

พลวัตของคุณภาพชีวิต และอาชีพอนามัยของนิคมโรคเรื้อนในประเทศไทย

Dynamic of Quality of life and Occupational Health of leprosy colonies in Thailand

อาจินต์

ชลพันธ์

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พลวัตของคุณภาพชีวิต และอาชีวอนามัยของนิคมโรคเรื้อนในประเทศไทย

Dynamic of Quality of life and Occupational Health of leprosy colonies in Thailand

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้แสดงถึงพัฒนาการของชุมชนผู้คนในนิคมโรคเรื้อนของประเทศไทยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

พบว่าผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนมีข้อจำกัดหลายประการในการพัฒนา เช่นด้านที่อยู่อาศัย ความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข และความจำเป็นด้านอาชีวอนามัย แต่สามารถพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและการอยู่รอด โดยการใช้ภูมิปัญญาและสัญชาตญาณด้วยการพัฒนาที่เป็นพลวัตแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ (1) ระยะการเรียนรู้ (2) ระยะการสร้างวิถี (3) ระยะการพัฒนาและประยุกต์ ซึ่งทั้ง 3 ระยะถูกพัฒนาจากประสบการณ์ของความกดดันที่เป็นแรงผลักดันจนทำให้เกิดการพัฒนาพร้อมกันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการพัฒนาเพื่อความอยู่รอดของชีวิต บทความวิชาการนี้เน้นไปในด้านของการอยู่อาศัย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุขและอาชีวอนามัย มนุษย์จะเน้นการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาธรรมชาติเป็นปัจจัยหลัก แม้ว่าปัจจุบันจะสามารถควบคุมโรคเรื้อนได้แล้วก็ตาม แต่บทเรียนของพลวัตการพัฒนาเพื่อเอาชีวิตรอดในการดำรงชีวิตประจำวันจากการเป็นโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อน จะเป็นบทเรียนให้กับโรคติดต่ออื่นๆที่มีการระบาดอยู่ในทุกๆ ช่วงชีวิตของมนุษย์

คำสำคัญ พลวัต, คุณภาพชีวิต, อาชีวอนามัย, นิคมโรคเรื้อน

Abstract

This review article was revealed the development of the leprosy community at leprosy colonies in Thailand, and the quality of life in terms of fundamental public in the economic, social, and physical limitations.

The findings showed that there were many limitations of habitation development and the basic necessity for basic public health and occupation health . However, the development was based on the existing substances, which responded to the patients demand for survival with the local wisdom and intuition. The development could be divided into three phases comprising Learning Phase, Direction Phase, and Development and Implementation Phase, which had been developed founded on the experience and pressure resulting and development for the better quality of life. Such development was the improvement for survival, which the study directly emphasized well-being, environment public health and occupational health. Human was established on self and natural reliance. Therefore the development dynamic for survival of leprosy patients in leprosy colony. Even though now we can elimination of leprosy and controllable as a lesson learn for other communicable disease that are pandemic in every human life span.

Key words: Dynamic, Quality of Life, Occupation health, Leprosy colonies

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ของการกำจัดโรคเรื้อนโดยกำหนดเป้าหมายภายในปี 2563 ทุกประเทศจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็กที่มีความพิการระดับ 2 (ความพิการที่มองเห็น), สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ต่ำกว่า 1 รายต่อประชากร 1 ล้านคน และต้องไม่มีกฎหมายว่าด้วยการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน

ในอดีตที่ผ่านมาการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ามารับการรักษาและรับการสงเคราะห์ในนิคมโรคเรื้อนเพื่อการแยกกักในการควบคุมโรคที่มีสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงเนื่องจากโรคเรื้อนในขณะนั้นไม่มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาให้หายขาดดังเช่นเช่นปัจจุบัน การแยกกักผู้ป่วยโรคเรื้อนให้อยู่เฉพาะภายในนิคมโรคเรื้อนจึงเป็นมาตรการควบคุมโรคติดต่อที่ปลอดภัยและเหมาะสมที่สุดในสมัยนั้น แต่ก็ส่งผลกระทบต่อในเรื่องการถูกตีตราจากครอบครัวและสังคม แต่ปัจจุบันสถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2559 ถึง 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 422, 345, 334, 269 และ 222 ราย ตามลำดับ (อัตราความชุกของโรคเรื้อนเท่ากับ 0.06, 0.05, 0.05, 0.04 และ 0.03 รายต่อประชากรหมื่นคน ตามลำดับ) โดยพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เพียง 163, 164, 125, 119 และ 89 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 24, 26, 25, 18 และ 9 ราย ตามลำดับ (เท่ากับ 0.36, 0.39, 0.37, 0.27 และ 0.13 รายต่อประชากร 1 ล้านคน ตามลำดับ) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็กและมีความพิการระดับ 2 จำนวน 0, 1, 1, 0, และ 0 ราย ตามลำดับ จากสถานการณ์การควบคุมโรคเรื้อนดังกล่าวทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดตั้งแต่ปี 2562^{1,2}

ดังนั้น เป้าหมายที่ยังคงเป็นเรื่องท้าทายการควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทย คือการลดการตีตราของผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยการพัฒนานิคมโรคเรื้อนที่มีอยู่ทั่วประเทศจำนวน 13 แห่งให้เป็นชุมชนทั่วไปเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของอดีตผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวให้มีความเท่าเทียมกับประชาชนทั่วไป ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีบันทึกข้อตกลงร่วมกันกับ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย ตั้งแต่ปี 2556 ที่จะร่วมมือกันพัฒนานิคมโรคเรื้อนที่มีอยู่ทั่วประเทศจำนวน 13 แห่งให้เปลี่ยนสภาพเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ผลลัพธ์จากการดำเนินการพัฒนาร่วมกัน ตั้งแต่ปี 2556-2563 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้มีประกาศยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อนซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์รัฐไปแล้วทั้งหมด 12 แห่ง ยังคงเหลือเพียงนิคมโรคเรื้อนในสังกัดกรมควบคุมโรคเพียงแห่งเดียวคือสถานสงเคราะห์ราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ³

บทความนี้จึงมุ่งเน้นที่จะถอดบทเรียนความสำเร็จ พลวัตของการพัฒนานิคมโรคเรื้อน ให้เปลี่ยนสภาพเป็นชุมชนหรือหมู่บ้านทั่วไป ทั้งในด้านที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายในนิคมโรคเรื้อน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ หรือโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในบริบทของประเทศไทยต่อไป

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

พลวัต หมายถึง การพัฒนาการร่วมมือกันจนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยสันติวิธี โดยในบทความนี้หมายถึงวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นบนรากฐานอาชีวอนามัยโดยที่ชุมชนไม่รู้ตัว⁴

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ อันเป็นความต้องการของตัวบุคคล ที่มีการดำรงชีพของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคม หนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยจะมีเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานที่ต้องบรรลุแต่ละด้าน หรือกำหนดเป็นตัวชี้วัด จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงระดับที่สะท้อนถึงคุณภาพ⁵

นิคมโรคเรื้อน หมายถึง สถานที่ที่เป็นที่กักกัน(แยกกัก) หรือเป็นชุมชนที่กักกัน(แยกกัก) ให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคเรื้อนมาอาศัยร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาและการไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชนอื่นๆ³

อาชีวอนามัย หมายถึง งานที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ควบคุม ดูแล การป้องกันโรค ตลอดจนอุบัติเหตุ และดำรงรักษาสุขภาพอนามัยทั้งมวลของผู้ประกอบอาชีพให้มีความปลอดภัย มีสภาพ ร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้ความหมายของอาชีวอนามัยไว้ว่าหมายถึงงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม อารมณ์ซึ่งสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมที่ดีงามของผู้ประกอบอาชีพทั้งมวล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) และองค์การแรงงาน ระหว่างประเทศ (International Labor Organization : ILO) ได้ร่วมกันกำหนดขอบข่ายลักษณะงานอาชีวอนามัยที่ประกอบด้วยงานสำคัญ 5 ประการดังนี้^{6,7}

1. การส่งเสริม (Promotion) หมายถึงงานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและธำรงรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพ ตลอดจนจนมีความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกันในสังคม ของผู้ประกอบอาชีพตามสถานะที่พึงมี

2. การป้องกัน (Prevention) หมายถึงการป้องกันมิให้ผู้ประกอบอาชีพหรือแรงงานมีสุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมลงหรือผิดปกติเนื่องจากสภาพ หรือสภาวะการทำงานที่ผิดปกติ

3. การปกป้องคุ้มครอง (Protection) หมายถึงการดำเนินการปกป้องคุ้มครองผู้ประกอบการหรือแรงงานในสถานประกอบการไม่ให้เกิดการทำงานที่เสี่ยงต่ออันตรายหรือการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ

4. การจัดการสถานที่ทำงาน (Placing) หมายถึงการจัดการเกี่ยวกับสภาพสิ่งแวดล้อมของการทำงานให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพความต้องการของร่างกาย จิตใจ ของผู้ประกอบการหรือแรงงานมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

5. การปรับงานและคนให้มีความเหมาะสมกัน (Adaptation) หมายถึงการปรับสภาพของงานและจำนวนคนทำงานให้สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสภาพทางสรีรวิทยาและพื้นฐานความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของคนทำงานให้มีความสอดคล้องมากที่สุดเพื่อประสิทธิผลของงานนั้นๆ

พลวัตของคุณภาพชีวิต และอาชีวอนามัยของนิคมโรคเรื้อนในประเทศไทย

ในสมัยล้นเกล้ารัชกาลที่ 2 ได้เริ่มมีมิชชันนารีชาวอเมริกันเข้ามาในประเทศไทยเพื่อเผยแพร่ศาสนา เพื่อการสังคมสงเคราะห์ และเพื่อบริการทางการแพทย์แบบตะวันตก ในปีพ.ศ 2430 คณะมิชชันนารีเริ่มขยายพื้นที่การช่วยเหลือไปยังจังหวัดเชียงใหม่โดยมีนายแพทย์แมคเคนเป็นหัวหน้าคณะมิชชันนารีได้พบประชาชนคนไทยเป็นโรคเรื้อนมีจำนวนมากในขณะนั้นไม่มียารักษาโรคเรื้อนมีเพียงการใช้น้ำมันจากต้นกระเบามาใช้รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อบรรเทาอาการทางผิวหนังเท่านั้น ในขณะนั้นในชุมชนมีความรังเกียจกลัวโรคเรื้อนสูงมาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ตามปกติและบางรายถูกรวบขังขังไว้ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ในขณะนั้นเป็นคนเร่ร่อนและดำรงชีพด้วยการขอทานเพราะไม่สามารถทำงานและค้าขายเช่นคนทั่วไปได้เนื่องจากความรังเกียจและกลัวต่อโรคเรื้อนที่มาจากความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ต่อมาในปี 2450 นายแพทย์แมคเคนจึงขอพระราชทานใช้ที่ดินบริเวณเกาะกลางแม่น้ำปิง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 400 ไร่จากพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในการก่อตั้งเป็นสถาบันแมคเคน เพื่อรวบรวมเอาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เร่ร่อน และถูกสังคมรังเกียจ เข้ามารับการดูแลรักษาแบบตะวันตก และการแยกกักเพื่อการควบคุมโรค นับเป็นสถานพยาบาลโรคเรื้อนและเป็นนิคมโรคเรื้อนที่มีสถานะเป็นสถานสงเคราะห์เอกชนแห่งแรกของประเทศไทย ในขณะนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวนมากและบางรายเดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อมารับการสงเคราะห์ที่สถาบันแมคเคน เนื่องจากไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ คณะมิชชันนารีจึงได้ขยายสถานพยาบาลโรคเรื้อนหรือนิคมโรคเรื้อนไปยังพื้นที่ตามภาคต่างๆของประเทศไทยเช่นที่นิคมโรคเรื้อนพุดหง จังหวัดนครศรีธรรมราช และนิคมโรคเรื้อนบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก และต่อมาได้มีการโอนภารกิจในนิคมโรคเรื้อนให้กับกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยในสมัยนั้น ต่อมาจึงมีการจัดตั้งนิคมโรคเรื้อนเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 15 นิคม¹ วัตถุประสงค์ของนิคมโรคเรื้อนนั่นคือการแยกกักโรคเพื่อการควบคุมการแพร่เชื้อ การรักษา และการฟื้นฟู

สภาพโดยตัดขาดจากชุมชนโดยสิ้นเชิงเนื่องจากความรังเกียจต่อโรคเรื้อนของชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการส่งเสริมอาชีพด้วยการทำเกษตรกรรมในที่ดินภายในนิคมโรคเรื้อน และงานฝีมือ ซึ่งมีการซื้อขายแลกเปลี่ยนกันเองภายในสมาชิกในนิคมโรคเรื้อน ปัจจุบันพบว่าบางนิคมโรคเรื้อนต้องปิดตัวลงเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ลดน้อยลง และประชาชนเริ่มมีความรู้ ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนมีมากขึ้น ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่มักถูกค้นพบโดยสถานพยาบาลสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งผู้ป่วยจะมาด้วยอาการทางผิวหนัง การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เชิงรุกจะดำเนินการเฉพาะในกรณีบางพื้นที่ที่มีผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้นซึ่งเป็นบทบาทของระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามระบบหลักประกันสุขภาพ และที่สำคัญปัจจุบันมียาที่มีประสิทธิภาพสามารถรักษาโรคเรื้อนให้หายขาดได้ทุกราย ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ามาอยู่ภายในนิคมโรคเรื้อนอีกต่อไป

สถาบันแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ นิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก และนิคมพุดหงจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นนิคมโรคเรื้อนที่เป็นสถานสงเคราะห์ เพื่อดูแล รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อน เริ่มมีการจัดตั้งเป็นสถานสงเคราะห์โรคเรื้อนเป็นครั้งแรกที่จังหวัดเชียงใหม่ใน พ.ศ.2450 นิคมโรคเรื้อนพบว่าตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความห่างไกลจากชุมชนทั่วไป โดยมีระยะทางอย่างน้อยเฉลี่ยประมาณ 20 กิโลเมตร มีการคมนาคมการสัญจรทางน้ำหรือทางเกวียนพื้นที่จะถูกปล่อยให้โดดเดี่ยวยากต่อการเข้าถึงและยากต่อการแพร่เชื้อโรค เป็นหลักการของการวางแผนเพื่อกันพื้นที่ระหว่างเขตชุมชนทั่วไปและเขตของนิคมโรคเรื้อน พบว่ามีพื้นที่ป่า หรือมีแม่น้ำ เป็นแนวกันชนเพื่อใช้เป็นเกาะในการป้องกันโรคเรื้อนระหว่างนิคมโรคเรื้อนและชุมชนโดยรอบ ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ได้รับเชื้อกับผู้คนปกติรอบๆนิคมโรคเรื้อนพบว่าการห้ามผู้ป่วยโรคเรื้อนออกนอกพื้นที่ หากพบว่ามีอาการลักลอบออกนอกพื้นที่ หรือมีการกระทำผิดจากกฎระเบียบจะถูกนำไปคุมขังในบริเวณบางส่วนของพื้นที่แยกกักที่เตรียมไว้ การกระทำผิดกฎระเบียบ อาทิเช่น การออกจากพื้นที่นิคมโรคเรื้อนเพื่อไปขอทานเป็นต้น กฎระเบียบดังกล่าวถือเป็นมาตรฐานของอาชีวอนามัยในการที่ปกป้องและควบคุมการแพร่โรคไปยังชุมชน และต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนเฉพาะในเขตนิคมโรคเรื้อนเท่านั้น เพื่อให้โรคระบาดบรรเทาจนสามารถควบคุมได้ในภายหลัง ความสำคัญของอาชีวอนามัยในการควบคุมโรคติดต่อคือไม่ให้คนส่วนใหญ่ติดเชื้อจากผู้ป่วย ทั้งนี้การควบคุมโรคเรื้อนนอกจากการมีนิคมโรคเรื้อนที่เป็นสถานที่กักกันตัวผู้ป่วยแล้วในอดีตยังพบว่ามีกิจกรรมเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่แฝงตัวอยู่ในกลุ่มคนปกติหรือในชุมชนทั่วไปด้วยทีมของหน่วยงานสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อการตัดวงจรการแพร่เชื้อให้เร็วที่สุด ซึ่งสอดคล้องตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ .ศ.2535 ที่เน้นการควบคุมกำกับดูแลประชาชนคือการดูแลสุขภาพ หรือสุขลักษณะของสถานที่ที่ใช้ดำเนินกิจกรรม และมาตรการป้องกัน อันตรายต่อสุขภาพ ความเสี่ยงกับการติดเชื้อของชุมชน^{7,8 9}

จากตัวอย่างของนิคมโรคเรื้อนที่กล่าวมาข้างต้นพบว่ามีพลวัตด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนา
ด้านอาชีวอนามัยของสมาชิกที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนทั้ง 3 นิคมดังกล่าว แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะการเรียนรู้ เป็นระยะเริ่มต้นของการอยู่อาศัยหรือการตั้งถิ่นฐานถือเป็นระยะที่มีความสำคัญมาก
ที่สุดในการจัดตั้งนิคมโรคเรื้อนเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนให้เป็นระบบครั้งแรกในประเทศไทย นิคมโรคเรื้อนซึ่งเป็น
สถานสงเคราะห์จะจัดสรรบ้านพักอาศัยสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย และที่ดินทำกินให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกคน จาก
การประเมินตามหลักอาชีวอนามัยตามเกณฑ์พบว่าสัญลักษณ์ของสถานที่สภาวะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของสถานที่
ในด้านการดูแลสุขภาพความสะอาดยังไม่มียระบบระเบียบที่ชัดเจน มีการอนุญาตให้ใช้พื้นที่ภายในนิคมโรคเรื้อนเพื่อ
ทำประโยชน์ แต่ละคนไม่ได้กำหนดจำนวนที่ดินในการทำกินต่อคนแล้วแต่ตามกำลังและตามความต้องการของ
ผู้ป่วยแต่ละคน มีการแบ่งเป็นโซนหรือตามลักษณะของการใช้ประโยชน์ในที่ดิน เช่นโซนทำนา โซนทำพืชผักสวน
ครัว⁸ บ้านพักอาศัยภายในนิคมโรคเรื้อนแบ่งตามทิศเช่นที่สถาบันแมคเคนบ้านที่อยู่อาศัย แบ่งเป็น บ้านเหนือ
บ้านใต้ มีพื้นที่ของการรักษาสถานพยาบาลที่กันเอาไว้อย่างชัดเจน และมีพื้นที่สำหรับประกอบกิจกรรมร่วมกัน
ซึ่งถือเป็นพลวัตของการพัฒนาที่ดีโดยมีการจัดระบบการบริหารจัดการจากผู้นำในชุมชนภายในนิคมโรคเรื้อนในแต่
ละแห่ง **ที่สถาบันแมคเคนพบว่าการสร้างอาคารต่างๆในรูปแบบสถาปัตยกรรมที่มีเอกลักษณ์ที่โดดเด่น และ
ถือเป็นสถานที่ตัวอย่างให้กับนิคมโรคเรื้อนแห่งอื่นๆในประเทศไทย (ดูรายละเอียดภาพประกอบที่ 1-2) ถือว่า
เป็นระยะของการเริ่มต้นของพลวัตการเรียนรู้จากต้นทุนเดิมที่มีในฐานะผู้รับการสงเคราะห์และพัฒนาให้เหมาะสม
กับความต้องการของตนเองและครอบครัว ภายใต้การบริหารจัดการร่วมกันของสมาชิกแบบมีส่วนร่วมของสมาชิก
ภายในนิคมโรคเรื้อน ตัวอย่างเช่นของการจัดสรรที่ดินทำกิน การบริหารจัดการระบบน้ำที่มีการขุดเจาะน้ำบาดาล
ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และใช้บ่อน้ำนี้เป็นพื้นที่พบปะกันของสมาชิกในนิคมโรคเรื้อน การมีข้อตกลง
ร่วมกันในการสร้างบ้านหันหน้าเข้าหากันเพื่อซึ่งเป็นเทคนิคเชิงกายภาพในการออกแบบที่อยู่อาศัยที่มีชานหรือ
ระเบียงบ้านหันหน้าเข้าหากันเพื่อความสะดวกในการดูแลเพื่อนบ้านหรือผู้ป่วยหลังอื่นๆ^{9,10} การพยายาม
พึ่งพาตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยการเพาะปลูกเพื่อการบริโภคและแบ่งปันกันเองภายในนิคมโรคเรื้อนเนื่องจาก
ในอดีตนั้นสังคมชุมชนภายนอกมีความรังเกียจสมาชิกภายในนิคมโรคเรื้อนสูงมาก การติดต่อกับชุมชนรอบข้าง
หรือซื้อขายไม่สามารถทำได้เนื่องจากการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างชัดเจน**



พื้นที่สถาบันแมคเคนเป็นพื้นที่เกาะกลางน้ำด้านซ้าย เป็นแม่น้ำปิงมีแม่น้ำล้อมรอบพื้นที่แยกตัวเป็นเอกเทศจากพื้นที่ชุมชน

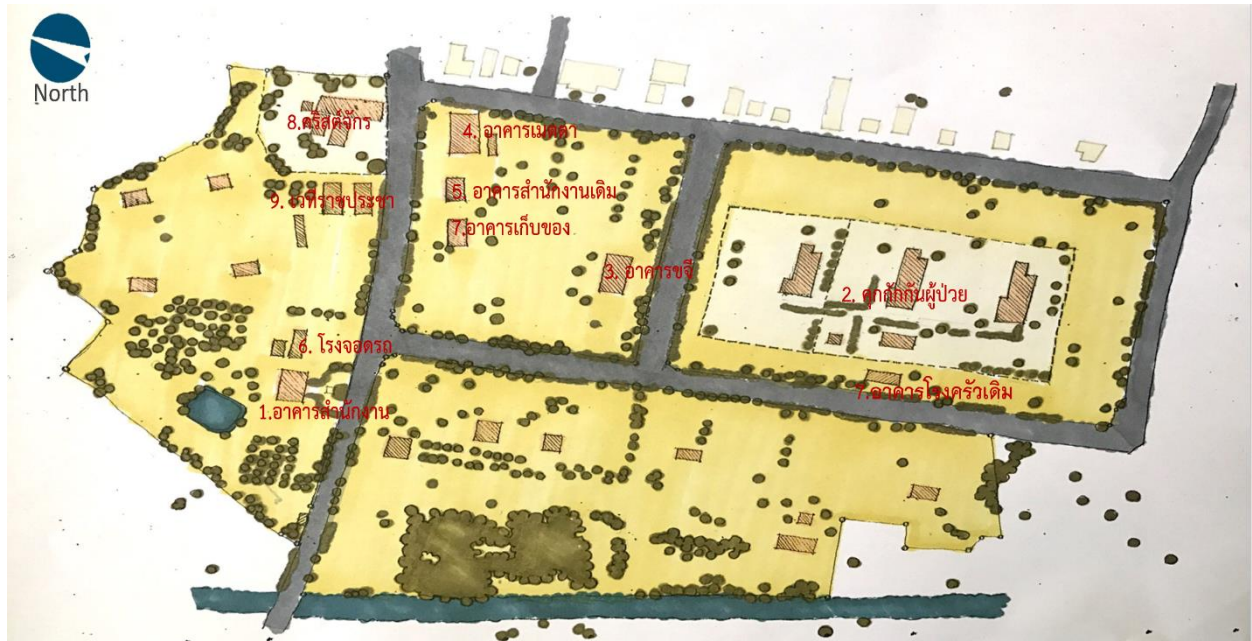
1. พื้นที่ชุมชนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม
2. มีทางเข้าทางเดียวเพื่อรักษาความปลอดภัยและการป้องกันการเข้าออกที่ไม่ได้ระบอบอนุญาต
3. พื้นที่สำนักงานส่วนหน้าของสถาบัน
4. พื้นที่ฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุปัจจุบันเป็นพื้นที่จัดหารายได้เพื่อบำรุงสถาบัน
5. พื้นที่ส่วนรักษาโรงพยาบาลแมคเคนเก่าและย่านกิจกรรมและอาคารอนุรักษ์

ภาพที่ 1 แสดงการแบ่ง Zoning การใช้ประโยชน์ที่ดินตามประเภทกิจกรรมแบบไม่รบกวนกัน
ที่มา : การทำแบบจำลองสามมิติของคณะสำรวจ สถาบันแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2557



ภาพที่ 2 รูปแบบงานสถาปัตยกรรมที่สร้างกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน และอาคารที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยที่
สถาบันแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่แบบดั้งเดิม
ที่มา : ภาพถ่ายการสำรวจพื้นที่สถาบันแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ ของคณะสำรวจ ปี 2557

(2) **ระยะการสร้างวิถี** เป็นพลวัตการพัฒนาต่อยอดจากระยะแรก เป็นการพัฒนาจากประสบการณ์ของการอยู่อาศัยในนิคมโรคเรื้อน ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีการปรับตัวเพื่อปรับสภาพแวดล้อมของตนให้สามารถดำรงอยู่ได้ตลอดทั้งชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการเป็นโรคเรื้อนนี้ไม่มีทางรักษาให้หายขาด เป็นโรคเรื้อนเรื้อรกรรมต้องยอมรับสภาพของตนเองในการเกิดมาเป็นโรคเรื้อน (ความเชื่อในขณะนั้น) จึงพัฒนาที่อยู่อาศัยและขยายต่อเติมบ้าน บางรายสร้างบ้านขึ้นมาใหม่เนื่องจากมีครอบครัวและมีทายาทเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่จะอยู่กินหรือแต่งงานกันเองระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยกัน พบว่ามีการพัฒนาอาชีพอาชีวนามัยที่ดีอย่างไม่รู้ตัวเป็นการพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการแบ่งพื้นที่และมีการสร้างรั้วเพื่อแสดงขอบเขตของแต่ละคน มีการสร้างส้วมภายในบริเวณบ้านเรือน การเดินทางเข้าออกนิคมโรคเรื้อนส่วนใหญ่เดินทางด้วยการเดินทางเกวียน และทางเรือ ไม่มีรถประจำทางเนื่องจากนิคมโรคเรื้อนมักตั้งอยู่ไกลจากชุมชน การก้าวข้ามอุปสรรคความรังเกียจจากผู้คนในสังคมภายนอก พบว่าสมาชิกภายในนิคมโรคเรื้อนเริ่มมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมสร้างสุขภาพจิตที่ดีและให้กำลังใจกันเองระหว่างผู้ป่วยด้วยกันภายในนิคมโรคเรื้อน พบว่ามีสถานที่หรืออาคารเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน และมีศาสนสถานหรือสำนักสงฆ์ภายในนิคมโรคเรื้อนเพื่อเป็นสถานที่สำหรับพบปะกันตามวาระสำคัญต่างๆ ซึ่งได้ตามมาตรฐานความจำเป็นขั้นพื้นฐานของการอยู่อาศัย มีการช่วยกันการก่อสร้างบ่อพักน้ำขนาดใหญ่ในการเก็บน้ำฝนไว้ใช้ในการอุปโภคบริโภคภายในนิคมโรคเรื้อน สมาชิกภายในนิคมโรคเรื้อนพบว่าเริ่มมีการจัดเวรยามในการรักษาความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ อัคคีภัย การมีเวรยามตรวจความสงบเรียบร้อย เช่นนิคมโรคเรื้อนบ้านกร่าง และนิคมโรคเรื้อนพุดหง รวมไปถึงการมีอาชีพอาชีวนามัยที่ดีเพื่อป้องกันบุคคลภายนอกหรือญาติของตนเองที่อยู่ภายนอกนิคมโรคเรื้อนไม่ให้เกิดการรับเชื้อหรือติดเชื้อจากผู้ป่วยภายในนิคมโรคเรื้อน มีระบบการป้องกันการปนเปื้อนในอาหารด้วยการเพาะปลูกพืชผักและเลี้ยงสัตว์เพื่อบริโภคกันเอง มีระบบการป้องกันผู้ป่วยภายในนิคมโรคเรื้อนไม่ให้พบปะกับบุคคลภายนอก ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาการติดเชื้อที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชนข้างเคียงและประชาชนทั่วไป โดยพบว่านิคมโรคเรื้อนจะไม่อนุญาตให้สมาชิกภายในนิคมออกไปภายนอกนิคมโดยเด็ดขาดหากมีการฝ่าฝืนก็จะได้รับโทษด้วยการถูกคุมขังในสถานกักกันหรือที่สมาชิกนิคมโรคเรื้อนเรียกว่า "คุก" ที่เป็นสิ่งก่อสร้างภายในนิคมโรคเรื้อน (ดูรายละเอียดภาพประกอบที่ 3)



ภาพที่ 3 แผนที่ของนิคมโรคเรื้อนบ้านกว้าง โดยมีพื้นที่อื่น ๆ ล้อมรอบพื้นที่กักกันหรือคุกในจังหวัดพิษณุโลก

ที่มา : ภาพสเก็ตลายเส้นผังชุมชนบ้านกว้างของคณะสำรวจ ปี 2558

ระยะการสร้างวิถีนี้พบว่าการปรับตัวด้านที่อยู่อาศัย การจัดการอาชีวอนามัย มีมาตรการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชนหากพบว่าการฝ่าฝืนจะมีบทลงโทษ มีกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในนิคมโรคเรื้อน มีการทำงานร่วมกันถือเป็นพลวัตการพัฒนาในการร่วมกันคิดร่วมกันทำเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวมพบว่าปัจจัยความสำเร็จที่เกิดขึ้นดังกล่าวมานี้เกิดจากการเห็นอกเห็นใจกันของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีสภาพปัญหาและข้อจำกัดที่คล้ายกัน ประกอบกับการทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา การเข้าช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การแบ่งปัน สิ่งเหล่านี้เป็นพลังที่สามารถผลักดันให้เกิดพลวัตและพัฒนาอาชีวอนามัยภายในนิคมโรคเรื้อนถือว่าเป็นระยะที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนภายในนิคมโรคเรื้อนสามารถปรับตัวให้มีชีวิตอยู่ภายในนิคมโรคเรื้อน การยอมรับข้อจำกัดที่มีของตนเองเช่นความพิการ การถูกสังคมรังเกียจ และเรียนรู้ที่จะอยู่ให้ได้อย่างปกติและมีความมั่นคง โดยส่วนใหญ่ไม่ต้องการกลับไปยังภูมิลำเนาเดิมของตนเองอีกต่อไป

(3) **ระยะการพัฒนาและประยุกต์** เป็นการพัฒนาพลวัตอาชีวอนามัยในพื้นที่นิคมโรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้นจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ในระยะที่ 3 พบว่าการพัฒนานี้จะสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินด้านมาตรการอื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 โดยการพิจารณาตามมาตรการควบคุมกำกับกิจกรรมซึ่งจะ

พิจารณาทั้งในระยะก่อนและหลังประกอบกิจกรรมว่าเป็นไปตามกรอบแนวคิดในการประเมินความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมกำกับกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพภายในนิคมโรครื้อน ในระยะนี้พบว่ามีการรักษาโรครื้อนที่มีประสิทธิภาพสามารถรักษาโรครื้อนให้หายขาดได้ ที่สำคัญผู้ป่วยโรครื้อนรายใหม่ที่สามารถรับยาและรักษาด้วยตนเองที่บ้านไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ามารับการสงเคราะห์ในนิคมโรครื้อน และประเทศไทยสามารถกำจัดโรครื้อนให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2537 ในขณะเดียวกันสมาชิกในนิคมโรครื้อนทั้งหมดก็หายขาดจากโรครื้อนแล้วแต่ไม่ต้องการกลับภูมิลำเนาเดิมของตนเอง เนื่องจากมีบ้านพักอาศัย มีที่ดินทำกิน มีไร่มีนาในการเลี้ยงชีพของตนเองและครอบครัว และมีความผูกพันกับนิคมโรครื้อน จึงเริ่มมีแนวคิดเรื่องการยกเลิกนิคมโรครื้อนหรือยกเลิกการเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐ ต้องการมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และต้องการความเท่าเทียมในสิทธิต่างๆจากรัฐเช่นเดียวกับประชาชนคนไทยทั่วไป สมาชิกภายในนิคมโรครื้อนจึงร่วมมือกับภาครัฐที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น ธนารักษ์ ระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สำนักงานเกษตร กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อเข้ามาพัฒนานิคมโรครื้อนเช่นเดียวกับชุมชนทั่วไป จนในที่สุดนิคมโรครื้อนก็ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม และประเมินผลกระทบจากการเป็นโรครื้อนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และมีประกาศยกเลิกการเป็นนิคมโรครื้อนในปี 2560 ทำให้นิคมโรครื้อนมีสภาพเป็นชุมชนทั่วไป ขึ้นอยู่กับองค์การปกครองท้องถิ่นในพื้นที่ ถึงแม้ว่าแต่ละนิคมโรครื้อนทั้ง 3 แห่งจะมีความแตกต่างโดดเด่นไม่เหมือนกันในทุกนิคมโรครื้อน ดังเช่นนิคมโรครื้อนพุดหง จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นนิคมโรครื้อนที่มีความอุดมสมบูรณ์ด้านทรัพยากร มีต้นทุนทางธรรมชาติ มีความสามัคคีของชุมชนในนิคมโรครื้อน ในชุมชนยังมีการการพัฒนาพื้นที่เพื่อการอนุรักษ์สภาพแวดล้อม และการอนุรักษ์อาคารสถานที่ต่างๆที่เคยมีกิจกรรมควบคุมโรครื้อนในอดีตเพื่อให้เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับคนรุ่นหลังต่อไป แม้ว่าจจะยกเลิกการเป็นนิคมโรครื้อนไปแล้วแต่สามารถพัฒนาเป็นสถานที่ท่องเที่ยวได้เนื่องจากมีความพร้อมดังกล่าวข้างต้น (ดูรายละเอียดภาพที่ 4) หรือกรณีในชุมชนบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก(นิคมโรครื้อนเดิม) องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมกับสมาชิกในชุมชนจัดทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อจัดทำพิพิธภัณฑ์แห่งการเรียนรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โดยมีแกนนำที่เป็นอดีตผู้ป่วยโรครื้อนเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนา นอกจากนี้บางนิคมโรครื้อนยังถูกพัฒนาเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ และพัฒนาเป็นสถาบันเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียงเช่น สถาบันแมคเคน จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากมีต้นทุนเดิมของนิคมโรครื้อนมีการอนุรักษ์อาคารเก่าที่สวยงามโดดเด่น มีการวางระบบแบ่งโซนของอาคารตามสภาพการใช้ประโยชน์ และมีสภาพแวดล้อมหรือภูมิสถาปัตยกรรมที่สวยงามติดกับแม่น้ำปิง ในจังหวัดเชียงใหม่

ในปัจจุบันพบว่าอดีตผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนทั้ง 3 แห่งมีความพร้อมที่จะให้บุคคลภายนอกได้เข้ามารับรู้เรื่องราวภายในนิคมโรคเรื้อน และเข้ามาเรียนรู้จากอดีตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความอดทนต่อข้อจำกัดต่างๆ ของร่างกาย การถูกสังคมประทุษร้ายมาจากการเป็นโรคเรื้อน และการต่อสู้เพื่อก้าวข้ามอุปสรรคต่างๆ จนเกิดเป็นความสำเร็จถือเป็น “สัญลักษณ์ของการต่อสู้กับโรคร้ายในอดีต” ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ชุมชนสังคมนอกข้างนิคมโรคเรื้อนมีความรู้มีความเข้าใจต่อโรคเรื้อนมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีและเห็นใจอดีตผู้ป่วยโรคเรื้อนมากขึ้น จนสามารถหลอมรวมเป็นชุมชนเดียวกันได้อย่างลงตัว ชุมชนมีความร่วมมือกันในการรักษาสภาพสิ่งแวดล้อมให้มีความสะอาดและถูกสุขอนามัยที่ได้มาตรฐาน จนเป็นที่ยอมรับและจะเป็นชุมชนตัวอย่างที่ดีให้กับชุมชนแห่งอื่นๆ ในประเทศไทยต่อไป



ภาพที่ 4 บรรยายในนิคมโรคเรื้อนพุดหง จังหวัดนครศรีธรรมราชที่มีความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติและทรัพยากรต้นทุนทางอาหาร

ที่มา : ภาพสเก็ตลายเส้นผังชุมชนพุดหงของคณะสำรวจ ปี 2558

สรุปการถอดบทเรียน

บทเรียนในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนในอดีตมีข้อจำกัดหลายประการในการพัฒนาที่อยู่อาศัย และความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านการสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่มีการพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองตามสัญชาตญาณเพื่อการอยู่รอด การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค

เรือนภายในนิคมโรคเรื้อน การพัฒนาอาชีพอนามัยจากภูมิปัญญา การเรียนรู้แนวความคิดการควบคุมโรคระบาดในอดีต จากนิคมโรคเรื้อน พบว่าทั้ง 3 ระยะของการพัฒนาภายในนิคมโรคเรื้อนคือ (1) ระยะการเรียนรู้ (2) ระยะการ สร้างวิถี และ(3) ระยะการพัฒนาและประยุกต์ ทุกระยะถูกพัฒนาจากสภาพของประสบการณ์ความกดดัน การ ลองผิดลองถูกถือเป็นแรงผลักดันที่ทำให้เกิดพลวัตการพัฒนาร่วมกันเพื่อทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นไปตาม รูปแบบของกรอบแนวความคิดการพัฒนาอาชีพอนามัย(ด้านกายภาพ) ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการควบคุมโรคและ ทฤษฎีของการพัฒนา 7 องค์ประกอบหลักของการพัฒนาพื้นฐานของมาตรฐานงานอาชีพอนามัยที่ดี⁷ อันได้แก่ สิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการ สภาพเศรษฐกิจ พลังงาน การดำรงชีพ การขนส่ง และเคลื่อนย้ายของ ประชากร ทั้งนี้หลักทั้ง 7 องค์ประกอบจะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้อยู่อาศัยภายในชุมชน บทเรียนการพัฒนาที่เป็นพลวัตของนิคมโรคเรื้อนในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางของการป้องกันควบคุมโรคในกรณีที่มี การระบาดของโรคติดต่ออื่นๆได้อย่างเหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์นั้นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ramasoota T. History of leprosy in Thailand. 1st ed. Samut Prakan: Master Key; 2016. p. 1-399.
(in Thai)
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี. 2563; 33-39
http://online.anyflip.com/naqyr/zhlt/mobile/index.html?fbclid=IwAR2LJhhdF_Bdy0Vm839G0OgjMX52wApdxo2BOqcEap_0ACTXtL0XHsoPLSI
3. โกเมศ อุรัตน. สิ้นสุดการแบ่งแยกด้วยการหลอมรวมนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนทั่วไป เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์มาสเตอร์ คีย์จำกัด; 2559: 59-61
4. Sirikwanchai S. Ecological Analysis to Determine Human Favorability: A Case Study of Koh Kret Community, Nonthaburi. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1998. (in Thai)
5. Nilpanit C. and Phongsathorn K. The participation of citizens in rural development. In the Teaching Document, General Knowledge for Village Sub-District Development, Unit 8. 3rd ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 1989. p. 1-131. (in Thai)
6. Bhumibol Adulyadej the Great, His Majesty. Occupational Safety, Health and Environment Act [Internet]. Thailand: Government gazette; 2011 [cited 2021 Jan 8]. 22 p. Available from: <http://www3.mol.go.th/sites/default/files/laws/th/safety-statute-2554.pdf>

7. Bureau of Occupational and Environmental Diseases Department of Disease Control. Manual for quality assessment in accordance with the standards for the provision of occupational health and environmental medicine services [Internet]. Thailand: The Agricultural Cooperative of Thailand Printing Press; 2017 [cited 2021 Jan 9]. 121 p. Available from: <http://203.157.123.7/pimpa/wp-.pdf>
8. Morrow, Baker H. A Dictionary of Landscape Architecture. Albuquerque. 1st ed. New Mexico: University of New Mexico Press; 1987.
9. Sasakawa Memorial Health Foundation. The 2nd International Workshop on the Preservation of Hansen's Disease/Leprosy History and Heritage. In: Yamaguchi K, Hoshino N, Tobiki A, editors. Sasakawa Memorial Health Foundation. The 2nd International Workshop on the Preservation of Hansen's Disease/Leprosy History and Heritage; 2014 October-November 31st- 1st; Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japan; 2015. p. 1-80.
10. World Health Organization. Leprosy disabilities: magnitude of the problem. Weekly Epidemiological Record [Internet]. 1995 [cited 2021 Jan 5]; 70(38): 269-275. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/229537?locale-attribute=en&>