมอย่างจริงจัง."[92]

อย่างไรก็ตาม ขณะที่สภาการแพทย์/คณะกรรมการแพทย์พยายามที่จะกำหนดมาตรฐานทางวิชาชีพของแพทย์ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์อยู่นั้น ปัญหาที่รัฐไทยต้องเผชิญอยู่ในขณะนั้นคือการขาดแคลนแพทย์ก็จะกลายเป็นพลังที่กลับมาบีบให้คลายมาตรฐานที่แข็งที่อตายตัวนั้นลง ดังที่ พ.อ. พระยาพหลพลพยุหเสนา เสนอต่อคณะรัฐมนตรีว่าในขณะนั้นระบบราชการ "ยังขาดแพทย์" เนื่องจากมีแพทย์สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาในแต่ละปีจำนวนน้อย โดยที่ "ความจำเป็นที่จะใช้นายแพทย์ปริญญาทุกคนในเวลานี้เห็นว่ายังไม่สู้จำเป็นนัก เพราะในหน้าที่ราชการบางแห่งต้องการนายแพทย์อยู่มากและจะใช้แพทย์ปริญญาทุกแห่งเห็นว่ายังไม่เหมาะแก่ความต้องการ เช่น แพทย์หลวงประจำท้องที่ แพทย์ประจำสถานีอนามัย ผู้บังคับหมู่เสนารักษ์ เป็นต้น ควรใช้แพทย์ประกาศนียบัตรก็พอ ส่วนแพทย์ปริญญาควรประจำรักษาพยาบาลที่สำคัญๆ หรือในแผนกค้นคว้าวิทยาการหรือในโรงเรียนแพทย์." พระยาพหลพลพยุหเสนาจึงเสนอให้กระทรวงธรรมการ "หาวิธีเพาะนายแพทย์โดยเปิดการเรียนขึ้นอีกแผนกหนึ่ง คือแพทย์ประกาศนียบัตร เมื่อเรียนสำเร็จแล้วให้ออกรับราชการในตำแหน่งข้าราชการชั้นสัญญาบัตร."[93] กระทรวงธรรมการตอบว่า กำลังพิจารณาเรื่องนี้ร่วมกับสภากาชาดสยามและกรมสาธารณสุข

(กระทรวงมหาดไทย) อยู่ และเรื่องนี้ทำให้ ดร.เอลลิส คณบดีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าใจว่ารัฐบาลกำลังคิดโครงการผลิตแพทย์ชั้นต่ำขึ้นมา จึงเสนอต่อเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ ว่าหน้าที่ในการผลิตแพทย์นี้ไม่ใช่หน้าที่ของกรมสาธารณสุข ซึ่งอาจจะฝึกอบรมเจ้าพนักงานสาธารณสุขได้ แต่ไม่ใช่ฝึกอบรมแพทย์ที่จะออกไปเป็นแพทย์ผู้ประกอบโรคศิลป์รับผิดชอบชีวิตคนได้ เพราะนั่นเป็นหน้าที่ของหน่วยงานด้านแพทยศาสตร์ศึกษา คือกระทรวงธรรมการและรัฐบาลสยาม ซึ่งมีนโยบายการศึกษาแพทย์แบบชั้นหนึ่ง และเป็นนโยบายที่ได้รับการรับรองโดยพระปรมาภิธัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวและพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว. ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงในแนวนโยบายดังกล่าว กระทรวงธรรมการก็ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ เนื่องจากหากมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจริง ก็จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อมาตรฐานของหลักสูตรแพทยศาสตร์ในปัจจุบัน และแปลความหมายว่ากำลังเกิดสภาพการแบ่งแยกทางอำนาจ เนื่องจากมีกระทรวงที่รับผิดชอบในการแพทยศาสตร์ศึกษาอยู่ถึง 2 กระทรวง อันเป็นสภาพที่ผิดแปลกที่จะไม่ก่อให้เกิดผลดีทั้งในการศึกษาและทางการแพทย์ในสยาม.[94]

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการที่คณะแพทยศาสตร์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยไม่สามารถผลิตแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการของรัฐได้ เข้าใจว่าคือสาเหตุที่ทำให้รัฐบาลแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง คือ คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2477 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน.[95] ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2477 หลวงประดิษฐ์มนูธรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการชุดดังกล่าวก็ได้มีจดหมายถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อขอให้มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์และการเป็นแพทย์ โดยเข้าใจว่าเนื่องจากที่ประชุมของคณะกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาปัญหาขาดแคลนแพทย์และมาตรการที่จะผลิตแพทย์เพิ่ม และนำไปสู่ความพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานในการเรียนเตรียมแพทย์และแพทย์ เนื่องจากในปัจจุบัน "การเตรียมวิทยฐานะเบื้องต้นที่จะเข้าเรียนในคณะแพทย์" นั้นมีแต่ที่คณะอักษรศาสตร์และวิทยาศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น ดังนั้นเพื่อ "ให้โอกาสแก่สำนักศึกษาอื่นๆ ที่จะจัดเตรียมนักเรียนเข้าเรียนในคณะแพทยศาสตร์ได้ด้วย จึง

เห็นควรให้มีหลักสูตร์มาตรฐานการศึกษาขั้นต่ำของการเตรียมแพทย์ไว้" และคณะกรรมการฯ มีความเห็นเกี่ยวกับการเรียนแพทย์ว่า "น่าจะได้จัดให้มีหลักสูตร์มาตรฐานขั้นต่ำของการเป็นแพทย์ซึ่งรัฐบาลรับรองวิทยฐานะให้ประกอบโรคศิลปได้ตามพระราชบัญญัติการแพทย์."[96]

คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้ตั้งกรรมการขึ้นมาคณะหนึ่งเพื่อพิจารณาเรื่องดังกล่าว โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการ เป็นประธาน และมีกรรมการ คือ อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้แทนกระทรวงกลาโหม ผู้แทนสภากาชาดสยาม ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ผู้แทนแพทยสมาคม ผู้แทนกระทรวงการต่างประเทศ และ มจ.วัลลากร วรวรรณกับพระอัพภันตราพาธพิศาล เป็นกรรมการโดยคุณวุฒิ.[97] คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้มีการประชุมกันและตั้งอนุกรรมการขึ้น 2 คณะสำหรับ 1) ร่างหลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์ และ 2) ร่างหลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการศึกษาแพทยศาสตร์โดยเฉพาะ. ในการประชุมคณะกรรมการฯ ดังกล่าว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงธรรมการได้นำเอาจดหมายของ ดร.เอ.จี. เอลลิส คณบดีคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กล่าวไปข้างต้นมาอ่านให้ที่ประชุมฟัง และเพิ่มเติมว่าทางกระทรวงธรรมการเคยมีหนังสือสอบถามไปยังกระทรวงมหาดไทย ซึ่งตอบกลับมาว่า "ไม่มีความประสงค์จะให้วิทยฐานะของแพทย์ต่ำลง[แต่]ต้องการให้มีแพทย์มาก ส่วนเรื่องลดเวลาเรียนนั้น ปัญหาในเรื่องการเรียนแพทย์จริงๆ ไม่ต้องการให้ลด ส่วนการเตรียมแพทย์อยากให้ลดเวลา แต่ไม่ลดวิชา."[98] ในที่สุดคณะกรรมการฯ ก็ได้กำหนด "หลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์" ว่ามีกำหนดเวลา 2 ปี โดยจะต้องเรียนวิชาฟิสิคส์, เคมี, ชีววิทยา, และภาษาอังกฤษ (เฉพาะปีแรกเท่านั้น) ทั้งระบุว่าต่อไปหากหลักสูตรมัธยมได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นแล้วก็อาจร่นเวลาของหลักสูตรเตรียมแพทย์ให้เหลือเพียง 1 ปีได้, ส่วน "หลักสูตรมาตรฐานขั้นต่ำของการศึกษาแพทยศาสตร์" นั้นมีกำหนดเวลา 4 ปี โดยวิชาที่ต้องเรียนและเวลาสอนให้เป็นเช่นเดียวกับหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัยในขณะนั้น และระบุว่า "ควรมี" วิชานิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine) กับวิชาด้านโรคประสาท (Mental Diseases) อยู่ในหลักสูตรด้วย, ทั้งนี้ "ไม่ตัดสิทธิของสำนักศึกษาใดๆ ที่จะกำหนดหลักสูตรของตนให้สูงกว่ามาตรฐานขั้นต่ำที่วางไว้."[99]

ภายใต้บรรยากาศของความขัดแย้งระหว่างกลุ่มที่ต้องการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์กับกลุ่มที่กลายเป็นตัวแทนของความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ในการแพทย์ "แผนปัจจุบัน" นี่เองที่การแพทย์, การสาธารณสุข และนโยบายการดูแลสุขภาพของประเทศได้เดินเข้าไปสู่หัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญทางการเมือง คือ การเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475.

รัฐเวชกรรม: นโยบายสาธารณสุขหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475

นอกจากพยายามที่จะปรับปรุงกลไกการบริหารงานและความรับผิดชอบในหน่วยงานด้านสาธารณสุขอยู่หลายครั้งแล้ว[100] ในช่วงท้ายของระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ก็ได้มีความพยายามที่จะปรับปรุงและขยายการดูแลและความรับผิดชอบด้านการสาธารณสุขของประชาชนพลเมือง ดังที่มีความพยายามที่จะปรับปรุงกิจการสุขาภิบาลให้มีลักษณะแบบ "มูนิซิเปอล [municipality]" ของตะวันตก โดยมีปมของการถกเถียงสำคัญคือ มุ่งที่จะให้ประชาชนพลเมืองได้มีส่วนร่วมในการปกครองตนเอง หรือมุ่งที่จะให้สุขาภิบาลเป็นหน่วยงานด้านอนามัยของรัฐโดยให้ประชาชนพลเมืองรับผิดชอบแทนรัฐทั้งในด้านการจัดการและการเงิน, และใครคือผู้ที่จะมีสิทธิออกเสียงเลือกตั้งและมีสิทธิได้รับเลือกเป็นเทศมนตรี.[101] ความพยายามที่จะแก้ไขปรับปรุงสุขาภิบาลของรัฐบาลพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวในที่สุดก็ไม่อาจจะบรรลุในทางใดทางหนึ่งเนื่องจากเหตุผลหลายประการ ซึ่งส่วนหนึ่งคือผลจากการที่ไม่ทรงตัดสินพระทัยให้ชัดเจนว่าจะทรงเลือกแนวทางใด จนในที่สุดเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองครั้งสำคัญเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2475 ก็ช่วยปิดม่านของการเมืองในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่พระองค์ทรงมีบทบาทนำอยู่ลง เพื่อเปิดม่านให้แก่เวทีการแสดงชุดใหม่ ตัวละครชุดใหม่ และแนวความคิดใหม่.

ภายหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 แล้ว การจัดการสุขาภิบาลถูกนำกลับมาพิจารณาอีกครั้ง โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การกระจายอำนาจออกไปจากส่วนกลางและการ

สนับสนุนระบอบการปกครองตนเองของท้องถิ่นเพื่อฝึกฝนให้ประชาชนพลเมืองรู้จักระบอบการเมืองแบบประชาธิปไตย ดังคำแถลงของพระยามโนปกรณ์นิติธาดา ประธานคณะกรรมการราษฎร (นายกรัฐมนตรี) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2475 ภายหลังที่ได้รับพระราชทานรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว พ.ศ.2475 ที่ว่า

> *"วิธีการปกครองโดยรวมอำนาจและหน้าที่การปกครองทั่วประเทศให้มาอยู่ในจุดศูนย์กลางจุดเดียวอย่างเช่นเดี๋ยวนี้ ไม่ได้ผลดีเท่ากับที่จะแบ่งอำนาจและหน้าที่ให้ไปอยู่ในเฉพาะท้องที่เสียบ้าง เพื่อว่าการปกครองในเฉพาะท้องที่หนึ่งๆ จะได้มุ่งอยู่ในผลประโยชน์ของท้องที่นั้นๆ วิธีการจัดให้มีการปกครองเฉพาะท้องที่นั้นก็โดยวิธีจัดให้มีผู้แทนราษฎรในท้องที่นั้นๆ จัดการกันเอง วิธีการเช่นนี้เขาทำกันอยู่แล้วในนานาประเทศ เมื่อครั้งรัฐบาลเก่าความคิดเช่นนี้ก็มีอยู่ จนถึงได้ร่างพระราชบัญญัติเทศบาลขึ้นฉะบับหนึ่ง แต่ว่าด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง การมิได้ลุล่วงไป รัฐบาลนี้เห็นเป็นการสำคัญจะได้เตรียมจัดให้มีเทศบาลหรือการปกครองท้องถิ่นขึ้นในราวต้นปีหน้า."* [102]

แม้ว่าหลังจากนั้นไม่นานจะเกิดปัญหาความขัดแย้งอย่างรุนแรงจนทำให้ผู้นำคนสำคัญของคณะราษฎรคนหนึ่งคือ ปรีดี พนมยงค์ถูกเนรเทศออกนอกประเทศ แต่ในที่สุดพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 ก็ถูกประกาศใช้โดยมีปรีดี พนมยงค์และ มจ.สกลวรรณากร วรวรรณ เป็นกำลังสำคัญ. อำนาจหน้าที่ที่ถูกจัดทำขึ้นใหม่ของเทศบาลนั้นมีสาระสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ "ประการแรก มุ่งที่จะให้เทศบาลทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและความปลอดภัยของประชาชน ประการที่สอง มุ่งที่จะให้เทศบาลเป็นองค์กรที่ช่วยเผยแพร่รูปการปกครองทางการเมืองในเวลานั้นแก่ประชาชน[หมายถึงระบอบรัฐธรรมนูญ]."[103] ภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 แล้ว รัฐบาลได้เปิดรับสมัครผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง, เนติบัณฑิต, หรือสำเร็จการศึกษาจากคณะนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อเข้าอบรมเป็น "ที่ปรึกษาการเทศบาล" โดยมอบให้กระทรวงมหาดไทยดำเนินการ ซึ่งกระทรวงมหาดไทยก็ได้ขอ

ให้มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมืองเป็นผู้ช่วยอบรม เพื่อให้ออกไปทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของเทศบาล หรือช่วยจัดตั้งเทศบาล.[104]

การบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาลเรื่อง **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ** ที่มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง เมื่อ พ.ศ.2477 นั้นประกอบด้วยผู้บรรยายที่ปรากฏในเอกสารประกอบการอบรมจำนวน 9 คนด้วยกัน คือ พระยาบริรักษ์เวชชการ, พระไวทยวิธีการ, พระเชฎฐไวยาการ, หลวงสนิทรักษ์สัตว์, หลวงวิเชียรแพทยาคม, หลวงพะยุงเวชศาสตร์, ขุนรัตนเวชชสาขา, ขุนสอนสุขกิจ, และนายแพทย์ย่งฮั้ว ชัวยั่วเสง; ส่วนหัวเรื่องที่ใช้ในการบรรยายประกอบด้วยเรื่องการสาธารณสุข, การสาธารณสุขและสาธารณูปการ (ซึ่งจะมีหัวข้อบรรยายย่อยหลายเรื่อง คือ เรื่องน้ำ, เรื่องการกำจัดขยะ, เรื่องการจัดการศพ, เรื่องโรคติดต่อ, เรื่องเสบียงอาหาร, เรื่อง Mental Hygiene หรือสุขวิทยาทางจิตต์, เรื่องไข้จับสั่น โรคเรื้อน วัณโรค, เรื่องกามโรค, เรื่องการสุขศึกษาสำหรับประชาชน, และเรื่องการบำบัดโรคโรงพยาบาล การแพทย์), และเรื่องการสาธารณูปการ (Public Welfare or Public Assistance). เนื้อหาการบรรยายทั้งหมดเป็นความคิดเกี่ยวกับอนามัยและแนวทางหรือมาตรการในการป้องกันโรค โดยมองว่ารัฐควรจะกระจายงานรับผิดชอบที่มี "อยู่ในส่วนกลางมากไป"[105] จนทำให้ดูแลทั่วถึงได้ยากนั้นออกไปอยู่ในการดูแลของเทศบาล เนื่องจากอำนาจและหน้าที่ของเทศบาลตามพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ.2476 นั้น "มีข้อสำคัญอยู่ว่าเทศบาลมีหน้าที่ดำเนินการในเรื่องเกี่ยวด้วยสาธารณสุขทั้งสิ้น และโดยเฉพาะเช่นการจัดให้มีตลาดที่ต้องด้วยลักขณะสุขาภิบาล เรื่องโรงฆ่าสัตว์ เรื่องการสุขาภิบาล เรื่องการสงเคราะห์มารดาและเด็ก และการป้องกันและบำบัดโรคโดยทั่วไป."[106]

ผู้บรรยายบางท่านมีความเห็นว่า แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 จะช่วยทำให้ระบอบการเมืองของประเทศเป็นแบบ "แผนปัจจุบัน" ซึ่งเป็นผลให้ประชาชนพลเมือง "ประชาชาติสยาม" ได้รับประโยชน์และความก้าวหน้าในทางการการเมือง การทหาร เศรษฐกิจ และการศึกษา, แต่เมื่อพิจารณาในทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้วจะเห็นว่ายังไม่มีความชัดเจน และคนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์/สาธารณสุขและราษฎรทั้งหลายก็ยัง "กำลังรอฟังดูว่า

รัฐบาลในสมัยปัจจุบันจะดำเนินนโยบายการบำบัดโรคให้เพียงพอแก่ความต้องการของประเทศเราเพียงไร มีเสียงโจทต่างๆ นาๆ และมีผู้ให้ความเห็นมากมายในสมาคมแพทย์ต่างๆ ในหนังสือพิมพ์รายเดือน และในหนังสือพิมพ์รายวันด้วย...ว่าเมื่อใดรัฐบาลจะจัดการเวชชปฏิบัติให้เข้าแบบสากลและดีขึ้นกว่าเดิม."[107] ดังนั้นแม้ว่าจะเปลี่ยนแปลงการปกครองให้เป็นตามแบบ "แผนปัจจุบัน" แล้วแต่หากไม่ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการแพทย์ให้มีความชัดเจนแล้ว "ก็เป็นการยากที่จะช่วยบ้านเมืองไทยเจริญขึ้นได้" เพราะเห็นว่าการแพทย์และการสาธารณสุขของสยามยัง "ไม่ได้เจริญเข้าอยู่ในขีดแผน 'ปัจจุบัน' หรือ 'สากล' เพียงพอ" ที่จะป้องกันการเสียชีวิตเลือดเนื้อและทรัพย์สินของประชาชนได้อย่างดี. การแพทย์และการสาธารณสุข "ควรจะได้รับความเอาใจใส่เป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมกำลังของพลเมือง" เพราะความเจริญก้าวหน้าของชาติต้องอาศัย "สิ่งหนึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ สิ่งนี้คือพลเมือง บ้านเมืองเจริญรุ่งเรืองได้เพราะพลเมืองดีและแข็งแรง...กำลังของชาติอยู่ที่พลเมือง แต่จะถือเอาจำนวนมากเป็นเกณฑ์เท่านั้นไม่ได้ เพราะถ้ามีมากป่วยมาก ตายมาก ก็จะทำให้กำลังของชาติเสื่อม เป็นการจำเป็นยิ่งที่จะต้องมีพลเมืองที่อยู่ในความสมบูรณ์แห่งสุขภาพ."[108] ดังนั้นการที่มีผู้ระบุว่าการแพทย์เป็นกิจการที่ต้อง "ค่อยทำค่อยไป" จึงเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะประชาชนพลเมืองและเด็กทารกกำลังจะตายโดยไม่ได้รับการสงเคราะห์อย่างใดเลย แต่รัฐควรที่จะต้องมีความกระตือรือร้นดำเนินกิจการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้สำเร็จโดยเร็ว และเสนอว่าวิธีที่ควรจะใช้คือการสร้าง "รัฐเวชชกรรม."[109] ผู้บรรยายได้วาดโครงการของรัฐเวชกรรมว่าหมายถึงรัฐที่ต้องจัดให้มีโรงพยาบาล, สุขศาลา, สถานีบำบัดโรค, หน่วยท่องเที่ยวทั่วประเทศ โดยจ้างแพทย์, ผู้ช่วยแพทย์, พนักงานการแพทย์, นางผดุงครรภ์, นางสงเคราะห์, หมอตำแย และพนักงานต่างๆ ให้ช่วยกันบำบัดโรค ปราบโรค ป้องกันโรค และบำรุงสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าแก่พลเมืองส่วนมากที่ยังไม่เคยชินกับการแพทย์แผนปัจจุบัน.[110]

แม้ว่าจะไม่ชัดเจนว่าคำว่า รัฐเวชกรรมในที่นี้มีความหมายอย่างไร แต่ชวนให้จินตนาการถึงการสร้างรัฐที่มีกลไกทางการแพทย์เพื่อคอยสอดส่องเรือนร่างของพลเมือง และความคิดที่อยู่เบื้องหลังโครงการสร้างรัฐเวชกรรมนั้นมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ความต้องการสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อควบคุมเรือนร่างของพลเมืองให้สยบอยู่ภายใต้อำนาจของความรู้ทางการแพทย์ เพื่อแปรให้

ร่างกายของพลเมืองกลายเป็นพลังการผลิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามเหตุผลของระบบทุน กล่าวให้ถึงที่สุดแล้ว โครงการรัฐเวชกรรมก็คือความคิดที่นำไปสู่โครงการอนามัยหัวเมือง ตามที่คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (ตั้งขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2477) กำหนดขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2478 นั่นเอง.[111] โครงการการอนามัยในหัวเมือง คือ "การแพทย์และการสาธารณสุขซึ่งจัดทำในจังหวัดต่างๆ นอกจากอำเภอชั้นในของจังหวัดพระนครและธนบุรี" โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดมี "คณะกรรมการอนามัย เพื่อช่วยเหลือกรมการจังหวัดในการส่งเสริมและประสานการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัด." กล่าวได้ว่า โครงการอนามัยในหัวเมืองกำลังคิดถึงการขยายความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่และระบบการดูแลสุขภาพที่อิงอยู่กับความรู้ดังกล่าวออกไปครอบคลุมพื้นที่หัวเมืองทั้งหมด โดยใช้โรงพยาบาลเป็นตัวหมายสำคัญในการขยายตัว ดังที่มีการกำหนดให้มีหน่วยอนามัย 6 ประเภทในจังหวัดต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ (เนื่องจากไม่สามารถสร้างโรงพยาบาลที่สมบูรณ์ในหัวเมืองได้พร้อมๆ กัน) กล่าวคือ โรงพยาบาล ชั้นที่ 1, โรงพยาบาลชั้นที่ 2, โรงพยาบาลชั้นที่ 3, สุขศาลาชั้นที่ 1, สุขศาลาชั้นที่ 2, และหน่วยอนามัยเคลื่อนที่.[112]

ความคิดในการที่จะสอดส่องดูแลเรือนร่างของพลเมืองเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการผลิตไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะที่นำเอาร่างกายพลเมืองให้มาสยบอยู่ภายใต้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แต่ยังต้องการควบคุมไปถึงชีวิตในทุกซอกทุกมุมที่เป็นพฤติกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวันของพลเมือง. ความคิดที่จะแปรเรือนร่างของพลเมืองให้กลายเป็นร่างกายที่มีอรรถประโยชน์ในเชิงการผลิตดังกล่าวในที่สุดแล้วได้แปรสภาพออกมาเป็นรูปธรรมอย่างแท้จริงเป็นโครงการร่างกาย อันเป็นส่วนสำคัญในนโยบายสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม.[113]

แม้ว่าความพยายามที่จะเพิ่มพลเมืองโดยการเข้าไปจัดการกับสุขภาพของประชาชนนั้นถึงที่สุดแล้วจะเป็นนโยบายที่คิดกันมาตั้งแต่สมัยรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และแม้ว่าความคิดของรัฐสมบูรณาญาสิทธิ์กับรัฐบาลชาตินิยมจอมพล ป. พิบูลสงครามที่จะใช้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือสำหรับควบคุมร่างกายของพลเมืองนั้นจะตั้งอยู่ความคิดชุดเดียวกันใน

การควบคุมร่างกายเพื่อการผลิตหรือคิดถึงร่างกายในแง่ของอรรถประโยชน์เชิงการผลิต, แต่สิ่งที่ทำให้รัฐบาลชาตินิยมของจอมพล ป. มีความแตกต่างไปจากรัฐบาลของรัฐสมบูรณาญาสิทธิ์ก็คือ รัฐชาตินิยมแบบจอมพล ป. ไม่เพียงแต่นำเอาการแพทย์ไปใช้ควบคุมร่างกายของพลเมืองโดยตรง แต่ยังใช้ความรู้ทางการแพทย์เข้าไปควบคุมความคิดและการประพฤติปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันของพลเมืองแทน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างร่างกายของพลเมืองให้เป็นพลังการผลิตที่เข้มแข็งสำหรับการสร้างชาติ. นอกจากนี้ แม้ว่าความคิดที่ต้องการใช้การสาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดโรคและเพื่อดูแลรักษาร่างกายของพลเมืองในเชิงป้องกันนั้นจะมีลักษณะเช่นเดียวกับที่กรมขุนชัยนาทนเรนทรได้ทรงแสดงในปาฐกถาของพระองค์เรื่อง "การสาธารณสุขคืออะไร?" แต่ก็กล่าวได้ว่า รัฐสมบูรณาญาสิทธิ์ยังไม่เคยประสบความสำเร็จในการแปลงให้ความคิดดังกล่าวกลายเป็นจริงขึ้นมาได้ทั้งในทางนโยบายและทางปฏิบัติ (เนื่องด้วยปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จำนวนมาก) เหมือนกับสิ่งที่รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามดำเนินการในโครงการร่างกาย.

เรือนร่างของพลเมืองในฐานะพลังการผลิตและนโยบายเพิ่มพลเมือง

ภายหลังที่เข้ามาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปลายปี พ.ศ.2481 จอมพล ป. พิบูลสงครามก็เริ่มดำเนินนโยบายชาตินิยม ภายใต้คำขวัญของ "การสร้างชาติ" ดังที่จอมพล ป. พิบูลสงครามอธิบายว่า "การสร้างชาติก็คือการสร้างตัวของคนทุกคนในบรรดาประชากรของชาติให้ดี ถ้าเราทุกคนมีร่างกายแข็งแรง มีวัฒนธรรมดี มีศีลธรรมงามและมีอารยธรรมดี ดีอย่างไทยซึ่งไม่มีใครจะดีกว่าอยู่แล้ว ประกอบอาชีพให้รุ่มรวยดั่งนี้ชาติไทยก็จะดีตามไปด้วยโดยมิต้องสงสัยเลย ชาติและประเทศก็จะเป็นปึกแผ่นแน่นหนา จะทำมาค้าขึ้น ไม่มีชาติอื่นจะมาข่มเหงโดยไร้ศีลธรรมอย่างที่ปู่ย่าตาทวดของเราได้ประสพมาแล้ว."[114] ลักษณะสำคัญของการเมืองไทยตลอดยุคแรกจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ.2481-2486) คือ การปลุกเร้าความรู้สึก

ชาตินิยมด้วยการปั่นความเป็นไทย[ที่เคยอ่อนปวกเปียก?]ให้แข็งตัวขึ้นมา นัยว่าเพื่อสร้างชาติให้มีความก้าวหน้าและเข้มแข็งทัดเทียมอารยะประเทศ ภายใต้การชี้นำของผู้นำ ดังคำขวัญที่ว่า "เชื่อผู้นำชาติพันภัย."[115]

จอมพล ป. พิบูลสงครามได้ดำเนินมาตรการต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงความคิดจิตใจและแบบวิถีชีวิตของประชาชนพลเมืองเพื่อสร้างชาติให้ "วัฒนาถาวรเทียมทันอารยะประเทศ" โดยเฉพาะในด้านวัฒนธรรมซึ่งถูกอธิบายว่าหมายถึง

> *"ลักษณะที่แสดงความเจริญงอกงาม ความเป็นระเบียบอันดีงาม ความกลมเกลียวก้าวหน้าของชาติ และศีลธรรมอันดีของประชาชนย่อมมีความสำคัญและเป็นอุปกรณ์ให้การสร้างชาติของเราได้ดำเนินไปสู่จุดหมายได้รวดเร็ว และตั้งอยู่บนรากฐานอันมั่นคง ประเทศชาติจะมีการก่อสร้างถนนหนทางตึกรามขึ้นอย่างงดงาม มีเงินทองใช้สอยกันอย่างฟุ่มเฟือย แต่ถ้าพลเมืองของชาติมีวัฒนธรรมต่ำ มีจิตต์ใจเป็นป่าเถื่อนไม่รู้จักรักษาอนามัย ไม่แต่งกายเป็นระเบียบเรียบร้อย อะไรสะดวกอะไรง่ายดายก็ทำไป โดยมิได้ไตร่ตรองหาเหตุผลแล้ว ประเทศชาติของเราก็หาควรได้ชื่อว่าอารยะไม่ และจะวัฒนาถาวรอยู่ตลอดไปไม่ได้ เพราะไม่มีรากฐานอันมั่นคง รัฐบาลจึงพยายามขัดเกลาชำระล้างสิ่งโสโครกภายใน ได้แก่วัฒนธรรมของพี่น้องชาวไทยให้หมดจดผ่องใสเสียด้วย."* [116]

ความคิดที่จะ "ขัดเกลาชำระล้างสิ่งโสโครกภายใน" ของสังคมและวัฒนธรรมไทยทำให้เกิดมีการเสนอโครงการ "ตั้งกรรมการพิจารณาหาทางผดุงศีลธรรมของประชาชน" (ผู้ที่มีบทบาทสำคัญตั้งแต่ต้นคือหลวงวิจิตรวาทการ) โดยมีความเห็นว่า ให้คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ "พิจารณาหาทางที่จะชักจูงผดุงคุณภาพทางในของประชาชนให้เหมาะกับโครงการเศรษฐกิจ กสิกรรม อุตสาหกรรม และอื่นๆ ที่รัฐบาลพยายามสร้างประชาคมให้เหมาะแก่งานที่วางโครงไว้."[117] กล่าวได้ว่า นโยบายการสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามได้มีผลกระทบต่อแบบวิถีชีวิตของคนไทยอย่างลึกซึ้ง ทั้งโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

คำขวัญ อุดมการณ์ ความเชื่อ และนโยบายบางอย่างของจอมพล ป. พิบูลสงครามก็ยังฝังลึกอยู่ในจิตสำนึกทางการเมืองวัฒนธรรมของคนไทย เช่น การยืนตรงเคารพธงชาติทุกเช้า-เย็น, การเปลี่ยนมากินอาหารด้วยช้อน-ส้อม, ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย, การแต่งกายให้ถูกต้องตามกาลเทศะ, การกล่าวคำทักทายกัน, การสร้างมาตรฐานเกี่ยวกับท่ารำและท่วงทำนองของการแสดงนาฏศิลป์, รำวงมาตรฐาน, และที่สำคัญคือการเปลี่ยนชื่อประเทศจากสยามเป็นไทยที่ยังคงใช้กันอยู่ในปัจจุบันเป็นต้น.

อย่างไรก็ตาม นโยบายชาตินิยมของจอมพล ป. พิบูลสงครามได้สร้างความตึงเครียดทางสังคมการเมืองไทยในขณะนั้นเป็นอย่างมาก เนื่องจากจำกัดวงความหมายของคำว่าชาติให้หมายถึงชนชาติพันธุ์ไทยเท่านั้น[ที่มีสิทธิแข็งตัว (ทางการเมือง) ขึ้นมาได้] และส่งผลให้ชาวจีนจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในประเทศสยามมาเป็นเวลาหลายชั่วรุ่นถูกกีดกันในทางการเมืองไปโดยปริยาย. ภายในเวลาไม่กี่เดือนที่ขึ้นเป็นนายกรัฐมนตรี จอมพล ป. พิบูลสงครามได้ประกาศเปลี่ยนชื่อประเทศจากประเทศสยามเป็นประเทศไทย โดยให้เหตุผลว่า "นอกจากจะได้ชื่อประเทศตรงกับชื่อเชื้อชาติของพลเมืองแล้ว ยังได้ผลอย่างอื่นอีก เช่น เพิ่มพูนความรักประเทศ และทำให้จิตต์ใจของพลเมืองเกิดความเข้มแข็งโดยรู้สึกระลึกถึงความเป็นไทยยิ่งขึ้น เป็นการปลูกความสามัคคีระหว่างชาวไทยในประเทศนี้กับชาวไทยที่กระจัดกระจายอยู่ในประเทศอื่น ให้มีความรักใคร่กันยิ่งขึ้น."[118] เมื่อเปลี่ยนชื่อประเทศแล้ว รัฐบาลก็ได้เปลี่ยนเนื้อเพลงชาติใหม่โดยจัดให้มีการประกวด เนื่องจากเห็นว่าเนื้อเพลงชาติเดิมที่แต่งโดยขุนวิจิตรมาตราและแต่งเพิ่มเติมโดยนายฉันท์ ขำวิไล มีการใช้คำว่า "สยาม" กับ "ไทย" ควบคู่กันไป ซึ่งอาจเป็นสิ่งแสลงใจต่อนโยบายชาตินิยมของรัฐบาลที่ต้องการเชิดชูชนชาติพันธุ์ไทย. เนื้อเพลงชาติใหม่ของหลวงสารานุประพันธ์ที่ส่งประกวดในนามกองทัพบกและได้รับการคัดเลือกจึงเป็นการเน้นชนชาติพันธุ์ไทยเพียงอย่างเดียวดังที่สะท้อนอยู่ในคำขึ้นต้นที่ว่า "ประเทศไทยรวมเลือดเนื้อชาติเชื้อไทย" และเน้นความเป็นรัฐชาติด้วยการประกาศว่าประเทศไทยนั้น "เป็นประชารัฐ" (คือไม่ได้เป็นรัฐสมบูรณาญาสิทธิ์ของกษัตริย์ดังที่เคยเป็นมาในอดีตอีกต่อไปแล้ว).[119]

นอกจากนโยบายทางการเมืองวัฒนธรรมเพื่อปลุกปั่นความเป็นไทยให้แข็งตัว (ทางการ

เมือง) ขึ้นมาแล้ว นโยบายสำคัญในการสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม คือ โครงการรณรงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับพลเมืองของชาติ. จอมพล ป. พิบูลสงครามแยกงานในการสร้างชาติออกเป็น 2 แนวทาง คือ ด้านประชาชน กับด้านรัฐบาลและข้าราชการ โดยมีเหตุผลในส่วนที่เกี่ยวกับประชาชนเนื่องจาก "ประชาชนอันเป็นพลเมืองของชาตินั้น จำจะต้องปฏิบัติความเป็นอยู่ให้ชอบด้วยหน้าที่ของตนแต่ละคน เช่น ใครมีร่างกายอ่อนแอต้องบำรุงกำลังให้แข็งแรงขึ้น ใครเสื่อมโทรมในอานามัยถึงเจ็บไข้ ต้องรีบรักษา ใครสมบูรณ์ในพลามัยแล้วต้องบำรุงตัวไว้อย่าให้โรคาพยาธิมาเบียดเบียน."[120] กล่าวได้ว่า การสร้างพลเมืองที่เข้มแข็งเป็นความคิดหลักอย่างหนึ่งในนโยบายการสร้างชาติของจอมพล ป. พิบูลสงครามตั้งแต่ช่วงแรกที่เข้ามาเป็นนายกรัฐมนตรี ดังที่รัฐบาลใหม่ของของพันเอก หลวงพิบูลสงคราม (ยศขณะนั้น) ได้แถลงนโยบายของรัฐบาลด้านการสาธารณสุขต่อรัฐสภาเมื่อ พ.ศ.2480 ว่าจะขยายการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในขณะนั้น เช่น ไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิตต์ เป็นต้น เนื่องจากโรคดังกล่าว "เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้พลเมืองถึงแก่ความตายปีละ 3-4 หมื่นคน...[และ]เป็นโรคเรื้อรังประจำถิ่นซึ่งคอยรบกวนอยู่เสมอ ผู้ป่วยมีร่างกายซูบซีด ประกอบอาชีพไม่ได้เยี่ยงคนปกติ ทำให้เกิดอุปสรรคแก่การกสิกรรม อุตสาหะกรรม และการเจริญก้าวหน้าของประเทศ."[121] นโยบายการสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามจึงให้ความสำคัญกับพลเมืองอย่างมาก คือมีความเห็นว่าประชาชนพลเมืองคือหัวใจสำคัญของการสร้างชาติให้มีความเข้มแข็งก้าวหน้า นโยบายต่างๆ จึงเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนประชากรและการดูแลรักษาสุขภาพของประชากรให้มีความแข็งแรง. จอมพล ป. พิบูลสงครามมีความเห็นว่า "กำลังคนเป็นรากแก้วที่สำคัญยิ่งอีกด้วยที่จะบันดาลให้กิจการน้อยใหญ่เกิดเป็นผลให้มีอยู่ดีกินดีขึ้นได้... ชาติไทยจะปลอดภัยอยู่ที่เรามีกำลังคนมาก และชาติไทยจะเป็นมหาอำนาจตามที่เราตั้งความมุ่งหมายไว้ทุกคนนั้น ก็อยู่ที่มีกำลังคนมาก"[122] ดังนั้นรัฐบาลจึงมีความจำเป็นต้อง "เร่งรัดชาติของเราให้มีพลเมืองเพิ่มขึ้นกว่านี้ อย่างน้อยจะต้องมี 40 ล้านคน และยิ่งมากกว่านั้นก็ยิ่งดี."[123]

นโยบายการเพิ่มพลเมืองของรัฐบาลถูกแปรให้เป็นมาตรการต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว เช่น เผยแพร่ความคิดเรื่องการเป็นพันธุ์ที่ดีและการผสมพันธุ์ที่ดีตามหลักยูจีนิกส์ (Eugenics), ส่งเสริมการสมรส โดยการจัดงานสมรสหมู่ขึ้นทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด โดย

รัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ และการจัดงานวันแม่และจัดให้มีการประกวดแม่ลูกดก เป็นต้น.[124] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประชาชนพลเมืองจะเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างชาติ แต่สภาพที่เป็นอยู่ก็คือ "ประชากรของชาติมีอนามัยไม่ดี กับได้รับการรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึงและสมบูรณ์เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ถึงแก่กรรมลงในเยาว์วัยมาก ทำให้มีการเพิ่มพลเมืองไม่เป็นไปตามส่วนสัดอันพึงประสงค์" จอมพล ป. พิบูลสงคราม จึงมีความเห็นว่า "สมควรที่จะปรับปรุงกิจการของชาติในส่วนนี้ให้รัดกุมยิ่งขึ้นและเหมาะสมแก่กาลสมัย...รวมกิจการแพทย์ทั้งสิ้นขึ้นเป็นหน่วยเดียว เพื่อให้รับผิดชอบร่วมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียว ซึ่งจะทำให้การทำงานร่วมแรงและประสานกันดีขึ้น."[125] ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ปัญหาสำคัญแรกสุดที่นโยบายการสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามต้องเผชิญก็คือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถสร้างความเข้มแข็งให้แก่ร่างกายของพลเมือง และแปรให้เป็นพลังในการผลิตที่จะนำไปสู่ความมั่งคั่งและเจริญก้าวหน้าของชาติ หรือเรียกได้ว่าเป็นโครงการร่างกายเพื่อสร้างเรือนร่างของพลเมืองให้เป็นเรือนร่างที่มีอรรถประโยชน์สูงสุดในการผลิตและสงบราบคาบหรือเชื่องในทางการเมือง. เราอาจกล่าวโดยสรุปจิตวิญญาณของโครงการร่างกายได้ดังที่ **หนังสือพิมพ์ศรีกรุง** เขียนไว้เมื่อ พ.ศ.2482 ว่า "สิ่งที่อยู่เหนือและสำคัญ... คือการทะนุบำรุงสุขภาพแห่งร่างกายและสมองอันนับเปนสิ่งเคลื่อนไหวอันสำคัญที่จะพามนุษย์เราไปสู่ความเจริญก้าวหน้าหรือความเสื่อมโทรม... หากประเทศชาติอุดมสมบูรณ์ด้วยพลเมืองที่มีสุขภาพดี ประเทศก็จะมั่นคงถาวรและเจริญรุ่งเรือง หากเต็มไปด้วยคนอ่อนแอ ประเทศก็จะเสื่อมโทรมและล่มจมลงในมิช้า."[126]

ความคิดเรื่องการสร้างชาติด้วยโครงการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ร่างกายของประชาชนพลเมืองของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามนั้นกล่าวได้ว่า เป็นความคิดที่แพร่อยู่ทั่วไปในหมู่ปัญญาชนไทยในขณะนั้นอยู่พอสมควร ดังเช่นนายใช้ เรืองศิลป์ ได้ตีพิมพ์ **หนังสืออ่านปลุกใจนักเรียน** (หนังสือประกอบวิชาความรู้เรื่องเมืองไทยและหน้าที่พลเมือง สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมตอนต้นที่กระทรวงศึกษาธิการอนุญาตให้ใช้เป็นแบบเรียน พิมพ์ครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ.2480) และได้เขียนในทำนองเรียกร้องต่อผู้อ่านในตอนหนึ่งว่า ประเทศสยามกำลังต้องการ "เด็กที่แข็งแรง อดทน และกล้าหาญ" เพื่อสร้างความเจริญก้าวหน้าไปให้กับประเทศ. นายใช้ระบุว่า วิธีการที่จะสร้างร่างกายให้มีความแข็งแรงตามความต้องการของประเทศนั้นมีหลักอยู่ 5 ประการ

คือ 1) กินอาหารที่ดี, 2) สูดอากาศที่ดี, 3) ดื่มน้ำที่สะอาด, 4) ออกกำลังกายอยู่เสมอ, และ 5) รักษาร่างกาย เสื้อผ้า และบ้านเรือนให้สะอาด.[127] กล่าวโดยสรุปก็คือ การสร้างชาตินั้นต้องวางอยู่บนพื้นฐานของการดูแลร่างกายกับการกินอาหาร.

นอกจากนี้ ความคิดในเรื่องการดูแลรักษาร่างกายและสุขภาพนั้นได้แพร่หลายอยู่ก่อนหน้านั้นแล้วในหนังสือที่มีชื่อเสียงเรื่อง **พลเมืองดี** ของพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกเมื่อ ร.ศ.130 (พ.ศ.2454) โดยกล่าวถึงการดูแลรักษาร่างกายว่า ถ้ามีความเอาใจใส่ดูแลร่างกาย "อุตส่าห์ปฏิบัติรักษา โรคภัยไข้เจ็บก็ไม่ค่อยจะเกิด ถ้าไม่เอาใจใส่ก็มักจะเจ็บไข้บ่อยๆ ปราศจากความสุขสำราญ." หัวใจสำคัญที่พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์เน้นในการดูแลรักษาร่างกายคือเรื่องการกินอาหาร, น้ำ, อากาศที่หายใจ, อิริยาบถ, ความอบอุ่น, และความสะอาด.[128] พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์กล่าวว่า อาหารเป็นสิ่งสำคัญ เพราะมนุษย์ต้องกินอาหารเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายให้อยู่รอด เพราะฉะนั้น "จึงควรกิน[อาหาร]ที่ไม่มีโทษ." การกินอาหารจึงต้องมีความระมัดระวัง กล่าวคือ "อาหารที่บูดเสียไม่ทันรู้กินเข้าไปก็ให้โทษร้าย อาหารที่ควรกินสุกทำไม่สุกดี เช่น ข้าวทุงไม่สุก เป็นต้น กินก็โทษ ทำให้ท้องขึ้น ท้องเสีย แม้เนื้อสัตว์ เนื้อบางอย่างมักเป็นโรค ถ้าไม่รู้ว่าเป็นโรคและทำไม่สุกกินเข้าไป โรคที่เนื้อสัตว์ก็อาจติดเราได้."[129]

หลักปฏิบัติในการกินอาหารตามความเห็นของพระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ ก็คือ 1) ควรกินอาหารให้ครบตามสัดส่วน เพราะมนุษย์ต้องการอาหารสำหรับเป้าหมายหลายอย่าง เช่น เพื่อเป็นเนื้อ, ซ่อมแซมกระดูก, บำรุงโลหิต, ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย, บำรุงกำลัง, หรือเพื่อปรุงแต่งรสชาติ, ดังนั้นประชาชนพลเมืองจะต้องรู้จักกินอาหารให้ได้ตามสัดส่วนที่ร่างกายต้องการ คือ "ควรกินให้ได้ส่วนตามสมควรที่จะเป็นประโยชน์แก่ร่างกาย ไม่ควรกินอย่างเดียวมากเกินและไปขาดอย่างอื่น"; 2) ควรกินอาหารแต่พอดี; 3) ควรกินอาหารให้เป็นเวลา ไม่ควรปล่อยให้หิวนาน "เพราะน้ำย่อยอาหารเคยมีบริบูรณ์เวลาไหนก็เวลานั้น ถ้าปล่อยไว้ให้หิวจัดก็เกิดโรค เพราะน้ำย่อยอาหารมาคอยอยู่นานจนอ่อนแรง"; 4) ควรกินอาหารอย่างช้าๆ เพื่อเคี้ยวให้ละเอียดจะได้ย่อยง่าย, ไม่ควรใช้ความคิดเพราะจะทำให้โลหิตไหลไปอยู่ที่สมองแทนที่จะนำไปใช้ในการย่อยอาหาร, และไม่ควรกินน้ำมากเพราะจะทำให้น้ำย่อยเจือจาง.[130] สำหรับพระยา-

วิสุทธิสุริยศักดิ์แล้ว "อาหารไม่ผิดกันกับยา" กล่าวคือในขณะที่ยาใช้สำหรับรักษาโรค, ส่วนอาหารเป็น "ส่วนที่[ป้อง]กันโรค". กล่าวโดยสรุปก็คือ พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์มีความเห็นว่า "เราแก้โรคด้วยยา เรากันโรคด้วยอาหาร."[131] กล่าวได้ว่า ความพยายามที่จะเข้าใจในเรื่องสัดส่วนของอาหารที่ประชาชนพลเมืองควรจะบริโภคตามความต้องการของร่างกายนั้นได้กลายเป็นความสนใจที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐในช่วงเวลานั้น ดังที่มีรายงานของกองแพทย์สุขาภิบาลเมื่อ พ.ศ.2464 เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการวิจัยทดลองเพื่อหาทางป้องกันโรคเหน็บชาด้วยการค้นหาส่วนผสมที่อยู่ในข้าวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหน็บชาโดยหน่วยงานด้านห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ของรัฐ,[132] หรือความสนใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาโรคขาดอาหารและโรคเหน็บชาของตัวแทนของรัฐบาลสยามที่เข้าร่วมการประชุมของสมาคมอายุรเวชกรรมเมืองร้อนฝ่ายบุรพทิศ (Far Eastern Association of Tropical Medicine) ที่เมืองกัลกัตตาเมื่อ พ.ศ.2474.[133]

ความคิดเรื่องการสร้างชาติโดยการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ร่างกายของประชาชนพลเมืองและการเริ่มเกิดปัญหาเรื่องการขาดแคลนอาหารเนื่องจากอยู่ในช่วงกำลังจะเกิดสงคราม ทำให้รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามพยายามรณรงค์ให้ประชาชนทำสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ เพื่อป้องกันการขาดแคลนอาหาร โดยกำหนดให้ "เจ้าบ้านมีหน้าที่จัดทำการสวนครัว และการเลี้ยงสัตว์ บนที่ดินที่ตนอาศัยอยู่ตามชะนิดที่กรมการอำเภอในเขตต์นั้นกำหนดไว้ และให้มีปริมาณพอเพียงแก่การช่วยเหลือการใช้จ่ายในครัวเรือน" (มาตรา 4),[134] และโครงการที่สำคัญโครงการหนึ่งตามนโยบายการสร้างชาติของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม คือ "โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ" ซึ่งถูกเสนอขึ้นภายในช่วงเวลาไม่นานหลังจากที่จอมพล ป. พิบูลสงครามขึ้นดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี.

โครงการส่งเสริมอาหารของชาติเริ่มจากการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้มีหนังสือถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2481 เรื่อง "โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ" โดยระบุว่า กรมสาธารณสุขได้เสนอต่อกระทรวงมหาดไทยว่า ผลจากการค้นคว้า "ตามหลักวิชาการในทางการแพทย์และการสาธารณสุข" ในขณะนั้นพบว่า "การบริโภคอาหาร

ของพลเมืองในประเทศสยามโดยทั่วๆ ไป ส่วนมากยังบกพร่อง ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ อันเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้พลเมืองมีร่างกายไม่เจริญเติบโตและมีกำลังพอที่จะต้านทานต่อโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ที่มารบกวนได้." ผลจากการบริโภคอาหาร "ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ" นี้ทำให้พลเมืองจำนวนมากต้องเสียชีวิตในแต่ละปี, ส่วนผู้ที่ยัง "ทรงชีวิตอยู่ได้ก็มีกำลังร่างกายอ่อนแอ" ทำให้ไม่สามารถประกอบการอาชีพได้เต็มที่เหมือนอย่างคนปกติ "ทำให้เกิดอุปสรรคแก่การกสิกรรม อุตสาหะกรรม การเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติ."[135]

โครงการส่งเสริมอาหารของชาติระบุว่า "ความบกพร่องธาตุอาหารสำคัญแห่งอาหารมีชุกชุมแพร่หลายทั่วประเทศ" โดยเฉพาะในภาคเหนือกับภาคอีสาน ซึ่งโรคที่เกิดจากสาเหตุดังกล่าวอย่างเช่นเฉพาะโรคเหน็บชานั้นมีผลให้มีผู้เสียชีวิตถึงประมาณ 2,000 คนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าโรคร้ายแรงที่มีผู้คนหวาดกลัวอย่างเช่นอหิวาต์. จำนวนผู้ตายโดยบกพร่องธาตุสำคัญในอาหารนั้นจึงมี "ปีละหลายพัน เท่าที่ทราบ แต่ที่จริงนั้นอาจเป็นจำนวนหมื่นๆ เพราะการ report statistical data ของเรายังไม่มีสมรรถภาพดีพอ," ส่วนจำนวนของผู้ที่ป่วยทั้งรุนแรงและเรื้อรังนั้น "ย่อมมีมาก คงเป็นจำนวนแสนๆ" และยังต้องรวมถึงผู้ที่ไม่ปรากฏว่ามีอาการเจ็บป่วย "แต่มีสุขภาพอ่อนแอ แข้งคด ข้อมือเล็ก ฟันผุ ผอม เตี้ย และปราศจากกำลังมานะทั้งกายและใจนั้นมีมากเป็นจำนวนล้าน." ความอ่อนแอของพลเมืองและความไม่เติบโตสูงใหญ่ให้สมสัดส่วนของการเป็นพลเมืองวัยหนุ่มสาวนั้นมีสาเหตุสำคัญมาจากการบกพร่องธาตุสำคัญแห่งอาหาร ซึ่งถูกมองว่าเป็น "อุปสรรคแก่กสิกรรม อุตสาหกรรม และการเจริญก้าวหน้าของชาติ." ดังนั้นการส่งเสริมอาหารการบริโภคของพลเมืองให้มีมาตรฐานดียิ่งขึ้นจึงเป็นปัจจัยสำคัญของงานอนามัยอันแท้จริง และจะเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของพลเมืองได้อย่าง "เห็นผลทันใจ และทั้งจะทำให้ผู้ที่ไม่ปรากฏอาการป่วยมีสุขภาพทั้งกายและใจดีขึ้นอีกมากต่อมาก." โครงการส่งเสริมอาหารของชาติจึงเสนอให้ดำเนินการต่างๆ คือ 1) ตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้น, 2) สร้างตำราสำหรับพลเมือง นักเรียน และเจ้าหน้าที่, 3) การโฆษณาโดยภาพยนตร์ ภาพนิ่ง โปสเตอร์ สุขพจน์[sic]ทางวิทยาและสุขพจน์ตามที่อื่นๆ, 4) การปราบโรคบกพร่องธาตุอาหารเนื่องจากโรคชนิดนี้มีมากและระบาดบ่อยๆ, 5) การสำรวจท้องถิ่นต่างๆ ในแง่อาหาร ชีวิต และการอนามัยของชาวชนบท, 6) การส่งเสริม

ให้ชาวชนบทมีมาตรฐานการกินอยู่ให้ดียิ่งขึ้นโดยใช้หน่วยตัวอย่าง, 7) การร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ เช่น กรมวิทยาศาสตร์ กรมพาณิชย์ กรมพลศึกษา และกรมพลาธิการในกระทรวงกลาโหม, 8) การอบรมเจ้าหน้าและพนักงานในวิชาอาหาร, 9) การออกกฎหมายเพื่อป้องกันมิให้ประชาชนถูกโกงโดยพ่อค้าจำหน่ายอาหาร, 10) การศึกษาในแง่เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของอาหาร เช่น การผลิตผล, การแปรรูปอาหาร, และการขนส่ง. นอกจากกองส่งเสริมอาหารจะต้องมีหน้าที่สำรวจศึกษา "ชีวิตสังคมและสังสรรค์แห่งครอบครัว เพราะกิจการอาหารมีความสัมพันธ์กับการสังสรรค์และเศรษฐกิจ" แล้ว เป้าหมายสำคัญในการค้นคว้าทางวิชาการของกองส่งเสริมอาหารคือ "ศึกษาทดลองหาอาหารที่มีธาตุสำคัญครบพร้อมและราคาถูกเพื่อแนะนำให้ประชาชน และโดยสำคัญชาวชนบท."[136]

กระทรวงมหาดไทยมีความเห็นพ้องกับโครงการที่กรมสาธารณสุขเสนอมา โดยมีความเห็นว่า เป็นโครงการที่มีความสอดคล้องกับแนวทางที่ปรากฏอยู่ในข้อแนะนำของรายงานการประชุมว่าด้วยการอนามัยในชนบท (Rural Hygiene) ของสันนิบาตชาติ ณ เมืองบันดุง ประเทศอินโดนีเซีย ดังที่เลขาธิการสันนิบาตชาติได้แจ้งต่อกระทรวงการต่างประเทศของสยาม ซึ่งทางกระทรวงมหาดไทยได้ตอบรับรองไปแล้วว่าจะยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ "สำหรับอนุโลมจัดระเบียบการอนามัยในชนบทให้เหมาะสมสถานะและภาวะของประเทศสยาม." กระทรวงมหาดไทยมีความเห็นว่า"เป็นเวลาอันสมควรแล้วที่รัฐบาลจะต้องรีบส่งเสริมกิจการประเภทนี้ให้ก้าวหน้าต่อไปเพื่อประโยชน์แก่อนามัยของพลเมืองให้ดียิ่งขึ้น" พร้อมกับเสนอต่อเลขาธิการคณะรัฐมนตรีว่าควรให้มีการ "จัดตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้นในกรมสาธารณสุข."[137]

ในวันต่อมา คือวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ.2481 นายแพทย์ย่งฮั้ว[ยงค์ ชุติมา] นายแพทย์ตรวจการสาธารณสุขภาคเหนือ ได้มีจดหมายจากกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ส่งถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่อง "โครงการตั้งกองส่งเสริมอาหาร (Division of Nutrition)" เพื่อขอให้ "ช่วยให้โครงการณ์ตั้งกองส่งเสริมอาหาร (ซึ่งกรมสาธารณสุขเสนอมายังเลขาธิการคณะรัฐมนตรีแต่วานนี้ที่ 5 ตุลาคม) ให้ได้รับความพิจารณาของคณะรัฐมนตรีโดยเร็วด้วย" เพื่อให้เรื่องถูกส่งไปถึงกระทรวงการคลังก่อนวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ.2481, "เพราะถ้าถึงกระทรวงการ

คลังช้ากว่านี้ทางกระทรวงการคลังจะไม่รับพิจารณาให้มีกองขึ้นสำหรับ พ.ศ.2482." ในจดหมายเล่าว่า เนื่องจากนายแพทย์ย่งฮั้วมีความเห็นว่า "อาหารการบริโภคที่เหมาะสมและดีเป็นรากฐานแห่งสุขภาพและการแพทย์แผนปัจจุบัน" จึงได้รับการอนุมัติและส่งเสริมจากกรมสาธารณสุขให้ดำเนินงานด้านนี้มาเป็นเวลา 4 ปี "โดยความเหน็จเหนื่อยยิ่ง" จนทำให้ "กิจการอาหารซึ่งเป็นงานใหม่ในสยามก็ได้พยายามเบ่งตัวขยายขึ้นเรื่อยๆ". อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานด้านอาหารยังไม่มีองค์การและเจ้าพนักงานเพียงพอจึงทำให้ดำเนินการไปด้วยความล่าช้า ดังนั้น"เพื่อจะให้งานฝ่ายอาหารเป็นงานสำคัญและดำเนินไปโดยผลงามอย่างยิ่งต่อประเทศชาติ" นายแพทย์ย่งฮั้วจึงได้เสนอ "โครงการณ์ตั้งกองส่งเสริมอาหาร" ขึ้นในกรมสาธารณสุขสำหรับ พ.ศ.2482 ซึ่ง "ที่ประชุม อ.ก.พ. กรม" และตลอดจนถึงนายแพทย์ใหญ่และอธิบดีกรมสาธารณสุขก็เห็นพ้องด้วย เพราะในปัจจุบัน "วิชาอาหารการบริโภค (Food & Dietetics) ได้ก้าวหน้าเร็วยิ่งจนมีความสำคัญเท่าหรือยิ่งกว่าโอสถกรรม (Medicine) ภายในวงการแพทย์แผนปัจจุบัน และถ้าพิจารณาในแง่สาธารณสุขแล้วอาหารย่อมสำคัญที่สุดในการป้องกันโรค ปราบโรค และส่งเสริมอนามัยอันแท้จริง (Positive Health) ให้แก่พลเมืองของชาติ." นอกจากนี้ โรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุจากการบกพร่องธาตุสำคัญแห่งอาหารนั้นก็มี "ตกดื่นทั่วประเทศ และสภาพอ่อนแอ แข้งคด ผอมเตี้ย หรือหย่อนอนามัยมีเต็มบ้านเต็มเมือง" หากมีการตั้งกองส่งเสริมอาหารขึ้นสำเร็จจะได้ดำเนินการป้องกันโรค ปราบโรค และส่งเสริมอนามัยอย่างจริงจัง และมีความเห็นว่า "ภายในระยะเวลาอันไม่นานก็จะได้แสดงผลให้ประชาชนเห็นชัดว่า อาหารการกินเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับส่วนบุคคลและสำหรับชาติ กิจการต่างๆ เกี่ยวกับอนามัยและการสร้างชาติ (National Reconstruction) ย่อมไร้ผลถาวร หากว่าไม่พิจารณาและส่งเสริมอาหารการบริโภคให้เป็นฐานอันมั่นคง (Foundation) ประกอบไปด้วย." [138]

กล่าวได้ว่า นายแพทย์ยงค์ ชุติมา คือผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันเกี่ยวโครงการอาหารแห่งชาติ เนื่องจากภายหลังจากกลับจากการศึกษาทางสาธารณสุขศาสตร์ในอเมริกาเมื่อ พ.ศ.2477 แล้วก็ได้รับมอบหมายจากพระไวทยวิธีการ ผู้ช่วยอธิบดีกรมสาธารณสุขในสมัยนั้นให้เป็นผู้พิจารณาและดำเนินการเรื่องการส่งเสริมอาหาร และมีหน้าที่เผยแพร่ความรู้และชักชวนให้ประชาชนมีความตระหนักถึงความสำคัญของอาหารและการ

บริโภคอาหารให้ครบถ้วนตามสัดส่วน, และถูกส่งไปเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับบริโภคศาสตร์และอาหารในการประชุมของ Journees de la Sante Publique ที่ปารีสและการประชุมของสมาคม Royal Sanitary Institute ครั้งที่ 48 ที่เมืองเบอร์มิงแฮมเมื่อ พ.ศ.2480.[139] ก่อนที่จะมีการเสนอโครงการอาหารแห่งชาติ นายแพทย์ยงค์ได้เขียนหนังสือและบทความเกี่ยวกับอาหารออกเผยแพร่จำนวนหลายชิ้น เช่น **สยามก้าวหน้าและอนามัยแผนใหม่** (พิมพ์ครั้งแรกมกราคม พ.ศ.2479 ขณะที่ดำรงตำแหน่งเป็นนายแพทย์ตรวจการสาธารณสุขและเป็นกรรมการสาธารณสุขและการแพทย์),[140] บทความเรื่อง "ถั่วเหลือง" ใน **หนังสือแถลงการณ์สาธารณสุข** เล่มที่ 12 อันดับ 12 (มีนาคม 2479),[141] บทความเรื่อง "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?" ใน **หนังสือพิมพ์วิทยาศาสตร์** (20 มกราคม 2480)[142] เป็นต้น. ในบทความเรื่อง "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?" นายแพทย์ยงค์กล่าวว่า "รากฐานแห่งการเจริญของประเทศชาติอยู่ที่คนและกำลังคน" และแม้ว่าการศึกษาของประชาชนจะดี การคมนาคมจะมีความสะดวก การอุตสาหกรรมจะก้าวหน้า แต่ถ้าหาก "พลเมืองออดแอด อ่อนแอขี้โรค ทำงานหนักไม่ได้ อายุสั้น ความเจริญที่แท้จริงย่อมเป็นของเราไม่ได้" ซึ่งเขาเห็นว่าปัญหาเหล่านี้ "แก้ได้ด้วยอาหารการกิน ขณะนี้เรากำลังอยู่ในระยะของการปฏิวัติ ดังนั้นจึงขอให้เราปฏิบัติในเรื่องอาหารการกินของประชาชนด้วยอีกประการหนึ่ง."[143] กล่าวโดยสรุป นายแพทย์ยงค์เห็นว่า "การสร้างคน ซึ่งเป็นฐานสำคัญของชาติ" นั้นจะต้องเริ่มต้นด้วยการ "(1) ปฏิรูปอาหารของชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวชนบทและคนหนุ่ม (2) เผยแพร่กายบริหารทั้งชาติสำหรับทั้งสองเพศและทั้งหนุ่มแก่ (3) ส่งเสริมการหย่อนอารมณ์ชนิดที่ไม่มีอบายมุข" ซึ่งเขาเรียกแนวทางดังกล่าวว่าคือ "ระบอบใหม่แห่งอนามัยของชาติ...(A New Regime in National Hygiene)."[144] นอกจากนี้ นายแพทย์ยงค์เห็นว่า แม้ว่าการสุขาภิบาล เช่น การสร้างส้วม หรือการกำจัดขยะมูลฝอยและเชื้อโรคจะเป็นสิ่งสำคัญ, แต่เขา "มั่นใจได้เสมอว่า รากหรือฐานของสุขภาพอยู่ที่ ***กินก่อนอื่น*** คือกินให้ได้ระดับหรือให้ใกล้ระดับบริโภคศาสตร์สำคัญยิ่งกว่ากิจการอื่น เพราะมนุษย์เรา และโดยเฉพาะทารก เด็ก และสัตว์ตายป่วยกันมากๆ นั้นมักเนื่องจาก ***กินไม่เป็นหรือบกพร่องอาหารธาตุสำคัญ*** เป็นส่วนใหญ่."[145] ดังนั้นในระบบใหม่แห่งอนามัยของชาติตามที่เขาเสนอนั้น "อาหารการกินต้องเป็นหน่วยสำคัญที่สุด" เพราะถ้าหากประชาชนพลเมือง "ยังกินไม่ดีและป่วยง่าย ตาย

ง่าย อย่างที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้ก็ไม่ได้ประโยชน์อะไรเลยที่จะส่งเสริมการสุขาภิบาล เว้นแต่สำหรับท้องที่ที่หนาแน่นด้วยราษฎรซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้อำนาจกฎหมายเพื่อบังคับในการสุขาภิบาล ส่วนสำหรับท้องที่ชนบทต่างๆ...นั้นมีสิ่งอื่นๆ เช่น ***อาหารและการบำบัดบางอย่างที่ควรได้รับการเอาใจใส่ก่อน.***"[146]

คณะรัฐมนตรีนำเรื่องโครงการอาหารแห่งชาติเข้าสู่การพิจารณาในการประชุมคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 34/2481 เมื่อวันศุกร์ที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2481 โดยมีมติตกลงรับหลักการ และให้ส่งให้กระทรวงการคลังพิจารณา.[147] ในที่สุด กรมสาธารณสุขก็ได้จัดตั้งองค์การส่งเสริมอาหารขึ้นใน พ.ศ.2481 และเลื่อนสถานะเป็นกองส่งเสริมอาหารในปีต่อมา และเมื่อจัดตั้งกรมประชาสงเคราะห์ขึ้นใน พ.ศ.2483 ก็ได้โอนกองส่งเสริมอาหารมาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ โดยเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นกองบริโภคสงเคราะห์ (เมื่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ.2485 กองบริโภคสงเคราะห์ได้ถูกโอนมาเป็นกองอาหารและยาในสังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) โดย "กองบริโภคสงเคราะห์มีนโยบายอันสำคัญที่สุด คือ การ***โฆษณา*** ลบล้างประเพณีโบราณอันขัดกับหลักวิชาบริโภคศาสตร์ และการ ***เผยแพร่*** ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์แห่งการบริโภคให้แก่ข้าราชการ ครู นักเรียน และประชาชน" โดยใช้วิธีการโฆษณาด้วยการบรรยายทางวิทยุกระจายเสียง, ตีพิมพ์เรื่องอาหารในเอกสารทางราชการและหนังสือพิมพ์, ผลิตตำราด้านบริโภคศาสตร์, แจกใบปลิว, โฆษณาชวนเชื่อ, ประชุมอบรม การเยี่ยมเยือนครัวเรือนของชาวบ้านเพื่อชี้แจงแนะนำการบริโภคอาหารให้ถูกและได้ธาตุอาหารครบตามสัดส่วนตามความต้องการของร่างกาย ฯลฯ.[148]

ในช่วงหลังจากนี้ นายแพทย์ยงค์ ชุติมาได้พูดออกอากาศทางวิทยุกระจายเสียงและเขียนบทความเกี่ยวกับอาหารออกเผยแพร่จำนวนหลายชิ้นมาก เช่น บทความเรื่อง "ขั้นแรกแห่งการสร้างชาติ" (พ.ศ. 2483); "การบริโภคเนื้อสัตว์" (พ.ศ.2484); "พลานามัยแห่งร่างกาย" (พ.ศ.2484); "เครื่องในสัตว์เป็นอาหารดี" (พ.ศ.2485); "อาหารกับการทวีพลเมือง" (พ.ศ.2485); "การปรับปรุงอนามัยของชาติ ตอนที่ว่าด้วยการมารดาทารกสงเคราะห์" (พ.ศ.2485); "โรคขาดธาตุอาหาร" (พ.ศ.2485); "เรื่องของการกินกับ" (พ.ศ.2485); และ "กิน

นมกินไข่" (พ.ศ.2485) เป็นต้น.[149] ในบทความเรื่อง "ขั้นแรกแห่งการสร้างชาติ" ซึ่งเผยแพร่ใน พ.ศ.2483 นายแพทย์ยงค์เสนอว่า วัตถุประสงค์สำคัญของนโยบายการสร้างชาติที่รัฐบาลกำลังดำเนินการอยู่นั้น คือ "เพื่อให้ประชากรของชาติมีร่างกายกำยำล่ำสัน สูงใหญ่ อนามัยดี ไม่เจ็บป่วยออดๆ แอดๆ และไม่มีน้ำใจเข้มแข็ง" เพราะหาก "พลเมืองของชาติต้องมีคุณภาพดี ประกอบกับมีจำนวนมากด้วย จึงจะจรรโลงไทยให้เป็นชาติที่เข้มแข็งได้." ดังนั้นเขาเห็นว่า "บันไดขั้นแรกแห่งการสร้างชาติ" คือ "สำคัญที่การกิน" เพราะว่าอาหารที่คนไทยบริโภคอยู่นั้น "ยังไม่ได้สัดส่วนเหมาะสมแก่ความต้องการของร่างกาย" กล่าวคือ บริโภคอาหารจำพวกข้าว, แป้ง, และน้ำตาลมากเกินไป แต่ "ยังหย่อนอยู่มาก" ในหมู่ธาตุอาหารที่มีความสำคัญยิ่งต่อร่างกาย คือ โปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน. นายแพทย์ยงค์เสนอว่า "ชาติไทยจักต้องปฏิวัติลัทธิประเพณี ตลอดจนวิธีของการกินและการครัว จึงจะบังเกิดผลสำเร็จในการสร้างชาติได้" กล่าวคือ "เราเคยสอนเด็กให้กินข้าวมากๆ กินกับน้อยๆ มาแต่สมัยดึกดำบรรพ์ ซึ่งเป็นคำสอนที่ผิดและมีอันตรายต่อชาติอย่างยิ่ง ฉะนี้จึงต้องสอนกันใหม่ให้***กินกับมากๆ กินข้าวแต่พอควร.***"[150]

ในช่วงที่กรมประชาสงเคราะห์ (กองบริโภคสงเคราะห์) ได้รณรงค์ให้ประชาชนพลเมืองหันมากินไข่ใน พ.ศ.2483 อยู่นั้น นายแพทย์ยงค์ ชุติมา ได้เขียนบทความเรื่อง "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย" ลงพิมพ์ในหนังสือ **ข่าวแพทย์** เมื่อพฤศจิกายน พ.ศ.2483 โดยเล่าว่า ความจริงแล้วรัฐบาลได้ดำเนินการปฏิรูปอาหารการกินของพลเมืองมาตั้งแต่ พ.ศ. 2477 โดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงอาหารของพลเมืองด้วยวิธีโฆษณาทุกประการ เช่น ทำภาพเพื่อก่อความสนใจให้พลเมืองหันมานิยมบทเรียนใหม่ คือ ให้ "กินกับมากๆ กินข้าวพอควร" เพื่อเพิ่มวัตถุธาตุอาหารสำคัญ เช่น วิตามิน โปรตีน และเกลือแร่ต่างๆ เพื่อให้พลเมือง "มีกำลังวังชาเป็นชาติมหาอำนาจแห่งแหลมทองได้."[151] ผลของการปฏิรูปการกินอาหารของพลเมืองในชั่วระยะเวลา 7 ปีนั้นได้ทำให้บรรดาเด็กนักเรียน นิสิตนักศึกษา ตลอดจนถึงประชาชน "ที่สัมผัสกับชีวิตแผนปัจจุบัน" ได้มีความสนใจในเรื่องอาหารการกินมากขึ้นทุกวัน เนื่องจากการส่งเสริมอาหารหรือการเชื้อเชิญชักจูงประชาชนพลเมืองของชาติ "ให้ละทิ้งประเพณีที่ผิดเพื่อหันมานิยมลัทธิการกินแผนใหม่[ให้]ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์และธรรมชาติ" นั้นถือว่ามีความสอดคล้องกับการก้าวหน้าของชาติไทย.[152] นอกจากนี้ อาหารของพลเมืองไทยส่วนใหญ่ก็เน้นหนักไปทางผลิต

"เชื้อเพลิง (ข้าว) และสิ่งเผ็ดร้อน (พริก)" มากเกินไปจนทำให้พลเมืองส่วนมาก "ป่วยเรื้อรัง โดยมีอาหารท้องเสียขึ้นท้องเฟ้ออยู่เป็นเนืองนิจและทำให้มีร่างกายไม่สมประกอบมีขาแข้งคดตัวเล็กเตี้ย บอบบางเหนื่อยง่ายป่วยง่าย ตายง่ายอายุสั้น." ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องลบล้างประเพณีเก่าๆ เกี่ยวกับการกินอาหาร และเปลี่ยนความคิดจิตของพลเมืองให้หันมานิยมใน "วิทยาศาสตร์ วัฒนธรรมและสังคมแผนปัจจุบัน เพื่อจะได้เป็นอารยะชน" คือมีความ "นิยมการรับประทานแผนปัจจุบัน [อย่าง]ถูกต้องตามหลักวิชาบริโภคศาสตร์ ซึ่งสากลโลกรับรองแล้ว คือให้ลดอาหารประเภทข้าวและวัตถุเผ็ดร้อนลง และให้เพิ่มกับต่างๆ เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ ปลา ผัก ผลไม้มากๆ ยิ่งขึ้น."[153] นายแพทย์ยงค์มีความเห็นว่า ธรรมชาติจะกระตุ้นให้เด็กทุกคนหิวกระหาย และ "อยากกินไข่เนื้อสัตว์ (Protein Hunger) ตามหลักชีวะวิทยา." อย่างไรก็ตาม คนโบราณมักจะเข้าใจว่า อาหารเหล่านี้เป็นของแสลงสำหรับเด็กและผู้หญิง จึงบังคับให้เด็ก "กินข้าวมากๆ เจือปนด้วยน้ำพริกหรือแกงเผ็ด" ซึ่งเป็นผลให้พลเมืองทั่วไปมีความบกพร่องใน "ธาตุอาหารสำคัญ" คือ ธาตุอาหารโปรตีน เกลือแร่ และไวตามินต่างๆ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในอาหารจำพวกเนื้อ สัตว์ ไข่ ถั่ว ผักสด และผลไม้สุก. ดังนั้นหากต้องการจะ "แก้ไขร่างกายของคนไทยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นด้วยการบริโภค" อย่างแท้จริงนั้นก็ไม่ใช่สิ่งที่เป็นปัญหาที่ยากแก่การดำเนินการเหมือนในประเทศที่ขาดแคลนอาหาร เนื่องจากอาหารเหล่านั้นมีอยู่อย่างอุดมสมบูรณ์ในประเทศไทย, แต่รัฐควรเอาจริงเอาจังในการดำเนินการส่งเสริมและเผยแพร่ "ให้ประชาชนรู้จักบริโภคให้ถูกต้องตามหลักวิชา" อย่างเข้มแข็งและขนานใหญ่.[154]

ส่วนเหตุผลสำคัญที่ทำให้กรมประชาสงเคราะห์ใช้ "ไข่เป็นเครื่องมือ" ในการรณรงค์ให้พลเมืองหันมา "นิยมกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย" นั้นก็เพราะว่าไข่เป็น "ยอดแห่งอาหารอนามัย" ที่อุดมด้วยวัตถุธาตุอาหารที่สำคัญหลายประการที่ร่างกายต้องการ คือ "เป็นอาหารพิเศษซึ่งมีธาตุอาหารหลายชะนิดที่มีประโยชน์ต่อร่างกายรวมกันอยู่ในฟองไข่ทั้งขาวและแดง." กล่าวคือไข่ประกอบทั้งธาตุโปรตีนและเกลือแร่ใช้ในการสร้างกระดูกและโลหิต และธาตุอาหารที่นำไปใช้เป็นเชื้อเพลิงเผาผลาญอาหารในร่างกาย. ส่วนผสมของไข่ประกอบด้วยน้ำ, โปรตีน, ไขมัน, ไวตามิน, และเกลือแร่ต่างๆ เช่น ธาตุปูน เหล็ก และฟอสฟอรัส เป็นต้น. โปรตีนในไข่มีประโยชน์ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต และซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอในร่างกายได้อย่างดี, ไขมันในไข่

ให้พลังงาน, ธาตุปูนและฟอสฟอรัสเป็นประโยชน์ในทางสร้างกระดูกและฟันให้แข็งแรง และช่วยทำให้ร่างกาย "ไม่คดโกง" หรือเป็นโรคกระดูกอ่อน, ธาตุเหล็กเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างโลหิต ซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับธาตุนี้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายนั้นมักจะเป็นโรคโลหิตน้อย ไม่แข็งแรง. ดังนั้นนายแพทย์จึงสรุปว่าไข่เป็นอาหารที่เหมาะอย่างยิ่งที่จะใช้เป็นอาหารของคนไทย เพื่อบริโภคเป็นอาหารอนามัยทุกวันๆ ละ 2 ฟองต่อคน พร้อมกับขอให้ช่วยกันเผยแพร่สุขบัญญัติว่าด้วยอาหารประเภทไข่ ซึ่งเป็นอาหารอนามัยดีเลิศ เหมาะแก่การสร้างตนเองและสร้างชาติ ว่า "ไทยทุกคนกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย วันละ 2 ฟอง."[155]

กล่าวได้ว่า โครงการส่งเสริมอาหารของชาติที่กรมสาธารณสุขเสนอขึ้นมาได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญในการรณรงค์ของรัฐบาลในการสร้างความเข้มแข็งให้กับร่างกายของพลเมือง เพราะด้วย "หลักวิชา" ทางด้านอาหารนี้เองที่ทำให้เกิดการรณรงค์ให้ประชาชนพลเมืองกินอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนตามสัดส่วนของความต้องการของร่างกาย. กล่าวได้ว่า การรณรงค์ให้กินอาหารให้ครบตามสัดส่วน คือการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยในการกินอาหารครั้งสำคัญของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ประเทศกำลังอยู่ในภาวะสงคราม รัฐบาลก็ได้รณรงค์โดยออกประกาศชักชวนให้พลเมืองทำสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ เพื่อสู้กับภัยจากการขาดอาหารกิน. การทำสวนครัวจะทำให้พลเมืองมีผักรับประทาน แต่

> *"ถ้าใครไม่ทำสวนครัว อีกไม่ช้าคนนั้นจะอดผัก และการไม่มีผักนี้แหละ ท่านจะต้องตายโดยโรคเลือดออกตามไรฟันเปนต้น ถ้าใครไม่เลี้ยงสัตว์ คนนั้นก็ไม่รู้ว่าจะเอาเนื้อสัตว์ที่ไหนมากิน เพราะไนกาลข้างหน้าจะไม่มีใครเขานำเนื้อสัตว์มาขายให้เราก็ได้ ถ้าท่านไม่ทำอาหารของท่านบริโภคเอง ไนเมื่อธัมชาติกำลังช่วยท่านหยู่แล้ว ท่านจะต้องอดตายเพราะขาดอาหารธาตุเนื้อและธาตุผักเปนอาทิ."*[156]

นอกจากการรณรงค์ในเรื่องอาหารการกินแล้ว รัฐบาลยังได้พยายามเข้าไปควบคุมวัตรปฏิบัติของประชาชนพลเมืองในปริมณฑลสาธารณะ เช่น การแต่งกายของพลเมืองในสถานที่สาธารณะ และวัตรปฏิบัติในการรักษาจรรยามารยาทในสถานที่สาธารณะ. การแต่งกายของ

พลเมืองในสถานที่สาธารณะนั้นถูกกำหนดว่าจะต้องไม่ก่อให้เกิดความเสื่อมเสียต่อเกียรติของประเทศชาติ เช่น นุ่งผ้าหยักรั้ง นุ่งแต่กางเกง นุ่งกางเกงชนิดสำหรับใส่นอน นุ่งผ้าขาวม้าไม่สวมเสื้อ สตรีสวมแต่เสื้อชั้นใน หรือมีแต่ผ้าคาดอก เป็นต้น, ในขณะเดียวกันก็กำหนดวัตรปฏิบัติในการรักษาจรรยามารยาทของพลเมืองในสถานที่สาธารณะ เช่น ห้ามไม่ให้ส่งเสียงดัง ใช้วาจาเสียดสี ลามก หยาบคาย เย้ยหยันต่อผู้ที่ปฏิบัติตนในทางที่เชิดชูวัฒนธรรมของชาติ, ห้ามใช้กำลังเบียดเสียดยื้อแย่งในที่ชุมนุมชน, ก่อให้เกิดสิ่งปฏิกูล, ห้ามอาบน้ำตามถนนหลวง, ห้ามตากผ้าให้เกะกะรุงรัง "อย่างอุจาด", ห้ามขีดเขียนในที่สาธารณะ, ห้ามทำส้วมและที่ทิ้งสิ่งปฏิกูลอย่างมีลักษณะอุจาด, ห้ามปีนขึ้นไปยืน นั่ง หรือนอนอยู่บนราวสะพาน เป็นต้น.[157] การกำหนดข้อปฏิบัติในพื้นที่สาธารณะของรัฐในด้านหนึ่งคือ การแยกพื้นที่สาธารณะออกจากพื้นที่ส่วนตัว พร้อมกับสร้างกลไกในทางการเมืองวัฒนธรรมเข้าไปควบคุมชีวิตของพลเมืองในพื้นที่สาธารณะ. อย่างไรก็ตาม ความพยายามของรัฐที่จะเข้าไปควบคุมจัดการชีวิตประจำวันของพลเมืองไม่ได้กำหนดขอบเขตอยู่เพียงว่าต้องการควบคุมพลเมืองเฉพาะในปริมณฑลสาธารณะ แต่กล่าวได้ว่ารัฐต้องการควบคุมร่างกายของพลเมืองในทุกปริมณฑล ดังที่รัฐบาลได้ออกรัฐนิยมฉบับที่ 11 เมื่อวันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2484 เกี่ยวกับเรื่องการใช้ชีวิตในแต่ละวันของพลเมือง ซึ่งกำหนดแนวทางในการใช้เวลาในแต่ละวัน ตั้งแต่เวลาในการกินอาหาร เวลาในการทำงาน และเวลาในการพักผ่อน. เนื่องจากมีความเห็นว่า กิจวัตรประจำวันของพลเมืองเป็นเรื่อง "การผะดุงส่งเสริมวัฒนธรรมของชาติ อันจะเป็นผลให้ประชาชนพลเมืองไทยทั่วไป มีสุขภาพแข็งแรงมั่นคงเป็นกำลังของประเทศชาติสืบไป" ดังนั้นรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม จึงหลักการปฏิบัติในชีวิตประจำของคนไทย คือ

1) ให้พลเมืองแบ่งเวลาในวันหนึ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ สำหรับปฏิบัติงานที่เป็นอาชีพส่วนหนึ่ง, สำหรับปฏิบัติกิจส่วนตัวส่วนหนึ่ง และสำหรับการพักผ่อนนอนหลับอีกส่วนหนึ่ง "ให้เป็นระเบียบ และมีกำหนดเวลาอันเหมาะสมจนเกิดเป็นนิสสัย."

2) ให้พลเมืองบริโภคอาหารให้ตรงตามเวลาไม่เกินวันละ 4 มื้อ, นอนประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง.

3) ให้พลเมืองมีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานของตนโดยไม่ท้อถอยและหลีกเลี่ยงการทำงาน และควรพักกลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง, เมื่อพ้นเวลากำหนดเวลาทำงานในตอนเย็นแล้ว "ควรออกกำลังกายโดยเล่นกีฬากลางแจ้ง วันหนึ่งอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือประกอบงานอื่น เช่นทำสวนครัว เลี้ยงสัตว์ หรือปลูกต้นไม้เป็นต้น". นอกจากนี้ ระบุว่าก่อนจะรับประทานอาหารจะต้องอาบน้ำก่อนเสมอ กล่าวคือ "เมื่อชำระล้างร่างกายแล้วรับประทานอาหาร".

4) ให้พลเมืองใช้เวลาว่างตอนกลางคืนทำงานที่ค้างอยู่ให้เสร็จ หรือสนทนากับบุคคลในครอบครัวหรือมิตร, หรือศึกษาหาความรู้โดยการฟังข่าววิทยุ อ่านหนังสือ หรือการมหรสพเป็นต้น.

5) ให้พลเมืองใช้เวลาวันหยุดให้ "เป็นประโยชน์แก่ร่างกายและจิตต์ใจ" เช่น ประกอบกิจศาสนา, หาความรู้, ท่องเที่ยว, เล่นกีฬา หรือพักผ่อน เป็นต้น.[158]

ดังนั้นขณะที่การปลุกเร้าความรู้สึกชาตินิยม (ในชาติพันธุ์ไทย) ได้นำไปสู่การสยบร่างกายและจิตสำนึกความเป็นไทยของพลเมืองให้อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ, นโยบายการสร้างความเข้มแข็งให้กับร่างกายของพลเมืองด้วยการรณรงค์ในการกินอาหารให้ได้สารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายอย่าง "ถูกต้องตามหลักวิชา" นั้นในที่สุดก็คือส่วนหนึ่งของการสร้างกลไกในการควบคุมร่างกายของพลเมืองในทุกปริมณฑลทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การทำให้ร่างกายของพลเมืองสยบให้อยู่ภายใต้ระบอบของเหตุผล และแปรความเป็นเหตุผลนั้นให้กลายเป็นพลังการผลิตที่มีเหตุผล หรือทำให้ร่างกายของพลเมือง (ที่ถูกทำให้สงบแล้วในทางการเมือง) มีประสิทธิภาพสูงสุดในการผลิต งานเขียนที่เป็นเครื่องสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมพลเมืองให้สงบในทางการเมืองและมีประสิทธิภาพในการผลิตโดยใช้ความรู้ทางการแพทย์เป็นเครื่องมือในการสร้างความชอบธรรมได้เป็นอย่างดีในช่วงนี้มาจากหนังสือ **แบบเรียนหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม เรื่องหน้าที่พลเมือง สำหรับชั้นมัธยมปีที่ 3** ซึ่งตีพิมพ์ครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ.2485 ของกรมอาชีวะศึกษา กระทรวง

ศึกษาธิการ ที่กล่าวว่า

> *"ประเทศที่เจริญรุ่งเรืองนั้น เนื่องมาจากพลเมืองขยันขันแข็งในการทำมาหากิน หารายได้ให้มากกว่ารายจ่าย พยายามทวีทรัพย์สินของตนให้มากขึ้น เมื่อประเทศใดมีคนมั่งมีมาก ประเทศนั้นก็เก็บภาษีอากรได้มาก ทำให้ประเทศมั่งคั่งสมบูรณ์ จัดการบำรุงพลเมืองได้มากขึ้น ผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพใดๆ เป็นหลักแหล่งนั้นมิใช่เป็นผู้ที่ทำให้ประเทศเจริญได้เลย และยังเป็นผู้ถ่วงความเจริญของประเทศเสียด้วยซ้ำ* ***คนพวกนี้เปรียบเสมือนตัวพยาธิ์ที่แฝงอยู่ในกายของคนเรา*** *ซึ่งนอกจากมิได้ทำประโยชน์ให้แก่ตัวเราแล้วมิหนำซ้ำยังอาจทำลายชีวิตของเราเสียอีกได้ ฉะนั้นผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพเป็นหลักแหล่ง จึงเป็นภัยต่อประเทศอย่างร้ายแรง."*[159]

พลเมืองจึงมีหน้าที่ในการศึกษาเล่าเรียน เพราะ "การศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นของประเทศ" ทำให้คน "ฉลาด รอบรู้ในกิจการต่างๆ และการประกอบอาชีพ ประเทศใดมีคนฉลาดมาก พลเมืองของประเทศนั้นก็สามารถประกอบการอาชีพ หารายได้เข้าประเทศได้ดีกว่าประเทศที่พลเมืองโง่เขลา." นอกจากการศึกษาเล่าเรียนแล้ว พลเมืองจะต้องมี "หน้าที่ปฏิบัติตามรัฐนิยม" ซึ่งหมายความว่า "เป็นความนิยมของรัฐ หรือความนิยมของมหาชน"[160] และเป็นหมายประกาศให้ประชาชนพลเมืองปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง "ที่เห็นว่าจะทำให้เกิดผลดีแก่ประเทศชาติ...เพื่อให้พลเมืองได้มีประเพณีที่ดี และส่งเสริมวัฒนธรรมของชาติให้สูงยิ่งขึ้น."[161]

ความพยายามของรัฐ (โดยเฉพาะรัฐในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม) ที่จะควบคุมร่างกายของพลเมืองให้สงบราบคาบในทางการเมืองและสยบต่ออำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในโรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล หรือแพทย์เท่านั้นแต่ความรู้ทางการแพทย์ยังถูกนำไปใช้หรือขยายรวมไปถึงการควบคุมแบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและการกินอยู่หลับนอนของพลเมืองนี้ในที่สุดแล้วสามารถกล่าวได้ว่าถูกนำกลับมาอีกครั้งในยุคของการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปัจจุบันโดยมีหัวหอกสำคัญคือ นายแพทย์ประเวศ วะสี. ในความเห็นของนายแพทย์ประเวศแล้ว ระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ใน

ปัจจุบันเป็นระบบที่มีปัญหาที่ไม่สามารถตอบสนองสภาพของปัญหาทางสาธารณสุขที่สังคมไทยกำลังเผชิญ. ในระบบที่เป็นอยู่นั้น "ประชาชนจึงถูกปลุกระดมให้หวังพึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันในทุกๆ อย่าง แทนที่จะคิดพึ่งตัวเองในปัญหาที่ควรพึ่งตัวเองได้ หรือในปัญหาที่การแพทย์แผนปัจจุบันก็ช่วยไม่ได้...ทำให้ประชาชนหวังพึ่งแพทย์มากขึ้นในทุกกรณี" ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่สังคมไทยไม่สามารถแก้ได้มาเป็นเวลานับศตวรรษ คือการขาดแคลนแพทย์และโรงพยาบาลอย่างที่ไม่มีวันสิ้นสุด.[162] ปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือนโยบายการสาธารณสุขที่ผิดที่ผิดทาง เพราะเน้นมาตรการตั้งรับด้วยลงทุนจำนวนมหาศาลในการผลิตแพทย์และโดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพของตัวเอง และ "ต้นเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญที่สุดเกิดขึ้นจากปัญหาสังคม."[163] การแก้ปัญหาจึง "ต้องแก้ที่ต้นเหตุ คือสังคม เพราะเป็นโรคทางสังคม หรือสังคมเป็นโรค" และด้วยการ "ปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนให้เหมาะสม มีอาหารการกินพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม ไม่แออัดยัดเยียด."[164] อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันนั้นมาจากความคิดของนายแพทย์ประเวศที่ต้องการเปิดพื้นที่ของความรู้ทางการแพทย์ให้ประชาชนพลเมืองสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้ทุกคนสูดเอาความรู้ดังกล่าวไปไว้ในจิตวิญญาณและทำให้ทุกคนกลายเป็นตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่เพื่อทำหน้าคอยดูแลรักษาสุขภาพของตัวเองแทนรัฐ. ในจินตนาการของนายแพทย์ประเวศแล้ว "ทุกคนเป็นหมอหมด" เพื่อดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน และให้ทุกชุมชนมีศูนย์บริการสาธารณสุขเล็กๆ สำหรับคอยให้บริการคนในชุมชน "ในส่วนที่เหนือขีดความสามารถของประชาชนที่จะทำเอง" ซึ่งจะทำให้ปัญหาในระบบสุขภาพของประชาชนจะถูกตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่คอยดูแลรักษาไปเกือบหมดแล้ว "โดยการรักษาตนเอง และโดยศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ไม่ต้องไปแออัดยัดเยียด ถูกดุ ถูกตวาดตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ เหมือนขอทาน หรือเปรตขอส่วนบุญ ต่อปัญหาความเจ็บไข้ที่ยากหรือที่ต้องใช้เทคนิคสูงๆ จึงค่อยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล."[165] กล่าวโดยสรุป เป้าหมายของการปฏิรูปก็คือ เปลี่ยนสภาพระบบการดูแลสุขภาพแบบพีระมิดหัวกลับที่ประชาชนไม่ได้เรียนรู้การดูแลรักษาสุขภาพและให้ปัญหาทุกอย่างวิ่งขึ้นไปสุมอยู่ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มาเป็นระบบการดูแลสุขภาพในรูปปีระมิดแบบตั้งที่มีฐานอยู่บน

การเรียนรู้รักษาตนเองและรักษากันเองของประชาชน แล้วค่อยให้มีระบบส่งต่อการดูแลที่ซับซ้อนขึ้นไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชน ไปถึงแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางหากมีความจำเป็น.[166] ด้วยแนวความคิดที่จะแพร่ "ผลิตความรู้พื้นฐานทางด้านการแพทย์และพยาบาลสู่ประชาชน" เพื่อให้ประชาชนพลเมืองมีความรู้และสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองได้นี่เองทำให้นายแพทย์ประเวศกับแพทย์กลุ่มหนึ่ง (เช่น นายแพทย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และนายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์) ได้ร่วมกันก่อตั้งมูลนิธิหมอชาวบ้านและสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน และผลิตนิตยสาร **หมอชาวบ้าน** (ออกครั้งแรกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2522) โดยมีคำขวัญของนิตยสารว่าเป็น "นิตยสารเพื่อการรักษาตัวเองและการสาธารณสุขเบื้องต้น."[167]

นอกจากนี้ กล่าวได้ว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตกได้แพร่ขยายออกไปสู่สังคมไทยอย่างกว้างขวาง จนเพียงพอที่จะทำให้มีคนคิดว่าจะมีตลาดรองรับงานเขียนที่เป็นความรู้พื้นฐานของการแพทย์สมัยใหม่ และนำไปสู่การผลิตผลงานวิชาการทางการแพทย์ทั้งงานที่มีเป้าหมายชัดเจนว่าผลิตขึ้นเพื่อการบริโภคของคนทั่วไป (คือไม่ได้มุ่งหมายจำกัดว่าจะต้องเป็นแพทย์สมัยใหม่เท่านั้นถึงจะอ่านได้หรืออ่านรู้เรื่อง) ดังที่ปรากฏในคำนำฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ.2492 ในหนังสือเรื่อง **แพทยศาสตร์นิทเทส** ของขุนนิทเทสสุขกิจที่ว่า "เพื่อประโยชน์แก่ผู้สนใจซึ่งประสงค์จะได้ตำราชนิดนี้กันอยู่มาก...[ซึ่ง]จะเป็นประโยชน์แก่แพทย์แผนโบราณเป็นอันมาก"[168]หรืองานที่มีเป้าหมายเพื่อผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์โดยตรง เช่น งานของขุนวิจิตสุขการกับ พล.ต.ถนอม อุปถัมภานนท์ เรื่อง **วิธีตรวจโรค** ซึ่งเป็นงานที่มีน้ำเสียง, ศัพทานุกรม และวิธีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย และผลิตขึ้นโดยวิธีการสั่งจองล่วงหน้าของบรรดาแพทย์.[169] ในงานชิ้นหลังนี้ นอกจากผู้เขียนจะมุ่งที่จะช่วยเป็นแนวทางสำหรับ "แพทย์ที่อยู่ตามหัวเมืองและชนบท" ที่โดยส่วนมากแล้วมักจะ "ขาดเครื่องมือที่จะทำการสอบสวน (Investigation) เพื่อการวินิจฉัยตัดสินโรค [เช่น]แม้กล้องจุลทัศน์ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จำเป็นอย่างยิ่ง ยังมีใช้กันน้อยราย" เพื่อให้การตรวจ สอบสวนและการวินิจฉัยตัดสินโรคโดยอาศัยประวัติคนไข้, อาการบอกเล่า (Symptoms) และการตรวจร่างกายหาอาการแสดง (Signs) เป็นไปอย่างรอบคอบและช่วยให้การพยากรณ์โรคมีความแม่นยำเพื่อ "ปลูกความศรัทธา" แล้ว[170] ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับร่างกายมนุษย์ยังถูกเผยออกมาอย่างโล่งแจ้ง

ทุกซอกทุกมุม ลึกลงไปในตับไตไส้พุง ในรูขุมขน ท่อนบนและท่อนล่าง อวัยวะทุกๆ ส่วนและทุกๆ ชิ้นถูกเพ่งดู, ถูกคลำ, ถูกเคาะ, และถูกฟัง โดยมีหลักการพื้นฐานว่า "การตรวจหา Physical signs คือการตรวจโดยการดู, คลำ, เคาะ, และฟัง. การเคาะและฟังนั้นเป็นการฝึกประสาทหูให้รู้จักสำเหนียกเสียง adventitious sounds ชนิดต่างๆ ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยโรคได้มาก" เช่น "การตรวจหัวใจ มีการตรวจด้วยตา, ตรวจโดยการคลำหรือสัมผัส, ตรวจด้วยการเคาะ, ตรวจด้วยการใช้เครื่องฟัง".[171] นอกจากร่างกายแล้ว ยังรวมตลอดไปถึงชีวิตประจำวันและสังคมที่แวดล้อม และแม้กระทั่ง "ชีวิตเซ็กส์ (Sex life)" ก็เป็นสิ่งที่ "แพทย์อาจถามได้อย่างตรงไปตรงมาโดยไม่เป็นการดูถูก" เช่น เขามีความสุขในเรื่องเพศหรือเปล่า? เขาได้รับความพอใจในการมีเพศสัมพันธ์หรือเปล่า? สามีหรือภรรยารู้สึกว่าการอยู่กินด้วยกันนั้นเป็นการฝืนใจหรือเปล่า? ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเป็นโรคกำหนัดน้อยหรือกามตายด้านอย่างแท้จริงหรือเปล่า? มีการประกอบเมถุนกิจอย่างครึ่งๆ กลางๆ เช่น เลิกกลางคัน, หลั่ง "น้ำสัมภวะ" ข้างนอกหรือเปล่า? ภรรยาสามีมีชู้หรือเปล่า? การทำนอกใจกันนี้มีความรู้สึกว่าเป็นบาปมากไหม? ตลอดจนถึงความสัมพันธ์ในทางเพศ, การทำตนเองให้ "น้ำสัมภวะ" เคลื่อน และความประพฤติวิตถารหรือประพฤติผิดปกติในทางเพศ เป็นต้น.[172]

ด้วยอำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ร่างกายถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สามารถจัดการได้ด้วยความรู้ทางการแพทย์ เช่น นำมาทดลองในห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาสัดส่วนในการกินอาหาร เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงศักยภาพในการผลิตของร่างกายพลเมือง.[173] การมองว่าความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่มีอำนาจที่จะจัดการกับชีวิตมนุษย์อย่างวิเศษ (ไม่ใช่เฉพาะทำให้ร่างกายมีผลิตภาพเพิ่มขึ้นเท่านั้น) ก่อให้เกิดจินตนาการเกี่ยวกับความรู้ทางการแพทย์ว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ ที่มนุษย์ยังมีขัดจำกัดอยู่ได้อย่างน่าอัศจรรย์ เช่น การชุบชีวิตศพที่ตายไปแล้วให้ฟื้นคืนชีพขึ้นมาใหม่ได้ในกรณีนวนิยายชุด **สามเกลอ** ตอน "อ้ายดำปรอท" ของ ป. อินทรปาลิต. แม้ว่านิยายเรื่องนี้จะเป็นการลอกเลียนแบบนวนิยายเรื่องแฟรงเกนสไตน์ (Frankenstein) ของแมรี่ เชลลี (Mary Shelly) นักเขียนนวนิยายชาวอังกฤษในศตวรรษที่ 19 แล้วมาทำให้เป็นเรื่องตลกในรูปแบบของสามเกลอ แต่ก็กล่าวได้ว่าเป็นนิยายที่พยายามกำหนดโครงเรื่องให้เข้ากับบริบทการขยายตัวของการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยอยู่พอสมควร. ตัวเอก

ของเรื่องสำหรับตอนนี้ คือ ดอกเตอร์ดิเรก ณรงค์ฤทธิ์ (แพทย์ปริญญาและนักวิทยาศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยอ๊อกฟอร์ด โดยใช้เวลาร่ำเรียนอยู่นานถึง 7 ปี) ซึ่งได้ทำการคิดค้นเรื่อง "มนุษย์วิทยาศาสตร์" หรือ "ค้นหาวิธีที่จะชุบคนที่ตายแล้วให้ฟื้นขึ้น โดยวิธีเดียวกับท่านศาสตราจารย์แฟรงเคนสะไตน์" ตาม "โครงการชุบชีวิตมนุษย์ ตามหลักวิชาไฟฟ้า" ในห้องเก็บเครื่องมือวิทยาศาสตร์ของตน. หลังจากที่ได้จัดหาบรรดาเครื่องอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อเตรียม "ชุบคนตายแล้วให้ฟื้นด้วยอำนาจวิทยาศาสตร์" เรียบร้อยแล้ว บรรดาสี่สหายและหนึ่งเจ้าคุณ (พล นิกร กิม หงวน ดิเรก และเจ้าคุณปัจจนึก) ก็ได้ไปขโมยศพอ้ายดำปรอท (ผู้ร้ายที่ถูกตำรวจยิงตาย) มาจากโกดังเก็บศพในวัดสังเวชวิศยาราม หรือวัดบางลำภู เพราะการทดลองจะต้องใช้ "ศพผีตายโหงที่ตายใหม่". หลังจากที่ดิเรกฉีดยาศพเพื่อห้องกันไม่ให้ศพเน่าหรือแปรรูปและตกแต่งบาดแผลรอยกระสุนปืนตามตัวอ้ายดำปรอทเรียบร้อยแล้ว, ในวันต่อมานายแพทย์ดิเรกก็ปล่อยกระแสไฟฟ้า "อันมีกำลังแรงเข้าสู่ร่างกายผีดิบ" โดยกำหนดเวลาปล่อยหนึ่งชั่วโมงและพัก 10 นาที ไปตั้งแต่เที่ยงวันไปถึงตอนค่ำจนทำให้ "ร่างอันสูงใหญ่ของผีดิบมีผิวพรรณเปล่งปลั่งขึ้นคล้ายกับคนนอนหลับ" ซึ่งเมื่อถูกกระแสไฟฟ้าแรงสูงที่ส่งเข้าไปกระตุ้นหัวใจที่หยุดเต้นไปแล้ว "อ้ายดำปรอทครางออกมาจากลำคอด้วยเสียงหนักๆ" และทำให้ "อวัยวะผีดิบเริ่มทำงานอีก" กล่าวคือ เริ่มเคลื่อนไหวแขนและขา, หนังตาเผยอขึ้นช้าๆ, และในที่สุดอ้ายดำปรอทก็พยุงร่างอันสูงใหญ่ลุกขึ้นนั่งบนเตียง และลุกขึ้นเดิน.[174] นอกจากจะชุบชีวิตศพให้กลับคืนมาอีกครั้ง (แม้ว่าหลังจากนั้นจะกลายเป็นเรื่องตลกในแบบฉบับของสามเกลอไปก็ตาม) ดอกเตอร์ดิเรก ณรงค์ฤทธิ์ยังคิดค้นทดลองทางวิทยาการศาสตร์การแพทย์ต่างๆ อีกหลายครั้ง อาทิ "คิดค้นหาวิธีทำให้หายตัวได้ โดยอำนาจวิทยาศาสตร์." นายแพทย์ดิเรกได้ทุ่มเทให้กับการคิดค้นยาที่จะทำให้หายตัวได้นี้อย่างมาก โดยคิดว่าหากทำได้สำเร็จก็จะทำให้ "ทหารไทยที่จะเข้ายึดดินแดนที่เสียไปกลับคืนมาในเร็ววันนี้ คงจะหายตัวได้ ไม่จำเป็นต้องอาศัยยุทโธปกรณ์เลย" และในที่สุดก็สามารถคิดสูตรผสมตัวยาได้สำเร็จ กล่าวคือ "เมื่อฉีดเข้าไปในร่างกายของคนแล้วจะเปลี่ยนแปรอวัยวะในตัวของผู้นั้นให้มีสภาพเป็นวัตถุโปร่งแสง หมายความว่าแสงสว่างส่องทะลุได้เหมือนกับแผ่นกระจก."[175]

นอกจากความรู้ทางการแพทย์และโรงพยาบาลได้กลายเป็นสัญญะที่ล่องลอยอยู่ใน

ความรับรู้ของสังคม จนเพียงพอที่จะกลายเป็นพื้นฐานรองรับการผลิตงานเขียนทางการแพทย์ที่เป็นงานตำราวิชาการโดยตรงแล้ว ยังนำไปสู่การผลิตจินตนาการเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่ออกมาป้อนตลาดทางวรรณกรรม. กล่าวคือ ไม่ได้มีเฉพาะแต่คลินิกของนายแพทย์ดิเรกที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัยในนิยายชุดสามเกลอที่ได้รับความนิยมอย่างมากมายมหาศาลเท่านั้น แต่บรรยากาศของการแพทย์สมัยใหม่ยังกลายฉากสำคัญในเรื่องสั้นชื่อ "ตึกกรอสส์" ที่ต่อมาได้กลายเป็นอัตลักษณ์ส่วนตัวของ อ. อุดากร นักเขียนเรื่องสั้นชื่อดังของไทยในทศวรรษ 2490. ใน "ตึกกรอสส์" ผู้อ่านจะถูกนำเข้าไปท่องอยู่ในโลกของการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกที่มีตัวเอกของเรื่องเป็นนักเรียนแพทย์ โดยมีกล้องจุลทรรศน์, เสื้อกาวน์, ตึกอายุรกรรม, สไลด์, นักเรียนพยาบาล, กลิ่นอีเทอร์, พยาบาลในชุดขาวบริสุทธิ์, ยา, คนไข้, ศิริราช, ตึกกรอสส์, กลิ่นเหม็นฉุนเฉียวของเนื้อที่ถูกชำแหละออกจากศพในห้องแล็บกรอสส์, ห้องชำแหละศพ, การบริจาคศพ, ศพดอง, ซากและอวัยวะเฉพาะส่วนของมนุษย์นับเป็นจำนวนร้อยพันชิ้นซึ่งถูกเก็บไว้ในสภาพเดิมในโลงที่เปี่ยมด้วยน้ำยา, กระดูกและกะโหลกมนุษย์, โครงกระดูก, และ ฯลฯ ทั้งหมดเหล่านี้เป็นฉาก บรรยากาศ และตัวสัญญะของความรู้ทางการแพทย์ที่ทันสมัยก้าวหน้า.[176] ร่างกายของมนุษย์ใน "ตึกกรอสส์" (โดยเฉพาะซากร่างที่เป็น 'ตัวเอก' ของเรื่อง ซึ่งคือซากร่างของอดีตอาชญากร หรืออีกนัยหนึ่งคือร่างที่ไม่สามารถถูกทำให้เชื่องได้) ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นวัตถุสำหรับการชำแหละ และศึกษาอย่างปราณีตพิถีพิถัน และซากศพในห้องแล็บกรอสส์ช่วยทำให้ขอบฟ้าของผู้อ่านเห็นถึงอำนาจเหนือชีวิตและร่างกายมนุษย์ของการแพทย์สมัยใหม่เพราะการชำแหละ/จัดการกับร่างกายมนุษย์นั้นได้กระทำในนามของความรู้. นอกจากนี้ ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่สำหรับบางคนแล้วคือหนทางที่จะ "ซ่อมแซมชีวิตของมวลชนที่เคราะห์ร้ายเกิดมายากจน" และ "ทุกข์ทรมานด้วยโรคมาลาเรีย โรคเรื้อน โรคบิด โรคคุดทะราด และโรคอื่นๆ อันเป็นการเสี่ยงภัยต่อชีวิตมาเป็นเวลาช้านาน" นั้น "ให้[คืนกลับ]สู่สภาพที่ดีขึ้น" ดังที่หมอปั้น ท่ายาง นักเรียนแพทย์ผู้มีชื่อเสียงจากอังกฤษ ได้ตั้งเป้าหมายในชีวิตของตนไว้. หมอปั้น (อดีตเสรีไทย) ปฏิเสธชื่อเสียงและเงินทอง และเลือกที่จะออกไปช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ณ "ลามบาเรเน" แห่งสยามเหมือนกับที่นายแพทย์อัลแบรท์ ชไวต์เซอ เลือกที่จะออกไปช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ใน "ลามบาเรเน" ของเขาในทวีปอาฟริกา โดยหมอปั้นจะเริ่มจากการเปิด "สถาน

พยาบาล" ขึ้นในจังหวัดบ้านเกิดของตนก่อน และมีโครงการที่จะเปิด "ลามบาเรเน" ของเขาขึ้นทั่วประเทศสยาม.[177]

กล่าวให้ถึงที่สุดแล้ว ความคิดที่จะขยาย "ลามบาเรเน" ขึ้นทั่วสยามของหมอปั้น ท่ายางนั้นก็คือ จินตนากรรมเกี่ยวกับการสร้างรัฐเวชกรรมขึ้นในสังคมไทย โดยในรัฐเวชกรรมที่ว่านี้รัฐจะขยายเครือข่ายของสถาบันความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่แผ่ออกไปทั่วทั้งสังคมไทย เพื่อคอยทำหน้าที่สอดส่อง ดูแล รักษา ปรับปรุง ขัดเกลา และสยบให้ร่างกายของพลเมืองเชื่องและกลายเป็นร่างกายที่มีประสิทธิภาพในการผลิต มีอรรถประโยชน์สูงสุดในเชิงการผลิต. การพิจารณาเกี่ยวกับจินตนากรรมเรื่องรัฐเวชกรรมดังกล่าวนี้จะเป็นประเด็นและกุญแจที่จะนำไปสู่การพิจารณาเรื่องสำคัญอีกเรื่องหนึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ คือการสำรวจพื้นที่ปฏิบัติการทางอำนาจของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย, พื้นที่ซึ่งเป็นทั้งสัญญะของความรู้และอำนาจของการแพทย์สมัยใหม่ เป็นเครื่องมือกลไกของรัฐในการสยบร่างกายของพลเมืองให้เข้ามาอยู่ในความเป็นเหตุผลของรัฐสมัยใหม่ ที่ให้ความสำคัญแก่อรรถประโยชน์เชิงการผลิตของร่างกายมนุษย์มากกว่าการเป็นเครื่องมือสำหรับการสะสมบุญญาบารมีเพื่อนำไปสู่การบรรลุนิพพานในแบบฉบับที่รัฐจารีตของไทยเคยเป็น.

---

1 ดู Wariya, "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World."

2 "รายงานการประชุมเทศาภิบาล กระทรวงธรรมการ วันที่ 11 กันยายน ร.ศ.125," **เทศาภิบาล**, เล่ม 2 แผ่นที่ 11 (11 กุมภาพันธ์ ร.ศ.125), น.127-8, อ้างใน ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย"

(วิทยานิพนธ์รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2533), น.131-2.

3 "รายงานประชุมแพทย์ กระทรวงธรรมการ วันที่ 2 ตุลาคม ร.ศ.125," **เทศาภิบาล**, เล่ม 2 แผ่นที่ 1 (1 กุมภาพันธ์ ร.ศ.125), น.146-7, อ้างในชัยยนต์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย...," น.137-8.

4 "รายงานการประชุมเทศาภิบาล กระทรวงธรรมการ วันที่ 11 กันยายน ร.ศ.125," น.127-8, อ้างในชัยยนต์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย...," น.131-2.

5 โรบินส์ ถึง เจ้าพระยาสุรศักดิ์มนตรี, 30 กันยายน พ.ศ.2445, หจช. ม.117/13, อ้างใน เตช บุนนาค, **การปกครองระบบเทศาภิบาลของประเทศสยาม พ.ศ. 2435 - 2458**, แปลโดย ภรณี กาญจนัษฐิติ (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), น.347. แม้ว่าเลขเรียกเอกสารที่เตชอ้างถึงทั้งในวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกและในฉบับแปลภาษาไทยนั้นเหมือนกัน, โดยในวิทยานิพนธ์นั้นเตชอ้างถึง "M.117/13, Robyns to Surasak Montri, 30 September 1902" แต่เท่าที่ตรวจสอบพบว่ามีเนื้อหาไม่ตรงกับฉบับแปล. ผู้วิจัยพยายามตรวจสอบเอกสารชิ้นนี้ที่หอจดหมายเหตุแห่งชาติ กรุงเทพฯ แต่ไม่ปรากฏว่ามีเลขเรียกเอกสารดังกล่าวอยู่ในระบบ จึงไม่สามารถเรียกเอกสารฉบับจริงมาอ่านได้.

6 หจช. ร.5 ม.12.2/1 เรื่องสุขาภิบาลตำบลท่าฉลอม เมืองสมุทรสาคร (16 ส.ค. รศ.124 - 27 ส.ค. รศ.127, อ้างถึงใน สุวัสดี โภชน์พันธุ์, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตร์มหาบัญฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543), น.15-23.

7 หจช. ร.6 ม.12.1/1 รวมกองพยาบาลต่างๆ ขึ้นเป็นกรมหนึ่งในมหาดไทยเรียกว่า "กรมพยาบาล" (24 ธันวาคม 2455), อ้างใน เพ็ญศรี, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน...," น. 95.

8 สุวัสดี โภชน์พันธุ์, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," น.23-30.

9 พระดำรัสของสมเด็จพระเจ้าบรมวงษ์เธอ เจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิจ, ประทานในการเปิดโรงเรียนนางสุขาภิบาลเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2467, **สนองโอฐสภากาชาด**, เล่ม 2 (พ.ศ.2467), พิมพ์ซ้ำอยู่ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี, พ.ศ.2485-2500**, น.413-416.

10 หนังสือเชิญชวนเป็นสมาชิกสภากาชาดสยาม หน้าแรกมีข้อความภาษาไทยกับภาษาจีน มีข้อความภาษาไทยว่า "ท่านเปนประชาสมาชิกแล้วรึ พวกเราเปนแล้วละ" (พ.ศ.2467), หจช. ร.6 น.29/7.

11 ดู พระบำราศนราดูร, "ประวัติกระทรวงสาธารณสุข" ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี, พ.ศ.2485-2500**, น.11-58, อ้างจาก น.19. เน้นโดยผู้อ้าง.

12 **ประวัติสถานปาสเตอร์และพแนกวิทยาสาตร์แห่งสภากาชาดสยาม (พิมพ์แจกในการเปิดสถานเสาวภา ณ วันที่ 7 ธันวาคม พระพุทธศักราช 2465)**, น.16-17, หจช. ส.ก.ท. 1/4.

13 H. Campbell Highet to Chow Phya Yomaraj (Minister of Local Government), on "the Death Rate of Bangkok City," 16 June 1915, (พร้อมสำเนาคำแปล), หจช. ร.6 น.7.3/2.

14 "Vital Statistics...are of necessity based on a correct census classified according age, sex, occupation, relationship (husband or wife), civil condition (married, single or widow), physical infirmities (blind, insane etc). They include figures obtained from registration of births and deaths from the registration of infectious diseases from the figures supplied by hospitals and other sources showing the ration of sickness in the community. Hence year by year these figures should show a change in accordance

with the reforms undertaken e.g. Increased Sanitation should cause a marked decrease in all the infectious diseases, prevention of overcrowding and eduction of mothers should show a greatly lessened infant mortality." ใน A report on the present system of Administration as applied to the Department of the Medical Officer of Health in the Ministry of Local Government, pp.(42)-(43), หจช. ร.6 น.7.3/12; ดูสำเนาคำแปลรายงานฉบับนี้ในชื่อ "รายงานระเบียบการและการปกครองของกองแพทย์กรมศุขาภิบาลในกระทรวงนครบาล," น.45-6, หจช. ร.6 น.7.3/5.

ความพยายามที่จะจัดทำสถิติสำมะโนประชากรเริ่มเกิดขึ้นได้จริงก็ต่อเมื่อมีการประกาศใช้ "พระราชบัญญัติทำบัญชีคนในราชอาณาจักร ร.ศ.128" (พ.ศ.2452), ดู บุญช่วย ศุภมณี, "ประวัติการสถิติชีพและอนามัยในประเทศไทย" ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505** (พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเขษม, 2505). อย่างไรก็ตาม เมื่อประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้แล้วรัฐจะสามารถปฏิบัติได้มากน้อยแค่ไหนนั้นคงเป็นข้อที่น่ากังขาอยู่มากดังที่มีข้อถกเถียงดังกล่าว และทำให้ต่อมาต้องมีการแก้ไขและประกาศใช้พระราชบัญญัติการตรวจสอบบัญชีสำมโนครัว แลการจดทะเบียนคนเกิดคนตายคนย้ายตำบล พระพุทธศักราช 2460, (ประกาศตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2460), **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 34 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ.2460, น. 103-111.

15 A report on the present system of Administration as applied to the Department of the Medical Officer of Health in the Ministry of Local Government, p.(7) and (30), หจช. ร.6 น.7.3/12, ดูสำเนาคำแปล "รายงานระเบียบการและการปกครองของกองแพทย์กรมศุขาภิบาลในกระทรวงนครบาล," น.5 และ 31, หจช. ร.6 น.7.3/5.

16 พระดำรัสของสมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมหลวงพิษณุโลกประชานาถ, **จดหมายเหตุทางแพทย์ของสภากาชาดสยาม**, เล่ม 1 (1 เมษายน พ.ศ.2461), พิมพ์ซ้ำอยู่ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500**, น.409-410.

17 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" ปาฐกถาทรงแสดงเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ.2467 ในที่ประชุมสาธารณสุขมณฑล ที่ศาลาว่าการกระทรวงมหาดไทย ศาลาลูกขุนใน, พิมพ์ซ้ำอยู่ใน **เฉลิมพระเกียรติพลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร** (พิมพ์เป็นที่ระลึกในการเสด็จพระราชดำเนินเปิดพระรูปอนุสาวรีย์ ณ กระทรวงสาธารณสุข, 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2509), น.45-57, อ้างจาก น.57. สมเด็จฯ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร มีพระนามเดิมว่าพระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ ทรงเป็นราชโอรสในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ กับเจ้าจอมมารดาเนื่อง, ได้รับพระราชทานพระสุพรรณบัฏตั้งเป็นกรมหมื่นไชยนาทนเรนทรเมื่อพ.ศ.2457, เลื่อนขึ้นเป็นกรมขุนชัยนาทนเรนทรเมื่อ พ.ศ.2465, เป็นกรมพระชัยนาทนเรนทรเมื่อ พ.ศ.2493และได้รับสถาปนาพระอิสสริยยศเป็น สมเด็จฯ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรเมื่อ พ.ศ.2495 ภายหลังที่สิ้นพระชนม์แล้ว. พระองค์เจ้ารังสิตฯ ทรงมีบทบาทสำคัญในการสาธารณสุขของสยามและในการปฏิรูปหลักสูตรแพทยศาสตร์ในโรงเรียนแพทย์ โดยได้รับแต่งตั้งเป็นผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยเมื่อวันที่ 13 เมษายน พ.ศ.2458, เป็นอธิบดีกรมมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกรมที่ตั้งขึ้นใหม่ในกระทรวงธรรมการเมื่อวันที่ 6 เมษายน พ.ศ.2460, และเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2461. ดู "ประกาศตั้งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัย [2458]," **ประชุมกฎหมายประจำศก** เล่ม 28 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2477), น. 36; "ประกาศตั้งอธิบดีกรมมหาวิทยาลัยและตั้งผู้บัญชาการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 34 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2460, น.23; "ประกาศตั้งกรมสาธารณสุขและตั้งอธิบดีกรมสาธารณสุข," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 35 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2461, น.302-3. งานที่ศึกษาบทบาทของสมเด็จฯ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรที่ทรงมีต่อการแพทย์และการสาธารณสุข คือ สุรีรัตน์ สวัสดี, "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทรต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ.2456-2468)" (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531).

18 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น.46. เน้นโดยผู้อ้าง.

19 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 48.

20 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 48-9.

21 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 51.

22 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 56. เน้นโดยผู้อ้าง.

23 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 57.

24 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "การสาธารณสุขคืออะไร?" น. 51-2.

25 พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ, "พระราชดำรัสตอบพระบรมวงศ์เธอและข้าทูลละอองธุลีพระบาทฝ่ายหน้าในงานพระราชพิธีฉัตรมงคล พ.ศ.2472," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่มที่ 46 (แผนกสามัญ), กุมภาพันธ์ พ.ศ.2472, น.2443, อ้างในชัยยนต์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย...," น.142, เชิงอรรถที่ 107.

26 พระดำรัสของสมเด็จฯ เจ้าฟ้ากรมพระนครสวรรค์วรพินิต, ประทานเนื่องในวันเปิดประชุมสมาชิกแพทยสมาคมประจำปี เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2464 ในฐานะที่ทรงเป็นอุปนายกผู้อำนวยการสภากาชาดสยาม, พิมพ์ซ้ำอยู่ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี พ.ศ.2485-2500**, น.411-412.

27 แจ้งความกระทรวงธรรมการ แผนกกรมพยาบาล เรื่องเปิดโรงเรียนแพทยากร, ลงนามโดยกรมหมื่นจันทรทัตจุฑาธาร อธิบดีกรมพยาบาล, 1 พฤษภาคม พ.ศ.2435 (ร.ศ.112), พิมพ์ซ้ำใน **เวชชนิสสิตฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482**, รวบรวมโดยแพทยศาสตร์บัณฑิตปีที่ 50 ร่วมกับนิสสิตเก่าแห่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พระนคร โรงพิมพ์ไทยเกษม, 2483), ไม่มีเลขหน้า.

28 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 17 มีนาคม ร.ศ.108, หจช. ร.5 ศ.24/2; และดู วิกัลย์ พงศ์พนิตานนท์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์** (กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2533), น.19.

29 สมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, "นิทานที่ 12 เรื่องตั้งโรงพยาบาล" ใน **นิทานโบราณคดี** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คลังวิทยา, 2517), น.192-214, อ้างจาก น.204. ความสนใจที่มุ่งจะเน้นการแพทย์แบบตะวันตกนี้ทำให้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงมีความกังวลและประสงค์จะให้มีการสอนทั้งวิชาแพทย์"อย่างไทยแลอย่างฝรั่ง" ดังที่มีหนังสือจากพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ กราบบังคมทูล พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม ร.ศ.109 ว่า "การสอนวิชาในโรงเรียนแพทยากรนี้ ข้าพระพุทธเจ้าได้ตั้งใจแลคิดด้วยเกล้าฯ ว่าจะได้ฝึกสอนทั้งวิธีฝรั่งและยาไทย เลือกแต่ที่ดีทั้ง 2 อย่างมาประสมกัน คือการฝึกสอนให้นักเรียนรู้ลักษณร่างกาย การฝึกสอนรักษาผ่าตัดแลเย็บบาดแผล วิธีผดุงครรภ์ แลการแยกธาตุตรวจสรรพยาโดยวิชาแคมมิสตรีเป็นต้น วิชาฝรั่งเหล่านี้คิดด้วยเกล้าฯ ว่าจะฝึกสอน ส่วนวิธีไทยคือสรรพยาแลวิธีพยาบาลเป็นต้น ก็จะฝึกสอนแลคิดบำรุงให้เจริญขึ้นโดยเต็มกำลัง การที่ฝึกสอนอยู่เดี๋ยวนี้ ก็อยู่ในทางนี้ มิได้ยอมให้ทิ้งวิธีไทย," พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 23 ธันวาคม ร.ศ.109, หจช. ร.5 ศ.24/2.

30 ดูแจ้งความกระทรวงธรรมการ เรื่องการสอบไล่วิชชาแพทย์, ลงนามโดยกรมหมื่นจันทรทัตจุฑาธาร อธิบดีกรมพยาบาล, 2 พฤษภาคม พ.ศ.2435 (ร.ศ.112), พิมพ์ซ้ำใน **เวชชนิสสิต ฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482**, ไม่มีเลขหน้า.

31 นาวาเอกสวัสดิ์ จันทนี, **นิทานชาวไร่**, (กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2509), เล่ม 2, น. 187.

32 ดูจดหมายขอลาออกของนายเสนาะ นักเรียนแพทย์ประเภทที่ 2 โดยให้เหตุผลว่า "ได้เห็นเขาทำการตัดผ่าเช่นนี้ กระผมเห็นเขาทำก็ดูไม่ได้" จึงขอลาออกจากโรงเรียนแพทย์, 9 กรกฎาคม ร.ศ.125, หจช. ศธ.59/6.

33 วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.24.

34 วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.22.

35 ดู "การงานของโรงเรียนราชแพทยาลัย" คัดจากหนังสือระเบียบการโรงเรียนราชแพทยาลัย ร.ศ.129, พิมพ์ซ้ำใน **เวชชนิสสิตฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482**, ไม่มีเลขหน้า. แต่ใน **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์** ระบุรายวิชาที่เรียนหลัง พ.ศ.2451 แตกต่างออกไป คือ ปีที่ 1: พฤกษศาสตร์, เคมี, ฟิสิกส์, อังกฤษ, กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, มาตรา; ปีที่ 2: เคมี, ฟิสิกส์, อังกฤษ, เภสัชกรรม, เภสัชวิทยา, ทอกซิโกโลยี, โอสถกรรม, ศัลยกรรม, ศัลยกรรม, แพทย์แผนโบราณ; ปีที่ 3: อังกฤษ, กายวิภาคศาสตร์, เภสัชกรรม, ทอกซิโกโลยี, ศัลยกรรม, โรคตา, โอสถกรรม, สูติกรรม, แพทย์แผนโบราณ; ปีที่ 4: ผ่าศพ, โรคตา, โอสถกรรม, ศัลยกรรม, สูติกรรม, ทำประวัติผู้ป่วย, ผสมยา, ธุรการ, บันทึกเหตุการณ์โรงพยาบาล; ดู วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.26.

36 วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.23.

37 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "ความซาบซึ้งในน้ำพระหฤทัยของสมเด็จฯ ต่อวงการแพทย์" ใน **เฉลิมพระเกียรติพลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร**, น.63-4.

38 สมเด็จฯ กรมขุนชัยนาทนเรนทร, "ความซาบซึ้งในน้ำพระหฤทัยของสมเด็จฯ ต่อวงการแพทย์," น.64-7. ชั้นปีที่ 1: พฤกษศาสตร์, เคมี, ฟิสิกส์, อังกฤษ, กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา; ชั้นปีที่ 2: เคมี, ฟิสิกส์, อังกฤษ, กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา; ชั้นปีที่ 3: บักเตรี, อาการโรค, เภสัชกรรม, เภสัชศาสตร์, กายวิภาคศาสตร์ (ผ่าศพ), อังกฤษ, ลาติน, เยอรมัน; ชั้นปีที่ 4: โตโปกราฟฟิก, อนาโตมี, ตรวจโรค, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, ทอกซิโกโลยี, จักษุวิทยา, นิติเวช; ชั้นปีที่ 5: การปฏิบัติ, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, สูตินารีเวชวิทยา, ฝึกงานในโรงพยาบาลศิริราช 5 เดือน และโรงพยาบาลอื่นๆ. ดู วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.26.

39 Victor G. Heiser, **An American Doctor's Odyssey** (New York: W.W. Norton & Co., 1936), p.482, อ้างถึงใน Wariya, "The Transfer of Medical Technology From the First World to the Third World," p.109. บทบาทในการปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนราชแพทยาลัยเป็นผลให้พระองค์เจ้ารังสิตประยูรศักดิ์ได้รับโปรดเกล้าฯ ให้สถาปนาเป็นกรมหมื่นไชยนาทนเรนทร และให้ดำรงตำแหน่งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัยเมื่อวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2458. ดู "ประกาศตั้งผู้บัญชาการโรงเรียนราชแพทยาลัย," **ประชุมกฎหมายประจำศก เล่ม 28** (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2477), น. 36.

40 Victor G. Heiser (Director for the East), "Report on Medical Education in Siam," หจช. RAC/34 RG 1.1-617-9-63. แม้จะไม่มีปี ค.ศ. ระบุในตัวรายงาน แต่เมื่ออ่านรายงานก็จะรู้ได้ไม่ยากว่าเป็นรายงานที่เขียนขึ้นภายหลังการเดินทางเข้ามาครั้งแรกของไฮเซอร์ในช่วง ค.ศ.1915.

41 Victor G. Heiser, "Report on Request by the Government of Siam for the Assistance of the International Health Commission in Securing American Physicians for Government Service", หจช. RAC/3 RG 1.1-617-9-64. และดูจดหมายของ Phya Maha Ammat (the Acting Minister of the Interior) to Victor G. Heiser, 17 April 1915, ซึ่งอยู่ในแฟ้มเดียวกัน.

42 M. E. Barnes, "Memorandum on the History of the Negotiations of the Rockefeller Foundation Concerning the Reorganization of Medical Education in Siam" (brought up to date of July 15, 1922), p.1, หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7. งานที่ทำให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาดว่า ศาสตราจารย์ที่เดินทางเข้ามาในช่วงแรกนี้มีแต่ ดร.เอลลิส เพียงคนเดียว คือบทความของ สุด แสงวิเชียร เรื่อง "พระประวัติสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ C.P.H., M.D. Harvard" ใน **ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์**

พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบัน (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเขษม, 2509), น. 9-10.

43 ภาคที่ 1: ชีววิทยา, เคมี, ฟิสิกส์, อังกฤษ, ละติน, กายวิภาคศาสตร์ และสรีระวิทยา; ภาคที่ 2: เภสัชศาสตร์, ตรวจร่างกาย, พยาธิวิทยา, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์ และสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ดู วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.26-7.

44 "ประกาศกระทรวงธรรมการ รวมโรงเรียนแพทยาลัย เข้ากับจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย" (ประกาศตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน พ.ศ.2460), **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 34 (แผนกสามัญ), วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2460, น.22.

45 ภาคที่ 1: ชีววิทยา, เคมีอนินทรีย์, เคมีอินทรีย์, ฟิสิกส์, กายวิภาคศาสตร์, สรีรวิทยา, อังกฤษ, ละติน; ภาคที่ 2: พยาธิวิทยา, เภสัชวิทยา, ตรวจร่างกาย, อายุรศาสตร์, ศัลยศาสตร์, สูติ-นรีเวชวิทยา, โรคเมืองร้อน, นิติเวชศาสตร์. ดู วิกัลย์ (บก.), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์**, น.27.

46 "[No]thing definite developed. This may have been due partly to the uncertainty of organization of the university." See M. E. Barnes, "Memorandum on the History of the Negotiations of the Rockefeller Foundation Concerning the Reorganization of Medical Education in Siam," p.1, หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7.

47 M. E. Barnes, "Memorandum on the History of the Negotiations of the Rockefeller Foundation Concerning the Reorganization of Medical Education in Siam," p.4, หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7.

48 "[A]ny suggestion, recommendation or proposition of the kind just referred to will always receive from the Royal Government a ready welcome and a most earnest and sympathetic consideration." Chao Phya Dharmasakti Montri (Minister of Education)

to the President of the Rockefeller Foundation, May 16, 1921, หจช. RAC/7 RG 1.1-617-1-6.

49 M.E. Barnes to Wickliffe Rose (General Director, The International Health Board), June 4, 1921, หจช. RAC/7 RG 1.1-617-1-6.

50 Richard M. Pearce, "A Report on Medical Education in Siam, November 1921," หจช. RAC/ 8 RG 1.1-617-9-65. รายงานฉบับนี้ของเพียซได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องอีกหลายชิ้น คือ 1) A Report on Medical Education in Siam, by Dr. M.E. Barnes; 2) A Memorandum on Medical Education, by Dr.Morden Carthew (Advisor to the Department of Public Health); 3) Statement by Dr. G.B. Heiser of the situation as he saw it in March, 1921; 4) A Memorandum by Dr. Ira Ayer (Advisor to the Department of Public Health); 5) A plan for Medical Registration by Dr. Morden Carthew; 6) A note by Dr.Leopold Robert (Director of the Pasteur Institute) on the present situation in Medical Education, and how some of the difficulties may be overcome; 7) Statement by Dr. M.E. Barnes on conditions to be demanded if any plan for development of Medical Education is to be successful; 8) List of and Official titles of individuals consulted by R.M.P.; 9) Diary of R.M.P.; 10) Official Report on the Government Students in the United States; 11) Official Report on the Government Students in Europe; 12) Course of instruction in the Primary and Secondary Schools; 13) Report of the Minister of Public Instruction, 1919; 14)Map of Bangkok, showing location of Medical School and Hospitals; 15) Blue print of Siriraj Hospital, showing land available, and proposed new building for Hospital and Medical School.

51 Richard M. Pearce to Chao Phya Dharmasakdi Montri, March 10, 1922, หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7.

52 Chao Phya Dharmasakti Montri to Richard M. Pearce, August 16, 1922, หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7.

53 ดูบันทึกการเจรจาระหว่างกรมหลวงสงขลาฯ กับ G.E. Vincent และ W. Rose เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ ค.ศ.1922 ในบันทึก "Great Britain Prince Songkla & W.R., G.E.V." London, Feb.6, 1922; ดูบันทึกการเจรจาระหว่างกรมหลวงสงขลาฯ กับ G.E. Vincent ที่กรุงเบิร์นใน "Memorandum of Interview with Prince Songkla at Bern Feb.25, 1922" โดยเอกสารทั้ง 2 ชิ้นนี้มีสำเนาอยู่ในแฟ้ม หจช. RAC/9 RG 1.1-617-1-7. และดูบันทึกการเจรจาระหว่างกรมหลวงสงขลาฯ กับเพียซที่ปารีสใน "Memorandum on the preliminary discussion of the plan of the reorganization of the Chulalongkorn University Medical School by the aid of the Rockefeller Foundation," (หอจดหมายเหตุศิริราช) ม.จม. 2/4.

54 สมเด็จฯ กรมขุนสงขลานครินทร์ ถึง เจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดีกระทรวงศึกษาธิการ, วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2465, ม.จม. 2/4; และดู George E. Vincent to Prince Songkla, December 8, 1922, ม.จม. 2/3.

55 รายงานแบบวงในที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์กับรัฐบาลสยามในช่วงดังกล่าว คือ A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the RF and the Siamese Government (June 25, 1931)," 42 pages, หจช. RAC/ 26 RG 1.1-617-9-60; and A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the Rockefeller Foundation and the Siamese Government, Final Summary, 1935," 50 pages, หจช. RAC/ 32 RG 1.1-617-9-62.

56 เจ้าพระยายมราช เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ถึง พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ, วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2464, หจช. ร.7 ม.7/5.

57 [ร่าง]พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464, หจช. สกท.1/13, (ปึก 1).

58 ดู A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the RF and the Siamese Government (June 25, 1931)," pp.37-8, หจช. RAC/ 26 RG 1.1-617-9-60. Ellis said that "so strongly is the Department of Public Health opposed to the policy of the medical school that, supported to a very helpful degree by Red Cross and Army officials, it has made two attempts to gain partial or entire control of it (this purpose is of course denied). One was by a clause in the medical law before mentioned [in 1923]. This was deleted by efforts of our Ministry before my arrival in 1923. The other was in 1926 in connection with a proposed 'National Health Council' that was to be controlled by the department of Public Health with its Director General [Prince Sakol] as President. A clause in the proposed law for this organization made it necessary for the Council to sanction all governmental appropriations to the medical school, 'medical service' in the law being interpreted to include medical education. One of the members in defending it to our Ministry said that the Foundation co-operation should be controlled by this Council and no building be erected at Siriraj without its permission. I was to be the representative of our Ministry on this Council and helped fight this clause vigorously; we finally sustained by the Cabinet Council," p.38.

59 Phra Baisal Silpasatra (Second Grand Chamberlain, Under-Secretary of State for Education) to Second Grand Councillor H.E. Phya Rajanakul (Under-Secretary of State for the Interior), December 14, 1921, หจช. สกท. 1/13 (ปึก 2).

60 "พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 40 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 16 พฤศจิกายน 2466, น. 136-152, อ้างจาก น.142-3.

61 "พระราชบัญญัติการแพทย์ พระพุทธศักราช 2466," น.147-8.

62 สมเด็จฯ กรมพระนครสวรรค์วรพินิต เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ถึง พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ, 25 มีนาคม พ.ศ.2471, หจช. ร.7 ม.7/5.

63 (ร่าง) "กฎเสนาบดีตามความในมาตรา 8 และมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466," หมวด 6 กำหนดลำดับชั้น ข้อ 24, หจช. ร.7 ม.7/5. กฎเสนาบดีฉบับนี้ต่อมาได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ.2472.

64 รายงานเสนาบดีสภาที่ 41/2470 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2470, และดู พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าฯ ถึง พระองค์เจ้าศุภโยคเกษม, วันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2470, หจช. ร.7 ม.7/5.

65 A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the RF and the Siamese Government (June 25, 1931)," pp.35-6, หจช. RAC/ 26 RG 1.1-617-9-60.

66 บรรทึกเรื่องสภาการสาธารณสุขประจำชาติ, กรมสาธารณสุข, วันที่ 2 เมษายน พ.ศ.2469, หจช. ร.7 ม.7/1.

67 "ร่างชั้นต้นแห่งพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ.2469," หจช. ร.7 ม.7/1.

68 ดู "รายงานการประชุมผู้แทนกระทรวงถบวงการต่างๆเพื่อหารือกันด้วยเรื่องร่างพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ" เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2469 และดู "กะทงแถลงความเห็นกระทรวงถบวงการต่างๆ ในเรื่องร่างชั้นต้นแห่งพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ.2469" ของกรมสาธารณสุข (ลงวันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2470), หจช. ร.7 ม.7/1.

69 A.G. Ellis to Director-General, Department of Public Health, President of the National Health Council, May 21, 1927, หจช. ร.7 ม.7/1.

70 ดูบันทึกของนายแพทย์เอลลิสเกี่ยวกับปัญหาความขัดแย้งเรื่อง Junior Doctor ใน A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the Rockefeller Foundation and the Siamese Government, Final Summary, 1935," pp.36-46, หจช. RAC/ 32 RG 1.1-617-9-62; และดู A.G. Ellis to Prince Sakol (President of the Medical Council), March 30, 1931, เอกสารแนบ (Exhibit B) ใน A.G. Ellis, "Siam - Medical Education: A Review of the Co-operation between the RF and the Siamese Government (June 25, 1931)," หจช. RAC/ 26 RG 1.1-617-9-60.

71 ร่างประกาศตั้งสภาการสาธารณสุข, หจช. หจช. ร.7 ม.7/1. ประกาศฉบับนี้ตีพิมพ์อยู่ใน **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่มที่ 45 (แผนกสามัญ), วันที่ 15 เมษายน พ.ศ.2471, น. 43.

72 เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ถึง ประธานคณะกรรมการราษฎร, วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ.2475, หจช. (2)สร 0201. 27/2.

73 รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 83, วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2477, หจช. สกท.1/13 (ปึก 5).

74 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 121, วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2479, หจช. สกท.1/13 (ปึก 9).

75 รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 67, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2476, หจช. สกท.1/13 (ปึก 3).

76 รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 67, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2476, หจช. สกท.1/13 (ปึก 3).

77 รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 67, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2476, หจช. สกท.1/13 (ปึก 3).

78 พระยาวิบุลอายุรเวท (เสข ธรรมสโรช), "ประวัติแพทย์ พ.ศ.2443" ใน **เวชชนิสสิตฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482**, ไม่มีเลขหน้า.

79 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 88, วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2477, หจช. สกท.1/13 (ปึก 6).

80 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 106, วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2478, หจช. สกท.1/13 (ปึก 7).

81 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 90, วันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2477, หจช. สกท.1/13 (ปึก 6).

82 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 92, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2477, หจช. สกท.1/13 (ปึก 6).

83 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 92, วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2477, หจช. สกท.1/13 (ปึก 6).

84 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 95, วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2478, หจช. สกท.1/13 (ปึก 6).

85 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 111, วันที่ 2 มกราคม พ.ศ.2478, หจช. สกท. 1/13 (ปึก 8).

86 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 109, วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ.2478, หจช.

สกท. 1/13 (ปึก 8), เน้นตามต้นฉบับเดิม.

87 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 110, วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2478, หจช. สกท. 1/13 (ปึก 8).

88 คำวินิจฉัยชี้ขาดของอธิบดีกรมอัยยการในคดีเรื่องนางทิมวิทยุสารสดับ ต้องหาว่ากระทำผิดต่อพระราชบัญญัติการแพทย์, หจช. สกท. 1/13 (ปึก 9).

89 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 114, วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2478, หจช. สกท. 1/13 (ปึก 9).

90 ดูกรณีการขอขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปของ มรว.นันทา ทองแถม ใน รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 112, วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2478, หจช. สกท.1/13 (ปึก 8); กรณีนายยอน เยมส์ แมคเบธใน รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 130, วันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2479, หจช. สกท.1/13 (ปึก 10).

91 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 127, วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2479, หจช. สกท.1/13 (ปึก 10). เท่าที่ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ **ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์** (ฉบับพิมพ์ที่อ้างว่า "ได้สอบทานถูกต้องตามฉบับเดิม" เล่มที่ 1 พิมพ์ พ.ศ.2466 และเล่มที่ 2 พิมพ์ พ.ศ.2475 โดยโรงพิมพ์พานิชศุภผล กรุงเทพฯ) นั้นก็ยังไม่พบหลักฐานว่าความรู้ส่วนใดของตำราแพทย์ไทยฉบับนี้มีข้อความเกี่ยวกับการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ, การผ่าตัดกรณีที่รักษากระดูกหักหรือกระดูกเคลื่อน, หรือการใช้ยาสลบในการผ่าตัดอย่างที่คณะกรรมการแพทย์สรุป. ตำรารักษาไข้ทรพิษของหม่อมเจ้าปราณีนั้นก็เป็นเรื่องเกี่ยวกับยาสมุนไพรสำหรับบดพอก ละลายพ่น หรืออาบ ไม่เกี่ยวกับการปลูกฝีแต่อย่างใด, ดู **แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์**, เล่ม 2, น. 440-2. อย่างไรก็ตาม หนังสือ **ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์** ที่คณะกรรมการแพทย์พิจารณานั้นอาจจะหมายถึงตำราเล่มอื่นที่ผู้วิจัยไม่รู้จักก็เป็นได้ และการไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษหรือการใช้ยาสลบกับการผ่าตัดนั้นก็ไม่ได้หมายความว่าตำราแพทย์แผนไทยจะต้องบริสุทธิ์

ผุดผ่องโดยที่ไม่เคยสัมผัสหรือปนกับความรู้ทางการแพทย์ของตะวันตก ดังที่จะเห็นได้ในกรณีตำราโอสถพระนารายณ์.

92 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์ครั้งที่ 127, วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2479, หจช. สกท.1/13 (ปึก 10).

93 รายงานประชุมคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ 16/2477, วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2477, ณ วังปารุสกวัน, หจช. (2) สร 0201.27/4.

94 A. G. Ellis (Dean) to Chao Phya Dharmasakti Montri (Minister of Public Instruction), December 15, 1932, หจช. (2) สร 0201.27/4; และดูการถกเถียงเกี่ยวกับเรื่องนี้จากหลักฐานของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ใน "Chapter VI: Prince Mahidol's Death and the Junior Doctor Controversy" ใน Wariya, "The Transfer of Medical Technology From the First World to the Third World," pp.172-204. คณะกรรมการแพทย์นี้เข้าใจว่าในที่สุดถูกยุบเลิกไปเมื่อประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปมาทำหน้าที่แทน, ดู "พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479."

95 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง นายกรัฐมนตรี, เรื่องโครงการณ์อนามัยในหัวเมืองและการควบคุมโรคจิตต์, 6 ธันวาคม พ.ศ.2478, หจช. (2) สร 0201.27/9.

96 หลวงประดิษฐ์มนูธรรม (ประธานคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์) ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี, เรื่องมาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์และการเป็นแพทย์, 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2477, หจช. (2) สร 0201.24.9/1.

97 รายงานการประชุมคณะรัฐมนตรีครั้งที่ 23/2477 (สมัยรัฐบาลวันที่ 22 กันยายน พ.ศ.2477), วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2477, ณ วังปารุสกวัน; และ เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์, 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2477, หจช. (2) สร 0201.24.9/1.

98 รายงานการประชุมกรรมการพิจารณามาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์และการเป็นแพทย์ครั้งที่ 2, วันที่ 13 เมษายน พ.ศ.2478, ที่กระทรวงธรรมการ, หจช. (2) สร 0201.24.9/1.

99 ประธานกรรมการพิจารณามาตรฐานขั้นต่ำของการเตรียมเข้าเรียนแพทย์และการเป็นแพทย์ ถึง นายกรัฐมนตรี, 31 พฤษภาคม พ.ศ.2478, หจช. (2) สร 0201.24.9/1.

100 กล่าวได้ว่า ปัญหาในเรื่องการสาธารณสุขของประเทศคงจะเป็นเงื่อนปมสำคัญที่ชนชั้นนำไทยต้องดิ้นรนเพื่อแสวงหาทางออก ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของหน่วยงานที่รับผิดชอบต่อการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจำนวนหลายครั้ง กล่าวคือ พ.ศ.2459 กรมพยาบาลได้เปลี่ยนชื่อเป็น "กรมประชาภิบาล" เพื่อขยายขอบเขตงาน และเปลี่ยนชื่ออีกครั้งใน พ.ศ.2461 เป็นกรมสาธารณสุขเพื่อรวมศูนย์งานด้านสาธารณสุขทั้งหมดที่ยังแยกอยู่คนละกระทรวงมาไว้ด้วยกัน. อย่างไรก็ตาม กว่าความพยายามที่จะรวมศูนย์งานด้านสาธารณสุขมาไว้ในหน่วยงานเดียวกันจะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริงก็ต้องรอถึง พ.ศ.2465 เมื่อมีการโอนกองแพทย์สุขาภิบาลในกระทรวงนครบาลให้ไปขึ้นกับกรมสาธารณสุข เมื่อมีประกาศให้ยุบเลิกกระทรวงนครบาลและให้รวมงานต่างๆ ของพระนครและหัวเมืองอยู่ภายใต้หน่วยงานเดียวกันคือกระทรวงมหาดไทย, ดูเอกสารโต้ตอบที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ใน พระยาบำราศนราดูร, "ประวัติกระทรวงสาธารณสุข," น.25-34 และ 55-8.

101 ดู สุวัสดี, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," น.31-47.

102 รายงานการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 47/2475 (สมัยวิสามัญ) วันอังคาร ที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2475, อ้างใน สุวัสดี, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," น.55.

103 ข้อสรุปของสุวัสดี, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," น.62.

104 สุวัสดี, "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500," น.72.

105 "การสาธารณสุข," น.21, ในพระยาบริรักษ์เวชชการ และคนอื่นๆ, **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ** (เอกสารคำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาลพุทธศักราช 2477, มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง). เนื่องจากเลขหน้าของเอกสารคำบรรยายชุดนี้ไม่ได้เรียงลำดับต่อไปตลอดเล่ม แต่แยกนับใหม่ในบทความแต่ละเรื่อง ดังนั้นในการอ้างอิงเลขหน้าของบทความที่อยู่ในเอกสารคำบรรยายชุดนี้จึงอ้างอยู่หลังบทความแต่ละเรื่อง.

106 "การสาธารณสุข," น.15, ในพระยาบริรักษ์เวชชการ และคนอื่นๆ, **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.**

107 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.1, ในพระยาบริรักษ์เวชชการ และคนอื่นๆ, **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.**

108 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.2.

109 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.36.

110 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.36.

111 บันทึกเรื่องการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (ตอน 1), กระทรวงมหาดไทย, วันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ.2478, หจช. (2) สร 0201.27/9.

112 โครงการณ์อนามัยในหัวเมือง, วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2477, หจช. (2) สร 0201.27/9. ดูรายละเอียดในบทที่ 5.

113 ดู Martin Hewitt, "Bio-politics and Social Policy: Foucualfts Account of Welfare" in **The Body: Social Process and Cultural Theory**, edited by Mike Featherstone, Mike Hepworth, and Bryan S. Turner (London: Sage, 1991); และดูการศึกษาเกี่ยวกับโครงการร่างกายในสมัยรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามในวิทยานิพนธ์ทางมานุษยวิทยาของก้องสกล กวินรวีกุล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487" (วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545). แน่นอนว่า โครงการร่างกายของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามครอบคลุมไปในหลายด้านด้วยกันตั้งแต่จากแง่มุมของการผลิตไปจนถึงแง่มุมทางศีลธรรม-จริยธรรมของการเป็นร่างอารยะ (civilized body), อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเกี่ยวกับโครงการร่างกายในงานชิ้นนี้จะมองเฉพาะจากมุมมองของประวัติศาสตร์ทางการแพทย์เท่านั้น.

114 สุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรี กล่าวทางวิทยุกระจายเสียงแด่ประชาชนชาวไทยทั้งมวลในอภิลักขิตสมัยแห่งงานเฉลิมฉลองวันชาติ 24 มิถุนายน 2483, หจช. (2) สร.0201.10/50.

115 จอมพล ป. พิบูลสงครามเคยเขียนบทความลงใน **ยุทธโกษ** ของกองทัพบกเมื่อ พ.ศ.2477 ขณะที่ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม ว่าในสมัยของ "การสร้างชาติ" นั้น ประเทศต้องการผู้นำที่เข้มแข็งเหมือน "ฝูงสัตว์ต้องมีหัวหน้า," ดูชาญวิทย์ เกษตรศิริ, **ประวัติการเมืองไทย** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2538), น.168.

116 นายกรัฐมนตรี ถึง อธิบดีกรมศิลปากร เรื่องความสำคัญในการบำรุงวัฒนธรรมของชาติ, วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2484, หจช. ศธ.0701.29/5.

117 บันทึกความเห็นหลวงวิจิตรวาทการเรื่องตั้งกรรมการพิจารณาหาทางผดุงศีลธรรมของประชาชน, 14 กันยายน 2480, หจช. (3)สร.02001.55/2.

118 "ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยรัฐนิยมใช้ชื่อประเทศ ประชาชน และสัญชาติ" ใน **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 56 (แผนกสามัญ), วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2482), น.810.

119 ดู "ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยรัฐนิยมฉบับที่ 6 เรื่องทำนองและเนื้อร้องเพลงชาติ" ใน **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 56 (แผนกสามัญ), วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2482, น. 2653-4; และดู ชาญวิทย์, **ประวัติการเมืองไทย**, น.175.

120 สุนทรพจน์ของนายกรัฐมนตรี กล่าวทางวิทยุกระจายเสียงแด่ประชาชนชาวไทยทั้งมวลในอภิลักขิตสมัยแห่งงานเฉลิมฉลองวันชาติ 24 มิถุนายน 2483, หจช. (2) สร.0201.10/50.

121 หลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่อง โครงการควบคุมไข้จับสั่น, 7 ตุลาคม 2480, หจช. (2)สร 0201.27.1/5.

122 คำกล่าวของ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ในหนังสือคู่มือสมรส ซึ่งแจกในงานวันของแม่ 10 มีนาคม พ.ศ.2486, **นิกร** (12 มีนาคม พ.ศ.2486): 2, อ้างในชัยยนต์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย...," น.150.

123 สาส์นอวยพรของจอมพล ป. พิบูลสงคราม แก่คู่สมรสของชาติ 21 คู่ ที่จังหวัดลำปาง เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ.2486, **นิกร** (24 พฤษภาคม พ.ศ.2486): 1, อ้างในชัยยนต์, "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย...," น.150-1.

124 ดูอิทธิพลของความคิดยูจีนิกส์และการส่งเสริมการสมรสใน ก้องสกล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487," น.31-57.

125 คำสั่งนายกรัฐมนตรีจอมพล ป. พิบูลสงคราม เรื่องตั้งกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงการแพทย์, ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2485, ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 15 ปี**, น.47-48. ดูรายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงการแพทย์ครั้งที่ 1 (วันอังคารที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 2 (วันพุธที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 3 (วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ครั้งที่ 4 (วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), และครั้งที่ 5 (วันจันทร์ที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), ณ ห้องประชุมกระทรวงกลาโหม, หจช. (2) สร 0201.27/9.

126 หนังสือพิมพ์ศรีกรุง, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2482, น. 11, อ้างใน ก้องสกล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487," น.64.

127 ใช้ เรืองศิลป์, **หนังสืออ่านปลุกใจนักเรียน**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2480), น. 115.

128 พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์, **พลเมืองดี**, พิมพ์ครั้งแรก ร.ศ.130 (ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพนายจรูญ เรืองวิเศษ ณ เมรุวัดธาตุทอง, 1 มีนาคม พ.ศ.2541), น. 167.

129 พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์, **พลเมืองดี**, น. 167-8.

130 พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์, **พลเมืองดี**, น. 168.

131 พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์, **พลเมืองดี**, น. 168-9.

132 Report on work done at the Office of the Chief Sanitary Inspector during B.E.2464, หจช. ร. 6 น. 7.3/10.

133 หลวงเชฎฐไวทยาการ ถึง ม.จ.สกลวรรณากร วรวรรณ อธิบดีกรมสาธารณสุข, 30 มีนาคม พ.ศ.2470, น.23-5, หจช. ร.7 ม. 7.2/2 การประชุมสมาคมอายุรเวชชกรรมเมืองร้อนฝ่ายบุรพทิศ (3 มิ.ย. 2468 - 23 ม.ค. 2474). ความสนใจเกี่ยวกับโรคเหน็บชานี้ที่จริงมีมานานพอสมควรแล้ว ดังที่มีรายงานของนายแพทย์เอช. แคมเบล ไฮเอตเรื่อง "Memorandum on Beri Beri in Siam" พร้อมคำแปลเรื่อง "รายงานความเห็นเรื่องโรคเหน็บชา (แบรีแบรี) ในประเทศสยาม" เดือนมิถุนายน พ.ศ.2452, หจช. ร.5 น.5.7/34.

134 "พระราชบัญญัติการทำสวนครัวและเลี้ยงสัตว์ เพื่อประโยชน์แห่งครัวเรือน พุทธศักราช 2482," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 56 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2482, น.1323-8; "เรื่องการทำสวนครัวและการเลี้ยงสัตว์," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 56 (แผนกสามัญ), วันที่

9 ตุลาคม พ.ศ.2482, น.2170-1; และดูวราภรณ์ จิวชัยศักดิ์, "การกินอยู่ของคนไทยกับนโยบายสร้างชาติของจอมพล ป. พิบูลสงคราม," **จุลสารไทยคดีศึกษา**, ปีที่ 15, ฉบับที่ 2 (2541): 36-41.

135 หลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง ดิเรก ชัยนาม เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องโครงการส่งเสริมอาหารของชาติ, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2481, หจช. (2)สร 0201.27/10.

136 โครงการส่งเสริมอาหารของชาติ, หจช. (2)สร 0201.27/10.

137 หลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง ดิเรก ชัยนาม เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องโครงการส่งเสริมอาหารของชาติ, วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2481, หจช. (2)สร 0201.27/10.

138 นายแพทย์ตรวจการสาธารณสุขภาคเหนือ ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่อง โครงการณ์ตั้งกองส่งเสริมอาหาร (Division of Nutrition), วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ.2481, หจช. (2)สร 0201.27/10. นายแพทย์ ย่งฮั้ว (ยงค์ ชุติมา) น่าจะเป็นคนเดียวกับนายยงค์ ชุติมา (ย่งฮั้ว) นักเรียนแพทย์รุ่น พ.ศ.2470 (รุ่นที่ 33), ดู "แพทย์ พ.ศ.2470 (รุ่นที่ 33)" ใน **เวชชนิสสิต ฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482**, ไม่มีเลขหน้า. นายแพทย์ ยงค์ ชุติมา คือผู้เชี่ยวชาญด้านอาหาร/บริโภคศาสตร์, เรียนจบอักษรศาสตร์บัณฑิต (BA) จากมหาวิทยาลัยแห่งฟิลิปปินส์ (กรุงมะนิลา) เมื่อ พ.ศ.2463 และเดินทางไปศึกษาต่อจนจบปริญญาแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (MD) จากมหาวิทยาลัยเทนนิสซีเมื่อ พ.ศ.2467. หลังจากจบวิชาแพทย์แล้ว นายแพทย์ยงค์ได้เดินทางไปดูงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศอังกฤษ, ฝรั่งเศส, เยอรมัน, อิตาลี และเบลเยี่ยมเป็นเวลาประมาณ 1 ปี, และขณะที่อยู่ในอังกฤษได้ศึกษาเกี่ยวกับโรคเมืองร้อนโดยได้รับประกาศนียบัตรวิชาโรคเฉพาะเมืองร้อนจากมหาวิทยาลัยลอนดอนใน พ.ศ.2468. เมื่อกลับมาประเทศไทยแล้ว นายแพทย์ยงค์ได้เปิดคลินิกที่เชียงใหม่และต่อมาเป็นลูกจ้างพิเศษของกรมรถไฟในตำแหน่งนายแพทย์รถไฟประจำสายเหนือ, และเข้า

รับราชการในกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยเมื่อ พ.ศ.2469 และลาออกจากกรมสาธารณสุขมาเป็นอาจารย์ผู้ช่วยหัวหน้ากองสูติกรรมของคณะแพทยศาสตร์ที่โรงพยาบาลศิริราชเมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ.2469 (ปฏิทินเก่า) โดยทำงานอยู่เป็นเวลาประมาณ 2 ปีก็ลาออก. หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 นายแพทย์ยงค์ ชุติมาได้เดินทางไปศึกษาวิชาสาธารณสุขเพิ่มเติมที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดเป็นเวลา 1 ปี และได้รับประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (C.P.H.) และเมื่อกลับจากอเมริกาแล้วก็กลับเข้ารับราชการในกองสาธารณสุข (พระนคร) ในกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2477, เป็นนายแพทย์ตรวจการสาธารณสุขภาคเหนือเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2477 (ปฏิทินเก่า), เป็นนายแพทย์ตรวจการในตำแหน่งหัวหน้ากองส่งเสริมอาหารและในตำแหน่งหัวหน้าแผนกค้นคว้าเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2482, เป็นหัวหน้ากองบริโภคสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2483, เป็นหัวหน้ากองอาหารและยา กรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2485, เป็นผู้อำนวยการกองส่งเสริมอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ.2500, เป็นนายแพทย์พิเศษประจำกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ.2503 และลาออกจากราชการเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2504. ดูประวัติของนายแพทย์ยงค์ ชุติมาใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา** (ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพนายแพทย์ยงค์ ชุติมา ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม, 8 สิงหาคม พ.ศ.2507), น. (ข)-(ง).

139 หจช. สร.0201.3/10 การประชุมเรื่องสาธารณสุขหรือเรื่องสุขาภิบาล พ.ศ.2479-2481, อ้างในก้องสกล, "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487," น. 87.

140 ยงค์ ชุติมา, **สยามก้าวหน้าและอนามัยแผนใหม่**, (พิมพ์ครั้งแรกมกราคม พ.ศ.2479), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.9-25.

141 ยงค์ ชุติมา, "ถั่วเหลือง" ใน **หนังสือแถลงการณ์สาธารณสุข** เล่มที่ 12 อันดับ 12 (มีนาคม

2479), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.26-32.

142 ยงค์ ชุติมา, "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?" ใน **หนังสือพิมพ์วิทยาศาสตร์** (20 มกราคม 2480), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.37-50.

143 ยงค์ ชุติมา, "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?," น.37.

144 ยงค์ ชุติมา, "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?," น.45.

145 ยงค์ ชุติมา, "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?," น.49. เน้นตามต้นฉบับเดิม.

146 ยงค์ ชุติมา, "ทำไมต้องปฏิรูปอาหารการกินของชาติ?," น.49. เน้นตามต้นฉบับเดิม.

147 รายงานการประชุมคณะรัฐมนตรี ครั้งที่ 34/2481, วันศุกร์ที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2481, หจช. (2)สร 0201. 27/ 10.

148 ยงค์ ชุติมา, "ประวัติการอาหารในประเทศไทย" [เขียนหลัง 2500] พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.1-9, อ้างจาก น.3.

149 ยงค์ ชุติมา, "ขั้นแรกแห่งการสร้างชาติ" (พิมพ์ครั้งแรกใน **หนังสือพิมพ์สหกรณ์** ปีที่ 2 เล่มที่ 3 (กันยายน-ตุลาคม 2483), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.51-7; "การบริโภคเนื้อสัตว์" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียงเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2484), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.58-65; "พลานามัยแห่งร่างกาย" (พิมพ์ครั้งแรกใน หนังสือสมุดคู่มือชีวิตอนามัย, 20 ธันวาคม พ.ศ.2484), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.66-72; "เครื่องในสัตว์เป็นอาหารดี" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียง, 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.83-7; "อาหารกับการทวีพลเมือง" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียง, 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**,

น.88-92; "การปรับปรุงอนามัยของชาติ ตอนที่ว่าด้วยการมารดาทารกสงเคราะห์" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียง, เดือนมีนาคม พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.93-7; "โรคขาดธาตุอาหาร" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียง พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.98-103; "เรื่องของการกินกับ" (บรรยายทางวิทยุ พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.104-8; "กินนมกินไข่" (บรรยายทางวิทยุกระจายเสียง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2485), พิมพ์ซ้ำใน **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา**, น.109-113.

150 ยงค์ ชุติมา, "ขั้นแรกแห่งการสร้างชาติ," น.51-7, อ้างจาก น.51, 53-4.

151 ยงค์ ชุติมา, "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย," **ข่าวแพทย์**, ปีที่ 13 เล่ม 5 (พฤศจิกายน พ.ศ.2483): 349-355, อ้างจาก น.350.

152 ยงค์ ชุติมา, "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย," น.350.

153 ยงค์ ชุติมา, "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย," น.350-1.

154 ยงค์ ชุติมา, "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย," น.351-2.

155 ยงค์ ชุติมา, "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย," น.352-355.

156 "คำชักชวนของรัฐบาลเรื่องฟื้นฟูวัฒนธรรมของชาติไทย," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 59 (แผนกสามัญ), ตอนที่ 46 (7 กรกฎาคม 2485), น.1721-2.

157 นายกรัฐมนตรี ถึง อธิบดีกรมศิลปากร เรื่องความสำคัญในการบำรุงวัฒนธรรมของชาติ, วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2484, หจช. ศธ.0701.29/5. และดู "พระราชกริสดีกา กำหนดวัธนธัม ซึ่งประชาชนชาวไทยจักต้องปฏิบัติตาม (ฉบับที่ 2) พุทธสักราช 2485," **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 59 (แผนกสามัญ), ตอนที่ 53 (11 สิงหาคม พ.ศ.2485), น.1438-1441.

158 "ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยรัฐนิยมฉะบับที่ 11 เรื่องกิจประจำวันของคนไทย" (ประกาศใช้วันที่ 8 กันยายน พ.ศ.2484), **ราชกิจจานุเบกษา**, เล่ม 58 (แผนกกฤษฎีกา), วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2484, น. 1132-3.

159 กรมอาชีวะศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, **แบบเรียนหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม เรื่อง หน้าที่พลเมือง สำหรับชั้นมัธยมปีที่ 3**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (พระนคร: โรงเรียนช่างพิมพ์วัดสังเวช, 2485), น.88. เน้นโดยผู้อ้าง.

160 กรมอาชีวะศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, **แบบเรียนหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม เรื่อง หน้าที่พลเมือง สำหรับชั้นมัธยมปีที่ 3**, น.92.

161 กรมอาชีวะศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, **แบบเรียนหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม เรื่อง หน้าที่พลเมือง สำหรับชั้นมัธยมปีที่ 3**, น.90.

162 ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2536), น. 185-6 และ 115-125. หนังสือเล่มนี้คือการรวมบทความในคอลัมน์ "บันทึกเวชกรรมไทย" ที่นายแพทย์ประเวศ วะสีเขียนลงใน **นิตยสารใกล้หมอ** ในช่วง พ.ศ.2520-22 เพื่อเสนอแนวคิดว่า "การแพทย์มิใช่เรื่องของแพทย์เท่านั้น หากประชาชนได้มีส่วนร่วมรู้เห็นอย่างกว้างขวาง และลึกซึ้งเท่าไรตามหลักการประชาธิปไตย ก็จะช่วยให้การแพทย์ไทยปรับไปสู่สมดุลได้โดยเสริมส่วนดีขจัดส่วนเสีย เพื่อสนองตอบต่อการแก้ปัญหาของประเทศทั้งทางกว้างและทางลึก เพื่อให้ประชาชนไทยมีความผาสุกและศานติสุข การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนเข้าร่วมและเข้าใจปัญหาของเขาเอง เช่นวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะเป็นช่องทางหนึ่งสำหรับแก้ปัญหาของประเทศได้." ดูคำนำในการพิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ.2524)ใน ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2536), ไม่มีเลขหน้า.

163 ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, น.158.

164 ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, น.113 และ 51.

165 ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, น.288-9.

166 ดูรูปแผนผังพีระมิดของความคิดเรื่องการกระจายบริการสาธารณสุขใน ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, น. 230-1.

167 สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตงาม...หมอประเวศ** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2544), น. 161 และดูบทบาทของหมอประเวศในระหว่างการเป็นอาจารย์โรงเรียนแพทย์จนถึงการเป็นนักพัฒนาสังคม น.169-173.

168 คำนำในการพิมพ์ครั้งที่ 1 ของ ขุนนิทเทสสุขกิจ [ถมรัตน์ พุ่มชูศรี], **แพทยศาสตร์นิทเทส**, พิมพ์ครั้งที่ 4 (ธนบุรี: โรงพิมพ์เจริญพัฒน์, 2514), ไม่มีเลขหน้า. หนังสือเล่มนี้ต่อมาถูกแยกออกเป็น 2 เล่ม คือ แพทยศาสตร์นิทเทส (วิชาแพทย์แผนปัจจุบัน) และ อายุรเวทศึกษา (วิชาแพทย์แผนโบราณ) และ "ได้รับความนิยมแพร่หลาย" เป็นอย่างมากจนได้รับการตีพิมพ์ซ้ำอยู่หลายครั้ง (พิมพ์ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ.2496, ครั้งที่ 3 เมื่อ พ.ศ.2501, ครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ.2514). หนังสือ **อายุรเวทศึกษา** ของขุนนิทเทสสุขกิจ ตีพิมพ์ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2496 และพิมพ์ครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ. 2516 (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พร้อมจักรการพิมพ์, 2516).

169 ขุนวิจิตสุขการ และ พล.ต. ถนอม อุปถัมภานนท์, **วิธีตรวจโรค** (มปท.: ตุลาคม 2495), น. ข.

170 ขุนวิจิตสุขการ และ พล.ต. ถนอม อุปถัมภานนท์, **วิธีตรวจโรค**, น. จ.

171 ขุนวิจิตสุขการ และ พล.ต. ถนอม อุปถัมภานนท์, **วิธีตรวจโรค**, น. 390 และ 174.

172 ขุนวิจิตสุขการ และ พล.ต. ถนอม อุปถัมภานนท์, **วิธีตรวจโรค**, น. 8-9.

173 ดูการขอตั้งสถานปฏิบัติการโภชนาเพื่อศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับอาหารและการบริโภคอาหารของคนไทย โดยการวินิจฉัยตาม "วิธีที่ถูกและทันสมัย" ซึ่งจะต้องมีการยืนยันด้วยการตรวจทางเคมี เช่น "นำโลหิตและปัสสาวะมาทดลองหาไวตามินและธาตุอาหารต่างๆ ที่สงสัยว่าจะขาด" เพื่อจะนำไปใช้แก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของสังคมไทย, ดูพระยาบริรักษเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่อง ขออนุมัติจัดตั้งสถานปฏิบัติการโภชนาการ, 4 ธันวาคม 2494, และ "โครงการณ์โภชนาการ," หจช. (2)สร 0201. 27/ 36.

174 ป. อินทรปาลิต, "อ้ายดำปรอท (เดชผีดิบ)" พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ.2482, พิมพ์ซ้ำใน ป. อินทรปาลิต, **รวมเรื่องชุดสามเกลอ ชุดวัยหนุ่ม: ล่องหน, อ้ายดำปรอท, มนุษย์ผี** (กรุงเทพฯ: ผดุงศึกษา, ไม่มีปีที่พิมพ์), น.17, 29, 30, 59, 126, 128 และ 135. ทั้งสามเรื่องนี้พิมพ์อยู่ในเล่มเดียวกัน แต่เริ่มนับหน้าใหม่ในแต่ละเรื่อง.

175 ป. อินทรปาลิต, "ล่องหน" พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ.2482, พิมพ์ซ้ำใน ป. อินทรปาลิต, **รวมเรื่องชุดสามเกลอ ชุดวัยหนุ่ม: ล่องหน, อ้ายดำปรอท, มนุษย์ผี**, น.2 และ 28-9.

176 อ. อุดากร [อุดม อุดากร], "ตึกกรอสส์," **สยามสมัย**, ปีที่ 1 ฉบับที่ 52 (10 พฤษภาคม 2491), พิมพ์ซ้ำใน อ. อุดากร, **ตึกกรอสส์**, พิมพ์ครั้งที่ 15 (กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสรรค์บุ๊คส์ จำกัด, 2543), น.3-15.

177 ศรีบูรพา [กุหลาบ สายประดิษฐ์], "เขาเลือกลามบาเรในสยาม," **ปิยะมิตร**, ปีที่ 3 ฉบับที่ 26 (เดือนธันวาคม, 2492), พิมพ์ซ้ำใน ศรีบูรพา, **ขอแรงหน่อยเถอะ**, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2536), น.75-91, อ้างจาก น.86 และ 89.

บทที่ 4

รัฐเวชกรรม: จากโรงพยาบาล สู่ โครงการสาธารณสุขมูลฐาน

ความเอื้อเฟื้อในโรงพยาบาล

ขณะที่โรงพยาบาลในสังคมไทยโดยทั่วไปในปัจจุบันกำลังประสบกับปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยในเชิงพาณิชย์กับปัญหาเชิงจริยธรรม[1] ประเด็นที่ท้าทายความเป็นสถาบันโรงพยาบาลมากที่สุดในบริบทของการถูกตั้งคำถามเชิงจริยธรรม คือ ความหมายของสิ่งที่เรียกว่าโรงพยาบาลเอง. ในอีกแง่หนึ่ง "โรงพยาบาล" เป็นศัพท์ที่ถูกบัญญัติขึ้นมาเพื่อใช้เรียกสถานบำบัดรักษาโรค ซึ่งโดยรากศัพท์แล้วมีนัยสัมพันธ์กับความเอื้อเฟื้อ/การให้ที่พักพิง (to give place, host, hospitality, hospitable). สิ่งที่จะเรียกว่า ความเอื้อเฟื้อ/ให้ที่พักพิงได้นั้นไม่ใช่ท่าทีการปฏิบัติที่สงวนไว้เฉพาะแขกรับเชิญเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงท่าทีปฏิบัติที่ควรมีต่อ (และโดยเฉพาะ) คนแปลกหน้า แขกที่ไม่ได้รับเชิญ คนคาดไม่ถึงหรือไม่คาดว่าจะมา หรือคนที่ไม่ได้รอคอยและไม่ได้รับการเตือนล่วงหน้าว่าจะมาเยือน,[2] อันน่าจะเป็นความหมายที่สอดคล้องกับความหมายดั้งเดิมของสถานที่พักซึ่งให้ความเอื้อเฟื้อแก่นักบวช คนชรา หรือคนเดินทาง.

ในลักษณะเดียวกัน การกำเนิดขึ้นของโรงพยาบาลในสังคมไทยก็ตั้งอยู่ในความหมายที่คลุมเครือระหว่างการเป็นสถานที่ซึ่งมุ่งให้ความเอื้อเฟื้อต่อประชาชนพลเมือง เพื่อ "แก้อันตรายอันใหญ่ยิ่งของชนทั้งปวง คือพยาธิแห่งคนจนอนาถาหาญาติที่อุปการะมิได้...เป็นทาน

แก่อาณาประชาราษฎร์ไม่เลือกหน้าว่าผู้ใด"[3] กับการเป็นสถานที่ซึ่งมุ่งควบคุมจำกัดบริเวณการแพร่กระจายของโรคติดต่อบางชนิด หรืออีกนัยหนึ่งคือเครื่องมือของรัฐสำหรับการควบคุมเรือนร่างของพลเมืองที่มีอันตรายต่อเรือนร่างทางสังคม.[4] การให้บริการของโรงพยาบาลในช่วงแรกจึงได้รับการเมินเฉย จนต้องมีการจ้างให้คนมาใช้บริการ (กรณีมาทำคลอดในโรงพยาบาล) และในบางครั้งถูกหวาดระแวงต่อต้านจากประชาชน โดยไม่ยอมแจ้งให้ทราบว่ามีคนป่วยกาฬโรคเนื่องจากกลัวว่าจะต้องถูกนำไปกักตัวและตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาลโดยไม่ได้มีญาติพี่น้องคอยดูแล.[5] เมื่อเกิดกาฬโรคระบาดในเมืองนครราชสีมาเมื่อ รศ.128 (พ.ศ.2452) พระยาจ่าแสนบดี ข้าหลวงเทศาภิบาล-สำเร็จราชการมณฑลนครราชสีมา ได้จัดให้มี "ประชุมกรรมการศุขาภิบาล พร้อมด้วยกำนันผู้ใหญ่บ้านตำบลไชยณรงค์ (ในเมือง) และตำบลโพธิ์กลาง" เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับสาเหตุที่จะให้เกิด "ไข้บวม"[กาฬโรค]ว่ามาจาก "ความสกปรกโสโครก เมื่อเกิดขึ้นแล้วเป็นโรคร้ายแรงและติดกันได้." เมื่อได้ปรึกษาหารือเรื่องการป้องกันที่ประชุมได้มีมติว่า "ควรจัดให้มีโรงพยาบาล" และเนื่องจากประชาชนมักปกปิดไม่ใคร่บอกให้เจ้าพนักงานทราบเวลามีคนป่วยไข้เกิดขึ้นเนื่องจาก คือ "1. ไม่อยากไปรักษาตัวที่อื่นเห็นเป็นความลำบาก อยากอยู่แต่กับบ้านเรือน เวลาไข้ชุกคนที่ไม่เจ็บพากันหนีทิ้งคนเจ็บไว้กับคนพยาบาล 1, 2 คน" และ "2. กลัวเจ้าพนักงานไปปิดบ้านไปมาไม่ได้ตามชอบใจ" จึงให้มีการออกประกาศว่า

> *"(ก) ถ้าบ้านใดมีไข้บวมหรือกาฬโรคเกิดขึ้นก็ดี หรือพอแรกจับไข้ มีปวดหัวตัวร้อน เป็นต้น ยังไม่รู้ว่าจะเป็นไข้ชนิดไรก็ดี ให้เจ้าของบ้านนำความมาแจ้งต่อแพทย์รัฐบาลอันประจำอยู่ที่โรงพยาบาลเพื่อจะได้ไปตรวจดู และจะได้แนะนำตามความรู้เห็นแลจะได้จัดชำระสิ่งโสโครกให้ ส่วนการรักษานั้นไม่บังคับจะหาหมอคนใดที่ตนนับถือมารักษาก็ได้ แต่ถ้าไม่มีใครรักษา แพทย์รัฐบาลจะเป็นผู้รักษาให้ ถ้าบ้านใดเกิดเจ็บตายกันขึ้นโดยที่เจ้าของบ้านมิได้นำความมาแจ้งต่อแพทย์รัฐบาล ถ้าปรากฏว่าผู้ที่ตายเป็นไข้บวมหรือกาฬโรคแล้ว เจ้าพนักงานจะไปชำระล้างรักษาความสอาดและจะต้องปิดบ้านนั้นตามที่เห็นสมควรไม่น้อยกว่า 11 วัน ถ้าได้นำความมาแจ้งต่อแพทย์รัฐบาลแล้วไม่ปิด เพราะแพทย์รัฐบาลได้รู้เหตุแต่เมื่อแรกเป็นและได้ไปตรวจชำระล้างรักษาความสอาดแล้ว*

(ข) โรคไข้บวมนั้นเป็นโรคมีพิศม์จักติดกันได้ เพื่อเหตุที่จะไม่ให้โรคติดต่อกันเป็นอันตรายแก่ชีวิตร์มนุษย์ไพร่ฟ้าข้าแผ่นดิน รัฐบาลจึงได้จัดที่ไว้สำหรับรักษาพยาบาล เพราะฉะนั้นเมื่อมีโรคไข้บวมเกิดขึ้นที่ใดรัฐบาลจะรับคนเจ็บไปพิทักษ์รักษายังที่ๆ ได้จัดไว้นั้น เมื่อโรคหายหรือตายก็จะได้ไม่ติดผู้อื่น ถ้าผู้เจ็บเปนเจ้าของบ้านเอง หรือเป็นบิดามารดาบุตร์ภรรยา ญาติสายโลหิตอันใกล้ชิด เจ้าของบ้านรับจะพิทักษ์รักษาโดยเต็มสติกำลังแล้วจะขอให้อยู่รักษาที่บ้านตนไม่ไปโรงพยาบาลก็จะผ่อนผันให้บ้างตามสมควร ถ้าผู้เจ็บเป็นลูกจ้างหรือคนอาไศรยหรือญาติห่างๆ ของเจ้าของบ้านแล้ว จำเป็นต้องให้ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนหมอที่จะรักษานั้นแล้วแต่เจ้าไข้หรือผู้ที่เจ็บจะสมัคไม่ห้ามปราม แต่ถ้าผู้เจ็บไม่มีหมออื่นจะรักษา แพทย์รัฐบาลจะรักษาให้." [6]

ท่าทีที่หวาดระแวงต่อต้านโรงพยาบาลของประชาชนในด้านหนึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความสงสัยที่ประชาชนพลเมืองมีต่อความเอื้อเฟื้อที่คาดไม่ถึงหรือไม่เคยอยู่ในความคิดว่าจะได้รับความเอื้อเฟื้อเช่นนี้จากรัฐ, และในอีกด้านหนึ่งสะท้อนถึงการต่อสู้กันระหว่างความเอื้อเฟื้อที่เคยได้รับจากระบบการแพทย์แบบจารีตในสังคมไทยกับความเอื้อเฟื้อที่ถูกหยิบยื่นมาพร้อมกับอำนาจรัฐสมัยใหม่ที่ไม่ได้ต้องการเพียงให้ความเอื้อเฟื้อต่อคนแปลกหน้า แต่เพื่อควบคุมและสอบร่างกายที่อันตรายของพลเมืองให้อยู่ภายใต้การควบคุมสอดส่องของรัฐเสียมากกว่าอย่างอื่น. โรงพยาบาลในด้านหนึ่งสำหรับสังคมไทย จึงเป็นความเอื้อเฟื้อที่แปลกหน้าและคาดไม่ถึง และมาพร้อมกับอำนาจที่ต้องการควบคุมสอดส่องร่างกายของพลเมืองไม่ให้มีอันตรายต่อเรือนร่างของสังคม.

กล่าวได้ว่า โรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐในสังคมไทยได้กำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อมีการสร้างโรงศิริราชพยาบาลเมื่อ พ.ศ.2429 เพราะแม้ว่าก่อนหน้านี้จะเคยมีโรงพยาบาลชั่วคราวสำหรับรับมือกับโรคระบาด แต่โรงพยาบาลชั่วคราวเหล่านั้นก็ยุบเลิกไปเมื่อหมดภารกิจ. นอกจากนี้ การสร้างโรงศิริราชพยาบาลยังถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในระดับนโยบายของรัฐเกี่ยวกับการนำการแพทย์แบบตะวันตกเข้ามาเป็นกลไกในการดูแลสุขภาพและสาธารณสุขใน

สังคมไทย เพราะหลังจากนั้นใน พ.ศ. 2431 รัฐบาลก็ประกาศตั้งกรมพยาบาล เพื่อจัดการในเรื่องการสร้างโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ คือ โรงพยาบาลบูรพา, โรงพยาบาลคนเสียจริต, โรงพยาบาลเทพศิรินทร์, โรงพยาบาลสามเสน, โรงพยาบาลบางรัก (โอนจากของเอกชน), และโรงพยาบาลหญิงหากิน.[7]

อย่างไรก็ตาม ความสนใจของรัฐในการสร้างโรงพยาบาลในช่วงแรกนี้จำเพาะอยู่เฉพาะแต่ในปริมณฑลกรุงเทพฯ เท่านั้น, เพราะเมื่อมีการเรียกร้องให้สร้างโรงพยาบาลตามหัวเมือง รัฐบาลก็ไม่ได้แสดงความสนใจ และถือว่าเป็นผลประโยชน์และหน้าที่รับผิดชอบของเอกชนหรือของท้องถิ่นเอง, ดังกรณีที่นายแพทย์ "แฟงเฟิศ" ผู้ช่วยตรวจการพยาบาล ซึ่งได้เดินทางไปตรวจการพยาบาลในมณฑลชุมพรเมื่อ พ.ศ.2449 และเสนอให้ตั้งโรงพยาบาลที่เมืองไชยาในมณฑลชุมพรเนื่องจากพบว่า "ความเจ็บไข้ของราษฎรในเมืองไชยามีมากกว่าเมืองอื่นๆ มีเสมอและแปลกปลาดเกิดขึ้นทุกปี บังเกิดขึ้นบางครั้งบางคราวก็มักจะเปนชนิจที่ติดต่อกันได้ง่าย เปนขึ้นแล้วมักจะตายเสียโดยมากกว่าหาย ด้วยไม่มียาประกอบให้ถูกต้องตามโรค" เช่น ไข้ทรพิศเป็นต้น. นายแพทย์ "แฟงเฟิศ" มีความเห็นว่า เมืองไชยามี "ความเจริญขึ้นตามคราวสมัยแล้วราษฎรก็ทวีมากขึ้นด้วย แลความป่วยเจ็บก็บังเกิดขึ้นแก่ราษฎรเสมอแลเปนสมัยอันสู่ความเจริญ ควรจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นได้." การตั้งโรงพยาบาลนั้นนอกจากจะเป็น "ประโยชน์แก่มหาชลทั้งหลายที่ป่วยเจ็บด้วยโรคไข้ต่างๆ...เปนประโยชน์แก่การบำบัดแลป้องกันโรคไภยในบ้านเมืองมิให้แพร่หลายทวีมากขึ้น" แล้วยังจะเป็นการช่วยทำให้เกิด "ความเจริญแก่บ้านเมือง" ขึ้นอีกด้วย เพราะถ้าความเจ็บไข้ได้ป่วยสงบลงเรียบร้อยแล้วก็จะทำให้ "ราษฎรจะได้ไปมาค้าขายกันโดยสดวก."[8] เมื่อพระยามหิบาลบุรีรักษ์ข้าหลวงเทศาภิบาลสำเร็จราชการมณฑลชุมพรมีหนังสือถึงเจ้าพระยาวิชิตวงษ์วุฒิไกร เสนาบดีกระทรวงธรรมการ เพื่อนำเสนอความเห็นของนายแพทย์แฟรงเฟิศ และขออนุมัติงบประมาณเพื่อสร้างโรงพยาบาลจำนวน 5,000 บาท และงบบำรุงอีก 1,200 บาท โดยไม่ต้องมีแพทย์ประจำ เพราะมีโครงการจะใช้แพทย์ที่มีอยู่ในมณฑล,[9] กระทรวงธรรมการมีความเห็นเบื้องต้นว่า "เรื่องนี้เงินไม่มีจะให้และไม่มีทางที่จะช่วยพยายามหาเงินให้อย่างไรด้วย ควรตอบไปว่า โรงพยาบาลเป็นสาธารณทาน ถ้าเทศาเห็นจำเปนจะต้องมี ควรคิดเปนการเรี่ยไรตลอดถึงการบำรุงต่อไปด้วย อย่าให้เกี่ยวข้องกับเงินหลวง

จะเป็นการดี" (ลงนามไม่สามารถอ่านได้). พระยาวิสุทธิสุริยศักดิ์ แทงเรื่องต่อไปว่า

> *"เรื่องนี้ตามความเห็นข้างบนก็ถูกแล้ว แต่ควรตอบเป็นถ้อยดังนี้ ตอบว่า 'เรื่องนี้ตามที่แพทย์แนะนำก็ถูก และการที่เทศาดำริให้นั้นก็เป็นการสมควรยิ่งนัก แต่การนี้ได้ตกลงในราชการพร้อมด้วยเสนาบดีกระทรวงมหาดไทยว่าการตั้งโรงพยาบาลต่อไปนั้นเป็นหน้าที่ของเทศาภิบาลจะคิดและจัดการ ส่วนหน้าที่ของแพทย์กระทรวงนี้นั้นจะเป็นธุระช่วยตรวจตราโรงพยาบาลนั้นไปเปนไปโดยสมควรในทางรักษาพยาบาล เหตุฉนั้นขอให้เทศาคิดจัดการเรื่องนี้ให้สำเร็จ จะเปนประโยชน์แก่ไพร่บ้านพลเมืองในมณฑลชุมพรมาก เมื่อได้เปนโรงพยาบาลแล้ว กระทรวงนี้ได้ตรวจเห็นควรที่จะช่วยในสิ่งใดได้บ้างก็จะได้ช่วยโดยเต็มกำลัง'."*

ข้อเสนอนี้ในที่สุดก็กลายเป็นหนึ่งในหนังสือโต้ตอบทางราชการอีกจำนวนมากที่ไม่ได้ก่อให้เกิดผลปฏิบัติแต่อย่างใด โดยเฉพาะเมื่อเสนาบดีกระทรวงธรรมการ คือ เจ้าพระยาวิชิตวงษ์วุฒิไกร ลงความเห็นปิดท้ายหนังสือว่า "ชอบแล้วความเห็นข้างล่าง."[10] การร้องขอความเอื้อเฟื้อจากผู้ที่ไม่ได้รับเชิญหรือคาดไม่ถึงว่าจะมีขึ้นมาจากหัวเมืองเช่นนี้อาจจะเป็นเครื่องสะท้อนถึงลำดับความสำคัญเชิงนโยบายของรัฐว่า ความเอื้อเฟื้อที่รัฐหยิบยื่นเสนอให้จำเพาะแก่ประชาชนพลเมืองในปริมณฑลกรุงเทพฯ นั้นมีนัยเชิงอำนาจของการสอดส่องควบคุมร่างกายของพลเมือง ยิ่งเสียกว่าการเป็นความเอื้อเฟื้อแบบไม่มีเงื่อนไข หรือเป็นเพียงแค่ "ทานแก่อาณาประชาราษฎร์ไม่เลือกหน้าว่าผู้ใด" ซึ่งควรรวมถึงประชาชนพลเมืองทุกคนตามหัวเมือง ดังที่ปรากฏอยู่ในคำประกาศแต่งตั้งคณะคอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล, และน่าแปลกประหลาดที่รัฐกลับยอมให้ประชาชนพลเมืองที่อาศัยอยู่ตามหัวเมืองต้องอยู่ภายใต้ความเอื้อเฟื้อของคนแปลกหน้ามากยิ่งกว่าอยู่ในความสอดส่องดูแลของรัฐเอง.[11]

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475 ได้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับพลเมืองเปลี่ยนไป กล่าวคือ จากความสัมพันธ์ระหว่างกษัตริย์ที่มีอำนาจเหนือชีวิต (เจ้าชีวิต) ของอาณาประชาราษฎรในระบบสมบูรณาญาสิทธิ์ เปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ในรูป

แบบใหม่ที่อำนาจอธิปัตย์ในรัฐมีฐานจากประชาชนในชาติ ซึ่งให้สิทธิอำนาจแก่ประชาชนพลเมือง โดยหลักการในการควบคุมบงการเปลี่ยนแปลงนโยบายและผลประโยชน์แห่งรัฐให้สอดคล้องต้องกันกับผลประโยชน์ของประชาชาติที่ไม่ได้เป็นทรัพย์สินส่วนบุคคลของใครคนใดคนหนึ่ง. การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์เช่นนี้ทำให้ความสัมพันธ์ในความเอื้อเฟื้อ/การให้ที่พักพิงได้เปลี่ยนแปลงไป คือ จากความเอื้อเฟื้อที่กษัตริย์ทรงมีต่ออาณาประชาราษฎรใต้ร่มโพธิสมภารของพระองค์ เปลี่ยนเป็นความเอื้อเฟื้อที่ประชาชนพลเมือง (หรือชาติในทางนามธรรม) มีต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนทางการเมืองเดียวกัน และความคิดที่ว่ารัฐประชาชาติเป็นองค์รวมของสมาชิกทุกคนทำให้รัฐต้องมีหน้าที่ให้ความเอื้อเฟื้อต่อสมาชิกทุกคนในรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ทั่วถึงนี้เองคือพื้นฐานที่ทำให้เกิดความคิดเรื่องรัฐเวชกรรม.

รัฐเวชกรรมและเมืองโรงพยาบาล: พื้นที่ในจินตนาการและการขยายตัวของโรงพยาบาลในสังคมไทย

ความเป็นรัฐเวชกรรมในด้านหนึ่งคือ จินตนากรรมเกี่ยวกับการแปลงให้พื้นที่ (ทั้งในปริมณฑลทางสังคมวัฒนธรรมและทางภูมิศาสตร์กายภาพ) ของรัฐไทยให้กลายเป็นพื้นที่ในเชิงอุดมคติแบบ “โลกพระศรีอาริย์” ทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และระบบการดูแลสุขภาพของพลเมืองขึ้นในสังคมไทย และในอีกด้านหนึ่งเพื่อทำให้รัฐไทยสมัยใหม่สามารถให้ความเอื้อเฟื้อและสามารถสร้างกลไกในการเข้าไปสอดส่องดูแลควบคุมร่างกายของพลเมืองได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น, ซึ่งเป็นจินตนากรรมที่ถูกรังสรรค์ขึ้นโดยบรรดานักการแพทย์และสาธารณสุขช่วงหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 และต่อมาได้กลายสภาพเป็นอุดมคติในทางนโยบายด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐไทยในช่วงหลังจากนั้น.

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ความคิดเรื่องรัฐเวชกรรมได้ถูกนำเสนอเป็นครั้งแรกในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาลเรื่อง **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ** ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

และการเมือง เมื่อ พ.ศ.2477 เนื่องจากมีความเห็นว่า การแพทย์และการสาธารณสุขมีความสำคัญที่รัฐควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ "เพื่อส่งเสริมกำลังของพลเมือง" ที่จะช่วยสร้างความเจริญก้าวหน้าของชาติ, ดังนั้นรัฐจึงควรจะมีความกระตือรือร้นดำเนินกิจการการแพทย์และสาธารณสุขให้สำเร็จโดยเร็วด้วยการสร้าง "รัฐเวชชกรรม" โดยจัดให้มีโรงพยาบาล, สุขศาขา, สถานีบำบัดโรค, หน่วยท่องเที่ยวทั่วประเทศ และให้มีการจ้างแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ หรือพนักงานการแพทย์ นางผะดุงครรภ์ นางสงเคราะห์ หมอตำแย และพนักงานอื่นๆ เป็นพนักงานประจำเพื่อ "ให้ช่วยกันบำบัดโรค ปราบโรค ป้องกันโรค และบำรุงสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าแก่พลเมืองส่วนมากที่ยังไม่เคยชินกับการแพทย์แผนปัจจุบัน."[12] รูปแบบการตั้งโรงพยาบาลในรัฐเวชกรรมนี้มีอยู่ 3 ขนาด คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มีขนาดตั้งแต่ 200-400 เตียง), โรงพยาบาลขนาดกลาง (มีขนาดตั้งแต่ 75-150), โรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีขนาดตั้งแต่ 25-50)[13] โดย(ในจินตนากรรมของปัญญาชนกลุ่มเดียวกัน)แต่ละโรงพยาบาลจะต้อง "มีเครื่องใช้พร้อมมูลที่จะทำการทุกแผนกทุกสาขาของการบำบัดโรค."[14]

การจัดตั้งให้มีโรงพยาบาลตามท้องที่ต่างๆ ดังกล่าวถูกอธิบายว่าคือ "วิถีแห่งการเผยแพร่คุณค่าของเวชชกรรมแผนปัจจุบัน." นอกจากการบำบัดรักษาโรคแล้ว โรงพยาบาลถูกจินตนาการว่า "ควรจะเป็นสถานซึ่งปวงชนทุกชั้นไปเพื่อป้องกันโรค เพื่อสุขศึกษาและประชาคมด้วย" ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรจะมีหน่วยมารดา ทารกสงเคราะห์, หน่วยวรรณโรค, หน่วยกามโรค, หน่วยสุขวิทยาทางจิตต์, และหน่วยปลูกฝี เป็นต้น.[15] เนื่องจากแม้ว่า "การป้องกันดีกว่าการแก้จริง" แต่เพื่อให้ประชาชนพลเมืองนิยมการป้องกัน (preventive medicine) ดังนั้นจึงควรใช้โรงพยาบาล สุขศาลา หรือสถานีบำบัดโรค หรือการแพทย์เชิงบำบัดโรค (curative medicine) เป็นเครื่องมือเพื่อ "นำราษฎรให้ทราบถึงผลดีของเวชชปฏิบัติแผนปัจจุบัน." เมื่อประชาชนพลเมืองหันมานิยมในการแพทย์เชิงบำบัดผ่านโรงพยาบาลแล้ว "การดำเนินการป้องกันโรคหรือการสาธารณสุขก็จะเป็นไปได้โดยคล่องและปราศจากอุปสรรคต่างๆ ที่เคยมีขึ้นบ่อยๆ."[16] อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เสนอความคิดเรื่องรัฐเวชกรรมที่ว่านี้ไม่เห็นด้วยกับความคิดที่ว่า "การสาธารณสุขควรเดินหน้า แล้วการแพทย์ตามหลังคอยสนับสนุนการสาธารณสุข" เพราะว่าผลที่ได้จากการสาธารณสุขนั้นเป็นประโยชน์ในทางอ้อมที่ประชาชนพลเมืองที่ "ยังไม่ทราบเท่าถึง"

และหากปฏิบัติตามความเห็นนี้ "จักต้องออกกฎหมายและมีเจ้าหน้าที่มากมายเพื่อใช้อำนาจบังคับราษฎรโดยรุนแรง" ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ "ยากที่สุด", ขณะที่ผลของการแพทย์บำบัดโรคนั้นเห็นผลได้ทันใจจึงจะเป็น "เครื่องล่ออันดียิ่งสำหรับทำให้ราษฎรมีความนิยมชื่นชมในการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine)."[17]

นอกจากนี้ ในการอบรมดังกล่าวยังได้มีการเสนอให้ตั้ง "องค์การแห่งการแพทย์" ขึ้น เพื่อให้มีการประสานงานภายในวงการแพทย์สาธารณสุข เพื่อให้มีความร่วมมือกันระหว่างกรม กองการแพทย์สาธารณสุขและสมาคมการแพทย์, และในปีเดียวกันนั้นเองก็มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.2477 โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน.[18] หลังจากที่คณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ได้ประชุมกันถึง 19 ครั้ง และเตรียมกำหนดโครงการสำหรับเสนอรัฐบาล 8 เรื่อง (การอนามัยหัวเมือง, การควบคุมไข้จับสั่น, การควบคุมวัณโรค, การควบคุมโรคเรื้อน, การควบคุมโรคจิตต์, การควบคุมกามโรค, การควบคุมอาหารและยา, การสงเคราะห์มารดาและเด็กกับการอนามัยโรงเรียน), ในที่สุดเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2478 คณะกรรมการฯ ก็ได้นำเสนอผลการพิจารณา 2 เรื่อง คือ โครงการณ์อนามัยหัวเมือง กับ การควบคุมโรคจิตต์.[19]

โครงการอนามัยในหัวเมือง กำหนดให้มีสถานที่สำหรับ "การแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งจัดทำในจังหวัดต่างๆ นอกจากอำเภอชั้นในของจังหวัดพระนครและธนบุรี" โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการอนามัย เพื่อช่วยเหลือกรมการจังหวัดในการส่งเสริมและประสานการแพทย์และการสาธารณสุขในจังหวัด, กำหนดให้โรงพยาบาล, สุขศาลาชั้น 1 และชั้น 2 ทุกแห่งมีคณะกรรมการประจำเพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการส่งเสริมกิจการของสถานพยาบาล, และกำหนดให้มีตำแหน่ง "สาธารณสุขจังหวัด" เพื่อควบคุมโรคติดต่อและโรคจิตต์, การสงเคราะห์มารดาและทารก และการอนามัยโรงเรียน, การสุขาภิบาล, อาหารและยา, การสุขศึกษา, การสถิติ, การปฐมพยาบาล, การโรงพยาบาลและสุขศาลาทั่วไป, มรรยาทผู้ประกอบโรคศิลป์ภายในจังหวัด.

โครงการอนามัยในหัวเมืองกำหนดให้มีหน่วยอนามัยอย่างใดอย่างหนึ่งในรูปแบบหน่วยอนามัย 6 ประเภท คือ โรงพยาบาล ชั้นที่ 1, โรงพยาบาลชั้นที่ 2, โรงพยาบาลชั้นที่ 3, สุขศาลาชั้นที่ 1, สุขศาลาชั้นที่ 2, และหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ กล่าวคือ:

โรงพยาบาลชั้นที่ 1 คือโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ 200 เตียง และ "บริบูรณ์ด้วยเครื่องอุปกรณ์ทุกอย่าง รวมทั้งเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี และทำการรักษาโรคทั่วไป" โดยมีเจ้าหน้าที่ คือ แพทย์ 8 คน, เภสัชกร 2 คน, พยาบาล 40 คน, พนักงานพัสดุ 1 คน, เสมียน 3 คน, คนงาน 24 คน และคนครัว 8 คน," และกำหนดให้โรงพยาบาลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็น "โรงเรียนอบรมผู้ช่วยแพทย์ อนามัย พยาบาล และสารวัตรสุขาภิบาล" (ตามโครงการฯ แล้วจะกำหนดให้มีโรงพยาบาลชั้น 1 จำนวน 4 หน่วย คือ ที่ลำปางประจำภาคเหนือ, ที่นครสวรรค์ประจำภาคกลาง, ที่นครราชสีมาประจำภาคอีสาน, ที่สงขลาภาคใต้);

โรงพยาบาลชั้นที่ 2 คือโรงพยาบาลที่ "ตั้งขึ้นในจังหวัดห่างไกล หรือที่ทางคมนาคมติดต่อกับโรงพยาบาลชั้นที่ 1 ไม่สะดวก และตั้งอยู่ในย่านกลางระหว่างจังหวัดใกล้เคียงที่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 3" และเป็นโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ 100 เตียง, "มีเครื่องอุปกรณ์พร้อมด้วยเครื่องเอกซเรย์และลาบอราตอรี," มีแพทย์ 4 คน, เภสัชกร 1 คน, พยาบาล 20 คน, พนักงานพัสดุ 1 คน, เสมียน 2 คน, คนงาน 12, และคนครัว 4 คน;

โรงพยาบาลชั้นที่ 3 หรือโรงพยาบาลที่ "ตั้งอยู่ในเมืองหรือที่ชุมนุมชนซึ่งไม่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 1 หรือชั้นที่ 2," โดยมีเตียงประมาณ 50 เตียง, มีแพทย์ 3 คน, พยาบาล 10 คน, เสมียน 1 คน, คนงาน 8 คน และคนครัว 3 คน;

สุขศาลาชั้นที่ 1 หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาล" โดยมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยแพทย์ 1 คน, อนามัยพยาบาล 2 คน, สารวัตรสุขาภิบาล 2 คน, คนงาน 2 คน;

สุขศาลาชั้นที่ 2 หรือสถานพยาบาลซึ่ง "ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งไม่มีสุขศาลาชั้นที่ 1" โดยให้

อยู่ในความควบคุมของสุขศาลาชั้นที่ 1 หรือของโรงพยาบาล, และให้มีเจ้าหน้าอย่างน้อย คือ ผู้ช่วยแพทย์ 1 คน, อนามัยพยาบาล 1 คน, สารวัตรสุขาภิบาล 1 คน, คนงาน 1 คน.

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังไม่ได้มีการตั้งหน่วยอนามัยประจำท้องที่ให้ทั่วถึง จึงควรมีหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ออกทำการป้องกันและบำบัดโรค และทำการสุขศึกษาตามท้องที่บางแห่ง, โดยให้มีเจ้าหน้าที่ของหน่วยอนามัยเคลื่อนที่ตามอัตราสุขศาลาชั้นที่ 1 และ "สำหรับหมู่บ้านที่ไม่มีหน่วยอนามัยตั้งอยู่นั้น ควรจัดให้มีหีบเวชชภัณฑ์เพื่อใช้ในการปฐมพยาบาล หีบเวชชภัณฑ์นี้ควรมอบไว้กับครูโรงเรียน หรือกำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ที่สมควรซึ่งได้รับคำชี้แจงถึงวิธีและกรณีอันพึงใช้ในการปฐมพยาบาล."[20]

เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2477 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้งเทศบาลขึ้นทั่วประเทศแทนสุขาภิบาล, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยก็ได้มีคำสั่งให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นทั่วทุกจังหวัด โดยในขั้นต้นกำหนดให้สร้างขึ้นตามชายแดน เพื่อ "แสดงเกียรติภูมิของชาติไทยแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก" โดยถือว่าเป็นนโยบาย "อวดธง" ซึ่งได้มีการสร้างโรงพยาบาลบางแห่งขึ้นตามนโยบายดังกล่าว คือ โรงพยาบาลประจำจังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดหนองคาย, จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.[21] อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ.2485 ก็ยังมีโรงพยาบาลทั่วทั้งประเทศอยู่เพียงไม่กี่จังหวัด, กรมการแพทย์ (ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมดูแลโรงพยาบาล) มีกองอยู่ในสังกัด 5 กอง (คือ สำนักงานเลขานุการกรม, กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค, กองโรงพยาบาลโรคจิตต์, โรงพยาบาลกลาง, และโรงพยาบาลวชิร) และมีโรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไปอยู่ในสังกัดอยู่อีกเพียง 23 แห่ง.[22] รัฐบาลช่วงหลังสงครามของปรีดี พนมยงค์ที่มีอำนาจอยู่ในช่วงสั้นๆ ใน พ.ศ.2489 จึงมีนโยบายที่จะ "จัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นใหม่ให้มีให้ทั่วถึงกันทุกจังหวัด" โดยกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาลบำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็น "เพื่อแก้ปัญหาฉะเพาะหน้า"[23] (ขณะนั้นยังมีจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลเลยอีก 37 จังหวัด).[24] กระทรวงการสาธารณสุขมีความเห็นว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่จะจัดสร้างขึ้นเหล่านี้ควรจัดสร้าง

เป็นโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้บำบัดภายในได้อย่างน้อยเพียง 50 เตียงก่อน, และเห็นว่ายังไม่ควรจัดสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก (มีเตียงอย่างน้อย 25 เตียง) ประจำอำเภอในขณะนั้น แต่หากอำเภอใดที่มีชุมนุมชนหนาแน่นก็ให้ค่อยคิดขยายสุขศาลาชั้น 1 หรือชั้น 2 ซึ่งมีประจำอำเภออยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กขึ้นต่อไปในอนาคต. นอกจากนี้ กระทรวงการสาธารณสุขเห็นว่าควรโอนโรงพยาบาลในส่วนที่เป็นของเทศบาลให้มาเป็นของรัฐบาลเสียทั้งหมด เพราะ "เกือบทั้ง 15 แห่งอยู่ในสภาพเสื่อมโทรม ช่วยประชาชนได้ไม่เต็มที่ ขยายงานไม่ออก เทศบาลใดมั่นคงสามารถจะรับคืนไปดูแลให้เจริญต่อไปได้ จึ่งค่อยมอบคืนให้ในโอกาศหน้า."[25]

นโยบายการจัดสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดของรัฐบาลปรีดีปรากฏออกมาเป็นรูปธรรมใน "โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลา กระทรวงสาธารณสุข" เมื่อ พ.ศ.2489 ซึ่งมีเป้าหมายที่จะขยายการจัดตั้งโรงพยาบาลตามจังหวัดและสุขศาลาตามท้องที่ให้แพร่หลาย "เพื่อส่งเสริมช่วยเหลือให้ประชาชนตามท้องถิ่นต่างๆได้รับการบำบัดและป้องกันโรคโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น." อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสุขศาลานั้นจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมาก ซึ่งรัฐบาลไม่สามารถรองรับได้, แต่การสร้างโรงพยาบาลให้มีทุกจังหวัดเป็นสิ่งจำเป็นเพราะสงครามที่เพิ่งผ่านไปได้ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บนานาชนิดอย่างแพร่หลาย ทำให้ประชาชนพลเมืองได้รับความทุกข์ยากจากโรคภัยไข้เจ็บ และ "การที่จะทิ้งให้ราษฎรต้องผจญกับโรคภัยอยู่เช่นนี้ย่อมเปนการตัดทอนกำลังของประเทศชาติให้เสื่อมลงเปนลำดับ." กระทรวงสาธารณสุข มีความเห็นว่า "สมควรและจำเป็นที่พวกเราจะต้องร่วมมือกันเพื่อจัดการบรรเทาภัยพิบัติของชาติในประการนี้ให้ลุล่วงไปเปนขั้นๆ ตามลำดับ โดยจะรั้งรอไว้มิได้แล้ว" และเสนอให้คณะกรมการจังหวัด กรมการอำเภอ ช่วยกันพิจารณาเรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัดและสุขศาลาประจำอำเภอหรือกิ่งอำเภอ กล่าวคือ

> *"1) โรงพยาบาลประจำจังหวัด ถ้าจังหวัดใดยังไม่มีก็สมควรรีบจัดให้มีขึ้น หรือที่มีอยู่แล้ว แต่สถานที่ยังไม่กว้างขวางพอแก่การ ก็สมควรจัดการต่อเติมให้กว้างขวางพอควรแก่การ*

2) สุขศาลาประจำอำเภอและกิ่งอำเภอ ปรากฏว่ามีอยู่ทั่วถึงแล้ว แต่ที่ประจำตามตำบลยังมีอยู่น้อยแห่งเต็มที แท้จริงมีชุมนุมชนใหญ่ๆ อยู่อีกมากที่ควรมีสุขศาลาประจำแต่ยังไม่มี จึ่งควรพิจารณาจัดตั้งสุขศาลาขึ้นดั่งที่เรียกว่า 'สุขศาลาประจำตำบล' แต่มิได้หมายว่าจะต้องจัดตั้งขึ้นให้ครบทุกตำบลมิได้ ควรมุ่งหมายจัดตั้งขึ้นในตำบลที่เปนชุมนุมชนใหญ่ๆ และส่วนตำบลที่ติดต่อใกล้เคียงกันก็ย่อมจะอาศัยใช้ร่วมกันได้."

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้เสนอให้แต่ละจังหวัดช่วยกันจัดตั้ง "องค์การกุศลสาธารณสุข" เพื่อช่วยสะสมทุนสำหรับจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลา โดย "อาศัยความตั้งใจร่วมมือของท้องถิ่นเปนสำคัญ." กล่าวคือ เสนอให้แต่ละจังหวัดหรืออำเภอเป็นฝ่ายจัดการสะสมทุนรอน เพื่อสมทบกับส่วนที่รัฐบาลจะช่วยเหลือให้เพียงพอแก่การที่จะจัดตั้งขึ้น โดยไม่ต้องรอแต่งบประมาณแผ่นดิน โดยให้มีการจัดตั้งองค์การกุศลขึ้นเป็นประจำสำหรับทำการหาเงินไว้เป็นทุนตามแบบ "องค์การกุศลสาธารณสุข" ซึ่งกระทรวงการสาธารณสุขจะจัดตั้งขึ้นในส่วนกลางองค์การหนึ่ง สำหรับหาทุนสะสมไว้ช่วยเหลือจังหวัดต่างๆ ตามความจำเปน และให้ต่างจังหวัดต่างจัดตั้งขึ้นเป็นประจำสำหรับจังหวัดนั้นๆ แต่ละจังหวัดๆ เป็นส่วนของจังหวัดโดยตรง. องค์การกุศลสาธารณสุขที่ว่านี้ควรจะประกอบด้วยบุคคลที่กระทรวงหรือจังหวัดแต่ละจังหวัดจะพิจารณาเชื้อเชิญ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในการจัดหาเงินทุนสะสมโดยวิธีการต่างๆ ตลอดจนการพิจารณาจัดสร้างสถานที่และ "สอดส่องอุปถัมภ์บำรุงกิจการ" ของโรงพยาบาลหรือสุขศาลาในท้องถิ่นนั้นๆโดยให้เชิญฝ่ายข้าราชการ พ่อค้า คหบดีผู้มีทรัพย์มีศรัทธา สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกสภาอื่นๆ ตลอดจนพระสงฆ์ เป็นต้น ให้เป็นกรรมการ โดยไม่ให้มีการเลือกชาติ ชั้น วรรณะ เพศ และให้ถือเอาผู้มีจิตศรัทธาเป็นหลัก.[26]

พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุขในขณะนั้น ได้มีหนังสือแจ้งนโยบายและขอความร่วมมือจากข้าหลวงประจำจังหวัดทุกจังหวัดและนายอำเภอทุกอำเภอ โดยชี้แจงว่า "ท่านนักปกครองทั้งหลายย่อมเข้าใจดีแล้วว่า ยอดประสงค์ของการปกครองก็คือมุ่งหวังให้ประชาชาติเป็นพลเมืองดี และได้ครองชีวิตอยู่ด้วยดี....อยู่ดีกินดี." พระยาสุนทรพิพิธเห็น

ว่า การที่จะให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้นรัฐบาลและเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองจะต้องมุ่งปฏิบัติหลักการ 4 ประการ คือ ให้การอารักขาเพื่อความปลอดภัยจะได้ทำมาหากินโดยสันติสุข, ให้การศึกษาเพื่อเจริญความรู้และเกิดสติปัญญา, ให้การบำบัดโรคภัยไข้เจ็บและอบรมศึกษาเพื่อเจริญความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยเพื่อปราศจากโรคภัย, และการทำความสะดวกเจริญแก่ท้องถิ่นและการคมนาคม. อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับชีวิตมนุษย์ "คือว่าความปราศจากโรค" ซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐไทย "ยังอยู่ในเกณฑ์ที่บกพร่องและต่ำอยู่ทุกประการ...คือความบกพร่องในกำลังของประเทศชาติอย่างสำคัญ." แม้ว่ารัฐบาลต้องการจัดสร้างสถานพยาบาลต่างๆ เช่นโรงพยาบาลและสุขศาลาให้ทั่วถึง แต่ก็ไม่มีงบประมาณเพียงพอที่จะทำให้เสร็จในคราวเดียวได้อย่างทั่วถึงกัน, ดังนั้นพระยาสุนทรพิพิธจึงขอให้ผู้ปกครองท้องที่และประชาชนในท้องถิ่น "ร่วมมือกัน รวมทุนกำลังกับรัฐบาลเพื่อจัดการก่อสร้างสิ่งซึ่งประสงค์ขึ้นให้สำเร็จอันย่อมเป็นประโยชน์แก่ท้องถิ่นโดยตรงนั้นเอง."[27]

ความที่ว่าพระยาสุนทรพิพิธให้ความสนับสนุนนโยบายการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นอย่างมากในช่วงที่ยังดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้นายแพทย์แสง สุทธิพงส์ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุขคนต่อมา) ได้ขอให้พระยาสุนทรพิพิธ ในฐานะรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ให้ความช่วยเหลือในกิจการของกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนนโยบายจัดสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด โดยขอให้กระทรวงมหาดไทยช่วย "สั่งให้ข้าหลวงประจำจังหวัด นายอำเภอ และกำนันผู้ใหญ่บ้าน ได้เอาใจใส่สอดส่องในเรื่องโรคติดต่ออันตรายที่สำคัญ...ที่บังเกิดแก่ราษฎร แล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบในรายแรกๆ โดยเร็วที่สุดที่จะทำได้ เพื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้รีบรุดไปดำเนินการป้องกันและบำบัดโดยด่วน" และให้ "สั่งกำชับไปยังข้าหลวงประจำจังหวัดในจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลให้เร่งรัดจัดการสร้างโรงพยาบาลขึ้นสักแห่งในจังหวัดนั้นๆ ตามแนวทางองค์การกุศลสาธารณสุข ซึ่งใต้เท้าจัดตั้งขึ้นโดยเร็วด้วย" (ขณะนั้นยังมีจังหวัดอยู่อีก 14 จังหวัดซึ่งยังไม่มีโรงพยาบาล).[28]

อย่างไรก็ตาม ความพยายามผลักดันให้ท้องถิ่นช่วยกันจัดหาทุนเพื่อสร้างโรงพยาบาล

ประจำจังหวัดของรัฐบาลในช่วงดังกล่าวไม่ได้ก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้มากนัก เพราะในที่สุดแล้วสามารถจัดสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดขึ้นโดยการช่วยกันจัดหาทุนของประชาชนในท้องถิ่นเองได้เพียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุโขทัย และโรงพยาบาลชลบุรี (พ.ศ.2491). นอกจากนี้ ปรากฏว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ถูกจัดตั้ง/จัดสร้างขึ้นภายหลังจากนั้นถ้าไม่ใช่เป็นการโอนสุขศาลาชั้นหนึ่งของกรมสาธารณสุขมาดำเนินการยกฐานะขึ้นเป็นโรงพยาบาล (พ.ศ.2492: โรงพยาบาลสมุทรสงคราม, โรงพยาบาลยะลา, โรงพยาบาลศรีสะเกษ, และโรงพยาบาลสะตูล)หรือไม่ก็เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณจัดสร้างจากรัฐบาลเองทั้งสิ้น.[29] แม้ว่าใน พ.ศ.2493 นั้นจะยังไม่มีโรงพยาบาลครบในทุกจังหวัด แต่กล่าวได้ว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการขาดแคลนสถานพยาบาลในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากจากสภาพก่อนหน้านั้น กล่าวคือ มีโรงพยาบาล 24 แห่ง, สุขศาลาชั้น 1 จำนวน 102 แห่ง, สุขศาลาชั้น 2 จำนวน 445 แห่ง, แผนกสาธารณสุข 71 แห่ง.[30]

เมื่อถึงตอนนี้สามารถกล่าวได้ว่า ความคิดในการสร้างรัฐเวชกรรมที่ถูกเสนอขึ้นเป็นครั้งแรกหลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475 ได้มีอิทธิพลอย่างมากต่อบรรดาผู้ที่เข้าไปมีบทบาทเชิงนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข ดังที่ปรากฏออกมาเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนใน พ.ศ.2491 เมื่อรัฐบาลมีนโยบายให้จัดสร้างสุขศาลาชั้น 2 ขึ้นตามชนบท โดยกำหนดจะให้เป็นสถานพยาบาล “ประจำตำบล” และกำหนดให้จัดสร้างขึ้นปีละ 100 แห่ง “จนกว่าจะครบทุกตำบลตามความสำคัญก่อนและหลังเป็นลำดับปีไป” (ขณะนั้นมีสุขศาลาชั้น 1 และชั้น 2 อยู่แล้วทั่วราชอาณาจักรรวม 563 แห่ง) และรวมทั้งการเสนอให้จัดทำโครงการอบรมนักเรียนสุขาภิบาล หรือ “โรงเรียนสุขาภิบาล” เพื่อเตรียมจัดหาพนักงานมารองรับการขยายตัวของสุขศาลาตามโครงการสร้างสุขศาลาชั้น 2 ประจำตำบลให้ครบทุกตำบล.[31]

ถ้าความคิดที่จะจัดสร้างสุขศาลาให้ครบในทุกตำบล คือความฝันสูงสุดในจินตนากรรมถึงการสร้างรัฐประชาชาติไทยให้เป็นรัฐเวชกรรมหรือรัฐสวัสดิการที่เอาใจใส่และสามารถมอบความเอื้อเฟื้อด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และระบบการดูแลสุขภาพ ให้แก่สมาชิกทุกคนในชุมชนทางการเมืองเดียวกันได้อย่างเท่าเทียมกัน และเพื่อทำให้รัฐมีเครื่องมือที่ทำให้

สามารถเข้าไปสอดส่องควบคุมดูแลร่างกายของพลเมืองเพื่อให้ดำรงชีวิตประจำวันอย่างสมเหตุผล แข็งแรง และมีอรรถประโยชน์ในเชิงการผลิต (อันเป็นสิ่งที่รัฐไทยยังไม่สามารถทำได้และยังอยู่ห่างไกลในโลกของความเป็นจริง),[32] แดนมหัศจรรย์อีกแห่งหนึ่งในพื้นที่เชิงอุดมคติของปัญญาชนทางการแพทย์/การสาธารณสุขไทยสมัยนั้น คือ จินตนากรรมเกี่ยวกับโครงการ "เมืองโรงพยาบาล (The City Hospital)." เมืองโรงพยาบาลเป็นจินตนากรรมเกี่ยวกับพื้นที่ในรูปแบบแดนเนรมิตรแห่งการเป็นศูนย์กลางทางด้านความรู้ การให้บริการ และแหล่งรวมความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่ถูกจินตนาการขึ้นอย่างสุดๆ เลิศหรูอลังการในด้านความเพียบพร้อมบริบูรณ์ (ถ้าหากสามารถบรรลุได้ในโลกของความเป็นจริง) ดังที่สะท้อนอยู่ในความคิดของผู้ที่เคยเป็นกลไกสำคัญของโครงการเมืองโรงพยาบาลที่ต้องการให้เมืองโรงพยาบาลเป็น "ศูนย์การแพทย์ขนาดใหญ่ที่มีความก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์และสาธารณสุขระดับนานาชาติ."[33]

ความคิดเรื่อง "เมืองโรงพยาบาล" ได้ปรากฏขึ้นเป็นครั้งแรกในเอกสารเมื่อมีหนังสือของนายฉาย วิโรจศิริ ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2492 ว่านายกรัฐมนตรีมีบัญชาให้ทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งเพื่อพิจารณาดำเนินการจัดตั้ง "เมืองโรงพยาบาล (The City Hospital)" ขึ้นในบริเวณพญาไท.[34] หลังจากนั้นเพียงไม่กี่วันก็มีหนังสือคำสั่งจอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี เพื่อแต่งตั้ง "คณะกรรมการพิจารณาดำเนินการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล (The City Hospital)" โดยระบุวัตถุประสงค์สั้นๆ ว่า "เพื่อให้การรักษาพยาบาลคนเจ็บป่วยได้เป็นไปด้วยดี" (คณะกรรมการดังกล่าวประกอบไปด้วย พระยาบริรักษ์เวชชการ (ประธาน), พล.ต.สงวน โรจนวงศ์, พล.ต.สุทธิ์ สุทธิสารรณกร, พ.ต.หลวงนิตยเวชวิสิษฐ์, พ.ต.หลวงบุรกรรมโกวิท, พ.อ. ขุนปทุมโรคประหาร, พ.ต.ประจักษ์ ทองประเสริฐ เป็นกรรมการ, และมีขุนสงัดโรคกิตตเป็นเลขานุการ).[35]

โครงการเมืองโรงพยาบาลได้รับความสนใจจากรัฐบาลอยู่พอสมควร ดังที่มีส่งหนังสือทวงถามความคืบหน้าของโครงการเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2493.[36] พระยาบริรักษ์-เวชชการจึงทำหนังสือรายงานความคืบหน้าของโครงการขึ้นเสนอต่อเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเมื่อ

วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2493 ว่าหลังจากที่คณะกรรมการได้มีข้อตกลงแล้วว่าควรสร้างเมืองโรงพยาบาลให้เป็น "ศูนย์การแพทย์ (Medical Centre) ประจำกรุงเทพฯ" ตามรูปแบบที่มีอยู่แพร่หลายในอเมริกา โดยจัดให้มีแผนกบำบัดโรคในสาขาต่างๆ ได้แก่ แผนกศัลยศาสตร์, แผนกอายุรศาสตร์, แผนกสูติ-นรีเวชชศาสตร์, แผนกหูคอจมูกและตา, แผนกโรคเด็ก, แผนกรังสี, แผนกพยาธิ และอื่นๆ และได้แต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นในแต่ละแผนกเพื่อไปพิจารณาจัดทำรายละเอียดออกมา เพื่อประมวลเป็นโครงการใหญ่และเพื่อทำงบประมาณขึ้นมาเสนอ, โดยจะให้ "ทุกแผนกอยู่ในบริเวณเดียวกันและประสานงานซึ่งกันและกัน" และเมื่อรวมทุกแผนกแล้วคาดว่าจะสามารถรับผู้ป่วยได้ "ไม่น้อยกว่า 2,000 เตียง".[37]

หลังจากนั้นเพียงหนึ่งสัปดาห์ ในวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2493 คณะกรรมการก็จัดส่งโครงการเมืองโรงพยาบาลเพื่อให้นายกรัฐมนตรีพิจารณา.[38] โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลที่เสนอขึ้นไปนี้มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ เมืองโรงพยาบาลจะจัดให้มี "แผนกบำบัดโรคทุกประเภทให้รวมอยู่ในกลุ่มเดียวกัน" ยกเว้นโรคติดต่อที่มีอันตราย (เช่น อหิวาห์หรือไข้ทรพิษ เป็นต้น) และโรคที่น่ารังเกียจแก่คนไข้ทั่วไป (เช่น วัณโรค, โรคเรื้อน, โรคจิตต์ เป็นต้น) และมีแผนด้านพื้นที่กายภาพเชิงการแพทย์ที่จะ "สร้างอาคารติดต่อกันเป็นแบบนิ้วมือ ไม่ใช่ตั้งห่างกันแบบโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อประหยัดพื้นที่และให้ความสดวกแก่ทั้งเจ้าหน้าที่และคนไข้" และกำหนดให้จัดตั้งขึ้นในบริเวณทุ่งพญาไท "ทิศเหนือจดถนนราชวิถี ตรงข้ามกับโรงพยาบาลทหารบกวังพญาไท ทิศตะวันออกจดถนนพญาไท ทิศใต้จดถนนศรีอยุธยา ทิศตะวันตกจดถนนพระราม 6." เป้าหมายที่สำคัญอันดับแรกๆ ของเมืองโรงพยาบาล คือเพื่อ "เป็นที่รวบรวมผู้เชี่ยวชาญ และผู้เชี่ยวชาญฉะเพาะโรคทุกสาขา เพื่อได้เป็นสถานศึกษาค้นคว้าของนักเรียนแพทย์และแพทย์ที่สำเร็จแล้ว ทั้งฝ่ายทหารและพลเรือน ในด้านประยุกต์ซึ่งไม่ใช่แบบโรงเรียนแพทย์" โดยจะให้เป็นแบบ "Medical Center" ที่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ๆ ในสหรัฐฯ ซึ่งจะเป็นการ "ช่วยให้วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ของประเทศไทยเจริญก้าวหน้าและเทียมทันนานาประเทศในภาคตะวันตกเร็วขึ้น."[39] แผนกโรคเฉพาะทางต่างๆ ตามแบบความชำนัญพิเศษที่กำหนดไว้ในโครงการ คือ แผนกคนไข้นอก, แผนกอายุรศาสตร์, แผนกศัลยศาสตร์, แผนกสูตินรีเวชชศาสตร์, แผนกจักษุและนาสิกลาริงซ์, แผนกกุมารเวชชศาสตร์, แผนกรังษีและกายภาพบำบัด, แผนกทันตกรรม, แผนก

เภสัชกรรม, แผนกวิทยาศาสตร์, แผนกอำนวยการ, และแผนกโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย. เฉพาะแผนกคนไข้นอกนั้นกำหนดให้ "มีเตียง 32 เตียง [เพื่อ]เป็นเตียงจรไม่นับรวมเข้าเป็นเตียงประจำของโรงพยาบาล เป็นตึกใหญ่สำหรับคนเจ็บไข้ทุกประเภทโรค มารับการตรวจและรับยาไปรักษาที่บ้าน รายใดที่จำเป็นเข้าอยู่รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลก็รับไว้." ในเวลาทำงานตามปกติ นายแพทย์เฉพาะโรคทุกประเภทจะผลัดเปลี่ยนกันออกมาทำการตรวจและให้การรักษาที่แผนกคนไข้นอก (รวมทั้งทำการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาล) โดยจะจัดให้มีห้องตรวจโรคทุกประเภท และมีพื้นที่สำหรับให้คนไข้นั่งรอคอยรับการตรวจในวันหนึ่งๆ ซึ่งกำหนดว่าจะรับคนไข้ได้ไม่น้อยกว่า 500 คน. นอกจากแผนกคนไข้นอกแล้ว เมืองโรงพยาบาลจะจัดให้มี "ตึกสำหรับรับคนเจ็บไว้ (Emergency Ward) ซึ่งมีอาการหนักและเป็นอย่างปัจจุบันทันด่วน" ที่มาโรงพยาบาลในเวลานอกทำการปกติหรือโดยภาวะฉุกเฉิน ซึ่งหลังให้การบำบัดแล้วก็จะต้องนอนพักในตึกนี้เป็นการชั่วคราวก่อนและแพทย์ในแผนกจัดการให้เข้าเป็นผู้ป่วยของแผนกในวันต่อไป.[40] นอกเหนือจากแผนกบำบัดเฉพาะโรคตามความชำนัญพิเศษแล้ว เมืองโรงพยาบาลต้องการจะให้มี "แผนกวิทยาศาสตร์และวิจัย" เพื่อทำหน้าที่คอยสนับสนุนงานทางด้านวิชาการให้กับเมืองโรงพยาบาลในฐานะ "สถานวิทยาศาสตร์กลางเพื่อช่วยกิจการของทุกแผนกที่เกี่ยวแก่การชันสูตรโรค พิเคราะห์โรค กำเนิดพยาธิของโรค และเตรียมสิ่งต่างๆ เพื่อป้องกันและบำบัดโรค" ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหน่วยพิเคราะห์และชันสูตรโรค, หน่วยห้องปฏิบัติการทั่วไป, หน่วยพิพิธภัณฑ์และแสดงรูป, หน่วยชันสูตรศพ, แผนกเลี้ยงสัตว์เพื่อการชันสูตร, และห้องสมุดของแผนก.[41]

เมืองโรงพยาบาลถูกจินตนากรรมให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ขนาดใหญ่ที่จะรองรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในได้ถึง "2,018 เตียง ถ้าจำเป็นก็อาจขยายรับคนเจ็บไข้เพิ่มขึ้นได้อีก 200 เตียงโดยไม่ต้องสร้างสถานที่เพิ่มเติม" โดยแบ่งออกเป็นแผนกอายุรกรรม 534 เตียง, แผนกศัลยกรรม 502 เตียง, แผนกสูตินรีเวชกรรม 500 เตียง, แผนกกุมารเวชกรรม 240 เตียง, และแผนกจักษุนาสิกและลาริงศ์ 242 เตียง. โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลระบุว่า ถ้าคิดเฉลี่ยให้ผู้ป่วยแต่ละคนหนึ่งต้องนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ยแล้วตกคนละ 10 วัน, ภายในเดือนหนึ่งเมืองโรงพยาบาลจะสามารถรองรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ประมาณ 6,000 คน หรือประมาณ 32,000 คนใน

เวลา 1 ปี และจะสามารถรองรับการตรวจบำบัดผู้ป่วยที่เป็นคนไข้นอกได้ประมาณ 200,000 คนต่อปี, ขณะที่หากรวมเตียงในโรงพยาบาลทุกโรงทั้งของรัฐและเอกชนในขณะนั้นยังมีเตียงรวมกันได้เพียงประมาณ 1,500 เตียง (ไม่ชัดเจนว่าหมายถึงโรงพยาบาลทั้งประเทศหรือเฉพาะในกรุงเทพฯ เท่านั้น). ถ้าสร้างเมืองโรงพยาบาลขึ้นอีก 2,000 เตียง รวมกันแล้วจะมีเตียง 3,500 เตียง ซึ่งเมื่อเทียบจำนวนเตียงต่อจำนวนพลเมืองเฉพาะในกรุงเทพฯ กับธนบุรีที่มีอยู่ประมาณ 1 ล้านคนแล้วจะมีสัดส่วนเฉลี่ยเท่ากับจำนวนพลเมือง 300 คนต่อ 1 เตียง "ซึ่งนับว่าเป็นมาตรฐานที่เหมาะสำหรับนครหลวงของประเทศไทย ซึ่งประชาชนยังมีความนิยมการแพทย์แผนปัจจุบันเพียง 75 เปอร์เซ็นต์ ในสหรัฐอเมริกาซึ่งประชาชนนิยมการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วเกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ กำหนดมาตรฐานการโรงพยาบาลไว้เป็นพลเมือง 200 คนต่อ 1 เตียง."[42] โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลได้เสนองบประมาณค่าก่อสร้างอาคาร (ตึกขนาดใหญ่จำนวน 83 หลัง) คิดเป็นเงิน 111,862,800 บาท, ค่าเครื่องมือเครื่องใช้ 133,915,800 บาท, เงินเดือนสำหรับเจ้าหน้าที่ 1,958 คน ตกปีละ 10,348,360 บาท, และค่าใช้สอยประจำปี 23,366,000 บาท โดยกำหนดว่าจะใช้เวลาในการดำเนินการจัดตั้ง 10 ปี.[43]

ภายหลังที่มีการเสนอโครงการต่อนายกรัฐมนตรีแล้ว โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลยังได้รับการสนับสนุนจากนายแพทย์เบน ไอส์แมน (Ben Eiseman) ซึ่งได้เข้ามาสำรวจปัญหาของกิจการโรงพยาบาลและสาธารณสุขทั่วประเทศไทยเป็นเวลา 3 เดือน (ร่วมกับนายแพทย์เสม พริ้วพวงแก้ว) และได้แสดงบรรยายเรื่อง "As I see it" ที่แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2493. นายแพทย์ไอส์แมนได้กล่าวถึงปัญหาของแพทย์ในชนบทที่ไม่มีโอกาสที่จะฝึกฝนตัวเองให้ทันตามความก้าวหน้าของการแพทย์ทันทีที่ออกไปอยู่ตามชนบท และการที่จะต้องเป็นแพทย์ทั่วไปที่จะต้องทำให้ได้ทุกอย่าง ทำให้แพทย์ในชนบทหมดโอกาสที่จะปรับปรุงความรู้ความสามารถของตนเองได้เลย. นายแพทย์ไอส์แมนเสนอว่าทางออกของปัญหาดังกล่าวนี้คือโครงการฝึกอบรมหลังปริญญาสำหรับแพทย์ชนบท (โดยเฉพาะในสาขาความชำนัญพิเศษเฉพาะทาง) โดยใช้หลักสูตรระยะสั้นประมาณ 3 เดือน ซึ่งสามารถจัดทำขึ้นโดยการจัดตั้งองค์กรหรือคณะกรรมการแพทย์เฉพาะทาง (Specialty Boards) ขึ้นมากำหนดและกำกับดูแลหลักสูตรการอบรมในรูปแบบที่จัดทำกันอยู่โดยทั่วไปในสหรัฐฯ และอังกฤษ.[44] ใน

ที่สุดหลังจากนั้นอีกประมาณหนึ่งเดือน นายกรัฐมนตรีก็ให้นำโครงการ "การจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล (The City Hospital)" เข้าไปพิจารณาในที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2493 ซึ่งคณะรัฐมนตรีก็ได้มีมติตกลงรับหลักการ.[45]

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาประมาณ 6 ปีหลังจากที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติตกลงรับในหลักการแล้วจนกระทั่งจอมพล ป. พิบูลสงครามได้หมดอำนาจลงจากการรัฐประหารเมื่อ พ.ศ.2500 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลก็ไม่ได้มีการดำเนินการจัดสร้างแต่อย่างใด.[46] การที่แดนเนรมิตรด้านการแพทย์สมัยใหม่ดังกล่าวไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมานั้นไม่น่าจะมีสาเหตุมาจากการหมดอำนาจของจอมพล ป. พิบูลสงครามเพียงอย่างเดียว แต่อาจจะไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่สามารถสร้างแรงดึงดูดใจให้แก่ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดหรือผลักดันนโยบายของรัฐไทยได้อย่างแท้จริง เพราะถ้าหากโครงการดังกล่าวได้รับการผลักดันอย่างแท้จริงในช่วงเวลา 6 ปีที่จอมพล ป. ยังมีอำนาจอยู่นั้นก็น่าจะก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติให้มีการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดไปบ้างแล้วในช่วงเวลากว่าครึ่งทศวรรษ. ดินแดนมหัศจรรย์อย่างเมืองโรงพยาบาลจึงเป็นได้เพียงแค่ดินแดนในจินตนาการสำหรับนักการแพทย์และนักการสาธารณสุขบางคนอยู่ต่อมา และนอกจากจะไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังแล้วยังอาจจะไม่สร้างความเร้าใจได้เท่ากับจินตนากรรมเรื่องการสร้างรัฐเวชกรรม.

โครงการสาธารณสุขมูลฐาน: การอวตารของรัฐเวชกรรม

กล่าวได้ว่าจินตนากรรมเรื่องรัฐเวชกรรมได้กลายเป็นนโยบายหลักทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสังคมไทยตราบจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีพลังผลักดันให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นจนครบทุกจังหวัดในช่วง พ.ศ.2494-2500 (คือสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัด จำนวน 77 แห่งใน 72 จังหวัดภายใต้ความช่วยเหลือขององค์การให้ความช่วยเหลือของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา หรือ USOM)[47] และต่อมาพยายามที่จะให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอให้มีครบในทุกอำเภอ.[48] ภายหลังนโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดแล้ว ความคิดที่จะ

สร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอจะกลายเป็นนโยบายหลักอันหนึ่งทางด้านสาธารณสุขในช่วงเวลาหลังจากนั้น ดังจะเห็นได้จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลประจำอำเภอ (หรือเรียกว่าโรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กประมาณ 10-25 เตียง. ดังนั้นแม้ว่าจะได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอไปแล้ว 317 แห่ง (จากจำนวนอำเภอทั้งหมด 532 อำเภอ) ในช่วงต้นทศวรรษ 2520[49] โรงพยาบาลก็ยังถูกมองโดยผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์และสาธารณสุขว่า "มีจำนวนไม่เพียงพอกับประชาชนทั้งประเทศ."[50] ช่วงทศวรรษ 2520 จึงเป็นทศวรรษของการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอ คือมีการผลักดันให้มีการกระจายบริการสาธารณสุขไปสู่ชนบทให้มากขึ้น โดยพยายามที่จะให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอให้ครบทุกอำเภอและจัดตั้งสถานีอนามัยให้ครบในทุกตำบล.[51] กล่าวได้ว่า ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4-5 (2521-29) เป็นช่วงที่มีการก่อสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทพื้นที่ยากจน. เฉพาะในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (2525-29) นั้นมีโรงพยาบาลประจำอำเภอเพิ่มขึ้นถึง 229 แห่ง, และเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2529 แล้วมีอำเภอและกิ่งอำเภอที่มีโรงพยาบาลประจำถึง 616 แห่ง โดยยังคงเหลืออำเภอและกิ่งอำเภอที่ยังไม่มีโรงพยาบาลประเภทใดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่เลยเพียง 52 แห่งเท่านั้น.[52]

อย่างไรก็ตาม การขยายโรงพยาบาลออกไปจำนวนมากจนถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน (หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ) ก็ไม่ได้ทำให้สามารถแก้ปัญหาระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทยได้อย่างแท้จริง เพราะขาดงบประมาณของรัฐ (ที่งบประมาณทางสาธารณสุขมีสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณทางทหาร), ขาดบุคคลากรแพทย์, และขาดความร่วมมือและการประสานงานจากชุมชน.[53] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงสภาพทางโครงสร้างของระบบการดูแลสุขภาพและสาธารณสุขที่รัฐเคยใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางในการขยายเครือข่ายแยกย่อยออกไปครอบคลุมเหนือพื้นที่ทางสังคมและทางกายภาพ เพื่อใช้เครือข่ายเหล่านั้นเป็นสถานีย่อยในการถ่ายทอดสัญญาณออกไปสอดส่องควบคุมร่างกายของพลเมือง, ในขณะเดียวกันปัญหาของโรงพยาบาลประจำอำเภอก็ได้สะท้อนถึงสภาวะของแรงผลักดันบางอย่างเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศ. ดังนั้นในชั่วขณะที่

กำลังมีการขยายโรงพยาบาลออกไปครอบคลุมในทุกพื้นที่ทางสังคมและทางกายภาพภายในรัฐไทยนั้นเองที่ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับระบบสุขภาพที่ใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงความคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสังคมไทยครั้งสำคัญ. กล่าวคือ แม้ว่าจินตนากรรมในการสร้างรัฐเวชกรรมที่รัฐมีหน้าที่ให้ความเอื้อเฟื้อสอดส่องดูแลร่างกายของพลเมืองให้เข้มแข็งมีอรรถประโยชน์ในการผลิตและดำรงชีวิตอย่างสมเหตุผลตามแบบสังคมสมัยใหม่ได้ขยายตัวออกไปอย่างเต็มขนาด, แต่ปรากฏว่าความเป็นรัฐเวชกรรมก็ยังไม่สามารถทำงานตามระบบเหตุผลที่ถูกจินตนากรรมไว้แต่เดิม จึงทำให้เกิดการวิวัฒน์เปลี่ยนแปลงจินตนากรรมความเป็นรัฐเวชกรรมเสียใหม่โดยแทนที่จะมีแต่โรงพยาบาลออกไปตั้งสถานีเป็นกลไกแขนขาแต่เพียงอย่างเดียว ก็จะมีการตั้งกองกำลังตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่และอุดมการณ์ความเป็นรัฐเวชกรรมสำหรับออกไปตั้งสอดแทรกซึมอยู่ในชุมชนหมู่บ้านทุกแห่งทั่วประเทศ ดังที่รู้จักกันต่อมาในนามของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน.

โครงการสาธารณสุขมูลฐานมีที่มาจากโครงการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปลายทศวรรษ 1960 จนถึงต้นทศวรรษ 1970 ซึ่งเป็นความพยายามที่จะสร้าง "ระบบการให้บริการสาธารณสุขในรูปแบบของการผสมผสานให้บริการต่างๆ ที่มีความสิ้นเปลืองน้อยให้เกิดขึ้น."[54] โครงการแรกสุดที่มีการดำเนินงานในลักษณะนี้คือ โครงการพิษณุโลก (พ.ศ.2509-11) ซึ่งเป็นโครงการที่พยายามพัฒนา "ขีดความสามารถในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในระดับตำบล (ซึ่งก็คือศูนย์การแพทย์และอนามัย และสถานีผดุงครรภ์)" แต่โครงการดังกล่าวได้รับความสำเร็จน้อยมาก โดยเฉพาะในด้านการขยายบริการด้านการป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย. หลังจากโครงการพิษณุโลกก็มีโครงการสารภี (พ.ศ.2511-14) ซึ่งเป็นโครงการที่มีลักษณะคล้ายกับโครงการพิษณุโลกและประสบปัญหาคล้ายๆ กัน จึงทำให้เกิดข้อสรุปในการดำเนินโครงการว่า "การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกจากชาวบ้านมาช่วยเหลือในการดำเนินงาน น่าจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่จะสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนในชนบทอย่างแท้จริง."[55] ข้อสรุปดังกล่าวได้ทำให้เกิดการก่อตั้งอาสาสมัครขึ้น 2 ประเภทในโครงการสารภี คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของการสื่อสารข้อมูลทางด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐกับชาวบ้าน และในขณะเดียวกันก็สามารถให้ความช่วยเหลือและความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่ชาวบ้าน และจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐสามารถรับรู้และแก้ปัญหาสุขภาพของชาวบ้านได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น, ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นคือผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือสามารถให้การรักษาอาการเจ็บป่วยแบบพื้นฐานให้แก่ชาวบ้านโดยคิดค่าบริการไม่แพง.[56]

กล่าวกันในภายหลังว่า โครงการสารภีประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี "โดยสามารถเพิ่มอัตราการใช้บริการทางด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้านได้"[57] และความสำเร็จดังกล่าวน่าจะเป็นเหตุทำให้หลังจากนั้นเกิดโครงการทดลองในลักษณะเดียวกันอีกหลายโครงการ คือ โครงการโคราช (ที่อำเภอโนนไทย), โครงการลำปาง (ที่จังหวัดลำปาง), โครงการสะเมิง (ที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่), และโครงการสงขลา (ที่อำเภอจะนะ), โดยเฉพาะโครงการลำปางที่ถือกันว่า "เป็นโครงการที่มีความสำคัญมากที่สุด" เนื่องจากมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนารูปแบบของระบบการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ราคาถูก และครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้อย่างแท้จริง โดยใช้ ผสส., อสม., ผดุงครรภ์โบราณ และการฝึกเวชกรเพื่อช่วยดำเนินงานในสถานีอนามัยประจำตำบล.[58] ภายหลังความสำเร็จของโครงการลำปาง ในที่สุดในปี พ.ศ.2520 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศใช้โครงการสาธารณสุขมูลฐานระดับชาติขึ้น โดยบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปีฉบับที่ 4 โดยให้ยึดโครงการ ผสส. และ อสม. เป็น "หัวใจหลัก" ของการดำเนินงาน, และอีกประมาณหนึ่งปีภายหลังที่องค์การอนามัยโลกมีมติเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 32 และได้มีคำประกาศ ณ เมืองอัลมาอต้า (Alma-Ata) ของสหภาพโซเวียต ในระหว่างวันที่ 6-12 กันยายน พ.ศ.2521 รัฐบาลไทยจึงประกาศให้การรับรองและให้ถือว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็นนโยบายระดับชาติ โดยได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ว่า

"1) เพื่อขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพต่างๆ ให้ถึงประชาชนในชนบทที่ขาดแคลนบริการ

2) มุ่งใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนและปลุกเร้าให้มีการร่วมมือจากชุมชนในงานพัฒนาสุขภาพ

3) ส่งเสริมให้มีการกระจายข่าวสารและข้อมูลทางด้านสาธารณสุขเข้าสู่ประชาชนในท้องถิ่น และในขณะเดียวกันก็ให้มีการรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและปัญหาสาธารณสุขทั้งส่วนบุคคลและชุมชนเข้ามาสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4) เพื่อให้มีการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกประเภท พร้อมที่จะบริการประชาชนได้ในลักษณะที่ทุกคนยอมรับ เข้าใจ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

5) เพื่อแก้ปัญหาบริโภคยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและการบริโภคเกินความจำเป็นในหมู่ประชาชน" [59]

และได้กำหนดเป้าหมายว่า ภายในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2520-24) โครงการสาธารณสุข มูลฐาน จะสามารถผลิต ผสส. ได้ 224,000 คน และผลิต อสม. ได้ 22,400 คน เพื่อให้กองกำลังเหล่านี้ "ทำหน้าที่ให้บริการประชาชนครอบคลุมครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีอยู่ในชนบททั้งหมดทั่วประเทศ โดยได้กำหนดไว้ว่า จะมี อสม. 1 คนต่อ 1 หมู่บ้าน และ ผสส. 1 คนต่อ 10-15 ครัวเรือน."[60]

แม้ว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นจะอธิบายว่า "กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเอาความร่วมมือของชุมชนเป็นหลักในการพัฒนาระบบการสาธารณสุขแผนใหม่ ซึ่งเรียกว่า 'การสาธารณสุขมูลฐาน' ด้วยเหตุนี้การสาธารณสุขมูลฐานถือการสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านที่อาศัย ความร่วมมือของชุมชน เป็นหลักสำคัญ"[61] แต่แนวความคิดดังกล่าวถูกนักวิชาการบางท่านวิเคราะห์ว่า

"มักจะลงเอยด้วยการละเลยการมีส่วนร่วมของชุมชนและขาดการเอาใจใส่ในเรื่องนี้ ยิ่งไปกว่านั้นการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศเป็นไปโดยมิได้ปรับกลไกราชการ การบริหารงานสาธารณสุขภูมิภาค และขาดการปูพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องอย่างเพียงพออีกด้วย แน่นอนว่าระบบราชการงานสาธารณสุขที่เป็นอยู่มักไม่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน." [62]

กล่าวให้ถึงที่สุด ผสส. กับ อสม. มีสภาพเป็นเพียงแค่ "มืออันมีประสิทธิภาพของรัฐที่จะส่งไปถึงระดับหมู่บ้าน" ดังรายงานของรัฐบาลไทยที่นำเสนอต่อที่ประชุมนานาชาติเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ กรุงอัลมาอตา ที่ว่า "การสร้าง ผสส. และ อสม. ขึ้นมานั้น คือยุทธวิธีที่สำคัญมากที่จะสร้างภาพการยอมรับในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ในลักษณะของการให้บริการผ่านทางอาสาสมัครและขยายการสร้างอาสาสมัครเหล่านี้ให้ครอบคลุมพื้นที่ชนบททั้งหมด."[63]

โครงการสาธารณสุขมูลฐานอ้างว่า เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-24) แล้วสามารถสร้างองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุม 68 จังหวัด, 4,800 อำเภอ, 24,000 หมู่บ้าน หรือประมาณร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในชนบท โดยครอบคลุมประชากรในเขตชนบทประมาณ 18.5 ล้านคน ตลอดจนอบรมเจ้าหน้าสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ให้ทำหน้าที่ครูฝึกได้ครบถ้วนในทุกพื้นที่; เพิ่มขึ้นเป็น 72 จังหวัด, 696 อำเภอ, 6,184 ตำบล และ 48,000 หมู่บ้าน โดยครอบคลุมประชากรประมาณ 37 ล้านคนเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525-29); สามารถสร้างองค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดระบบโครงสร้างสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้านได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ตลอดจนพื้นที่เฉพาะ โดยมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 627,500 คน เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (2530-34); เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (2535-39) สร้าง อสม. และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ได้เต็มพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมี อสม. จำนวน 653,262 คน (631,683 คนใน

เขตชนบท และ 21,579 คนในเขตเมือง) และมี ศสมช. จำนวน 64,832 แห่งทั่วประเทศ, มีจำนวนหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้า 54,521 แห่ง และชุมชนเทศบาลอีก 812 ชุมชน; และในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (2540-44) สามารถทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทั้งสิ้น 711,423 คน, มีกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านที่ยังดำเนินการอยู่จำนวน 49,218 แห่ง, ศสมช. ในเขตชนบท 67,192 แห่ง, ศสมช. ในเขตเมือง 2,962 แห่ง, มีหมู่บ้านที่บรรลุเกณฑ์สุขภาพดีถ้วนหน้าในเขตชนบทจำนวน 65,8551 หมู่บ้าน และชุมชนในเขตเมืองจำนวน 1,791 ชุมชน.[64]

ตามจินตนากรรมเกี่ยวกับโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้นจะไม่มีชุมชนหมู่บ้านใดที่จะตั้งอยู่ได้โดยแยกตัวเองอย่างโดดเดี่ยวอยู่ในรั้วไม้ไผ่ (โดยที่อำนาจรัฐเงื้อมมือเข้าไปไม่ถึงและต้องหยุดอยู่แค่รั้วไม้ไผ่) แต่ทุกหมู่บ้านในประเทศไทยจะต้องถูกสอดส่องควบคุมโดยกองกำลัง ผสส. และ อสม. ซึ่งมีหน้าที่ออกลาดตระเวณไปตามหมู่บ้าน. ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ทำให้รู้ว่า จุลินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิตที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นและทำให้เกิดโรคในร่างกายมนุษย์ได้นั้นสามารถติดต่อถึงมนุษย์ผ่านพาหะบางอย่าง (เช่น ยุง) ได้ ทำให้เกิดความคิดในทางสาธารณสุขประการหนึ่งที่ว่า กะลามะพร้าวหรืออ่างไหแตกๆ ในบริเวณบ้านทั่วประเทศไทยต่อไปนี้จะหงายเอาไว้ไม่ได้ เพราะมันจะกลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง, แต่การที่รัฐสามารถยื่นเงื้อมมือแทรกรั้วไม้ไผ่เข้าไปคว่ำกะลาและอ่างไหแตกๆ ในหมู่บ้านตามชนบททั่วประเทศไทยได้นั้นรัฐไทยก็เพิ่งมีปัญญาทำได้ด้วยกองกำลัง ผสส. และ อสม. ตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานนี่เอง. กะลามะพร้าวหรืออ่างไหแตกๆ จึงถูกกองกำลังดังกล่าวของรัฐบุกเข้าไปตรวจค้นอย่างละเอียดและพลิกคว่ำหรือทำลายเสีย, ส่วนอ่างไหหรือโอ่งเก็บน้ำที่ไม่ได้ใช้บริโภคในครัวเรือนก็จะถูกกองกำลังดังกล่าวนำทรายหรือเกลืออนามัยไปหยอดเพื่อป้องกันโรคระบาดบางชนิด.[65]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการสาธารณสุขมูลฐานยังคงดำเนินการอยู่ตามนโยบาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี พ.ศ.2543" และแม้ว่าโครงการ 30 บาททุกโรคก็คือส่วนขยายอย่างเต็มรูปแบบของการสร้างรัฐเวชกรรมที่รัฐมีหน้าที่ให้ความเอื้อเฟื้อต่อพลเมืองอย่างทั่วถึงเท่าเทียม, แต่จินตนากรรมทางการแพทย์และสาธารณสุขของสังคมไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ อัน

เป็นผลมาจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพที่มียุทธศาสตร์หลักอยู่ที่ "การให้ความสำคัญกับประชาคมและชุมชน."[66]

ในจินตนากรรมครั้งใหม่นี้ รัฐจะไม่ใช่ผู้ที่เอื้อเฟื้อต่อมวลสมาชิกตามแบบแผนของการสร้างรัฐเวชกรรมอีกต่อไปแล้ว แต่เป้าหมายในจินตนากรรมครั้งใหม่คือ การสร้างสังคมเวชกรรมที่ต้องการให้พลเมืองทุกคนต้องมีหน้าที่ในการสอดส่องควบคุมดูแลร่างกายของตนเองแทนรัฐ, พลเมืองทุกคนมีหน้าที่ต้องมีเหตุผลแบบสังคมอุตสาหกรรม ต้องรู้จักใช้ชีวิตให้เหมาะสม เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวแข็งแรงและที่สำคัญต้องมีอรรถประโยชน์ในทางการผลิต. (อย่างไรก็ตาม กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นเท่านั้น คงต้องรอเวลาอีกสักระยะหนึ่งจึงจะสามารถประเมินบทบาทและผลกระทบของโครงการฯ ได้อย่างแท้จริง เนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการปฏิรูปจึงอยู่นอกเหนือจากความสนใจของผู้วิจัยในขณะนี้).

---

1 เช่นดู สารี อ๋องสมหวัง, สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์ และคณะ, "15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ" (กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542).

2 ดูงาน 2 ชิ้นของ Jacques Derrida, "Hostipitality" in **Acts of Religion**, edited and with an Introduction by Gil Anidjar (New York and London: Routledge, 2002), pp.380-1; และ Derrida, **Of Hospitality: Anne Dufourmantelle Invites Jacques Derrida to Respond**, tr. Rachel Bawlby (Standford, California: Stanford University Press, 2000).

3 สำเนาพระราชหัตถเลขาแต่งตั้งคณะคอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล ลงวันที่ 3 เดือน 4 แรม 15 ค่ำ ปีจอ อัฐศก ศักราช 1248 (พ.ศ.2429), ภาคผนวก 1 ใน เพ็ญศรี, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน...," น.266.

4 ดูเอกสารเกี่ยวกับการสร้างโรงพยาบาลไข้กาฬโรคที่คลองสารใน หจช. ร. 5 น.5.7 ก./16.

5 ดูสมเด็จฯ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ, "นิทานที่ 12 เรื่องตั้งโรงพยาบาล" ใน **นิทานโบราณคดี**, น.192-214; และดูเรื่องข่าวลือการจับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลใน พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 14 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น.5.7/ 17.

6 พระยาจ่าแสนบดี ข้าหลวงเทศาภิบาล-สำเร็จราชการมณฑลนครราชสีมา ถึง พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ (19 กรกฎาคม ร.ศ.128), หจช. ร. 5 น.5.7/33.

7 ประกาศตั้งกรมพยาบาล, ภาคผนวก 3 ใน เพ็ญศรี, "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)," น.268 และดูรายละเอียดการจัดตั้งโรงพยาบาลใน น.64-65.

8 แฟรงเฟิศ ผู้ช่วยตรวจการพยาบาล ถึงพระยามหิบาลบรีรักษ์ ข้าหลวงเทศาภิบาลสำเร็จราชการมณฑลชุมพร, 10 พฤศภาคม ร.ศ.125, หจช. ศธ. 8.2 ก./16.

9 พระยามหิบาลบรีรักษ์ ข้าหลวงเทศาภิบาลสำเร็จราชการมณฑลชุมพร ถึง เจ้าพระยาวิชิตวงษ์วุฒิไกร เสนาบดีกระทรวงธรรมการ, 12 พฤศภาคม ร.ศ.125, หจช. ศธ. 8.2 ก./ 16.

10 ความเห็นเจ้าหน้าที่เพื่อเสนอเสนาบดีกระทรวงธรรมการ และความเห็นชอบเสนาบดีลงวันที่ 25 พฤศภาคม ร.ศ.125 (พ.ศ.2449), หจช. ศธ. 8.2 ก./ 16.

11 ดูมิชชั่นนารีอเมริกัน นิกายเพรสไบทีเรียน (American Presbyterian Missionaries) ขอเงิน 4,000 บาท เพื่อสมทบทุนสร้างโรงพยาบาล "ศรีธรรมราชระลึก" ใน Eugene P.Dunlap and W.J. Swart (the committee) to His Majesty, the King of Siam, 13 October 1903, หจช. ศธ. 8.2 ก./14.

12 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.36, ใน พระยาบริรักษ์เวชชการ และคนอื่นๆ, **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.**

13 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.8-24.

14 "การสาธารณสุข," น.19 ในพระยาบริรักษ์เวชชการ และคนอื่นๆ, **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.**

15 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.4-5,

16 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.6.

17 "สาธารณสุขและสาธารณูปการ เรื่อง การบำบัดโรค, โรงพยาบาล, การแพทย์," น.6.

18 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ถึง นายกรัฐมนตรี, เรื่องโครงการณ์อนามัยในหัวเมือง และการควบคุมโรคจิตต์, 6 ธันวาคม พ.ศ.2478, หจช. (2) สร 0201.27/9.

19 บันทึกเรื่องการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขและการแพทย์ (ตอน 1), กระทรวงมหาดไทย, 3 ธันวาคม พ.ศ.2478, หจช. (2) สร 0201.27/9.

20 โครงการณ์อนามัยในหัวเมือง, วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ.2477, หจช. (2) สร 0201.27/9.

21 สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ: ชีวประวัติศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์นักสู้ผู้อุทิศตนเพื่อวางรากฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข** (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร, 2544), น.85-7.

22 "ผลการปฏิบัติงานในด้านการบำบัดโรค" เอกสารแนบใน พระยาบริรักษเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้าน

สาธารณสุข, 10 มิถุนายน พ.ศ.2493, หจช. (2)สร 0201.27/31. โรงพยาบาลทั้ง 23 แห่ง คือ โรงพยาบาลอุบลราชธานี, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดล้านช้าง, โรงพยาบาลอาทิตย์ทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพหลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเริงฤทธิ์ จังหวัดลำปาง, โรงพยาบาลนครเชียงตุง. ภายหลังสงคราม รัฐบาลต้องคืนโรงพยาบาลนครเชียงตุงแก่เจ้าของเดิม (มิชชั่นนารี) เมื่อ พ.ศ.2488, คืนโรงพยาบาลสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดล้านช้างกับโรงพยาบาลพระตะบองให้รัฐบาลฝรั่งเศสในอินโดจีนใน พ.ศ. 2489, และคืนโรงพยาบาลของมิชชานารีจำนวน 6 แห่ง (คือ โรงพยาบาลอาทิตย์ทิพอาภา จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลพหลโยธิน จังหวัดแพร่, โรงพยาบาลทับเที่ยง จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลศรีธรรมราชระลึก จังหวัดนครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลเสรีเริงฤทธิ์ จังหวัดลำปาง) ให้เจ้าของเดิม.

23 บันทึกหลักการณ์บูรณะการโรงพยาบาล ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 24 เมษายน พ.ศ.2489, หจช. (2)สร 0201. 27.2/8.

24 บัญชีรายนามโรงพยาบาลของกรมการแพทย์, หจช. (2)สร 0201.27.2/8. รายชื่อโรงพยาบาลตามบัญชีโรงพยาบาลของกรมการแพทย์:

ก) โรงพยาบาลบำบัดโรคทั่วไป 16 แห่ง คือ โรงพยาบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, โรงพยาบาลจันทบุรี, โรงพยาบาลนครพนม, โรงพยาบาลหนองคาย, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลตาก, โรงพยาบาลปราจีนบุรี, โรงพยาบาลปัตตานี, โรงพยาบาลพระตะบอง, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลระนอง, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลสุรศักดิมนตรี ลานช้าง, โรงพยาบาล

อุบลราชธานี;

ข) โรงพยาบาลโรคจิตต์ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคจิตต์ธนบุรี, โรงพยาบาลโรคจิตต์นนทบุรี, โรงพยาบาลโรคจิตต์ลำปาง, และโรงพยาบาลโรคจิตต์สุราษฎร์ธานี;

ค) โรงพยาบาลวรรณโรค 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลวรรณโรคกลาง นนทบุรี;

ง) โรงพยาบาลโรคเรื้อน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง และโรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น;

จ) โรงพยาบาลเทศบาล 16 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลวชิระ, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองชลบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองตรัง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, และโรงพยาบาลเทศบาล (โรคติดต่อ) ธนบุรี;

ฉ) โรงพยาบาลที่อยู่ในความครอบครอง (ซึ่งยึดมาจากชนชาติศัตรูในช่วงสงคราม) 9 แห่ง คือ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่, โรงพยาบาลแวนแซนวูร์ด ลำปาง, โรงพยาบาลโอเวอร์บรูค เชียงราย, โรงพยาบาลมิชชันนารี น่าน, โรงพยาบาลเทศบาลมิชชันนารี แพร่, โรงพยาบาลมิชชันนารี ตรัง, โรงพยาบาลโรคเรื้อน เชียงใหม่, โรงพยาบาลโรคเรื้อน นครศรีธรรมราช, โรงพยาบาลศรีธรรมราชพยาบาลที่ระลึก.

25 พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี เรื่องการบูรณะการโรงพยาบาล, 30 เมษายน พ.ศ.2489, หจช. (2)สร 0201.27.2/8. การเสนอให้โอนโรงพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล (ซึ่งโอนไปภายหลัง พรบ.สาธารณสุข หลังพ.ศ.

2475) ทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองเนื่องจาก “ทรุดโทรมและเสื่อมสมรรถภาพลงโดยทั่วๆ ไป...สมควรที่จะโอนโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งอยู่ในความควบคุมของเทศบาลทุกแห่งมาอยู่ในความควบคุมของกระทรวงการสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปรับปรุงและฟื้นฟูงานให้ดียิ่งขึ้น สมเป็นโรงพยาบาลที่จะช่วยบำบัดความเจ็บไข้ได้อย่างเต็มที่ต่อไป” ได้ถูกกระทรวงสาธารณสุขนำกลับมาเสนอต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้งใน พ.ศ.2490. โรงพยาบาลและสุขศาลาของเทศบาลที่ถูกเสนอว่าจะถูกโอนไปยังกระทรวงการสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลโรคติดต่อเทศบาลนครกรุงเทพ, โรงพยาบาลกลางเทศบาลนครกรุงเทพ, โรงพยาบาลวชิระเทศบาลนครกรุงเทพ, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครปฐม, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองราชบุรี, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองสงขลา, โรงพยาบาลเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา, สุขศาลาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, สุขศาลาเทศบาลเมืองชัยภูมิ, สุขศาลาเทศบาลเมืองแม่ฮ่องสอน, สุขศาลาเทศบาลเมืองลำพูน, สุขศาลาเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, สุขศาลาเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, สุขศาลาเทศบาลเมืองอุทัยธานี. คณะรัฐมนตรีได้ประชุมเกี่ยวกับเรื่องนี้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2490 และมีมติ “ให้กระทรวงการสาธารณสุขไปทำความตกลงกันกับกระทรวงมหาดไทยก่อน.” ต่อมามีหนังสือจากกระทรวงสาธารณสุขถึงเลขาธิการคณะรัฐมนตรีว่า “กระทรวงการสาธารณสุขได้ติดต่อทำความตกลงไปยังกระทรวงมหาดไทยแล้ว เป็นอันตกลงกันว่า โดยฉะเพาะการขอรับโอนโรงพยาบาลของเทศบาลทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองไปให้กระทรวงการสาธารณสุขจัดทำเป็นการชั่วคราว เมื่อจัดทำดีแล้วจะได้โอนคืนให้แก่เทศบาลภายหลัง การโอนโรงพยาบาลมาจัดทำกระทรวงการสาธารณสุขจะต้องรับโอนทั้งสิทธิและหน้าที่ที่เทศบาลเคยมีอยู่ทั้งหมด และกระทรวงการสาธารณสุขจะต้องรับโอนพนักงานเทศบาลแห่งโรงพยาบาลที่ได้รับโอนมาบรรจุทางกระทรวงสาธารณสุขด้วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือพนักงาน แต่ในการโอนกิจการของโรงพยาบาลเทศบาลดังกล่าว ทางเทศบาลไม่ได้ให้เงินค่าใช้จ่ายตลอดจนเงินเดือนของพนักงานเจ้าหน้าที่มาด้วย” จึงเสนอให้คณะรัฐมนตรีรับหลักการ. อย่างไรก็ตาม แม้คณะรัฐมนตรีจะรับหลักการในเรื่องนี้ แต่ปัญหาในเรื่องการออกพระราชบัญญัติการโอน การโอนพนักงานมานั้นจะได้

รับบรรจุเป็นข้าราชการด้วยหรือไม่ เป็นต้น ได้กลายเป็นเรื่องที่ต้องถกเถียงกันยืดเยื้อกว่า 2 ปี จึงสามารถทำการโอนได้ และในที่สุดก็มีโรงพยาบาลเพียง 6 แห่งและสุขศาลาเพียง 4 แห่งเท่านั้นที่อยู่ในสังกัดเทศบาลที่ยอมโอนมาอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองนครราชสีมา, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองนครสวรรค์, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองภูเก็ต, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองลำปาง, โรงพยาบาลของเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี, สุขศาลาของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์, สุขศาลาของเทศบาลเมืองอุทัยธานี, สุขศาลาของเทศบาลเมืองสมุทรปราการ, และสุขศาลาของเทศบาลเมืองตรัง, ดูเอกสารเกี่ยวกับเรื่องนี้ในแฟ้ม หจช. (2) สร 0201.27.2/22. และดูความเห็นเกี่ยวกับสถานภาพของโรงพยาบาลในความดูแลของเทศบาลใน Ben Eiseman, "As I See It," (สำเนาคำแปลชื่อ "เท่าที่ข้าพเจ้าเห็นมา"), หจช. (2) สร 0201.27.2/32.

26 พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง คณะกรมการจังหวัดทุกจังหวัด, เรื่องการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขศาลา, 21 สิงหาคม พ.ศ.2489, หจช. (2) สร 0201.27.2/8; พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง นายกรัฐมนตรี, เรื่องนโยบายการสร้างโรงพยาบาลและสุขศาลา, 31 สิงหาคม พ.ศ.2489, หจช. (2) สร 0201.27.2/8; และดูระเบียบการองค์การกุศลสาธารณสุข, หจช. (2) สร 0201.27.2/8.

27 พระยาสุนทรพิพิธ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง ข้าหลวงประจำจังหวัดทุกจังหวัด และนายอำเภอทุกอำเภอ, เรื่องแจ้งนโยบายและขอความร่วมมือ, 22 มกราคม พ.ศ.2490, หจช. มท. 0201.2.1.10/7.

28 นายแพทย์แสง สุทธิพงส์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย, เรื่องการป้องกันโรคและการสร้างโรงพยาบาล, 3 กรกฎาคม พ.ศ.2490, หจช. มท. 0201.2.1.10/7. เอกสารแนบระบุจังหวัดที่ยังไม่มีโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขที่เปิดรับบำบัดโรคทั่วไปทั้ง 14 จังหวัด คือ กระบี่, กาญจนบุรี, กำแพงเพชร, ขอนแก่น, ชัยนาท, ชัยภูมิ, ชุมพร, ตราด, นครนายก, นครศรีธรรมราช, บุรีรัมย์, ปทุมธานี,

ประจวบคีรีขันธ์, พังงา, พัทลุง, พิจิตร์, เพชรบุรี, เพชรบูรณ์, มหาสารคาม, แม่ฮ่องสอน, ยะลา, ระยอง, ราชบุรี, ลพบุรี, ลำพูน, เลย, ศรีสะเกษ, สกลนคร, สตูล, สมุทรปราการ, สมุทรสงคราม, สมุทรสาคร, สระบุรี, สิงห์บุรี, สุโขทัย, สุราษฎร์ธานี, สุรินทร์, อ่างทอง, อุดรธานี, อุตรดิตถ์, อุทัยธานี.

29 "ผลการปฏิบัติงานในด้านการบำบัดโรค" เอกสารแนบใน พระยาบริรักษเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องผลการปฏิบัติงานในด้านสาธารณสุข, 10 มิถุนายน พ.ศ.2493, หจช. (2) สร 0201.27/31. ในพ.ศ. 2492 กระทรวงสาธารณสุขได้งบสร้างโรงพยาบาลเพิ่ม 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลเพชรบุรี, โรงพยาบาลระยอง, โรงพยาบาลมหาสารคาม, โรงพยาบาลสุรินทร์, โรงพยาบาลขอนแก่น, โรงพยาบาลอุตรดิตถ์; และใน พ.ศ.2493 ได้งบสร้างโรงพยาบาลเพิ่มอีก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกระบี่, โรงพยาบาลชัยภูมิ, โรงพยาบาลตราด, และโรงพยาบาลอำเภอโพธาราม ราชบุรี.

30 "บัญชีโรงพยาบาลและสุขศาลาที่เปิดวงเงินเชื่อ" เอกสารแนบใน พระยาบริรักษเวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องขอเพิ่มเงินทุนหมุนเวียนเวชภัณฑ์, 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2493, หจช. (2) สร 0201.27.3/3.

31 พระยาบริรักษ์เวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องขออนุมัติโครงการอบรมนักเรียนสุขาภิบาล, 25 สิงหาคม พ.ศ.2491, หจช. (2)สร 0201.27/25; และดูโครงการอบรมนักเรียนสุขาภิบาล พร้อมกับ Course Outline ของเนื้อหาวิชาที่จะต้องอบรมจำนวน 26 วิชาในแฟ้มเดียวกัน.

32 ดูการอภิปรายเกี่ยวกับสภาพของโรงพยาบาลในช่วง พ.ศ.2492 ในปาฐกถาของ Ben Eiseman, "As I See It," pp.9-10, (สำเนาคำแปลชื่อ "เท่าที่ข้าพเจ้าเห็นมา"), หจช. (2) สร 0201.27.2/23.

33 สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ**, น.171. แม้จะไม่มีปรากฏอยู่ในเอกสาร

ร่วมสมัย แต่ดูเหมือนว่าจะเป็นที่รับรู้กันทั่วไปในช่วงหลังว่า นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันโครงการดังกล่าว.

34 ฉาย วิโรจศิริ ถึง ล.ธ.ร. [เลขาธิการคณะรัฐมนตรี], วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ.2492, หจช. (2) สร 0201.27.2/31.

35 จอมพล ป. พิบูลสงคราม ถึง พระยาบริรักษ์เวชชการ เรื่องตั้งคณะกรรมการพิจารณาดำเนินการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล (The City Hospital), วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ.2492, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

36 หลวงชำนาญอักษร เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ถึง พระยาบริรักษ์เวชชการ เรื่องการพิจารณาดำเนินการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2493, หจช. (2)สร 0201. 27. 2/ 31.

37 พระยาบริรักษ์เวชชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการสาธารณสุข ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องการพิจารณาจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2493, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31. คณะอนุกรรมการพิจารณาจัดทำรายละเอียดโครงการในแต่ละแผนก คือ นายแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะโรค 6 คน: นายแพทย์ประเสริฐ กังสดาลย์, นายแพทย์อุดม โปษะกฤษณะ, นายแพทย์แดง กาญจนารัณย์, นายแพทย์อรุณ เนตรศิริ, นายแพทย์ประพนธ์ เสรีรัตน์, นายแพทย์ขุนเกตุทัตวิทยา, และต่อมาได้เชิญนายแพทย์ชู ศีตะจิตต์, พ.ท.สี สิริสิงห์ และนายจำลอง สุวคนธ์ มาร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ.

38 พระยาบริรักษ์เวชชการ ถึง เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เรื่องโครงการเมืองโรงพยาบาล, วันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ.2493, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

39 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, น.3, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

40 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, น.15, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

41 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, น.27, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

42 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, น.2-3, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

43 โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล, น.3-4, หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

44 Ben Eiseman, "As I See It," pp.3 and 11-12, หจช. (2) สร 0201.27.2/32.

45 เรื่องที่ 8 เรื่องการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาล (The City Hospital), หจช. (2) สร 0201. 27. 2/ 31.

46 สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ**, น.171-2. สาเหตุอย่างหนึ่งที่ได้รับการอธิบายโดยนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้วในภายหลังก็คือ การรัฐประหาร พ.ศ. 2500 เป็นสาเหตุที่ทำให้โครงการจัดตั้งเมืองโรงพยาบาลจบชีวิตลง โดยเฉพาะเนื่องจากผู้ที่มีบทบาทในการผลักดันที่สำคัญบางคน (คือนายแพทย์เสม) ได้ลาออกจากราชการตามจอมพล ป. พิบูลสงคราม.

47 ดู สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ**, น. 163-165; ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, **เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย** (กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, 2542), น.61.

48 โรงพยาบาลประจำอำเภอมีพัฒนาการมาจากสุขศาลาที่ไม่ได้รับการยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่งในช่วงปี พ.ศ.2497, เป็นศูนย์การแพทย์อนามัยชนบทปี พ.ศ.2515, เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยปี พ.ศ.2517, และยกระดับขึ้นเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอในที่สุด โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2518 เป็นต้นมาเมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายอย่างชัดเจนที่จะพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศโดยได้รับเงินกู้จากธนาคารโลกร่วมกับเงินบริจาคของประชาชนเพื่อสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช). ดู ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โรงพยาบาลอำเภอใน

ประเทศไทย: การศึกษาเชิงนโยบาย" (เอกสารนโยบายสาธารณสุข ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525), น.4-5.

49 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน" (โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยากจน ดำเนินการโดยสมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย, เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524), น.46.

50 กิติกร มีทรัพย์, "บทบรรณาธิการ," **สังคมศาสตร์การแพทย์**, ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2521): 3-4; อ้างจาก น.3.

51 สันติ ตั้งรพีพากร, **ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ**, น. 253. สถานีอนามัยประจำตำบลมีพัฒนาการจากสุขศาลาชั้นสองที่ไม่มีแพทย์ประจำได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นสถานีอนามัยชั้นสองใน พ.ศ.2495 และยกระดับเป็นสถานีอนามัยใน พ.ศ.2515. ขณะที่มีสถานีอนามัยอยู่เพียง 7,340 แห่งใน 6,183 ตำบลใน พ.ศ.2528, แต่ใน พ.ศ.2539 นั้นได้มีจำนวนสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นถึง 9,010 แห่งทั่วทั้งประเทศ โดยครอบคลุม 7,307 ตำบล และมีจำนวน 2,021 ตำบลที่มีสถานีอนามัยมากกว่าหนึ่งแห่ง. ดู บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ, **การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ เล่ม 3** (กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539), น.12-15.

52 รายงานผลการวิจัยเอกสารเรื่องการประเมินความก้าวหน้าในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-2530) (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532), น.17-22.

53 ดูปัญหาเกี่ยวกับโรงพยาบาลประจำอำเภอในช่วงทศวรรษ 2520 ในงานของ สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ, "โรงพยาบาลอำเภอกับสังคมชนบท," **สังคมศาสตร์การแพทย์**, ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2521): 10-17. นอกจากสภาพความแห้งแล้งกันดารขาดแคลนในชนบทจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาแล้ว สันติภาพเห็นว่า ปัญหาต่างๆ นั้นเกิดจากการสร้างขึ้นมาโดย

"คนในชนบท" เองทั้งสิ้น! และเสนอว่าคนในชนบทควรจะเลิกตักตวงผลประโยชน์จากโรงพยาบาลแต่ฝ่ายเดียว และควร "ให้" ความช่วยเหลือทางด้านการเงิน ความร่วมมือ ความสนใจ และการประสานงานกับโรงพยาบาลบ้าง. ดูงานวิจัยเกี่ยวกับงบประมาณของรัฐไทยโดยเปรียบเทียบระหว่างกระทรวงกลาโหม, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมใน ชัยวัฒน์ สถาอานันท์, **งบประมาณทหารไทย 2525-2534: วิสัยทัศน์และความคิดเชิงนโยบาย** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและโครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2539).

54 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.4; ดูฉบับตีพิมพ์ของรายงานเรื่องนี้ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย," **สังคมศาสตร์การแพทย์**, ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 8-54.

55 Ministry of Public Health, **Primary Health Care in Thailand** (Bangkok: 1978), อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น. 4.

56 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.4-5.

57 ปรีชา ดีสวัสดิ์, "การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย" (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, เอกสารโรเนียว, 2523), อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.5.

58 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.5.

59 กระทรวงสาธารณสุข, **แผนงานสาธารณสุขมูลเบื้องต้น 2521-2522** (กองฝึกอบรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2521), อ้างในทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.7-8.

60 Ministry of Public Health, **The Lampang Health Development Project: Thailand's**

Fresh Approach to Rural Primary Health Care (Monograph # 1, Chiengmai, 1979), 12, อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.7-8.

61 นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว, "บทบรรณาธิการ: การสาธารณสุขมูลฐาน," **สังคมศาสตร์การแพทย์**, ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 3-7, อ้างจาก น.4.

62 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.17-18.

63 Ministry of Public Health, **Primary Health Care in Thailand** (Bangkok: 1978), อ้างใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน," น.17.

64 รัตติยา ศีลสารรุ่งเรือง, **20 ปีของเส้นทางสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน** (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2543), น.41-7.

65 หลังจากเล่าให้ฟังถึงงานที่ผู้เขียนกำลังทำอยู่ว่าเกี่ยวกับเรื่อง ผสส. กับ อสม. ด้วย ธีระชัย พลนุ้ย (นักศึกษาจากพัทลุงซึ่งได้ทุน Dramasiswa มาเรียนอยู่ที่ Universitas Negeri Yogyakarta) ได้เล่าข้อมูลให้ฟังว่า ไม่เห็น ผสส. หรือ อสม. ทำอะไร นอกจากคอยเอาเกลือมาหยอดตามอ่างน้ำในหมู่บ้านเวลาที่มีโรคระบาด เช่น ไข้เลือดออก (27 กันยายน 2545).

66 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, **แผนวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2524-2544**, น.11.

บทที่ 5

ท่องไปในแดนเนรมิตร: บางแง่มุมจากกรณีศึกษาโรงพยาบาลในภาคใต้

ทวีศักดิ์ เผือกสม และ พิเชฐ แสงทอง

ความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลโดยตัวมันเองเป็นพื้นที่อีกแบบหนึ่งที่ไม่ได้ดำรงอยู่จริงในโลกปรกติ หรือไม่ใช่พื้นที่ซึ่งคนเราจะเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ในนั้นในยามปรกติ แต่โรงพยาบาลเป็นพื้นที่พิเศษอีกแบบหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นสำหรับคนที่อยู่ในช่วงผิดปรกติหรือช่วงวิกฤติโดยชั่วคราวในช่วงเปลี่ยนผ่านหรือจนกว่าจะพ้นช่วงวิกฤติและพร้อมที่จะกลับไปอยู่ในสังคมปรกติได้อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งหากกล่าวในภาษาของฟูโก้ก็คือ โรงพยาบาลเป็นพื้นที่แบบ “heterotopia” อย่างหนึ่ง. ฟูโก้เห็นว่าหากคริสต์ศตวรรษที่ 19 คือยุคของประวัติศาสตร์, ปัจจุบันคือยุคของพื้นที่. กล่าวคือ มนุษย์กำลังอยู่ในยุคที่ให้ความสำคัญกับพื้นที่ การจัดการพื้นที่ และการที่พื้นที่ถูกใช้จัดการกับชีวิตคน. ชีวิตของเราถูกปกครองกำกับโดยกฎศักดิ์สิทธิ์ของพื้นที่บางอย่าง เช่น พื้นที่สาธารณะหรือพื้นที่ส่วนตัว, พื้นที่ทางสังคมหรือพื้นที่ในครอบครัว, พื้นที่ทางวัฒนธรรมหรือพื้นที่ทางประโยชน์ใช้สอย, พื้นที่สำหรับการพักผ่อนหรือพื้นที่สำหรับการทำงาน. แต่พื้นที่ที่ฟูโก้สนใจเป็นพื้นที่แบบอื่นโดยเฉพาะพื้นที่สัมพันธ์อยู่กับพื้นที่อื่นทั้งหมดในรูปของการตั้งคำถาม สะท้อนกลับ หรือกลับหัวกลับหางโครงสร้างของความสัมพันธ์ที่ดำรงอยู่เดิม. พื้นที่ในลักษณะเช่นนี้ คือ พื้นที่ในอุดมคติ (utopia) ซึ่งโดยพื้นฐานแล้วเป็นพื้นที่ที่ไม่จริงหรือเป็นพื้นที่ที่ไม่ได้ดำรงอยู่ในโลกของความเป็นจริง แต่นำเสนอภาพของสังคมที่สมบูรณ์แบบ หรือพูดอีกกล่าวหนึ่งก็คือ สังคมที่ตรงข้ามกับความเป็นจริงที่เป็นอยู่อย่างหน้ามือ

เป็นหลังมือ. พื้นที่ในลักษณะแบบเดียวกัน แต่ดำรงอยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้นคือพื้นที่แบบ "heterotopia." พื้นที่แบบนี้มีอยู่ในโลกของความเป็นจริง และมีอยู่เกือบในทุกวัฒนธรรมและทุกอารยธรรม โดยเกิดขึ้นและดำรงอยู่ตั้งแต่เกือบจะแรกเริ่มการก่อรูปของสังคมนั้น ๆ ในฐานะที่เป็นพื้นที่ที่มีหน้าที่นำเสนอรูปการณ์ของสังคมในอุดมคติของชุมชนในพื้นที่หรือในโลกของความเป็นจริงและมีอยู่จริง พร้อมกับคอยทำหน้าที่ตั้งคำถามหรือท้าทายการดำรงอยู่ของสังคมในปัจจุบัน. พื้นที่แบบนี้จึงทั้งดำรงอยู่ในโลกความเป็นจริง และไม่ได้มีอยู่จริงในแง่ที่อยู่ที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโลกที่เป็นจริง แต่เป็นเพียงพื้นที่ทางอุดมคติเท่านั้น. พื้นที่แบบ "heterotopias" มีลักษณะหลัก ๆ อยู่ 2 แบบ คือ พื้นที่เชิงวิกฤติ (crisis heterotopia) กับพื้นที่เชิงเบี่ยงเบน (heterotopia of deviation). พื้นที่เชิงวิกฤติคือพื้นที่ที่มีไว้สำหรับสมาชิกของสังคมที่กำลังอยู่ในช่วงวิกฤติของตัวเอง (เช่น ช่วงวัยรุ่น, ช่วงมีประจำเดือน, ช่วงตั้งครรภ์, ช่วงวัยชรา ฯลฯ) โดยเป็นทั้งพื้นที่พิเศษหรือศักดิ์สิทธิ์หรือต้องห้ามสำหรับคนที่ปรกติ, ส่วนพื้นที่เชิงเบี่ยงเบนคือพื้นที่ซึ่งมีไว้สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน/ปทัสฐานทางสังคม ซึ่งรวมตั้งแต่บ้านพักชรา โรงพยาบาลประสาท ไปจนถึงคุก.[1]

ความเป็นพื้นที่เชิงวิกฤติของโรงพยาบาลนั้นสามารถเห็นได้จากคำอธิบายเกี่ยวกับความหมายของโรงพยาบาลของ "กุ๊ก" ชายหนุ่มคนหนึ่งซึ่งป่วยเป็นโรคทางประสาท และเข้ามารักษาอยู่ในโรงพยาบาลยะลา. ก่อนหน้านี้ "กุ๊ก" เคยไปตระเวณรับการรักษามาหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลที่จังหวัดตรัง, โรงพยาบาลนราธิวาส, โรงพยาบาลสุไหงโกลก, โรงพยาบาลประสาทสงขลา, และโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ซึ่งเขาเองก็จำชื่อไม่ได้. "กุ๊ก" รู้สึกว่า เมื่อเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลแล้วเขา "ได้รับความรักดี" (ซึ่งแปลว่าเขาอาจจะรู้สึกว่าตัวเองไม่ได้รับความรู้สึกเช่นนั้นเมื่ออยู่ภายนอกโรงพยาบาล) คือ มีคนดูแลอย่างใกล้ชิด มีคุณแม่มาคอยพาไปทานข้าวเที่ยงด้วยทุกวัน. โรงพยาบาลในความหมายของ "กุ๊ก" จึงเป็นพื้นที่ที่คอยทำหน้าที่พลิกความสัมพันธ์ในโลกปรกติของสังคมไทยปัจจุบันให้ไปอยู่ในชุดของความสัมพันธ์อีกแบบหนึ่งที่สังคมควรจะมีต่อ "ความป่วยไข้" ของสมาชิก โดยที่ชุดของความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีอยู่ในพื้นที่นอกโรงพยาบาล (ซึ่งอาจจะเคยมีในสังคมแบบจารีต) เพราะเมื่อไรก็ตามที่ "กุ๊ก" กลับไปอยู่บ้าน "ญาติคนนั้นพูดอย่างนี้ ญาติคนนี้พูดอย่างนั้นมันอาจทำให้คนเราป่วยขึ้นมาได้อีก" และทำให้ "กุ๊ก" คิดว่านั่นคือสาเหตุที่ "ทำให้คนเราต้องเข้ามาพึ่งโรงพยาบาลอีก."

อย่างไรก็ตาม กรณีที่โรงพยาบาลมีชุดของความสัมพันธ์อีกแบบหนึ่งที่แตกต่างออกไปจากสังคมปรกติอย่างชัดเจนก็คือ เรื่องความเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เพราะเมื่อเข้ามาอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาล (หมายถึงเข้ามารับการรักษาในฐานะคนป่วย) พระสงฆ์ก็หมดความหมายในเชิงพิธีกรรมในทางพุทธศาสนา. การเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลนั้นทำให้พระสงฆ์ต้องเดินออกจากชุดของความสัมพันธ์ที่พิเศษอยู่แล้วในวิถีปฏิบัติกันอยู่โดยปรกติในสังคมไทยและเดินเข้ามาอยู่ในพื้นที่อีกชนิดหนึ่งที่มีพิธีกรรมอีกแบบหนึ่ง, แพทย์หรือพยาบาลจึงปฏิบัติต่อพระสงฆ์ในไวยากรณ์ของพิธีกรรมที่กำกับอยู่โดยพื้นที่แบบโรงพยาบาล ไม่ใช่ไวยากรณ์ของพิธีกรรมในทางพุทธศาสนา. พยาบาลหญิงคนหนึ่งในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (ซึ่งเข้าใจว่าคงเป็นเรื่องปรกติสำหรับโรงพยาบาลทุกแห่ง) จึงสามารถจับต้องร่างกายของพระสงฆ์ได้, ยืนค้ำหัวพระสงฆ์ได้, และพูดคุยด้วยกับพระสงฆ์โดยภาษาอีกแบบหนึ่งโดยไม่ต้องมีร่องรอยของความอ่อนน้อม หรือแม้กระทั่งหางเสียงใดๆ ก็ไม่ได้ใส่ไปเลยสักคำ. รวมทั้งอาจเป็นไปได้ว่าในสายตาของพยาบาลคนดังกล่าวนั้น นอกจากพระสงฆ์รูปดังกล่าว (และอาจจะรวมไปถึงพระสงฆ์รูปอื่นๆ ด้วย) จะเป็นผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นเพียงแค่คนแก่ธรรมดาคนหนึ่งที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกับเธออีกด้วย.

นอกจากคนป่วยจะต้องเดินออกจากโครงสร้างของความสัมพันธ์ที่ดำรงอยู่ในสังคมปรกติแล้ว การเข้ามาเป็นคนป่วยในโรงพยาบาลยังทำให้โครงสร้างของความสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นอยู่กลับหัวกลับหางหรือพลิกเปลี่ยนไปอยู่ในอีกลักษณะหนึ่งซึ่งมีหน้าที่อีกแบบหนึ่ง. กรณีที่ทำให้นำไปสู่ความคิดเช่นนั้นได้ก็คือ กรณีที่ชายหนุ่มคนหนึ่งที่เข้ามาในโรงพยาบาลเนื่องจากเขาขับรถจักรยานยนตร์กลับบ้านหลังจากเพิ่งเสร็จสิ้นจากการฉลองเลี้ยงส่งเพื่อนไปเป็นทหารเกณฑ์ โดยมือหนึ่งจับคันเร่ง ส่วนอีกมือถือขวดเหล้า และขับเคียงข้างไปกับรถจักรยานยนต์ของเพื่อนอีกคันหนึ่ง และโดยไม่ได้คาดขวัญ กระจกรถจักรยานยนต์ของรถทั้งสองคันเกิดมาเกี่ยวกัน, การเลี้ยงฉลองก็เลยต้องมาจบลงที่โรงพยาบาล. ญาติผู้ใหญ่ของชายหนุ่มคนใดคนหนึ่งพูดถึงความคึกคะนองของลูกหลานอย่างรู้สึก "ขำขัน" ว่า "มือหนึ่งมันขับ มือหนึ่งมันก็ถือขวดเหล้า" พลางหัวเราะร่วนอย่างอารมณ์ดี โดยไม่ได้แสดงถึงความตึงเครียดจากเหตุการณ์ที่กำลังหน้าสิ่วหน้าขวานอยู่ในห้องฉุกเฉิน ซึ่งต่อมาอีกไม่นานก็ต้องย้ายไปยังห้องดับจิตบริเวณด้านหลังโรงพยาบาล.

ความจริงแล้ว การกล่าวถึงการซิ่งจักรยานยนต์อย่างหัวเราะขบขันนับเป็นเรื่องที่กลับหัวกลับหางอยู่พอสมควรในสังคมไทย เพราะบรรดา “พวกผู้ใหญ่” ต่างก็ปวดหัวและคงไม่มีใครรู้สึกอารมณ์ดีหรือพออกพอใจกับเรื่องดังกล่าว รวมทั้งการที่อาจจะเคยได้ยินบางคนตามหมู่บ้านพูดสาปแช่งให้จักรยานยนต์วิ่งแหกโค้งลงที่ไหนสักแห่งพร้อมกับคอยเงี่ยหูฟังว่าจะได้ยินเสียงจักรยานยนต์ล้มโครมลงตรงแถวโค้งข้างหน้าหมู่บ้าน. กล่าวได้ว่า ไม่มีทางที่ “ญาติผู้ใหญ่” คนไหนจะรู้สึกว่าการควบจักรยานยนต์อย่างคึกคะนองเป็นเรื่องที่เต็มไปด้วยความน่ารักใคร่หรือน่าขบขันน่าชื่นชมเหลือประมาณ, แต่ที่ทำให้เป็นเช่นนั้นได้ก็เนื่องจากการที่ชายหนุ่มคนนั้นได้พาตัวเองเข้ามาเป็นผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นพื้นที่อีกแบบหนึ่งของสังคม. ในพื้นที่ดังกล่าวผู้คนถูกคาดหวังจากสังคมว่าจะต้องแสดงความรู้สึกอีกแบบหนึ่งต่อผู้ป่วย, กล่าวคือ ความเจ็บป่วยถูกถือว่าเป็นความผิดปรกติที่ควรจะได้รับการเยียวยา โดยที่กระบวนการเยียวยาดังกล่าวอาจจะรวมถึงความรักความสงสารและกำลังใจที่มากกว่าปรกติ. พื้นที่ในโรงพยาบาลจึงเป็นพื้นที่เหนือจริงและเกินกว่าสิ่งที่ดำรงอยู่ในโลกของความเป็นจริงในสังคมปรกติ ซึ่งมีนัยว่าความเกินปรกติดังกล่าวจะช่วยทำให้ความผิดปรกติกลับมาสู่โลกของความปรกติอีกครั้งหนึ่ง.

การใช้พื้นที่ในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การที่โรงพยาบาลเป็นพื้นที่พิเศษสำหรับความป่วยไข้ในสังคมทำให้มีคนหลายกลุ่มเข้ามาร่วมใช้พื้นที่โรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะระหว่างบุคคลากรของโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ฝ่ายหนึ่งกับผู้ป่วยและญาติอีกฝ่ายหนึ่ง.

สำหรับตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์แล้ว แม้ว่าโรงพยาบาลจะไม่ถึงกับเป็นพื้นที่ราชการห้ามเข้าแบบสถานที่บางแห่ง เพราะทุกคนสามารถป่วยและเดินเข้าไปในโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา แต่พื้นที่ของโรงพยาบาลก็มีไวยากรณ์ชุดหนึ่งที่ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่สามารถแสดงอำนาจเหนือร่างกายของมนุษย์ได้อย่างชัดเจน จนสามารถบงการให้พลเมือง

กระทำกับร่างกายของตัวเองได้ทุกอย่างแบบที่ไม่สามารถทำได้เมื่ออยู่ภายนอกพื้นที่โรงพยาบาล เช่น แลบลิ้นปลิ้นตาอ้าปาก ถลกผ้าถอดเสื้อ อ้าแข้งอ้าขา หรือกระทั่งทิ่มแทงผ่าทะลุเข้าไปข้างใน ฯลฯ ทุกสัดส่วนอวัยวะของร่างกายให้ตัวแทนของความรู้เพ่งดู ตรวจสอบ สอด หรือส่อง. อำนาจของความรู้ดังกล่าวทำให้บุคคลากรที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลหลายครั้งเกิดความสับสนระหว่างเส้นแบ่งของอำนาจที่ตั้งอยู่บนความรู้ทางการแพทย์กับอำนาจเหนือพื้นที่ในทุกปริมณฑลของโรงพยาบาล. การที่ความรู้ทางการแพทย์และเวชปฏิบัติมีรากฐานมาจากการเพ่งมองอย่างพินิจพิจารณา เพื่อทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ของโรคบนพื้นที่เฉพาะส่วนบนร่างกายมนุษย์ คงทำให้เกิดความเข้าใจว่าการเพ่งมองศึกษานั้นเป็นสิทธิพิเศษที่มอบให้เฉพาะแก่แพทย์เท่านั้น ส่วนคนอื่นในสังคมไม่มีสิทธิที่จะเพ่งมองความเป็นโรงพยาบาล, และการที่แพทย์ความรู้ทางการแพทย์ และเวชปฏิบัติจะกลายเป็นวัตถุที่ถูกเพ่งมองศึกษาขึ้นมาบ้างนั้นเป็นการท้าทายต่ออำนาจความเป็นสถาบันทางความรู้ของแพทย์ที่อาจจะมีความเข้าใจกันว่าคงมีเฉพาะแพทย์เท่านั้นที่จะสามารถศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องในโรงพยาบาลได้. ในโรงพยาบาลบางแห่งเกิดความสับสนจนถึงขนาดที่มีความพยายามที่จะห้ามไม่ให้อ่านและจดข้อความใน “ป้ายประชาสัมพันธ์” ของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เข้าใจต่อไปได้ว่าข้อความดังกล่าวนั้นคงสงวนไว้สำหรับเฉพาะบุคคลากรของโรงพยาบาลเท่านั้นที่สามารถอ่านหรือทำความเข้าใจสิ่งที่โรงพยาบาลต้องการประกาศโฆษณาประชาสัมพันธ์, ราวกับข้อความดังกล่าวเป็นความลับศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่ต้องการให้คนภายนอกเข้าถึงได้เลย หรือราวกับข้อความโฆษณาประชาสัมพันธ์ดังกล่าวคือความลับโรงพยาบาลที่ไม่ต้องการให้ใครรู้ ซึ่งไม่สามารถเข้าใจได้เลยว่า แล้วจะนำข้อความโฆษณาประชาสัมพันธ์ดังกล่าวมาเขียนประกาศไว้ทำไม และทำไมไม่เขียนเป็นจดหมายลับ (หรือจดหมายรัก) สำหรับเวียนกันอ่านเฉพาะบุคคลากรของโรงพยาบาล. ฤาว่าโรงพยาบาลในสังคมไทยคือแดนเนรมิตรหรือแดนมหัศจรรย์ที่แปลกประหลาดเกินกว่ามนุษย์ธรรมดาจะเข้าใจได้ และต้องให้มนุษย์วิเศษเหาะเหินเดินอากาศเท่านั้นถึงจะได้รับอนุมัติให้เข้าไปได้?

อย่างไรก็ตาม มีคำอธิบายบางอย่างที่รองรับการกระทำดังกล่าวของโรงพยาบาลคืออิทธิพลของความคิดเรื่องเชื้อโรค ซึ่งในด้านหนึ่งทำให้โรงพยาบาลบางครั้งถูกมองว่าเป็นเสมือนแหล่งรวมของบรรดาเชื้อโรคที่ผู้ป่วยด้วยโรคนานาชนิดนำมารวมอยู่ในโรงพยาบาล

ที่คนปรกติกลัวว่าการเข้าไปในโรงพยาบาลคือการเสี่ยงต่อการติดต่อของโรค. นอกจากนี้ ความคิดที่ว่าเชื้อโรคเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคทำให้ชนชั้นนำไทยเริ่มใช้มาตรการในการตั้งด่านกักเรือเพื่อตรวจสอบว่ามีผู้เป็นโรคเดินทางมาในเรือด้วยหรือไม่ และขณะเดียวกันก็ได้สร้างโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับควบคุมบริเวณผู้ป่วยด้วยโรคระบาดโดยคิดว่าหากสามารถกักกันบริเวณผู้ป่วยเอาไว้ได้แล้วก็จะทำให้สามารถควบคุมจำกัดการแพร่ระบาดของโรคได้ และมีผลให้คนที่ป่วย (โดยเฉพาะป่วยด้วยโรคระบาดร้ายแรง) ต่างก็เกิดความหวาดกลัวการถูกนำไปกักกันบริเวณไม่ให้พบกับญาติพี่น้องและอาจจะต้องตายอย่างโดดเดี่ยวในโรงพยาบาล จนกลายเป็นข่าวลือว่ารัฐต้องการจับคนป่วยไปขังไว้ให้ตายในโรงพยาบาล ดังที่ปรากฏรายละเอียดอยู่ในหนังสือกราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ของพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2447 ในช่วงที่มีกาฬโรคระบาดที่ว่า การกักคนหรือย้ายคนป่วยไว้ในโรงพยาบาลก็ยิ่งทำให้คน

> *"มหาชนพากันตื่นตกใจ เล่าฤๅกันทั่วพระนครในเวลาวันนี้ว่า หมอฝรั่งเที่ยวตรวจไข้กาฬโรคนั้น จะจับคนเดินถนนทั้งพระนคร คือคนอ้วนเกินไปหรือผอมเกินไปก็ว่าเจ็บ จะจับตัวไปกักขัง ถ้าเปนคนเจ็บก็เอาตัวไปเอาน้ำแขงทับท้องให้ตายบ้าง หรือทายาให้ตายบ้าง จะแหวะเอาหัวใจไปทำอะไรต่างๆ ทั่วทั้งพระนคร บางร้านบางรายเหนหมอแลเจ้าพนักงานเดินไป ก็พากันปิดร้านโรงแลวิ่งหนี แลมีพวกจีนบางตำบลบางรายถึงหาฤๅกันแลกล่าวเปนคำขู่ว่า ถ้าหมอฝรั่งไปเอาตัวบุตรหรือญาติที่ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อใด จะพร้อมกันต่อสู้ขัดขวาง."* [2]

ส่วนโรงพยาบาลในยุโรปเองภายหลังที่ถูกเปลี่ยนให้เป็นอาณานิคมสำหรับกักกันคนที่เป็นโรคเรื้อน โรคฟิซิลิสและคนบ้านั้นสังคมก็มีความคิดต่อโรงพยาบาลในลักษณะเดียวกันว่า โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่น่าหวาดกลัวสำหรับคนปรกติ และการตั้งโรงพยาบาลในบริเวณใกล้เคียงกับชุมชนนั้นจะทำให้เชื้อโรคแพร่ออกระบาดออกไปในอากาศและคุกคามความปรกติสุขของชุมชน, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคหนึ่งที่โรงพยาบาลถูกใช้เป็นสถานที่สำหรับกักคนเป็นวัณโรค เมื่อการค้นพบเชื้อวัณโรคทำให้มีความเห็นว่า "ศัตรูคือคนเป็นวัณโรคที่กำลังถ่มถุยเชื้อวัณโรค

ออกมา."[3] กล่าวคือ หลังจากที่มีการค้นพบว่าเชื้อวัณโรค (tubercle bacillus) คือสาเหตุของวัณโรคที่สามารถติดต่อได้ไม่นาน Edouard Fuster ก็ได้เสนอต่อที่ประชุมของ the societe de medecine publique เมื่อปี ค.ศ.1903 ว่า "การป้องกันวัณโรคในฐานะที่เป็นโรคทางสังคม (tubersulosis as a social disease) นั้นรวมถึง...มาตรการทุกอย่างที่ทำให้สามารถกำจัดคนป่วยโรคติดต่อนี้ที่เรารับรู้อยู่...ให้ออกไปจากบริเวณพื้นที่ที่ยังคงสุขภาพพลามัย แข็งแรงดี; และที่ต้องทำสืบเนื่องกันไปด้วยก็คือ ให้ค้นหาผู้คนเหล่านี้ออกมาจากชุมชนทุกแห่ง แล้วให้แยกพวกเขาออกไปอยู่ต่างหาก"[4] จากชุมชนในทันทีที่พวกเขาทำท่าจะเป็นคนที่ก่อปัญหาต่อสังคม. ความหวาดกลัวว่าเชื้อโรคสามารถติดต่อกันได้ทำให้เกิดปัญหาตามมาในเรื่องการสร้างสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวัณโรคว่าจะเป็นแหล่งสะสมบ่มเพาะเชื้อโรคที่ไม่มีใครต้องการ เหมือนกับที่เคยสร้างนิคมโรคเรื้อนเพื่อแยกคนป่วยโรคเรื้อนออกไปอยู่ในป่าและเวลาจะไปไหนมาไหนก็ต้องคอยส่งสัญญาณเตือนผู้คน. โรงพยาบาลจึงถูกมองว่า คือพื้นที่อันดำมืดในเขตเมืองที่การแพทย์ถูกเรียกตัวมารับใช้ให้ขจัดชำระให้บริสุทธิ์สะอาดอีกครั้ง.[5] ความคิดเรื่องเชื้อโรคทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ต้องการมาตรการความปลอดภัยสูงในการควบคุมการติดต่อของโรค (โดยเฉพาะความตื่นตัวในยุคที่มีการระบาดของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และเรื่องเล่าจำนวนมากเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีจากความบกพร่องในการทำงาน เช่น ใช้เครื่องมือร่วมกันโดยยังไม่ได้ฆ่าเชื้อ หรือพยาบาลบางคนเผลอเรอทำเอาเข็มที่ฉีดผู้ป่วยบางรายที่เป็นเอชไอวีมาโดนตัวเองโดยไม่ได้ตั้งใจ) ทำให้ปัจจุบันนอกจากมีการรณรงค์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อกันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลเพื่อพยายามที่จะลดความเป็นไปได้ที่จะมีการติดเชื้อ เช่น การแยกขยะติดเชื้อและสร้างเตากำจัดขยะติดเชื้อพิเศษสำหรับภายในทุกโรงพยาบาล เป็นต้น และอาจจะเป็นไปได้ว่าด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลบางแห่งพยายามลดความแออัดของโรงพยาบาลด้วยการกำหนดจำนวนคนเยี่ยมและเวลาเยี่ยมอย่างเด็ดขาดโดยการสร้างทางเข้าออกตึกผู้ป่วยในไว้เพียงทางเดียว และมียามคอยตรวจตราการเข้าออกอย่างเข้มงวดราวกับกำลังเดินเข้าไปในศูนย์บัญชาการของหน่วยสืบราชการลับในภาพยนตร์.

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโรงพยาบาลพยายามที่จะกำหนดให้พื้นที่ในโรงพยาบาลเป็นพื้นที่แบบที่ได้รับการควบคุมอย่างสูงสุดด้วยมาตรการต่างๆ ทั้งด้วยเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาและพักผ่อนอย่างเต็มที่ และด้วยเหตุผลเรื่องการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค, แต่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในสังคมไทยที่พบในโรงพยาบาลทุกแห่งไม่ได้คิดเช่นนั้นกับโรงพยาบาล. สำหรับพวกเขาแล้ว โรงพยาบาลคือพื้นที่พิเศษสำหรับความป่วยไข้ที่ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ อยู่ในสภาพกลับหัวกลับหาง ทำให้โรงพยาบาลคือพื้นที่ซึ่งสังคม/ชุมชนต้องแสดงความรู้สึกห่วงหาอาทรต่อผู้ป่วยแบบเกินปรกติ: ผู้ป่วยก็ย่อมต้องการการดูแลเอาใจใส่ในระดับของความสัมพันธ์ที่มากกว่าที่เคยเป็นอยู่โดยปรกติ, ญาติก็ต้องแสดงความรู้สึกเอาใจใส่หรือให้ความรักที่เกินปรกติ. บางรายที่ต้องทำงานและไม่มีเวลามาเฝ้าผู้ป่วยได้ในตอนกลางวันก็ต้องจ้างคนมาเฝ้าแทน และในโรงพยาบาลบางแห่งก็ถึงกับมีอาชีพรับจ้างเฝ้าไข้. ดังนั้นจึงเป็นไปไม่ได้อยู่แล้วสำหรับสังคมไทยที่โรงพยาบาลจะห้ามไม่ให้ญาติผู้ป่วยเข้าไปนอนเฝ้าผู้ป่วยได้ตลอดเวลา (ไม่ว่าด้วยเหตุผลเพื่อลดความแออัด, เพื่อสร้างความสงบซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยจะหายได้เร็วขึ้น หรือเพื่อทำให้แพทย์พยาบาลทำงานได้สะดวกยิ่งขึ้น) ดังที่จะเห็นได้จากมีญาติพี่น้องผู้ป่วยไปนอนเฝ้ากันเต็มอยู่หน้าห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลบางแห่ง หรือการที่สามารถพบได้ในโรงพยาบาลทุกแห่งว่า ญาติผู้ป่วยจะเรียนรู้เส้นทางหรือวิธีการหลบเข้าไปอยู่ในตึกผู้ป่วยได้ตลอดทั้งคืนโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่รู้ (หรือรู้แต่ทำเป็นไม่รู้ตราบใดที่ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่รู้ว่าสามารถทำเช่นนั้นได้) แม้ว่าโรงพยาบาลบางแห่งนั้นจะมีข้อห้ามที่เข้มงวดในเรื่องการกำหนดเวลาการเข้าเยี่ยมอย่างชัดเจนและมีมาตรการค่อนข้างเด็ดขาด. อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งก็ดูเหมือนจะรับรู้และยอมรับความคิดดังกล่าวของสังคมไทยเป็นอย่างดี และปล่อยให้ตึกผู้ป่วยในมีสภาพเหมือน "บ้าน" ที่ผู้ป่วยถูกห้อมล้อมด้วยญาติพี่น้อง, ส่วนบรรดาญาติผู้ป่วยก็ดูเหมือนยกเอาความสัมพันธ์ในชุมชนเข้ามาตั้งอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาล: ญาติจึงมานอนเฝ้าผู้ป่วยกันเกือบทั้งครอบครัว, เด็กๆ วิ่งขึ้นลงตามตัวตึกและรู้จักทักทายกับผู้คนไปทั่วราวกับรู้จักกันมานานในชุมชน, ญาติที่มาเฝ้าผู้ป่วยบางคนจึงบอกว่าเธอรู้สึกว่าโรงพยาบาลก็เหมือนบ้าน, และ ฯลฯ, ในขณะที่ญาติผู้ป่วยบางคนในอีกโรงพยาบาลหนึ่งกลับบอกว่า ตัวเองรู้สึกว่าเมื่อนึกถึงโรงพยาบาลทีไรแล้วเขาคิดว่าอาจจะมีใครกำลังจะตายอีกสักคน.

ผลของการที่สังคมให้ความหมายแก่พื้นที่ของโรงพยาบาลในลักษณะดังกล่าวนี้เองที่ทำให้การเอื้อเฟื้อ การดูแลเอาใจใส่ และการเป็นพื้นที่พิเศษสำหรับการแสดงความรู้สึกรักใคร่

ห่วงหาอาทรที่เกินปรกติได้กลายเป็นสินค้าที่ขายได้ในโรงพยาบาลเอกชนมากยิ่งกว่าความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและในการบำบัดรักษา และในทางกลับกันก็มีผลให้โรงพยาบาลบางแห่ง (เช่นโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) พยายามรณรงค์ให้บุคคลากรของโรงพยาบาลมองผู้ป่วยในฐานะที่เป็น "ลูกค้า" ที่จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ดังคำขวัญที่ประกาศตามบริเวณโรงพยาบาลที่ว่า "คุณภาพเป็นเลิศ เกิดจากการพัฒนา บริการล้ำหน้า ลูกค้าประทับใจ" และโรงพยาบาลยะลาก็สร้างคำขวัญใหม่ว่า "โรงพยาบาลยะลามิใช่เป็นแต่เพียงโรงซ่อมสุขภาพ แต่ยังเป็นโรงพยาบาลสร้างสุขภาพอีกด้วย." ความพยายามที่จะเปลี่ยนความหมายของโรงพยาบาลจากสถานที่สำหรับ "ซ่อมสุขภาพ" หรือเน้นการบำบัดรักษามาสู่การเป็นพื้นที่สำหรับ "สร้างสุขภาพ" มีหมายถึงความพยายามที่จะให้ขยายความหมายของพื้นที่โรงพยาบาลให้กว้างขึ้นเพื่อให้คนกลุ่มอื่นๆ สามารถเข้ามาใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลได้มากขึ้น เช่น การเปลี่ยนให้พื้นที่ของโรงพยาบาลสามารถถูกใช้สำหรับกิจกรรมอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการเป็นพื้นที่สำหรับการบำบัดรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วย เช่น การมีร้านตลาดและซุปเปอร์มาร์เก็ตอยู่ภายในโรงพยาบาลสำหรับให้ผู้คนเข้ามาเพื่อจับจ่ายใช้สอยโดยอาจจะไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเข้ามาตรวจบำบัดรักษาสุขภาพแต่อย่างใด เป็นต้น.

นอกจากนี้ การที่โรงพยาบาลเป็นพื้นที่พิเศษสำหรับความเจ็บป่วยที่สังคมจะต้องให้ความสัมพันธ์ที่เกินปรกตินั้น ทำให้พื้นที่ของโรงพยาบาลยังเป็นพื้นที่ที่แปลกประหลาดที่อยู่ในกึ่งกลางระหว่างความเป็นพื้นที่สำหรับความโศกเศร้าที่ไม่สามารถแสดงออกได้กับความเป็นพื้นที่ของความตายที่กำลังจะมาถึง. แม้ว่าความตายกำลังจะมาถึงแต่พื้นที่ในโรงพยาบาลถูกกำหนดโดยข้อห้ามทางไวยากรณ์ชุดหนึ่งของการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับความโศกเศร้ากล่าวคือ แม้จะรู้ว่าผู้ป่วยกำลังเดินทางไปสู่ความตายอยู่แล้วแต่บรรดาญาติๆ ก็ไม่มีสิทธิที่จะแสดงความเศร้าโศกเสียใจ จนเหมือนว่าเป็นข้อห้ามอันศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนรู้เหมือนกับที่ไม่มีใครแต่งชุดดำไปเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล. ผู้ป่วยคนหนึ่งป่วยเป็นโรคมะเร็งในลำไส้ และนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลท่ามกลางบรรดาลูกหลานที่ต่างก็รู้ทุกคนแล้วเธอกำลังถึงแก่ความตายภายในเวลาอีกไม่เกิน 6 เดือน โดยที่ทุกคนไม่สามารถพูดความจริงหรือแสดงความเสียใจกับเธอได้. โรงพยาบาลจึงไม่ใช่พื้นที่สำหรับการแสดงความโศกเศร้าแม้ว่าความตายกำลังจะมา

เยือนอยู่ และการที่มีไวยากรณ์เรื่องการห้ามแสดงความเศร้าโศกนี่เองทำให้ความตายในโรงพยาบาลสามารถแปรเป็นสินค้าที่สามารถทำกำไรได้. กล่าวคือ แม้ทุกคนจะรู้ว่าผู้ป่วยที่เป็นญาติของตนกำลังจะตายอยู่แล้วแต่ทุกคนก็ไม่สามารถที่จะเตรียมอุปกรณ์สำหรับความตายนำมาให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลของการแสดงความกตัญญูหรือด้วยเหตุผลของความรักที่ผู้ที่ยังปรกติต้องการยืดเวลาของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้. เงื่อนไข "การไม่เคยมีการเตรียมพร้อมที่จะยอมรับความตาย" ทำให้เกิดอุตสาหกรรมอย่างหนึ่งขึ้นรอบโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง คือ ร้านขายโลงศพ (บางแห่งมีร้านขายโลงศพตั้งทำเลอยู่ตรงข้ามกับห้องดับจิต). เจ้าของร้านขายโลงจึงให้ความหมายและใช้พื้นที่ของโรงพยาบาลอีกแบบหนึ่ง ในฐานะที่เป็นพื้นที่ที่อยู่ระหว่างความตายกับพื้นที่หลังความตายในพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งสามารถนำมาอยู่ในความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจที่ความตายและความโศกเศร้าคือการบริโภคสินค้าอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นตลาดแบบเปิดและผู้ผลิตสามารถแข่งขันกันได้อย่างเสรี. มีเรื่องเล่าในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งว่า การแข่งขันดังกล่าวบางครั้งรุนแรงมากจนถึงขนาดที่ผู้ผลิตเข้าไปนั่งรอเสนอราคาอยู่ในบริเวณตึกผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้บริโภคเลือกใช้สินค้าได้อย่างสะดวก และในบางครั้งถึงกับมีการแข่งขันด้านราคากันอย่างรุนแรงระหว่างผู้ผลิตหลายรายจนทำให้ผู้ผลิตบางรายต้องกลายสภาพจากผู้ผลิตเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปก็มี.

แพทย์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล: ความสัมพันธ์ระหว่างคนอ่านกับตัวบท

เมื่อเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาล แน่นอนว่าบุคคลที่สำคัญที่สุดคือแพทย์ ซึ่งทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษา. ส่วนมากผู้ป่วยหรือญาติจะให้ความเชื่อถือกับแพทย์มาก จนบางครั้งพยาบาลแนะนำอะไรผู้ป่วยก็มักจะไม่เชื่อ และต้องซักถามจนทำให้พยาบาลบางคนซึ่งมีงานเยอะมากอยู่แล้วรู้สึกเหนื่อยระอาใจอยู่เสมอ. ผู้ป่วยหรือญาติจำนวนน้อยมากที่บอกว่าตนเองไม่ค่อยแน่ใจกับความสามารถของแพทย์ในโรงพยาบาล, ส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาล

เพราะเชื่อว่าแพทย์จะสามารถทำให้ตัวเองหรือญาติหายจากความป่วยไข้หรือความผิดปรกติของร่างกายได้. ผู้ป่วยหรือญาติที่บอกว่าไม่เชื่อนั้นส่วนใหญ่ก็จะเปลี่ยนจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งเพราะไม่เชื่อถือในความสามารถของแพทย์ที่โรงพยาบาลเดิม เช่น อายุน้อยไปหรือไม่ค่อยมีเวลาสนใจผู้ป่วยในโรงพยาบาลเท่ากับผู้ป่วยในคลีนิคส่วนตัว เป็นต้น และยิ่งมีจำนวนน้อยมากที่แม้ว่าจะสงสัยอย่างมากต่อความสามารถในการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์แต่ก็ยังกลับมาหาแพทย์คนเดิมเพราะสถานภาพทางการเงิน.

ผู้ป่วยรายหนึ่งเดินทางมาจากจังหวัดชุมพร เธอบอกว่า เธอไม่เชื่อถือในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชุมพร (เธอหมายถึงแพทย์ในโรงพยาบาลดังกล่าว) เพราะ "วินิจฉัยโรคได้แย่มากๆ" และเธอไม่เชื่อในโรงพยาบาลแห่งนี้ตั้งแต่คำถามแรกที่แพทย์ถามเธอแล้ว. เมื่อถามว่าทำไมเธอจึงคิดเช่นนั้น เธอเล่าว่าครั้งหนึ่งเท้าของเธอมีอาการโป่งนูนเหมือนมีก้อนเนื้ออยู่ข้างใน, ครั้นเธอไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์รุ่นหนุ่มหน้าตายังเด็กซึ่งเธอคาดคะเนว่าอายุไม่น่าจะถึง 30 ปีคนนั้นกลับถามเธอกลับว่า "[เท้า]เป็นอะไรครับ มันบวมขึ้นมาได้อย่างไร." เธอเล่าให้ฟังพร้อมกับหัวเราะร่วน, "แทนที่มันจะบอกเราว่าเราเป็นอะไรมันกลับมาถามเรา." เมื่อตั้งข้อสังเกตกับเธอว่า แพทย์อาจจะถามถึงสาเหตุก็ได้ว่า เธอไปทำอะไรมาหรือไปกินอะไรเท้าถึงได้บวมขนาดนั้น, เธอแย้งว่าข้อสันนิษฐานเหล่านี้พยาบาลหน้าห้องตรวจโรคได้ซักเธอและจดบันทึกไปเรียบร้อยหมดแล้ว. เธอวิพากษ์ว่า แพทย์ส่วนใหญ่เดี๋ยวนี้มักจะเป็นคนหนุ่มสาว "พวกนี้เชื่อถือไม่ค่อยจะได้เพราะประสบการณ์ยังน้อยมาก บางทีก็ไม่กล้าตัดสินใจ เพราะกลัวตัดสินใจไปแล้วจะผิดพลาด พอผิดพลาดแล้วก็มักจะโทษพยาบาล." นอกจากนี้ เธอเห็นว่า แพทย์ผู้ชาย "น่าเชื่อถือมากกว่าเพราะกล้าตัดสินใจ," ขณะที่แพทย์ผู้หญิง "ขี้กลัว ไม่มั่นใจ และไม่กล้าตัดสินใจ." แน่นอนว่า ความเห็นของเธออาจมีรากฐานจากความเข้าใจหรือการสื่อสารที่ผิดพลาด แต่กล่าวได้ว่าสามารถพบความเห็นดังกล่าวแพร่กระจายอยู่ทั่วไปในผู้ป่วยเกือบทุกโรงพยาบาลที่ได้เก็บข้อมูลภาคสนาม ดังที่เมื่อถามชายหนึ่งซึ่งพาน้องสาวมารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลยะลาว่าเขามีความเชื่อมั่นหรือเปล่าว่าแพทย์จะสามารถรักษาน้องสาวให้หายได้ แล้วได้รับคำตอบที่น่าสนใจมากว่า คือเขา "เชื่อ...แต่จะหายหรือไม่หายไม่รู้."

ความรู้สึกคลายความเชื่อมั่นต่อความรู้ทางการแพทย์นั้นไม่ได้มีเฉพาะจากผู้ป่วยหรือญาติเท่านั้น แม้กระทั่งนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงานอยู่ในโรงพยาบาลบางคนก็บอกว่า เธอมีความเชื่อมั่นในวิชาการพยาบาลหรือวิชาการแพทย์เพียง "ครึ่งเดียว" เท่านั้น, แพทย์หรือพยาบาลเป็นเพียง "คนกลาง" ที่ช่วยทำให้โรคกับความรู้เรื่องโรคได้พบกันเท่านั้น แต่ไม่อาจเชื่อมั่นได้ถึงหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ว่าคนไข้จะหายป่วยเป็นปกติได้ เพราะองค์ประกอบของความป่วยไข้นั้นมีหลายอย่างซับซ้อนกันอยู่ "ที่เห็นง่ายๆ ก็คือ มีตัวและหัวใจของผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วย." อย่างไรก็ตาม สำหรับในมุมมองของเธอนั้น รากฐานของการคลายความเชื่อมั่นไม่ได้มาจากความไม่แน่นอนของตัวความรู้ทางการแพทย์หรือความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ เพราะเธอคิดว่าการที่ผู้ป่วยจะหายได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับตัว "ผู้ป่วยเป็นสำคัญที่สุด" ไม่ได้ขึ้นอยู่กับแพทย์หรือพยาบาลใดๆ เลย. ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แม้ว่าจะไม่ค่อยมั่นใจว่าการรักษาจะประสบผลสำเร็จได้เต็มที่ร้อยเปอร์เซ็นต์หรือไม่ แต่ที่มาของความไม่แน่นอนนั้นมาจากตัวผู้ป่วยยิ่งกว่าตัวองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ และสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับแพทย์หรือพยาบาลคือต้องมีความเชื่อมั่นอย่างไม่คลอนแคลนในความจริงแท้แน่นอนและความมีประสิทธิภาพของตัวความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ เพราะมีความเชื่ออย่างหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาในสังคมไทยว่า "เขา[แพทย์]มีความรู้ เรา[ผู้ป่วยและคนธรรมดาทั่วไป]ไม่มีความรู้" ดังที่ลูกสาวผู้ป่วยคนหนึ่งกล่าว. ถ้าหากเกิดการผิดพลาดขึ้นมาในการวินิจฉัยหรือในการบำบัดรักษาก็มีคำอธิบายที่น่าสนใจจากชายคนหนึ่งที่พาภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคบางอย่างในท้องมารักษาตัวในโรงพยาบาลหาดใหญ่ว่า การวินิจฉัยที่ผิดพลาดเกิดขึ้นเพราะคนป่วยบอกข้อมูลแก่แพทย์ไม่หมด เนื่องจากบางคนอาย หรืออธิบายอาการและความรู้สึกของตัวเองจากอาการป่วยไข้ให้แก่แพทย์ไม่ได้ทุกอย่าง. เขาคิดว่า "น่าเห็นใจหมอเขาเหมือนกัน เพราะไม่ได้เจ็บป่วยเอง." นอกจากนี้เมื่อลองให้เขาเปรียบเทียบระหว่างแพทย์สมัยใหม่กับแพทย์พื้นบ้านแล้ว เขาเชื่อว่าแพทย์พื้นบ้านที่รักษากันอยู่ทั่วไปนั้น "อย่างดีก็แค่เดาสุ่มๆ" ว่าเป็นนั้นโรคนี้ เพราะ "โรคมันอยู่ในท้อง เรามองไม่เห็น" แต่หากผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลแล้ว "เครื่องมือหมอ" หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์จะสามารถบอกเขาได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรกันแน่ เพราะโรงพยาบาล "ไม่ทำให้เราต้องเดาสุ่มเอาว่าเป็นโรคนั้นโรคนี้."

นอกจาก "เครื่องมือหมอ" จะเป็นเหมือนของวิเศษที่จะทำให้รู้ได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไรแล้ว แพทย์มักจะถูกอธิบายว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ทั้งทางด้านศาสตร์และศิลป์: ศาสตร์คือความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์, ส่วนศิลป์คือศิลปะของแพทย์ในการพูดจาพาทีในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย.[6] ในความเป็นจริงแล้ว ความคิดเรื่องวิชาแพทย์จะต้องประกอบด้วยทั้งศาสตร์และศิลป์นั้นความจริงแล้วไม่ได้หมายความเพียงแค่นั้น เพราะตัวความรู้ทางการแพทย์เองนั้นมีฐานที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นวิทยาศาสตร์ชีวภาพล้วนๆ ที่อยู่ในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ กับส่วนที่เป็นศิลปะของการนำเอาทฤษฎีบททางวิทยาศาสตร์ชีวภาพเหล่านั้นมาตีความ, ทำความเข้าใจ, และอธิบายปรากฏการณ์ที่เรียกว่าอาการโรคและอาการแสดงของโรค (symptoms & signs) ที่อยู่บนเรือนร่างของผู้ป่วยในห้องปฏิบัติการทางคลีนิค เพื่อจะนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาต่อไป เนื่องจากลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของโรงพยาบาล (สมัยใหม่) คือ การจัดรูปแบบการตรวจรักษาด้วยเทคนิควิทยาและปฏิบัติการทางคลีนิค (Clinical Medicine), โดยมีห้องปฏิบัติการทางคลีนิคเป็นจุดนัดพบระหว่างทฤษฎีความรู้วิทยาศาสตร์ทางชีววิทยา, สรีระศาสตร์, ชีวะเคมี และ ฯลฯ กับโรคภัยไข้เจ็บที่ปรากฏบนเรือนร่างมนุษย์ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ไม่คงที่ตามทฤษฎีบททั่วไปทางวิทยาศาสตร์. การทำงานของแพทย์ในคลีนิคตรวจโรคทั้งหลายจึงตั้งอยู่บนศิลปะของการตีความอาการโรคและอาการแสดงของโรคโดยอาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางชีวภาพมากกว่าเป็นเพียงเรื่องของศาสตร์แต่เพียงอย่างเดียว. ตามขั้นตอนของการวินิจฉัยโรค แพทย์จะเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวผู้ป่วยทั้งอาการโรคและอาการแสดงของโรคแล้วจึงตั้งสมมุติฐานถึงความเป็นไปได้ของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากข้อมูลอาการโรคและอาการแสดงของโรคที่ตรวจพบ, หลังจากนั้นแพทย์จึงตรวจหาข้อมูลเพิ่มเติมตามลักษณะอาการแสดงของโรคที่เป็นสมมุติฐานดังกล่าว. หลังจากที่ได้ข้อมูลเพิ่มเติมแล้ว แพทย์จึงจะวินิจฉัยได้ว่าข้อมูลที่ได้สอดคล้องกับอาการแสดงของโรคที่ตั้งสมมุติฐานไว้ในเบื้องต้นหรือไม่ ซึ่งทำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นถึงความเป็นไปได้หลักๆ ว่าตกลงผู้ป่วยอาจจะเป็นโรคอะไร และเมื่อเหลือความเป็นไปได้อย่างใดอย่างหนึ่งแล้วแพทย์จึงเริ่มทำการทดลองรักษา. การพบกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในคลีนิคต่างๆ ของโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากในกระบวนการตรวจวินิจฉัยและการบำบัด

รักษา เพื่อค้นหาข้อมูลให้มากที่สุด ก่อนที่จะตีความหรือวินิจฉัยโรค. อย่างไรก็ตาม แพทย์บางคนให้ความสนใจอย่างมากกับการตีความข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย (อาการโรค) และข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์ในห้องตรวจโรคยิ่งกว่าการค้นหาข้อมูลจากการสนทนาหรือค้นหาอาการแสดงของโรคด้วยตนเอง ดังกรณีของ "นายแพทย์วิฑูรย์" ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งแทบจะไม่มีปฏิกิริยาใดๆ ต่อคนไข้ที่เข้าไปนั่งอยู่ข้างๆ เขาเลย เพราะดูเหมือนว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับเขา คือ รายละเอียดข้อมูลต่างๆ ในเอกสารที่ผู้ป่วยทุกคนถือเข้าไป. "นายแพทย์วิฑูรย์" จะก้มหน้าก้มตาอยู่ห่างจากเอกสารเพียง ประมาณครึ่งฟุต เปิดเอกสารไปมา จดนั่นจดนี่ แล้วลอกข้อมูลจากเอกสารใบหนึ่งไปใส่ในเอกสารอีกใบหนึ่ง พร้อมกับทำปากขมุบขมิบเหมือนกำลังทบทวนความรู้อะไรบางอย่างโดยนานๆ จึงจะเงยหน้าขึ้นมองผู้ป่วยสักครั้งหนึ่ง หรือถามระเอียดอะไรบางอย่างสั้นๆ แล้วก้มหน้าลงไปที่เอกสารอีกครั้ง. หลังจากที่ได้รับคำตอบหนึ่งๆ แล้ว "นายแพทย์วิฑูรย์" ก็จะใช้เวลาในการจดบันทึกเอกสารนั้นนานมาก พร้อมกับคอยไล่บันทึกไปยังเอกสารใบอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันไป, หลังจากนั้นอีกพักหนึ่งเขาจึงกลับมาถามอีกสักคำถามหนึ่ง จนดูเหมือนว่าคำถามที่เขาทำให้สามารถค้นหาข้อมูลจากผู้ป่วยนั้นน้อยกว่าคำถามที่พยาบาลหน้าห้องซักประวัติผู้ป่วยหลายเท่ามาก.

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาการโรคและอาการแสดงของโรค บนร่างกายผู้ป่วยแต่ละคนไม่มีแบบแผนที่คงที่ตายตัวนั่นเอง ทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคของแพทย์ตั้งอยู่บนความไม่แน่นอน และทำให้ในการตรวจวินิจฉัยทุกครั้งเป็นเสมือนการที่แพทย์ต้องทำหน้าที่อ่านตัวบทเพื่อตีความตัวบทใหม่ทุกครั้ง, โดยมีผู้ป่วยเป็นตัวบท (patient-as-text) ที่แพทย์ต้องอ่านผ่านอาการแสดงของโรค หรือมีโรคเป็นตัวบท (illness-as-text) เนื่องจากผู้ป่วยในด้านหนึ่งก็ทำหน้าที่เป็นผู้ประพันธ์ด้วยเช่นกันในการเล่าถึงอาการโรคให้แพทย์ฟัง, และในการทำความเข้าใจตัวบทของแพทย์ในแต่ละครั้งนั้นเป็นไปได้โดยจารีตในการอ่านของแพทย์ ซึ่งในที่นี้คือประสบการณ์และกระบวนทัศน์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากห้องปฏิบัติการทางคลีนิคที่สืบทอดต่อกันมาตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นนักเรียนแพทย์ ผนวกกับความรู้ความเข้าใจของแพทย์ที่มีต่อสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และแบบวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ามาเป็นตัวบท.[7] ผู้ป่วยบางคนจึงมี

ความเห็นว่า โรงพยาบาลเปรียบเสมือนสื่อกลางที่ทำให้ แพทย์กับคนป่วยได้พบกัน. เขาเห็นว่า แพทย์ทำได้แค่เพียงบอกว่า ผู้ป่วยเป็นโรคอย่างนั้นอย่างนี้, มีอาการอย่างนั้นอย่างนี้, แต่การตัดสินใจว่าจะเชื่อและรักษาบำบัดหรือไม่เชื่อนั้นเป็นเรื่องของผู้ป่วย. หากมองในแง่นี้ก็เท่ากับว่าสมาชิกบางกลุ่มของสังคมไทยอาจจะไม่ได้มองว่า แพทย์คือผู้ที่มีอำนาจเด็ดขาดในความรู้ที่ใช้ในการอ่านตัวบท (ในที่นี้คือความป่วยไข้ ซึ่งปรากฏออกมาทั้งในอาการของโรคที่ผู้ป่วยประสบและเข้าใจ กับอาการแสดงของโรคที่แพทย์ตรวจพบ) และผู้ป่วยก็มีอำนาจบางอย่างที่จะตั้งข้อสงสัย ตั้งคำถาม รวมทั้งที่จะเชื่อหรือไม่เชื่อความสามารถในการอ่าน[วินิจฉัย]ตัวบท[อาการโรคและอาการแสดงของโรค]ของแพทย์. นอกจากนี้ สามารถกล่าวได้ว่าในปัจจุบันสถาบันความรู้ทางการแพทย์ในสังคมไทยกำลังถูกท้าทายในเรื่องอำนาจของความรู้ที่สถาบัน (อาจจะ) เคยมี ซึ่งเป็นกำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถพบได้ทั่วไปในโรงพยาบาล ดังกรณีที่คุณแม่คนหนึ่งพาลูกชาย ซึ่งเป็น "ตุ่มเล็กๆ" เป็นก้อนนูนใหญ่ พาดยาวตามหัวไหล่ขวา ยาวประมาณ 4 นิ้ว กว้างประมาณ 3 นิ้ว และเมื่อจับแล้วรู้สึกนิ่มเหมือนมีวุ้นหรือมีน้ำอยู่ข้างใน. ตอนแรกเมื่อยังเป็นตุ่มเล็กๆ คุณแม่ได้พามาหากุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง, กุมารแพทย์ซึ่งเป็นผู้หญิงเอาเอาสายวัดมาวัด จดบันทึก ให้ยามากิน และบอกว่า "แม่ไม่ต้องเป็นห่วง ไม่มีอะไรมากเดี๋ยวมันก็จะยุบไปเอง." อย่างไรก็ตาม เมื่อกินยาไปแล้วตุ่มกลับโตขึ้นๆ แม่ก็ต้องนำลูกชายกลับมาหาแพทย์คนเดิมอีกในสภาพที่ก้อนบนหัวไหล่ใหญ่ขึ้นกว่าเดิมเกือบเท่าตัว, แต่แพทย์ก็ยังทำเหมือนเดิม คือเอาสายวัดมาวัดขนาดก้อน จดบันทึก ให้ยามากิน และบอกกับเธอทุกครั้งว่าไม่ต้องเป็นห่วงเพราะตุ่มมันจะหายไปเอง. เธอต้องนำลูกมาพบกุมารแพทย์คนเดิมอยู่ราว 15 ครั้ง จนทำให้เธอต้องลาออกจากงานเดิมเนื่องจากโรงงานไม่ยอมให้ลาอีกต่อไป และปริมาณของยาก็เพิ่มมากขึ้นๆ จนครั้งล่าสุดในการมาพบกุมารแพทย์คนดังกล่าวลูกชายของเธอต้องกินยามากถึง 15 ขวด. ครั้งหลังสุด เธอทนต่อไปไม่ไหว จึงพูดกับแพทย์ตรงไปตรงมาว่า ขอให้ช่วยทำอะไรสักอย่างหนึ่งเถิด เพื่อให้เธอรู้สึก "พอมีความหวังบ้าง." กุมารแพทย์จึงส่งเด็กไปให้แพทย์อีกคนหนึ่งซึ่งเป็นสามีของกุมารแพทย์เอง. สามีของกุมารแพทย์ก็ส่งเด็กไปตรวจโรคไต และไม่พบความผิดปรกติ จึงส่งไปให้แพทย์อีกคนหนึ่ง ซึ่งส่งเด็กไปเอกซเรย์จนในที่สุดพบว่า เด็กเป็นเนื้องอกในต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเกิดขึ้นได้อย่างไรและเพราะอะไรแพทย์ก็ไม่ได้อธิบายให้เธอฟัง, แต่ในความเข้าใจของเธอในตอนนี้ย่อมไม่ได้เกิดจากก้อนเลือดเหมือนที่กุมารแพทย์คนแรกเชื่อ

มาตลอดเป็นเวลานานถึง “เกือบสองปี.” หลังจากตรวจเสร็จแล้ว แพทย์สองคนก็พูดคุยกันเป็น “ภาษาอังกฤษ” ซึ่งทำให้เธอทนไม่ไหวเพราะความอยากรู้เกี่ยวกับความป่วยไข้ของลูกชาย จึงพูดกับแพทย์ว่าขอให้ช่วยพูดเป็น “ภาษาไทย” โดยไม่ต้องกลัวว่าเธอจะรับไม่ได้, เธอพร้อมจะรับทุกสิ่ง เพราะอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิดอยู่แล้ว. แพทย์ทั้งสองจึงกลับมาพูดเป็นภาษาไทย และคอยอธิบายให้เธอฟังเป็นช่วงๆ. แน่นอนว่า การพูดด้วยภาษาอังกฤษนั้นส่วนหนึ่งมีรากฐานมาจากคำศัพท์เชิงเทคนิคของความรู้ทางการแพทย์, แต่อีกส่วนหนึ่งนั้นหมายถึงการสร้างพื้นที่พิเศษให้กับความรู้ทางการแพทย์ที่กันคนอื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นคนธรรมดาออกไปจากพื้นที่ของการสนทนา เพราะคนส่วนมากก็ไม่เข้าใจอยู่แล้วว่าถ้อยคำต่างๆ เหล่านั้นหมายความว่าอย่างไร เพราะมันเป็นศัพท์เทคนิค. การสร้างพื้นที่เฉพาะให้แก่แพทย์ในอีกด้านหนึ่งยังหมายถึงการสร้างกำแพงให้แก่ความไม่รู้ของแพทย์เอง เพื่อจะได้ไม่ต้องมีปัญหาตามมาว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นนั้นมีที่มาจากความไม่รู้และความไม่แน่นอนของตัวความรู้ทางการแพทย์หรือความรู้ของแพทย์เอง ซึ่งนั่นเท่ากับการท้าทายอำนาจของสถาบันความรู้ทางการแพทย์อย่างที่เคยเชื่อกันมา.

ดังนั้นการพยายามทำให้สังคมเกิดความคิดที่ว่า แพทย์คือผู้ที่ยึดกุมความรู้ที่จริงแท้แน่นอน หรือถ้าเป็นแพทย์แล้วจะต้องรู้แน่ๆ นั้นในอีกด้านหนึ่งก็จะนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาในโรงพยาบาลด้วยความคิดดังกล่าวที่ได้รับการปลูกฝังมาจากสังคมแต่กลับมีประสบการณ์ที่สะท้อนถึงความไม่แน่นอนในการตีความตัวบทของแพทย์. การที่มีความเชื่อที่ว่าความรู้ทางการแพทย์และแพทย์จะต้องหมายถึงความจริงแท้แน่นอนที่ยากจะผิดพลาดนั้นเองที่ทำให้เมื่อเกิดการตีความตัวบทที่ผิดพลาด (ซึ่งสำหรับผู้ป่วยแล้วบางครั้งมันอาจหมายถึงชีวิต) ทำให้เกิดตำนานเรื่องเล่าจำนวนมากเกี่ยวกับโรงพยาบาลในบรรดาผู้ป่วยและญาติที่มาเฝ้าไข้ เช่น แพทย์ลืมกรรไกรหรือผ้าก๊อซไว้ในท้องคนไข้หลังการผ่าตัด, แพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งฉีดยาแล้วทำให้ผู้ป่วยหลายรายต้องย้ายไปอยู่ในห้องดับจิตทั้งๆ ที่ก่อนหน้านั้นผู้ป่วยยังนอนคุยอยู่ดีๆ เป็นต้น.

เทคโนโลยีกับความปรานี

คุณพ่ออีกคนหนึ่งพาลูกชาย ซึ่งป่วยเป็นโรคถ่ายปัสสาวะไม่ออก มารักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และได้รับคำอธิบายจากแพทย์หลังจากที่แพทย์ตรวจฟิล์มเอกซเรย์ว่ามีสาเหตุมาจากไตผิดปกติ คือเบียดกระเพาะปัสสาวะจนทำให้การเดินทางของปัสสาวะยากลำบาก จึงอาจจะจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้ไตเทียม และเมื่อแพทย์นำลูกชายเข้าไปผ่าตัดก็เปลี่ยนความเห็นว่าสามารถตบแต่งไตเดิมได้โดยไม่ต้องเปลี่ยน. อย่างไรก็ตาม ภายหลังการผ่าตัดปัญหาเรื่องปัสสาวะไม่ออกก็ยังคงมีอยู่เหมือนเดิม แพทย์จึงต้องนำเด็กไปถ่ายเอกซเรย์อีกครั้ง. เมื่อลอง ถามว่า เป็นไปได้ไหมว่าแพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดพลาด เขาบอกว่า "ไม่รู้เหมือนกัน...แต่เราก็เชื่อเขา เขามีเครื่องมือ ผมดูฟิล์มเอกซเรย์เอง."

การตีความของแพทย์ในด้านหนึ่งจึงตั้งอยู่บนความไม่แน่นอน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดของความไม่แน่นอนดังกล่าวจึงต้องใช้เทคโนโลยี (หมายถึงขั้นตอนต่างๆ ในการตรวจหาเชื้อหรือความผิดปรกติในเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ อสุจิ น้ำเหลือง ไต ตับ เอนไซม์ ไปจนถึงการถ่ายเอกซเรย์ ฯลฯ) มาช่วยยืนยันและประกันความแน่นอนว่าสิ่งที่แพทย์ตีความนั้นไม่ได้มาลอยๆ แต่ตั้งอยู่บน "ความเชื่อ" ในเทคโนโลยีนั่นเอง. ขณะที่ผู้ป่วยบางคนเลือกไปโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งมากกว่าโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งเพราะโรงพยาบาลหลังส่วนมากเป็น "หมอเด็ก" หรือนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเขาเห็นว่ายังไม่มีความสามารถหรือประกันความแน่นอนในชีวิตของตัวเองได้ และการไปรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวนั้นสำหรับเขาแล้ว "เหมือนกับเป็นหนูทดลองยาให้เด็กมันเล่น รับประกันอะไรไม่ได้" แต่การเลือกไปโรงพยาบาลใดของอีกบางคนนั้นก็ตั้งอยู่บนเหตุผลที่ว่า "โรงพยาบาลนี้เครื่องมือเขาดี" และถ้าเทคโนโลยีที่โรงพยาบาลแถวภาคใต้ตอบหรือยืนยันไม่ได้ก็ต้องส่งไปให้เทคโนโลยีที่กรุงเทพฯ ช่วยยืนยันให้ เพราะหากเทคโนโลยีที่กรุงเทพฯ ช่วยรับประกันให้แล้วว่ามันก็จะต้องน่าเชื่อถือได้แน่ๆ. (อย่างไรก็ตาม จากการที่ได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ในโรงพยาบาลหลายแห่ง ทุกคนยืนยันว่าแพทย์รู้ดีกว่าเทคโนโลยี, เพราะเทคโนโลยีมีหน้าที่ช่วยตรวจสอบความสงสัยบางอย่างหรือช่วยยืนยันความถูกต้องของการตีความของแพทย์อีกครั้งเท่านั้น และแพทย์จะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ตีความ

ตัวบทในขั้นตอนสุดท้ายของการวินิจฉัยเสมอก่อนที่จะทำการบำบัดรักษา).[8] การแพทย์ที่ตั้งอยู่บนความไม่แน่นอนที่ว่านี้เองทำให้ Kathryn Montgomery Hunter สรุปว่าเป็นเหตุผลที่ทำให้การแพทย์ต้องหันไปพึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์มากยิ่งขึ้นเพื่อสร้างความแน่นอนในการวินิจฉัย (แม้ว่าแพทย์ส่วนมากจะตระหนักเป็นอย่างดีว่า ข้อมูลจากเทคโนโลยีเป็นข้อมูลที่ถ้าไม่ตั้งอยู่บนหลักการทั่วไปจนเกินไปจนละเลยข้อมูลจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งทำให้อาการโรคและอาการแสดงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน หรือไม่ก็เป็นข้อมูลที่จำเพาะมากจนละเลยลักษณะทั่วไปอื่นๆ ของโรค ฯลฯ).[9]

การที่แพทย์ในสังคมไทยปัจจุบันใช้ (หรือพึ่ง) เทคโนโลยีทางการแพทย์จำนวนมากทำให้มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากเกี่ยวกับเรื่องการใช้เทคโนโลยีที่เกินขอบเขต โดยเฉพาะกรณีการป่วยและการมรณภาพของพุทธทาส. ความสำคัญที่พุทธทาสมีต่อสังคมไทยทำให้แพทย์จำนวนหนึ่งพยายามจนถึงวินาทีสุดท้าย แม้กระทั่งถึงช่วงเวลาที่สัญญะเพียงประการเดียวที่ทำให้ตีความได้ว่าพุทธทาสยังไม่มรณภาพคือการที่แกนสมองยังทำงานอยู่ในขณะที่ร่างกายส่วนอื่นๆ หยุดทำงานหมดแล้ว และแม้ว่าการกระทำเช่นนั้นทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการขัดคำสั่งของพุทธทาสเองก็ตาม.

อย่างไรก็ตาม ปัญหาในการใช้เทคโลโนยีไม่ได้มาจากแพทย์แต่เพียงฝ่ายเดียว เพราะสังคมเองก็ได้สร้างภาพเกี่ยวกับอำนาจวิเศษของเทคโนโลยีอยู่เช่นกัน ดังที่แพทย์บางคนเล่าให้ฟังว่าบางครั้งผู้ป่วยก็เรียกร้องให้แพทย์ใช้เทคโนโลยีบางอย่างในการวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคที่ตนเองกำลังเป็นทั้งที่แพทย์มีความเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทำเช่นนั้นแต่อย่างใด หรือบางครั้งญาติของผู้ป่วยก็ต้องการให้ใช้เทคโนโลยีให้จนถึงวินาทีสุดท้ายทั้งที่ไม่มีความจำเป็นและไม่มีความเป็นไปได้อีกแล้วที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นมีสติกลับขึ้นมาได้อีก (หรือยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่มีโอกาสรอดมากกว่ากำลังรอคอยและต้องการใช้เครื่องมือดังกล่าว). ชายคนหนึ่งอายุ 65 ปี พาพ่อตาอายุ 72 ปี (เมียเขาอายุเพียง 32 ปี) ที่ป่วยด้วยโรคชราเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลหาดใหญ่ หลังจากที่เคยรักษาตัวอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งด้วยยาสมุนไพรจนฟื้นขึ้นมาช่วงหนึ่งแล้วแต่เนื่องจากตัวยาสมุนไพรที่ต้องกินนั้นหายากและราคาแพงมาก ดังนั้นใน

ที่สุดแล้วพ่อตาเขาก็ต้องย้ายเข้ามานอนอยู่ในโรงพยาบาล. เขาบอกว่า อาการพ่อตาเขากำลังทรุดหนักมาก "ตอนนี้เพียงแต่รอวันตาย" เท่านั้น กล่าวคือถ้าหากถอดสายระโยงระยางนั้นออกเมื่อไรก็คงสิ้นลมทันที และเขาคิดรำพึงออกมาดังๆ ว่า "ถ้าหากพ่อตายวันนี้ก็ดีเหมือนกัน เพราะเป็นวันเกิด." อย่างไรก็ตาม เขาบอกว่า "คงไม่สามารถทำอย่างนั้นได้ เพราะบางจังหวะพ่อก็ยังลืมตาแป๋วขึ้นมา."

ปัญหาเรื่องขอบเขตการใช้เทคโนโลยีจึงเป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน โดยบางครั้งเกี่ยวกับเรื่องความเชื่อที่มีสังคมมีต่อเทคโนโลยีในลักษณะเดียวกับความเชื่อที่มีต่ออำนาจวิเศษเหนือธรรมชาติ และในบางครั้งก็เกี่ยวกับปัญหาทางด้านจริยธรรมและศีลธรรมอยู่มากพอสมควร เพราะพูดให้ถึงที่สุดแล้วใครจะเป็นคนบอกว่า เมื่อไรที่ควรจะใช้ หรือเมื่อไรควรจะหยุด. ปัญหาเรื่องขอบเขตการใช้เทคโนโลยีทำให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ พยายามจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เรียกว่า "Chemical Program Guidelines" (CPG) ในการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีทางการแพทย์ เช่น ควรจะใช้เมื่อไร หรือควรให้การรักษาต่อไปหรือไม่อย่างไร? อย่างไรก็ตาม การกำหนดแนวทางปฏิบัติดังกล่าวในแง่หนึ่งก็คือ การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อไรที่ใครควรจะตายหรือใครควรจะมีชีวิตอยู่ต่อไป, แต่ปัญหาต่อมาก็คือใครจะเป็นคนที่มีสิทธิอันชอบธรรมพอที่จะตัดสินใจได้ว่าเมื่อไรคือถึงระดับที่เพียงพอแล้ว ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ เพราะการตัดสินใจดังกล่าวในแง่หนึ่งคือการทำหน้าที่ของพระเจ้าในการกำหนดชีวิตและความตายของมนุษย์. แต่มนุษย์ใช้อะไรเป็นเหตุผลที่จะบอกว่า ใครควรจะมีชีวิตหรือไม่ควรมีชีวิตต่อไป? แพทย์ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ? ความรู้ทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว? การเป็นญาติทำให้สามารถใช้สายสัมพันธ์ทางโลหิตเพื่อกำหนดได้หรือว่าใครควรจะรอดหรือจะไป? แม้กระทั่งผู้ป่วยที่กำลังทุกข์ทรมานจนทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและการใช้เหตุผลย่อมไม่ปรกติเช่นเดียวกับตอนก่อนจะป่วยนั้นเล่าจะสามารถตัดสินใจชีวิตความเป็นความตายของตัวเองได้หรือ?

อย่างไรก็ตาม คำถามดังกล่าวในแง่หนึ่งก็ดูเหมือนจะไม่ชอบธรรมต่อแพทย์ เพราะแพทย์ไม่ใช่ต้นเหตุของความเจ็บป่วย และเป็นเพียงผู้ทำหน้าที่ให้การบำบัดรักษาความป่วยไข้

เท่าที่เงื่อนไขต่างๆ จะอำนวยให้. กล่าวให้ถึงที่สุดแล้วขีดสามารถในการตีความและการให้การรักษาของแพทย์เองก็ตั้งอยู่บนความไม่แน่นอน และบางครั้งแพทย์ก็ต้องรักษาไปตามอาการ ดังที่แพทย์รุ่นน้องคนหนึ่งถามแพทย์รุ่นพี่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งว่าควรจะให้ยาอะไรกับผู้ป่วยด้วยโรคชนิดหนึ่ง และแพทย์รุ่นพี่บอกให้ทดลองยาชนิดนั้นชนิดนี้เพราะแม้กระทั่งการให้ยาแก่ผู้ป่วยแต่ละคนด้วยโรคชนิดเดียวกันนั้นก็ยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่นๆ อีกหลายเงื่อนไข เช่น อาการของผู้ป่วย หรือการแพ้ยาของผู้ป่วย เป็นต้น. อย่างไรก็ตาม ความแน่นอนประการหนึ่งของเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็คือ มันช่วยขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษาทั้งโดยความรู้และโดยธรรมชาติของแพทย์ให้เป็นไปได้มากขึ้นอย่างที่แทบจะเป็นไม่ได้ในสภาวะตามธรรมชาติโดยทั่วไป ซึ่งไม่ได้หมายความว่าขีดความสามารถดังกล่าวของเทคโนโลยีจะมีความหมายเท่ากับการเป็นพลังวิเศษเหนือธรรมชาติที่สามารถอำนวยความต้องการทุกอย่างของมนุษย์ให้สามารถอยู่ยงคงกระพันเป็นอมตะไม่มีวันตายได้. นักศึกษาพยาบาลคนหนึ่งที่มาฝึกงานอยู่ในโรงพยาบาลยะลาบอกว่า ห้องทำงานที่เธอชอบมากที่สุดคือห้องฉุกเฉิน (ER) เพราะงานในห้องนี้สามารถทำให้เธอช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากอาการฉุกเฉิน ซึ่งหน้าที่หลักส่วนใหญ่ของเธอคือการ "ปั๊มหัวใจ" และ "เสร็จแล้วเสร็จเลย" ไม่ต้องยืดเยื้อเหมือนอย่างในตึกอายุรกรรม. เธอบอกว่าตั้งแต่ฝึกงานมานั้นมีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่ตายในมือเธอขณะที่กำลังปั๊มหัวใจ ซึ่งเธอเห็นว่าเป็นเหตุสุดวิสัยจริงๆ.

"ไม่เชื่ออย่าลบหลู่"

การค้นหาความหมายและการทำความเข้าใจโรงพยาบาลคงไม่สมบูรณ์ถ้าหากไม่ได้พูดถึงอีกประเด็นหนึ่ง คือ ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยในสังคมไทย. กล่าวคือ แม้ว่าในปัจจุบันสังคมไทยจะถูกรัฐครอบอยู่ด้วยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ โดยมีโรงพยาบาลในฐานะที่เป็นตัวแทนเชิงสถาบันของความรู้ที่อิงอยู่กับหลักของเหตุผลวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์, แต่อำนาจของความรู้ตามแบบเหตุผลเชิงประจักษ์จะมีอิทธิพลกระเทือนต่อความรู้และความเชื่อ

ดั้งเดิมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสังคมไทยมากน้อยแค่ไหนนั้นยังสามารถตั้งเป็นคำถามที่พื้นฐานอันหนึ่งได้.

แน่นอนว่าในปัจจุบันยังมีผู้คนอีกจำนวนมากที่ตัดสินใจเลือกใช้บริการของการแพทย์แผนไทย คือ กินหรือดื่มยาที่มาจากสมุนไพรไทย หรือรักษาโดยแพทย์พื้นบ้านของไทย เนื่องจากยังมีการแพทย์พื้นบ้านบางอย่างที่สามารถท้าทายการแพทย์สมัยใหม่ได้ไม่น้อย เช่น กรณีของหมองูสมนึก จันทรประสูตร แห่งสำนักรักษาพิษงูวัดพรหมโลก. สำนักงานของหมอสมนึกตั้งอยู่แทบจะตรงกันข้ามกับโรงพยาบาลประจำอำเภอพรหมคีรี และสามารถดึงดูดให้ผู้คนจำนวนมากที่ถูกงูพิษกัดเลือกเข้ามารักษากับหมอสมนึกแทนที่จะเดินทางเข้าไปรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยบางคนที่แพทย์ในโรงพยาบาลวินิจฉัยว่าจะต้องตัดขาทิ้งเนื่องจากไม่สามารถรักษาต่อไปได้ (แม้ว่าบางคนที่เลือกมารักษากับหมอสมนึกจะมีญาติเป็นแพทย์หรือพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลประจำจังหวัดก็ตาม). บางคนเดินออกจากโรงพยาบาลขณะที่ขากำลังเน่าจนถึงกระดูก และแพทย์กำลังจะตัดขาทิ้ง แต่ในที่สุดหมอสมนึกก็สามารถรักษาจนกระทั่งปลูกเนื้อขึ้นมาใหม่ แม้ว่าจะไม่ถึงกับเป็นอวัยวะที่งดงามแต่ก็ยังรักษาแข้งขาของตัวเองเอาไว้ได้. จากบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยจำนวนมากที่หมอสมนึกเคยรักษามาทั้งหมด มีผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายเท่านั้นที่ไม่สามารถหลุดรอดจากเงื้อมมือของมัจจุราช ซึ่งส่วนมากจะเกี่ยวกับเรื่องระยะเวลาคือมาถึงช้าเกินไป.[10] ในปัจจุบันแม้ว่าสมุนไพรไทยจะสามารถเข้าไปมีพื้นที่ส่วนหนึ่งอยู่ในโรงพยาบาลในรูปของสวนสมุนไพรและการขายยาสมุนไพรในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเกิดจากกระแสการรณรงค์เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย แต่การแพทย์แผนไทยจะได้รับการยอมรับจากแพทย์สมัยใหม่มากน้อยแค่ไหนนั้นยังเป็นสิ่งที่น่าสงสัยอยู่มากว่าอาจจะอยู่ร่วมโลกกันไม่ได้เสียมากกว่า. ตัวอย่างกรณีหนึ่งที่เห็นได้ชัดก็คือ การที่แพทย์หรือพยาบาลยอมให้ผู้ป่วยสามารถดื่มยาสมุนไพรไทยได้ก็เนื่องจากเหตุผลที่ว่า แพทย์ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดโดยยาสมัยใหม่ได้อีกต่อไป. ดังนั้นการยอมให้ผู้ป่วยกินยาสมุนไพรไทยจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของการรักษาทางจิตวิทยาที่ให้แก่ญาติผู้ป่วยมากเสียยิ่งกว่าตัวผู้ป่วยเอง.

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ท้าทายอำนาจของการเป็นสถาบันความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่

อิงอยู่กับเหตุผลเชิงประจักษ์มากที่สุด คือ ความคิดเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วย. นอกจากความเจ็บไข้ได้ป่วยจะเกิดจากสภาวะไม่สมดุลของธาตุทั้งสี่ประการขึ้นในร่างกายตามระบบความคิดทางการแพทย์ที่ได้รับอิทธิพลจากอินเดียแล้ว ตามความคิดของสังคมไทยแล้วนั้น ความเจ็บไข้ได้ป่วยยังหมายถึงความผิดปรกติที่เป็นผลมาจากการกระทำของพลังเหนือธรรมชาติบางอย่างที่มาจากข้างนอก เช่น ภูติผีปีศาจ วิญญาณบรรพบุรุษ หรืออำนาจคุณไสย เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยละเมิดข้อห้ามหรือล่วงล้ำพื้นที่ต้องห้ามบางอย่างของสังคม. ส่วนระบบการดูแลรักษานั้นก็เป็นเรื่องของการต่อรองเอาอกเอาใจหรือแสดงการยอมรับต่อพลังเหนือธรรมชาติเหล่านั้นด้วยการทำพิธีกรรมบางอย่างเพื่อเปลี่ยนให้สภาวะผิดปรกติดังกล่าวให้กลับคืนมาสู่สภาวะปรกติอีกครั้งหนึ่งด้วยการบวงสรวงสังเวยเซ่นไหว้สะเดาะเคราะห์ไปตามธรรมเนียม เช่น การทำพิธีรำผีฟ้า, การทำพิธีรำมโนราห์โรงครู, หรือการทำพิธีเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษ เป็นต้น โดยเชื่อว่าการทำพิธีดังกล่าว จะช่วยแทรกแซงอำนาจของพลังเหนือธรรมชาติดังกล่าวและช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการป่วยไข้ได้. มี “เรื่องเล่า” จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่เรื่องหนึ่งที่สะท้อนถึงการปรับตัวของการแพทย์พื้นบ้านที่อิงอยู่กับคำอธิบายเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ ด้วยการดูดเอาการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปอยู่ภายใต้พิธีกรรมทางไสยศาสตร์ กล่าวคือ มีแพทย์พื้นบ้านคนหนึ่งแถวอำเภอสายบุรี ในจังหวัดปัตตานี เป็น “หมอผ่าตัดแต่มองแผลไม่เห็น เป็นการใช้คาถาผ่าตัด คนป่วยเองก็ไม่รู้ว่าผ่าตัดแล้ว.” ครั้งหนึ่งแพทย์ผ่าตัดคนดังกล่าวได้ทำการผ่าตัดให้กับผู้ป่วยรายหนึ่ง โดยที่ไม่มีแผลใดๆ ปรากฏให้เห็น และสั่งให้ผู้ป่วยกลับมาหาหมอทุกวันเพื่อ “ล้างแผล.” ในช่วงวันแรกๆ ผู้ป่วยก็กลับไปหาแพทย์เพื่อล้างแผลตามปรกติ จนกระทั่งเริ่มรู้สึกว่า “โรคเริ่มหาย” ผู้ป่วยจึงเริ่มสงสัยว่าตัวเองจะต้องเดินทางไปล้างแผลอยู่ทำไมในเมื่อไม่เห็นมีแผลอะไรให้ต้องล้าง หลังจากนั้นจึงไม่กลับไปหาแพทย์อีกจนกระทั่งอาการป่วยกลับมากำเริบขึ้นอีก จึงต้องกลับไปหาแพทย์คนเดิม ซึ่งก็ไม่ยอมรักษาให้อีกเพราะถือว่าผู้ป่วยผิดคำพูด ไม่ยอมเชื่อฟังคำสั่งแพทย์. ผู้ป่วยจึงต้องไปหาแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์ก็ตกใจว่ากลับมาอีกทำไมในเมื่อผ่าตัดมาเรียบร้อยแล้ว พร้อมกับยืนยันว่าแผลจากการผ่าตัดก็ยังปรากฏให้เห็นอยู่เลย.

แน่นอนว่า เรื่องราวเกี่ยวกับพลังเหนือธรรมชาติเหล่านี้คือสิ่งที่อยู่นอกเหนือจาก

ปริมณฑลทางความคิดและเหตุผลเชิงประจักษ์ของการแพทย์สมัยใหม่ และถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผล (เชิงประจักษ์) คร่ำครึ และหากจะมีประโยชน์อยู่บ้างก็ในแง่มุมของจิตวิทยาเท่านั้น. อย่างไรก็ตามแม้ว่าตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่จะไม่ยอมรับเหตุผลและปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถยืนยันหรือตรวจสอบได้ด้วยวิธีคิดเชิงประจักษ์ แต่น่าสนใจที่ว่าถึงที่สุดแล้วโรงพยาบาลก็ยังต้องยอมให้สังคมนำเอาความคิดความเชื่อเกี่ยวกับพลังเหนือธรรมชาติเหล่านี้เข้าไปปฏิบัติอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลได้อย่างออกหน้าออกตา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็คือ จอมปลวกขนาดใหญ่ที่งอกขึ้นใต้ต้นโพธิ์ในบริเวณหน้าโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งถูกห่มคลุมด้วยผ้าหลากสี มีรูปปั้นวางอยู่ระเกะระกะรอบๆ จอมปลวก พร้อมกับมีร่องรอยการจุดธูปเทียนบูชา มีทั้งที่เพิ่งมาเซ่นสังเวยอยู่ใหม่หมาดและที่เก่าคร่ำคร่าตามกาลเวลา. พิเชฐ แสงทอง (ผู้ช่วยวิจัยภาคสนามของผู้เขียน) แสดงความเห็นต่อเรื่องนี้ได้อย่างคมคายว่า "เมื่อนึกถึงอาการขึงขังในกฎระเบียบของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่แท้ก็มากราบไหว้จอมปลวกอยู่คู่ๆ กับเขาเหมือนกัน." ตัวอย่างที่น่าสนใจอีกกรณีหนึ่ง คือ ต้นโพธิ์ในบริเวณหน้าโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่ถูกห่มคลุมด้วยผ้าหลากสี พร้อมกับมีดอกไม้ธูปเทียนบูชา. ต้นโพธิ์ดังกล่าวอยู่ติดกับศาลาโล่งๆ สำหรับให้ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉินใช้เป็นที่พักเพื่อรอเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือคอยเฝ้าเผื่อว่าผู้ป่วยอาจจะเกิดต้องการอะไรบางอย่างฉุกเฉิน (เนื่องจากไม่มีพื้นที่ให้ญาติไปนอนเฝ้าอยู่หน้าห้องฉุกเฉินได้เหมือนในโรงพยาบาลบางแห่ง). ศาลาดังกล่าวจึงเป็นเหมือนกับพื้นที่พิเศษในโรงพยาบาลที่อาจจะสร้างขึ้นภายหลังการต่อรองระหว่างหลักการของการแพทย์สมัยใหม่กับความคิดที่สังคมไทยมีต่อความเป็นโรงพยาบาล และทำหน้าที่เป็นที่พักชั่วคราว ที่ญาติๆ ผู้ป่วยสามารถยกครัวขนาดย่อมและส่วนหนึ่งของสังคมไทยเข้ามาตั้งอยู่ในโรงพยาบาล, บนศาลามักจะมีคนนอนระเกะระกะอยู่บนเสื่อสาด อ่านหนังสือพิมพ์ พูดคุย เพื่อรอคอยเวลาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย. ทุกครั้งที่เข้าไปในโรงพยาบาลมหาราช ผู้เขียนชอบไปนั่งคุยกับญาติผู้ป่วยที่ศาลาดังกล่าว และแม้ว่าจะไม่เคยเห็นด้วยตัวเองว่ามีคนกำลังนำดอกไม้ธูปเทียนบูชาไปสักการะต้นโพธิ์ แต่มักจะพบว่ามีดอกไม้ธูปเทียนบูชาใหม่ๆ ปรากฏให้เห็นอยู่เสมอ.

กล่าวได้ว่าสำหรับบางคนแล้ว แม้ว่าเทคโนโลยีอาจจะช่วยให้รอดได้บ้าง แต่เทคโนโลยีก็ไม่ใช่สิ่งที่จะสามารถไว้วางใจได้ทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ ดังนั้นการกลับไปต่อรองกับพลังเหนือ

ธรรมชาติให้ช่วยเข้ามาแทรกแซงปรากฏการณ์ทางธรรมชาติในห้องฉุกเฉินจึงเป็นหนทางหนึ่งที่ถูกนำมาใช้. นอกจากนี้ ขณะที่สังคมสมัยใหม่เลิกใส่ใจกับศาสนาหรือพลังเหนือธรรมชาติเนื่องจากถูกปลูกฝังโดยความคิดแบบเหตุผลเชิงประจักษ์ และความเจริญก้าวหน้าของมนุษย์ในปัจจุบันอันเป็นผลมาจากอิทธิพลของความคิดแบบประจักษ์นิยมซึ่งสำแดงตัวเองออกมาอย่างมีพลังในรูปของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ แต่ความเจ็บป่วยกลับนำมนุษย์กลับไปสู่คำถามที่สำคัญเกี่ยวกับมนุษย์ที่เหตุผลเชิงประจักษ์ไม่สามารถให้คำตอบได้ คือ ชีวิตหลังความตาย. ความเจ็บป่วยที่ทำให้ชีวิตอยู่ในระหว่างเส้นแบ่งของความเป็นกับความตายทำให้คำถามดังกล่าวกลับขึ้นมาอีกครั้งในมนุษย์ทุกคน และคำถามดังกล่าวนี่เองคือแรงผลักดันให้มนุษย์กลับไปหาความเชื่อดั้งเดิมทางศาสนา ซึ่งกล่าวให้ถึงที่สุดแล้วมีหน้าที่รับประกันความมั่นคงของชีวิตหลังความตาย. บางคนซึ่งเคยทำงานเป็นเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดในโรงพยาบาลจึงมีความเห็นว่า โรงพยาบาลคือสถานที่ที่ดีที่สุดที่มนุษย์จะได้กลับไปหาพระเจ้าอีกครั้ง.[11] นอกจากนี้ ในสังคมสมัยใหม่ของตะวันตกเองซึ่งได้บ่มเพาะความคิดแบบประจักษ์นิยมขึ้นมานั้นความเชื่อที่ว่าสิ่งศักดิ์บางอย่างสามารถรักษาโรคให้หายได้ก็ยังมีอิทธิพลอยู่ ดังกรณีที่ชาวคริสต์จำนวนมากเชื่อว่ามีสถานที่บางแห่งในฝรั่งเศส (เช่นที่ Lourdes ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นสถานที่พระแม่มารีเคยปรากฏตัวขึ้นครั้งหนึ่ง) นั้นสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้และทำให้มีผู้คนจำนวนมากเดินทางจาริกไปยังสถานที่ดังกล่าวเพื่อดื่มหรือชำระร่างกายด้วยน้ำศักดิ์สิทธิ์เพื่อบำบัดรักษาโรค ซึ่งก็ไม่ต่างกับการที่ชาวอินเดียจำนวนมากยังคงเดินทางไปชำระร่างกายในแม่น้ำคงคา.

ดังนั้นในวิหารของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่อิงอยู่กับความคิดแบบประจักษ์นิยมนั้นเองที่ความคิดแบบก่อนสมัยใหม่หรือศรัทธาที่มีต่อสิ่งซึ่งอยู่เหนือการตรวจสอบหรือพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการเชิงประจักษ์มีอิทธิพลต่อความคิดของมนุษย์มากเสียยิ่งกว่าเมื่ออยู่นอกวิหารดังกล่าว เพราะกล่าวให้ถึงที่สุดแล้วการแพทย์สมัยใหม่หรือวิชาชีววิทยาเองก็ไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนว่าชีวิตคืออะไร? ชีวิตมาจากไหน? และชีวิตหลังความตายนั้นเป็นอย่างไร? ดังนั้น ณ ข้างเตียงที่ผู้ป่วยกำลังนอนหายใจรวยรินอยู่ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งนั้นเอง เราจึงเห็น

ชายผู้หนึ่งซึ่งแต่งกายอย่างสมถะกำลังนั่งอ่านซูเราะห์หนึ่งในพระคัมภีร์กุรอ่านให้ผู้ป่วยฟัง.

ขอให้ความสันติสุขจงมีแก่ท่านทั้งหลาย!

---

1 ดู Michel Foucault, "Different Space" in **Aesthetics, Method, and Epistemology: Essential Works of Foucault, 1954-1984, Vol. 2**, ed. James D. Faubion, tr. Robert Hurley and others (New York: The New Press, 1998), pp.175-185; แปลจากบทความเรื่อง "Des Espaces autres" (1967) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรก **Architecture-Mouvement-Continuite** เมื่อ ค.ศ.1984 (ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษครั้งแรกในชื่อ "Of Other Spaces" ในวารสาร **Diacritics** (Spring, 1986). และดูการอธิบายเกี่ยวกับความคิดเรื่องพื้นที่โดยพิสดารในงาน ของ Edward W. Soja, **Thirdspace: Journeys to Los Angeles and Other Real-and-Imagined Places** (1996).

2 พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงนเรศรวรฤทธิ์ ถึง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ, 14 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น.5.7/ 17; ดู "ประกาศห้ามคนตื่นเรื่องแพทย์ตรวจป้องกันกาฬโรค," วันที่ 16 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น. 5.7 ก./11; และดูกรณีข่าวลือในรายงานของหลวงนรพรรคพฤฒิกร ถึง พระยาอินทราธิบดีสีหราชรองเมือง, 17 กุมภาพันธ์ ร.ศ.123, หจช. ร. 5 น.5.7 ก./ 11.

3 "[E]nemy is the *tuberculeux* who is spitting bacilli," Charles Fauchon, **La tuberculose, question sociale** (Paris: Asselin et Houseau, 1903), 70 และ Abert Calmette, "La Tuberculose," **Revue philanthropique** 21 (1907): 570-571; อ้างใน Barnes, **The Making of a Social Disease**, Chapter 3, "The Spread of Tuberculosis: Soil and Seed", ดูเชิงอรรถที่ 20.

4 Edouard Fuster, "La Tuberculose, maladie sociale," **Revue d'hygiene et de police sanitaire** (1907): 570-1, original emphasized; อ้างใน Barnes, **The Making of a Social Disease**, Chapter 3, "The Spread of Tuberculosis: Soil and Seed", ดูเชิงอรรถที่ 21.

5 Foucault, "Politics of Health in the Eighteenth Century," p.178.

6 ดูความเชื่อแบบนี้ได้ในงานเชิงอัตชีวประวัติของ ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย.**

7 ดูการวิเคราะห์ที่น่าสนใจเกี่ยวกับจารีตและวัฒนธรรมของแพทย์และการศึกษาของแพทย์ใน Kathryn Montgomery Hunter, **Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge** (Princeton: Princeton University Press, 1991).

8 ดูเรื่อง "มัวเบ่งทางแหลบบัดซบจริงกู" ใน ประเวศ วะสี, **บันทึกเวชกรรมไทย**, น.55-68.

9 Hunter, **Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge**, pp.27-48.

10 ดูรายงานวิจัยเกี่ยวกับหมองูในโครงการวิจัยชุดเดียวกันของ สุวิทย์ มาประสงค์, **ภูมิปัญญาหมองู** (กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2545).

11 The comment of Susanne Kamp, the student of cultural anthropology and politics, Albert-Ludwigs Universitat Friburg im Breisgan, 13 Octerber 2003, personal communication.

บทสรุป

กล่าวได้ว่า ประวัติศาสตร์ของการแพทย์สมัยใหม่และระบบการดูแลสุขภาพของสังคมไทยนั้น มีประเด็นอันเป็นแกนหลักสำคัญที่หลีกเลี่ยงได้ยากอยู่อย่างน้อย 3 ประการ คือ ความคิดเรื่องเชื้อโรค, การดูแลจัดการกับร่างกายของพลเมืองในฐานะพลังการผลิต, และการขยายตัวของโรงพยาบาลซึ่งเป็นเสมือนวิหารของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่. ทั้งสามประเด็นดังกล่าวนั้นเป็นความคิดที่มีอิทธิพลสูงสุดในการแพทย์สมัยใหม่, เป็นเสมือนเป้าหมายสำคัญที่รัฐไทยสมัยใหม่ต้องการจะไปให้ถึง, และเป็นเครื่องมือสำคัญที่รัฐใช้เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายดังกล่าว. แน่นอนว่า การกล่าวถึงการแพทย์สมัยใหม่และระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทยโดยไม่ได้พาดพิงถึงประเด็นหนึ่งประเด็นใดใน 3 ประการดังกล่าวอาจถือได้ว่าเป็นความผิดพลาดสำคัญ และการอธิบายประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่และระบบการดูแลสุขภาพในสังคมไทยโดยมองผ่านประเด็นทั้ง 3 ประการดังกล่าวคือแกนหลักสำคัญที่งานวิจัยชิ้นนี้พยายามจะทำ.

งานวิจัยชิ้นนี้เปิดบทแรกด้วยการพยายามอธิบายถึงการเข้ามาในสังคมไทยในยุคต้นรัตนโกสินทร์ของระบบการแพทย์ของตะวันตก ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ก่อนสมัยใหม่ที่ยังตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของความคิดที่ว่า "อายพิศม์" (miasma) ซึ่งเกิดจากสิ่งแวดล้อมคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค อันเป็นทฤษฎีทางการแพทย์ที่เคยมีอิทธิพลอย่างมากก่อนปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 และพยายามชี้ให้เห็นว่า ทฤษฎี "อายพิศม์" ได้เข้ามามีอิทธิพลต่อระบบการสาธารณสุขยุคแรกของสังคมไทยได้อย่างไร. หลังจากนั้น ผู้เขียนได้ชี้ให้เห็นถึงเส้นแบ่งระหว่างการแพทย์แบบก่อนสมัยใหม่และการแพทย์แบบสมัยใหม่ของตะวันตกที่อิงอยู่กับทฤษฎีเชื้อโรคภายหลังการค้นพบว่าเชื้อโรคคือสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคโดยหลุยส์ ปาสเตอร์กับโรเบิร์ต ค็อค. ความคิดเรื่องเชื้อโรคดังกล่าวได้เดินทางเข้ามาในสังคมไทยพร้อมกับโรคระบาดซึ่งแพร่กระจายออกไปอย่างรวดเร็วตามเส้นทางและตามวิวัฒนาการของเทคโนโลยีการคมนาคม. ในด้านหนึ่งความคิดเรื่องเชื้อโรคได้กลายเป็นรากฐานทางความคิดที่สำคัญให้กับรัฐในการดิ้นรนต่อสู้กับ "ศัตรูที่มองไม่เห็น" และในอีกด้านหนึ่งได้กลายเป็นเหตุผลในการสร้างความชอบธรรมในการเข้าไปควบคุมดูแลร่างกายของพลเมือง ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้สร้างพลเมืองที่

มีสุขภาพพลามัยที่เข้มแข็ง ใช้ชีวิตอย่างมีเหตุผล และมีอรรถประโยชน์สูงสุดในทางการผลิต โดยมีโรงพยาบาลเป็นกลไกทางความรู้และทางอุดมการณ์ที่สำคัญที่ทำให้ความคิดเรื่องการจัดการกับร่างกายของพลเมืองมีความเป็นไปได้ ซึ่งในประเด็นหลังเกี่ยวกับจัดการร่างกายพลเมืองของรัฐนี้คือเนื้อหาที่ผู้เขียนพยายามอธิบายอยู่ในบทที่ 3.

นอกจากพยายามจะทำให้เห็นถึงแกนหลักสำคัญทั้ง 3 ประการแล้ว ในบทที่ 4 ได้ชี้ให้เห็นถึงความคิดที่สำคัญอย่างหนึ่งเกี่ยวกับจินตนากรรมเรื่องการสร้างรัฐเวชกรรม และพยายามจะแสดงให้เห็นว่าความคิดเรื่องรัฐเวชกรรมได้คืออุดมการณ์ที่มีความสำคัญในระบบการแพทย์ ระบบการดูแลสุขภาพ และระบบสาธารณสุขของชนชั้นนำไทยและรัฐไทยในยุคหลังเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน. ในความคิดเรื่องรัฐเวชกรรมซึ่งถูกนำเสนอเมื่อ พ.ศ.2477 นั้น รัฐไทยถูกจินตนากรรมให้เป็นรัฐที่ปกครองด้วยความคิดทางการแพทย์สมัยใหม่ กล่าวคือ ให้ความสำคัญกับสุขภาพพลานามัยของพลเมือง ด้วยการสร้างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยให้ตั้งกระจายอยู่ครบถ้วนทุกชุมชน และพร้อมที่จะดูแลรักษาและสอดส่องดูแลร่างกายของพลเมืองให้แข็งแรงและมีอรรถประโยชน์ทางการผลิต. จินตนากรรมเรื่องรัฐเวชกรรมได้กลายเป็นอุดมการณ์หลักที่มีอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณสุขของประเทศนับเป็นเวลาเกือบหกทศวรรษหลังจากนั้น, โรงพยาบาลและสถานีอนามัยถูกขยายออกไปจนมีโรงพยาบาลครบทุกอำเภอในปัจจุบันและรวมทั้งมีสถานีอนามัยครบในทุกตำบล. โรงพยาบาลและสถานีอนามัยดังกล่าวนอกจากทำหน้าที่ดูแลรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยของพลเมืองแล้ว ยังถูกกำหนดให้คอยสอดส่องควบคุมสถานการณ์ความเคลื่อนไหวของโรคติดต่อร้ายแรงอันจะมีผลกระทบต่อเรือนร่างทางสังคมโดยรวมของรัฐ. นอกจากมีโรงพยาบาลครบในทุกอำเภอและมีสถานีครบในทุกตำบลแล้ว ความคิดเรื่องรัฐเวชกรรมยังนำไปสู่การสร้างกองกำลังอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานที่ตั้งกระจายอยู่ในทุกหมู่บ้าน โดยความคาดหวังว่าด้วยการมีกองกำลังดังกล่าวจะทำให้รัฐสามารถยื่นมือเข้าไปสอดส่องควบคุมร่างกายของพลเมืองถึงครัวเรือนได้อย่างเบ็ดเสร็จ, พลเมืองจะรู้จักการใช้ชีวิตแบบถูกสุขอนามัย สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ในระดับพื้นฐาน และคอยทำหน้าที่เป็นร่างกายที่มีอรรถประโยชน์สูงสุดในการผลิตให้กับสังคม.

ส่วนในบทสุดท้ายของงานวิจัย คือ ความพยายามที่จะทำความเข้าใจความคิดเกี่ยวกับโรงพยาบาลและระบบการแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยผ่านสายตาของผู้คนจำนวนหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาล คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และ ฯลฯ. กล่าวได้ว่า โรงพยาบาลคือพื้นที่พิเศษสำหรับความเจ็บป่วยในสังคมไทย และผู้คนแต่ละกลุ่มต่างก็ให้ความหมายและใช้พื้นที่ในโรงพยาบาลแตกต่างกันไป เช่น สำหรับตัวแทนของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่แล้วโรงพยาบาลคือพื้นที่ปฏิบัติการเหนือร่างกายมนุษย์ของความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ อันเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย, แต่สำหรับผู้เจ็บไข้ได้ป่วยคนธรรมดาทั่วไปนั้นนอกจากโรงพยาบาลจะเป็นพื้นที่สำหรับการบำบัดรักษาแล้ว โรงพยาบาลยังเป็นพื้นที่พิเศษที่สังคมไทยเปิดให้แก่ช่วงวิกฤติของชีวิต และดังนั้นจึงเป็นพื้นที่ที่แสดงถึงระบบความสัมพันธ์ในชุมชนที่เกินปรกติ จนดูเหมือนว่าความเกินปรกติดังกล่าวคือส่วนหนึ่งของพิธีกรรมที่จะเปลี่ยนความผิดปรกติให้กลับมาสู่ความปรกติอีกครั้ง. นอกจากนี้ ผู้เขียนพยายามสะท้อนความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนป่วย หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนอ่านกับตัวบท เนื่องจากการวินิจฉัยโรคแต่ละครั้งของแพทย์นั้นไม่ได้แตกต่างไปจากการอ่านความหมายเชิงสัญญะในตัวบทซึ่งตัวแปรที่ไม่คงที่ของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยแต่ละคนทำให้การตีความหรือการวินิจฉัยแต่ละครั้งไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่คงที่แน่นอนตายตัว และความไม่แน่นอนของการตีความตัวบทดังกล่าวได้นำไปสู่การให้ความสำคัญแก่เทคโนโลยีทางการแพทย์ในฐานะที่เป็นเครื่องยืนยันความแน่นอนของการตีความตัวบทของแพทย์. ในที่สุดแล้ว ประเด็นเรื่องเทคโนโลยีได้นำไปสู่ประเด็นปัญหาทางศีลธรรมเรื่องขอบเขตของความพอดีในการใช้เทคโนโลยี และความสามารถที่จำกัดในการเอาชนะเหนือธรรมชาติของเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้นำไปสู่ปัญหาเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องพลังเหนือธรรมชาติ และความเชื่อทางศาสนาในพื้นที่ของโรงพยาบาล.

บรรณานุกรม

เอกสารชั้นต้นที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

เอกสารหอจดหมายเหตุแห่งชาติ กรุงเทพฯ (หจช.)

หจช. ร.5 น. เอกสารรัชกาลที่ 5 กระทรวงนครบาล

หจช. ร.5 ศ. เอกสารรัชกาลที่ 5 กระทรวงศึกษาธิการ

หจช. ร. 6 น. เอกสารรัชกาลที่ 6 กระทรวงนครบาล

หจช. ร. 7 ม. เอกสารรัชกาลที่ 7 กระทรวงมหาดไทย

หจช. สร เอกสารสำนักนายกรัฐมนตรี

หจช. ศธ. เอกสารกระทรวงศึกษาธิการ

หจช. ส.ก.ท. เอกสารสภากาชาดไทย

หจช. RAC เอกสารที่ได้สำเนาจากหอจดหมายเหตุมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์

เอกสารหอจดหมายเหตุศิริราช

หนังสือพิมพ์และสิ่งพิมพ์ราชการ

ประชุมกฎหมายประจำศก. รวบรวมโดย เสถียร ลายลักษณ์. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2475-2499. จำนวน 71 เล่ม.

ราชกิจจานุเบกษา. เอกสารคำประกาศและกฎหมายของรัฐบาล แบ่งออกเป็นแผนกสามัญกับแผนกกฤษฎีกา, เริ่มตีพิมพ์มาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 4.

หนังสือจดหมายเหตุฯ Bangkok Recorder. หนังสือพิมพ์ของคณะมิชชั่นนารีอเมริกัน ตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ.1844-184/พ.ศ.2387-8.

หนังสือจดหมายเหตุฯ The Bangkok Recorder. หนังสือพิมพ์ของแบรดเลย์ ตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ.1866-1868/พ.ศ.2409-2411.

เอกสารที่ตีพิมพ์แล้ว

กรมอาชีวะศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. **แบบเรียนหน้าที่พลเมืองและศีลธรรม เรื่องหน้าที่พลเมือง สำหรับชั้นมัธยมปีที่ 3.** พิมพ์ครั้งที่ 2. พระนคร: โรงเรียนช่างพิมพ์วัดสังเวช, 2485.

ก้องสกล กวินรวีกุล. "การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ.2481-2487." วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขามานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

กิติกร มีทรัพย์. "บทบรรณาธิการ." **สังคมศาสตร์การแพทย์.** ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2521): 3-4.

เกษียร เตชะพีระ. "แบบวิถีอำนาจไทย: ข้อคิดว่าด้วยความสัมพันธ์ทางอำนาจที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขในสังคมไทย." เอกสารประกอบข้อเสนอเรื่องแนวนโยบายแห่งรัฐด้านสาธารณสุข ในโครงการเพื่อการร่างรัฐธรรมนูญไทยปี พ.ศ. 2540, คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ณ โรงแรมโซล ทวิน เทาเวอร์, กรุงเทพฯ, 28 เมษายน พ.ศ.2540.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. **แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย กองแผนงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

ขจร สุขพานิช. **ข้อมูลประวัติศาสตร์สมัยบางกอก**. กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2531.

จอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระบาทสมเด็จพระ. **พระราชหัตถเลขาพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว**. กรุงเทพฯ: มหามกุฎราชวิทยาลัย, 2521.

..... **พระราชหัตถเลขา พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าอยู่หัว.** 3 เล่ม. กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2506.

จุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระบาทสมเด็จพระ. **พระราชพิธีสิบสองเดือน.** พิมพ์ครั้งที่ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บรรณาคาร, 2542.

ชนินทร์ เจริญกุล. "กระบวนทรรศน์การสาธารณสุขใหม่: วิวัฒนาการและแนวคิด." ใน **การประชุมวิชาการสัญจรสู่ภูมิภาค ครั้งที่ 1: ภาคใต้ เรื่อง สหัสวรรษใหม่กับการสาธารณสุขใหม่.** จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 25-26 กุมภาพันธ์ 2543, โรงแรมธรรมรินทร์ธนา จังหวัดตรัง.

ชัยนาทนเรนทร, สมเด็จฯ กรมขุน. "การสาธารณสุขคืออะไร?" ปาฐกถาทรงแสดงเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ.2467 ในที่ประชุมสาธารณสุขมณฑล ที่ศาลาว่าการกระทรวงมหาดไทย ศาลาลูกขุนใน พิมพ์ซ้ำใน **เฉลิมพระเกียรติพลเอก สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร.** พิมพ์เป็นที่ระลึกในการเสด็จพระราชดำเนินเปิดพระรูปอนุสาวรีย์ ณ กระทรวงสาธารณสุข, 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2509.

ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. "เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย." วิทยานิพนธ์รัฐศาสตร์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2533.

..... **เศรษฐศาสตร์การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรา มหาวิทยาลัยเกริก, 2542.

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. **งบประมาณทหารไทย 2525-2534: วิสัยทัศน์และความคิดเชิง**

นโยบาย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และโครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2539.

ชาญวิทย์ เกษตรศิริ. **ประวัติการเมืองไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ตอกหญ้า, 2538.

ใช้ เรืองศิลป์. **หนังสืออ่านปลุกใจนักเรียน.** พิมพ์ครั้งที่ 2. พระนคร: โรงพิมพ์เดลิเมล์, 2480.

ณัฐ ภมรประวัติ. "ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจากต่างประเทศกับการพัฒนาการแพทย์และการสาธารณสุขไทย" ใน **บทบาทของต่างประเทศในการสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2538.

ณัฐวุฒิ สุทธิสงคราม. **สมเด็จเจ้าพระยามหาศรีสุริยวงศ์.** 2 เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 2. พระนคร: สำนักพิมพ์แพร่พิทยา, 2516.

ดำรงราชานุภาพ, สมเด็จฯ กรมพระยา. **นิทานโบราณคดี.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คลังวิทยา, 2517.

เตช บุนนาค. **การปกครองระบบเทศาภิบาลของประเทศสยาม พ.ศ. 2435 - 2458,** แปลโดย ภรณี กาญจนัษฐิติ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราฯ, 2524.

เตรวิล, บี.เจ. "ไข้ห่าในสยาม: อุบัติการณ์คราวแรกกับการระบาดใหญ่เมื่อปี 2363." แปลโดย สุพจน์ แจ้งเร็ว. **ศิลปวัฒนธรรม** ปีที่ 5 ฉบับที่ 6 (เมษายน 2527): 20-32.

"ตำราพระโอสถพระนารายน์." [พิมพ์ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2466, สมเด็จพระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี โปรดเกล้าฯ ให้พิมพ์พระราชทานในงานศพพระยาแพทยพงษา (นาก โรจนแพทย์)], พิมพ์ซ้ำใน **อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพนางไขศรี ทองธิว.** ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม กรุงเทพฯ, วันอาทิตย์ที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2533.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. "โครงการสาธารณสุขมูลฐาน." โครงการศึกษาเพื่อจัดเตรียมโครงการสำหรับแผนพัฒนาชนบทยากจนดำเนินการโดยสมาคมนักวิจัยมหาวิทยาลัยไทย, เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2524.

..... "วิเคราะห์โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย." **สังคมศาสตร์การแพทย์.** ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 8-54.

..... "โรงพยาบาลอำเภอในประเทศไทย: การศึกษาเชิงนโยบาย." เอกสารนโยบายสาธารณสุข ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. "การทำตะวันตกให้เป็นตะวันออกของสยาม (Orientalizing the Occidental of Siam): การตอบโต้รับมือกับวาทกรรมความเป็นอื่นของมิชชันนารีตะวันตกโดยปัญญาชนสยามในช่วงต้นศตวรรษที่ 19." **รัฐศาสตร์สาร** (มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 (2541): 253-313.

..... "วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก กับ การปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น." **วารสารธรรมศาสตร์.** ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543 [ตีพิมพ์ออกมาจริงเดือนตุลาคม 2544]): 73-93.

ทิพากรวงศ์, เจ้าพระยา. **พระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 2.** กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2504.

นิทเทสสุขกิจ [ถมรัตน์ พุ่มชูศรี], ขุน. **แพทยศาสตร์นิทเทส.** [พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ. 2496]. พิมพ์ครั้งที่ 4. ธนบุรี: โรงพิมพ์เจริญพัฒน์, 2514.

บรัดเลย์, วิลเลี่ยม แอล. **สยามแต่ปางก่อน** ศรีเทพ แววหงษ์ และศรีลักษณ์ ส่ำเมือง แปล. เอกสารวิชาการหมายเลข 58, สถาบันไทยศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529.

บริรักษ์เวชชการ, พระยา, และคนอื่นๆ. **การสาธารณสุขและสาธารณูปการ.** เอกสารคำบรรยายในการอบรมที่ปรึกษาการเทศบาลพุทธศักราช 2477, มหาวิทยาลัยวิชาธรรมศาสตร์และการเมือง.

บุญช่วย ศุภมณี. "ประวัติการสถิติชีพและอนามัยในประเทศไทย" ใน **อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 20 ปี พ.ศ.2485-2505.** พระนคร: โรงพิมพ์ไทยเขษม, 2505.

บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ. **การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ เล่ม 3.** กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539.

ป. อินทรปาลิต. **รวมเรื่องชุดสามเกลอ ชุดวัยหนุ่ม: ล่องหน, อ้ายดำปรอท, มนุษย์ผี.** กรุงเทพฯ: ผดุงศึกษา, ไม่มีปีที่พิมพ์.

ประทีป ชุมพล. **ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยศิลปากร, 2541.

ประเวศ วะสี. **บันทึกเวชกรรมไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2536.

"ปัญหาเรื่องยุง." **เอกสารสาธารณสุข (พิเศษ)** อันดับที่ 23 (23 ตุลาคม พ.ศ.2467).

เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. "บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ.2325 - หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ.2475)." วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

มงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว, พระบาทสมเด็จพระ. **ฉวยอำนาจ: บทละครเรื่องหมื่นประมาทศาล, ตบตา, ฉวยอำนาจ และหนามยอกเอาหนามบ่ง.** พระนคร: คุรุสภา, 2506.

มนฤทัย ไชยวิเศษ. "ประวัติศาสตร์สังคมไทย: ส้วมและเครื่องสุขภัณฑ์ในประเทศไทย (พ.ศ.2440-2540)." วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.

แมกฟาแลนด์, ยอช. **วิธีป้องกันและรักษากาฬโรค.** โรงพิมพ์สามมิตร์, ร.ศ.129/พ.ศ.2453.

ยงค์ ชุติมา. "จงกินไข่ทุกวันเพื่ออนามัย." **ข่าวแพทย์.** ปีที่ 13 เล่ม 5 (พฤศจิกายน พ.ศ.2483): 349-355.

..... **ประมวลบทความของนายแพทย์ยงค์ ชุติมา.** ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพนายแพทย์ยงค์ ชุติมา ณ เมรุวัดมกุฏกษัตริยาราม, 8 สิงหาคม พ.ศ.2507.

ยุวดี ตปนียากร. "วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว." วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521.

รัตติยา ศีลสารรุ่งเรือง. **20 ปีของเส้นทางสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน.** สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2543.

รายงานผลการวิจัยเอกสารเรื่องการประเมินความก้าวหน้าในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.2521-2530). สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2532.

เลิศชาย ศิริชัย และคณะ. "การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางวัฒนธรรมและกระบวนการรักษา." รายงานวิจัยภายใต้โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ศาสตราจารย์ สุธิวงศ์ พงษ์ไพบูลย์, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2543.

วราภรณ์ จิวชัยศักดิ์. "การกินอยู่ของคนไทยกับนโยบายสร้างชาติของจอมพล ป. พิบูลสงคราม." **จุลสารไทยคดีศึกษา,** ปีที่ 15, ฉบับที่ 2 (2541): 36-41.

วิกัลย์ พงศ์พนิตานนท์ (บก), **ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2533.

วิไลเลขา ถาวรธนสาร. "ผู้นำไทยกับการรับวัฒนธรรมตะวันตก" ใน **จุลสารวิชาการ (สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย).** ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (พฤษภาคม 2530).

วิจิตสุขการ, ขุน, และ พล.ต. ถนอม อุปถัมภานนท์. **วิธีตรวจโรค.** มปท.: ตุลาคม 2495.

วิสุทธิสุริยศักดิ์, พระยา. **พลเมืองดี.** พิมพ์ครั้งแรก ร.ศ.130. ที่ระลึกในงานพระราชทานเพลิงศพนายจรูญ เรืองวิเศษ ณ เมรุวัดธาตุทอง, 1 มีนาคม พ.ศ.2541.

เวชชนิสิตฉบับที่ระลึกงานฉลอง 50 ปี 2432-2482. รวบรวมโดยแพทยศาสตร์บัณฑิตปีที่

50 ร่วมกับนิสิตเก่าแห่งคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พระนคร โรงพิมพ์ไทยเกษม, 2483.

ศรีบูรพา [กุหลาบ สายประดิษฐ์]. "เขาเลือกลามบาเรในสยาม." พิมพ์ครั้งแรก พ.ศ.2492. พิมพ์ซ้ำใน **ขอแรงหน่อยเถอะ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ดอกหญ้า, 2536.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **ทุกข์คนไทยจากระบบบริการสาธารณสุข และ ทุกข์: จากระบบสุขภาพ: 3 กรณีจากงานวิจัย 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อำนวยการผลิต, 2542.

สวัสดิ์ จันทนี, (นาวาเอก). **นิทานชาวไร่.** กรุงเทพฯ: คุรุสภา, 2509.

สันติ ตั้งรพีพากร. **ชีวิตงาม...หมอประเวศ.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2544.

.....ชีวิตที่ลำบากเป็นชีวิตที่เจริญ: ชีวประวัติศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์นักสู้ผู้อุทิศตนเพื่อวางรากฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร, 2544.

สันติภาพ ไชยวงศ์เกียรติ. "โรงพยาบาลอำเภอกับสังคมชนบท." **สังคมศาสตร์การแพทย์,** ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน 2521): 10-17.

สารี อ๋องสมหวัง, สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์, อภิญญา ตันทวีวงศ์ และคณะ. "15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ." กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, โดยการสนับสนุนทุนวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2542.

เสม พริ้งพวงแก้ว. "บทบรรณาธิการ: การสาธารณสุขมูลฐาน." **สังคมศาสตร์การแพทย์,** ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม 2524): 3-7.

สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์. **ทุกข์จากโรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542.

.....ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542.

สุกิจ ด่านยุทธศิลป์. "การสาธารณสุขแบบสมัยใหม่ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ.2453-2468)." วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

สุรีรัตน์ สวัสดี. "บทบาทของสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ต่อการแพทย์และการสาธารณสุข (พ.ศ. 2456-2468)." วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.

สุวัสดี โภชพันธ์. "เทศบาลและผลกระทบต่ออำนาจท้องถิ่น พ.ศ.2476-2500." วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สุวิทย์ มาประสงค์. **ภูมิปัญญาหมอง.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บก). **การแพทย์แผนไทย: ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเอง.** กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, [2530].

สุด แสงวิเชียร. "พระประวัติสมเด็จพระราชบิดาเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ C.P.H., M.D. Harvard" ใน **ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบัน.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยเขษม, 2509.

อ. อุดากร. **ตึกกรอสส์.** พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสรรค์บุ๊คส์ จำกัด, 2543.

อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุขครบ 15 ปี, พ.ศ.2485-2500. ทปท.: 2500.

อวย เกตุสิงห์. "การแพทย์ไทยกับการแพทย์แบบตะวันตก." **สังคมศาสตร์การแพทย์,** ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (มกราคม - มีนาคม 2521): 10-18.

อภิญญา ตันทวีวงศ์ (เรียบเรียง). **เจ็บเกินโรค.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2542.

Arnold, David. "Introduction: Disease, Medicine and Empire." In *Imperial Medicine*

and Indigenous Societies, ed. David Arnold. Manchester and New York: Manchester University Press, 1988.

Baldry, Peter. **The Battle Against Bacteria: A Fresh Look. A History of Man's Fight Against Bacterial Disease with Special Reference to the Develop ment of Anti-Bacterial Drugs.** Cambridge: Cambridge University Press, 1965.

Barnes, David. **The Making of a Social Disease: Tuberculosis in Nineteenth-Centurt France.** Berkeley: University of California Press, 1995. E-edition's url: [http://escholarship.cdlib.org/ucpress/ barnes.xml].

Bradley, D.B. **Abstract of the Journal of Rev. Dan Beach Bradley, M.D. Medical Missionary in Siam 1835-1873,** edited by George Haws Feltus. Cleveland Ohio: The Multigraph Department of Pilgrim Church, 1936.

Carter, K. Codell. "The Development of Pasteur's Concept of Disease Causation and the Emergence of Specifc Causes in Nineteenth-Century Medicine." **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 65 (1991): 528-548.

..... "The Kock-Pasteur Dispute on Establishing the Cause of Anthrax." **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 62, No.1 (Spring 1988): 42-57.

Charnvit Kasetsiri. "Siam/Civilization - Thailand/Globalization: Things to Come?" Paper presented at The International Asian Historians Association (IAHA), Chulaiongkorn University, 1996.

..... "Siam/Civilization - Thailand/Globalization: Things to Come?" **Thammasat Review** 5:1 (December, 2000): 114-133.

Clendening, Logan (complied with notes). **Sources Book of Medical History.** New York: Dover Publications, INC., 1942.

Coleman, William. "Koch's Comma Bacillus: the First Year." **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 61 (1987): 315-342.

Derrida, Jacques. **Of Hospitality: Anne Dufourmantelle Invites Jacques Derrida to Respond,** tr. Rachel Bawlby. Standford, California: Stanford University Press, 2000.

..... "Hostipitality," in **Acts of Religion,** edited and with an Introduction by Gil Anidjar. New York and London: Routledge, 2002.

Dhiravat na Pombejra. **Court, Company, and Campong: Essays on the VOC presence in Ayutthaya.** Ayutthaya: Ayutthaya Historical Study Center, 1993.

Doyle, A. Conan. **The Stark-Munro Letters and Round the Red Lamp.** London: Murrary, 1903.

Finlayson, George. **The Mission to Siam and Hue 1821-2.** Singapore: Oxford University Press and the Siam Society, 1988.

Foucault, Michel. "Different Space." In **Aesthetics, Method, and Epistemology: Essential Works of Foucault, 1954-1984, Vol. 2,** ed. James D. Faubion, tr. Robert Hurley and others. New York: The New Press, 1998.

.....**Discipline and Punish: The Birth of the Prison,** trans. Alan Sheridan. London: Penguin Books, 1977.

..... "Governmentality," in **Power: Essential Works of Foucault 1954-1984, Volume 3,** edited by James D. Faubian. London: Penguin Books, 2001.

..... "Politics of Health in the Eighteenth Century," pp.166-182, in his **Power/ Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977,** edited

by Colin Gordon. New York: Harvester Wheatsheaf, 1980.

..... **The Birth of Clinic: An Archaeology of Medical Perception.** Trans. A.M. Sheridan Smith. London: Routledge, 1973.

Hewitt, Martin. "Bio-politics and Social Policy: Foucualt's Account of Welfare." In **The Body: Social Process and Cultural Theory,** edited by Mike Featherstone, Mike Hepworth, and Bryan S. Turner. London: Sage, 1991.

Hunter, Kathryn Montgomery. **Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge** (Princeton: Princeton University Press, 1991.

Ileto, Reynaldo C. "Cholera and the Origins of the American Sanitary Order in the Philippines." In *Imperial Medicine and Indigenous Societies,* ed. David Arnold. Manchester and New York: Manchester University Press, 1988.

..... "Outlines of a Nonlinear Emplotment of Philippine History." In *The Politics of Culture in the Shadow of Capital,* eds. Lisa Lowe and David Lloyd. Durham & London: Duke University Press, 1997.

Jory, Patrick. "The King and Us: Representations of monarchy in Thailand and the case of *Anna and the King.*" **International Journal of Cultural Studies** Volume 4:2 (2001): 201-218.

La Loubere, Simon De. **The Kingdom of Siam.** Kuala Lumpur: Oxford University Press, 1969.

Leonowens, Anna. **The English Governess at the Siamese Court: Being the Recollections of Six Years in the Royal Palace at Bangkok.** [1870]. Singapore: Oxford University Press, 1989.

Lupton, Deborah. **Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies.** London: Sage Publications, 1996.

Manderson, Lenore. **Sickness and the State: Health and Illness in Colonial Malaya, 1870-1940.** Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

McNeill, Williams. **Plagues and Peoples** [1976]. New York: Anchor Books, 1998.

Ogaka, Mariko. "Uneasy Bedfellows: Science and Politics in the Refutation of Koch's Bacterial Theory of Cholera." **Bulletin of History of Medicine,** Vol. 74, No.4 (Winter, 2000): 671-707.

Porter, Roy, "What is Disease?" in **The Cambridge Illustrated History of Medicine,** edited by Roy Porter. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

Spivak, Gayatri Chakravorty. "More on Power/Knowledge" in **Outside in the Teaching Machine.** New York and London: Routledge, 1993.

Szczygiel, Bonj, and Robert Hewitt. "Nineteenth-Century Medical Landscapes: John H. Rauch, Frederick Law Olmsted, and the Search for Sulubrity." **Bulletin of the History of Medicine,** Vol. 74, No.4 (Winter 2000): 708-734.

Terwiel, B.J. "Asiatic Cholera in Siam: Its First Occurrence and the 1820 Epidemic," pp.117-141, in **Death and Disease in Southeast Assia: Explorations in Social Medical and Demographic History,** ed. Norman G. Owen. Singapore: Oxford University Press, 1987.

Tierney, Thomas F. "Anatomy and Governmentality: A foucauldian Perspective on Death and Medicine in Modernity." **Theory & Event** 2:1 (1998).

Thirawuth Senakum. "Adaptation of Holistic Medicine: A Case Study of Farmers in Northeast Thai Village." MA thesis, Department of Anthropology and Sociology, Ateneo de Manila University, 1995.

Thongchai Winichakul. "The Quest for 'Siwilia': A Geographical Discourse of Civilizational Thinking in the Late Nineteenth and Early Twentieth-Century Siam." **The Journal of Asian Studies** 59:3 (August 2000): 528-549.

Wariya Siwasariyanon. "The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case Study of the Rockefeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935)." Unpublished Doctoral Dissertation, American Studies, University of Hawaii, 1984.

Zinsser, Hans. **Rats, Lice and History.** [1935]. New York: Black Dog & Leventhal Publishers, 1963.

ทวีศักดิ์ เผือกสม

ประวัติการศึกษา

- Ph.D. Candidate, Southeast Asian Studies, National University of Singapore (2004-ปัจจุบัน)
- อ.ม. (ประวัติศาสตร์), คณะอักษรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2540)
- Post-Graduate Diploma, International Relations and Development, Institute of Social Studies, Netherlands (1996)
- วส.บ. (หนังสือพิมพ์และสิ่งพิมพ์), คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2537)

ผลงานวิชาการ

- Davisakd Puaksom, "Of Germs, Public Hygiene, and the Healthy Body: the Making of the Medicalizing State in Thailand ," ***Journal of Asian Studies*** Vol.66 No.2 (May 2007): 311-344.
- Davisakd Puaksom, "Of a Lesser Brilliance: Patani Historiography in Contention," in ***The Plural Peninsula: Studies in the History of Ethnic Interactions in Southern Thailand and Northern Malaysia***, edited by Michael J. Montesano and Patrick Jory (Singapore: SUP, forthcoming).
- อินโดนีเซียรายา: รัฐจารีต สู่ "ชาติ" ในจินตนาการ (กรุงเทพฯ: เมืองโบราณ, 2547).
- คนแปลกหน้านานาชาติของกรุงสยาม (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน, 2546).
- "วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ของตะวันตก กับ การปกครองของรัฐไทย: ข้อสังเกตเบื้องต้น," วารสารธรรมศาสตร์, ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2543): 73-93.
- "ชาติพันธุ์วรรณาในจารึกวัดพระเชตุพนฯ: บูรพาคดีศึกษา, ภาพตัวแทนของความรู้

และการเขียนตะวันตกของไทย," รัฐศาสตร์สาร, ปีที่ 23 ฉบับที่ 1 (2544).

- "การทำตะวันตกให้เป็นตะวันออกของสยาม (Orientalizing the Occidental of Siam): การตอบโต้รับมือกับวาทกรรมความเป็นอื่นของมิชชั่นนารีตะวันตกโดยปัญญาชนสยามในช่วงต้นศตวรรษที่ 19," รัฐศาสตร์สาร, ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 (2541): 253-313.
- "การปรับตัวทางความรู้ ความจริง และอำนาจของชนชั้นนำสยาม พ.ศ.2325-2411" (วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540).
- "สื่อมวลชนในฐานะเครื่องมือกลไกของอำนาจทางการเมือง: ศึกษาเฉพาะงานเขียนของบุญรักษ์ บุญญะเขตมาลา," รัฐศาสตร์สาร, ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 (2541): 111-134.

. . . . . .