

กรมควบคุมโรค

เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ



UNSEEN
กรมควบคุมโรค
เส้นทางประวัติศาสตร์
และความทรงจำ

UNSEEN กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ

ISBN 978-616-11-3007-7

ผู้เขียน ขวัญชาย คำรงค์ขวัญ
บรรณาธิการ สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ศิลปกรรม ณขวัญ ศรีอรุโณทัย

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2559

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด
 เลขที่ 202 ซอยเจริญกรุง 57 ถนนเจริญกรุง
 แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม 10120

จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค
 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ กรุงเทพฯ 11000
 โทร. 0-2590-3251-3
 เว็บไซต์ : irem.ddc.moph.go.th

ลิขสิทธิ์ของ สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

“ความในใจ”

ตั้งแต่ผมได้เข้ามาดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคเมื่อเดือนตุลาคม ปี ๒๕๕๘ ด้วยภารกิจของกรมควบคุมโรคที่มีอย่างกว้างขวาง ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่คุกคามสุขภาพ เหล้า บุหรี่ อุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ ซึ่งตอนที่ผมเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ก็ทราบระดับหนึ่งถึงภารกิจของกรมควบคุมโรคว่ามีจำนวนมาก แต่เมื่อได้มาอยู่จริง ก็ยังเข้าใจและเห็นใจบุคลากรของกรมควบคุมโรคที่ต้องปฏิบัติงานอย่างเข้มข้นตลอดเวลา ทั้งในยามปกติและยามที่เกิดโรคระบาด ยามสงบเราก็ทำงานอย่างเต็มที่ตามแผนการปฏิบัติงานที่วางไว้ แต่ในยามที่เกิดโรคระบาดพวกเรายังต้องทำงานหนักกว่าเดิมอีกหลายเท่า ยอมเหน็ดเหนื่อย เพื่อปกป้องให้ประชาชนปลอดภัย

ผมจึงตั้งใจว่าในเวลาที่ผมดำรงตำแหน่งนี้ ผมอยากจะเดินทางไปเยี่ยมเยียน เพื่อให้กำลังใจกับบุคลากรของกรมในทุกที่ทุกหน่วย โดยเฉพาะกับผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ซึ่งกระจายตัวอยู่ในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ได้แก่ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง หรือที่เราเรียกกันง่าย ๆ ว่า ศตม. ด้านควบคุมโรคติดต่อ ด้านบก ด้านเรือ ด้านอากาศยาน โรคเรื้อน ซึ่งทราบว่า มีหลายนิคมที่ได้กลายเป็นชุมชนปกติแล้ว รวมทั้งอีกหลายนิคมกำลังทยอยไปสู่ความเป็นชุมชนปกติเช่นกัน

การเดินทางของผมเพื่อตรวจเยี่ยมหรือความจริงเป็นการเยี่ยมเยียน ใต้ถามทุกข์สุข ต้องการให้ผมช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง ผมยังได้พบว่า ชาวกรมควบคุมโรคยังมีความมุ่งมั่น เข้มแข็งต่อภารกิจที่ได้รับมอบหมาย สอดคล้องกับปรัชญาในการทำงาน ที่ผมเคยมอบให้ไว้

“มีแผนงาน พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการในพื้นที่”
สิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้การสร้างระบบป้องกันควบคุมโรค/ภัยของประเทศ
และพื้นที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

นอกจากจะได้พบเห็นหน้าตาระหว่างกันแล้ว ผมยังพบว่า มีอาคาร
หลายแห่งที่เคยปฏิบัติงานมาในอดีต บัดนี้ถึงกาลแก่เวลาที่ต้องทำการ
รื้อถอน เพื่อสร้างอาคารหลังใหม่ เพราะนอกจากจะมีอายุการใช้งาน
มายาวนานแล้ว ปัจจุบันยังไม่สามารถรองรับภารกิจที่ขยายเพิ่มมากขึ้น
เช่น อาคารพัทยารักษ โรงพยาบาลบางรักและอาคารราชประชาสมาสัย
ซึ่งอาคารหลังนี้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้เสด็จทางชลมารค
ทรงเปิดอาคารราชประชาสมาสัย เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๐๓ ถือได้ว่า
เป็นอาคารที่มีคุณค่าทางประวัติศาสตร์อย่างยิ่ง แต่บัดนี้มีความชำรุด
ทรุดโทรมอย่างมาก การบูรณะทำได้ยาก อยู่ระหว่างการประชุมร่วมกัน
ของกระทรวงสาธารณสุขกับทางสำนักพระราชวัง

หลายอาคารที่ปฏิบัติงานอยู่ของกรมควบคุมโรคมีความเก่าแก่ทาง
สถาปัตยกรรม ซึ่งควรค่าแก่การดูแลเก็บรักษา เช่น อาคารสถานบำบัด
โรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยารามที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี แม้ว่าได้ผ่านการ
บูรณะมาบางส่วนก็ตาม ตัวอาคารยังคงคงงามใช้งานได้ดี ผมคิดว่าหาก
หน่วยงานใดที่ยังมีอาคารเก่าแก่แบบนี้ ควรอย่างยิ่งที่จะทำนุบำรุงให้
สามารถใช้ปฏิบัติงานได้

ก่อนที่จะมีการก่อตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๗
ตั้งแต่ครั้งสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ได้เคยเกิดโรคระบาดใหญ่หลายครั้ง
เช่น อหิวาตกโรค มาลาเรีย ไข้ทรพิษ ไข้เลือดออก คุดทะราด กาฬโรค
 ฯลฯ ทั้งอาคารและอุปกรณ์เครื่องใช้ทั้งหมดเหล่านี้ ได้ถูกนำมาใช้ปฏิบัติ
การอย่างต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้น ทั้งอาคาร วัสดุ อุปกรณ์ จึงแฝงด้วย
นัยยะทางประวัติศาสตร์เพื่อให้อนุชนรุ่นหลังได้ศึกษาค้นคว้า พัฒนาให้

ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

ความงามอย่างหนึ่งของชาวกรมควบคุมโรคที่ผมได้สัมผัสและเกิดความประทับใจ คือ การให้ความเคารพยกย่องผู้อาวุโส ยกย่องครูอาจารย์ อาจารย์สุชาติ เจตนเสน อาจารย์ธีระ รามสูต อาจารย์ธวัช จายนัยโยธิน อาจารย์ประยูร กุณาศล อาจารย์สุจิตรา นิมมานนิตย์ อาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ อาจารย์สมหวัง ด้านชัยจิตร รวมทั้งอาจารย์อีกหลายๆท่าน ท่านเหล่านี้ได้มีคุณูปการอย่างสูงต่องานป้องกันควบคุมโรคถึงแม้บางท่านจะไม่ได้สังกัดอยู่กรมควบคุมโรคหรือกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม ผลงานของทุกท่านเป็นที่ยอมรับ สร้างประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป ท่านได้ทุ่มเท เสียสละ เป็นแบบอย่างให้คนรุ่นหลังได้ยึดถือเดินตาม วัฒนธรรมที่ดงามแบบนี้ ผมอยากให้ดำรงคงอยู่กับกรมควบคุมโรคตลอดไป

และเพื่อที่จะให้เห็นความสำคัญของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในด้านหน้า ผมจึงมอบหมายให้สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค (ขณะนั้นคือสำนักจัดการความรู้) ให้ไปช่วยจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานเหล่านี้ พัทธาร์ักษ์ ศตม. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ นิคมโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางรัก สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามและสถานตรวจโรคปอดบางโคล่ แล้วมาทำเป็นงานเขียนเชิงประวัติศาสตร์ ถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้ทราบได้รับรู้ ผมถือว่าสิ่งที่ผมได้ไปพบเห็น พุดคุย เป็นเหมือน “Unseen กรมควบคุมโรค” เป็นสมบัติที่มีค่าของกรมควบคุมโรค ที่หลายคนหรือแม้แต่บุคลากรของกรมฯเองอาจยังไม่เคยรับรู้มาก่อน

ผมหวังว่าหนังสือ “Unseen กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์ และความทรงจำ” เล่มนี้ จะเป็นการเปิดประตูบานใหญ่อีกบานของกรมควบคุมโรค เพื่อเผยให้เห็นคุณค่า ความดีงามที่แอบแฝงอยู่ภายใน เห็นความเสียสละของคนรุ่นก่อนที่ส่งมอบสิ่งมีค่ามาให้กับคนรุ่นเรา เรามี่

หน้าที่ทำนุบำรุง ดูแลรักษาและส่งมอบต่อให้กับคนรุ่นต่อไป ต่อเนื่อง
ไม่สิ้นสุด เพื่อภารกิจที่สำคัญคือการป้องกันควบคุมโรคแก่ประชาชนไทย
ให้มีความปลอดภัยและสุขภาพดีตลอดไป



(นายแพทย์อานวย กาจិនะ)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙



คำนิยม

ผมได้อ่านต้นฉบับของหนังสือ “Unseen กรมควบคุมโรค” ที่สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรคได้ส่งไปให้ โดยอ่านอย่างเพลิดเพลินและมีความสุขมาก ซึ่งมีใช้เกิดจากการได้อ่านเรื่องราวของประวัติศาสตร์เกี่ยวกับโรคเรื้อนที่ผมมีส่วนเกี่ยวข้องและผูกพันมาตลอดระยะเวลา ๖๐ ปี ถึงปัจจุบัน นับแต่เริ่มขยายโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริจนประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสมดังพระราชปณิธาน

แต่เกิดจากความชื่นชมในความงดงามและคุณค่าอันโดดเด่นของหนังสือเล่มนี้ ที่ทีมงานผู้จัดทำได้สามารถคัดสรรและนำเสนอเรื่องราวย้อนยุคในอดีตกาลเชิงประวัติศาสตร์ของกรมควบคุมโรคที่ยัง Unseen ,Unnoticed และUnperceived มาถักทอร้อยเรียง และผสมผสานอย่างกลมกลืน ระหว่างหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่มีอยู่ อาจมีบางเรื่องที่มีได้ถูกบันทึกไว้หรือถูกมองข้ามไป เพื่อนำมาเปิดเผยและเติมเต็มจากการบอกเล่าประวัติศาสตร์ (History telling) ของผู้เล่าเรื่อง (teller) ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ในภาพรวม (Holistic Perception) ในเหตุการณ์เรื่องราวที่เป็นช่องว่างขาดหายไปในอดีตดังกล่าว เพื่อให้ผู้อ่านได้ข้อมูลและอรรถรสที่เป็นบริบท (Context) ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันมาเติมเต็มอย่างสมบูรณ์ และสามารถปลูกเร้ามนโสนสำนึก ให้เห็นคุณค่าเชิงประวัติศาสตร์อันงดงามและควรแก่ความทรงจำ

สิ่งที่น่าประทับใจเป็นพิเศษ คือ ความสามารถของทีมงานที่นำข้อมูลที่ถูกมองข้าม และมีได้ถูกบันทึกหลักฐานไว้ เป็นจุดชิ้นส่วนเล็กๆ กระจุกกระจายให้มาจิ๊กซอว์ต่อรวมกัน จนเป็นภาพประวัติศาสตร์ที่

สมบูรณ์ และมีคุณค่าแห่งการที่จะอนุรักษ์เป็นตำนาน หรือ preservation ประวัติศาสตร์ส่วนหนึ่งทั้งดงามและถูกคัดสรรมาร้อยเรียงไว้ในหนังสือเล่มนี้ ให้อุณนุชนรุ่นหลังได้เรียนรู้และประทับใจความทรงจำสืบต่อไป

ผมอาจต้องขออนุญาตให้มุมมองบางชิ้นส่วนของประวัติศาสตร์ของบางเรื่องบางเหตุการณ์ ที่ผมมีประสบการณ์และได้สัมผัสข้อมูล ซึ่งขาดหายไป จึงอยากมีส่วนร่วมในการเติมเต็มได้บ้าง อาทิในบทแรก "เรื่องราวบนเส้นทางก่อนจะเป็นกรมควบคุมโรค" นั้น ที่งานอาจมองข้ามเหตุการณ์สำคัญระยะเปลี่ยนผ่านของการเกิดกรมการแพทย์และอนามัยก่อนจะกำเนิดเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งมีหลายเหตุการณ์ที่มีความสำคัญซ่อนเร้นมิได้ถูกเปิดเผยอีกมาก และมีบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องและยังมีชีวิตอยู่ที่อาจเป็นผู้บอกเล่าได้

นอกจากนั้นในบทที่ใช้หัวข้อ “๕๔ ปี สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามกับการบำบัดโรคเรื้อนในเขตเมือง” ก็มีเรื่องราวสำคัญที่ Unseen และสมควรนำมาเสริมคุณค่า คือ ในปี ๒๕๐๕ ที่มีการจัดตั้งสถานบำบัดโรคผิวหนังแห่งนี้ ซึ่งหลังจากการได้รับพระราชทานมูลนิธิราชประชาสมาสัย และสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ เพียง ๒ ปีในช่วงเวลาดังกล่าว กองโรคเรื้อนอยู่ในสภาพอ่อนแอ โดยเฉพาะในด้านความรู้ความสามารถของแพทย์โรคเรื้อน และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยของสถาบันราชประชาสมาสัย แต่ด้วยพระเมตตาบารมีพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวผู้ทรงพระคุณอันประเสริฐ ทรงพระราชทานทรัพย์สินให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งนอกจากมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจากท่านผู้ใหญ่ที่มีชื่อเสียงและบารมีเป็นที่ยอมรับแล้ว ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ ซึ่งมีอาจารย์ผู้ใหญ่ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชและจุฬาลงกรณ์ ในขณะนั้นอาสาสมัครเข้ามาช่วยงานคณะกรรมการฝ่ายวิชาการ และ

งานวิชาการของกองโรคเรื้อนและสถาบันราชประชาสมาสัยอย่างเข้มแข็ง
เท่าที่ผมจำได้ อาทิ ศาสตราจารย์หลวงพิณพาทย์พิยาเกท คณะบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชเป็นประธาน และกรรมการส่วนใหญ่ เป็น
อาจารย์แพทย์ผู้ใหญ่วางวิชาการโรคผิวหนังของศิริราชและจุฬายา เช่น
ศ.นพ.ทองน่าน วิภาตะวานิช ศ.นพ.สุนิตย์ เจิมศิริวัฒน์ ศ.นพ.สอน เมต
ยวงศ์ ฯลฯ เป็นต้น ผู้ได้สร้างคุณูปการให้การอบรมเพิ่มศักยภาพแก่แพทย์
กองโรคเรื้อน และแพทย์ในศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. เพื่อร่วมพัฒนา
รูปแบบโครงการควบคุมโรคเรื้อนในกทม.เป็นครั้งแรก

นอกจากนั้นยังมี สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขนอีกแห่งหนึ่งของกอง
โรคเรื้อนที่อาจ unseen และมีประวัติยาวนานวิวัฒนาการมาจากสถานี
อนามัยชั้นหนึ่ง เป็นศูนย์การแพทย์อนามัย และสถานบำบัดโรคผิวหนัง
บางเขน ซึ่งมีแพทย์หญิงยุพิน เพชรานนท์ เป็นหัวหน้ามาตลอด ผู้สามารถ
หาเงินบำรุงมาสร้างอาคาร ๓ ชั้นหลังแรก ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
เขต ๑๓ กรุงเทพฯ (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองในปัจจุบัน)

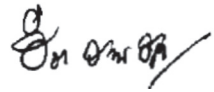
ในส่วนเรื่อง “เส้นทางของโรงพยาบาลบางรัก ๘๖ ปีของงานควบคุม
โรคในประเทศ” นั้น ผมก็อยากนำเรื่องราวที่เป็น unseen มาเสริมบางส่วน
ในช่วงปี ๒๕๕๓ ที่กองควบคุมกามโรค ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กองควบคุม
กามโรคและคุดทะราด” โดยมี นพ.บุญ สุวรรณศรี เป็นผู้อำนวยการ
คนแรกนั้น (เป็นอธิบดีกรมอนามัย ภายหลัง) ได้จัดตั้งโครงการควบคุม
คุดทะราด โดยมี นพ.สมบุญ วัชรไทย์ เป็นผู้อำนวยการโครงการฯ (ต่อ
มาได้เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อกันที่ ๓) ผู้ได้ผลักดันโครงการฯ จน
ประสบความสำเร็จสามารถกวาดล้างคุดทะราดหมดไปได้ (Eradication
of yaws) อันเป็นคุณูปการ ที่โดดเด่นควรแก่การจารึกไว้ในประวัติศาสตร์
ความสำเร็จการควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในรูปแบบโครงการชำนาญพิเศษ
เช่นเดียวกับโรคเรื้อน

ผมอาจขอให้มุมมองสุดท้ายในเรื่องการที่ทีมงานได้นำวิธีการเล่าเรื่องประวัติศาสตร์ (History telling) มาเสริมบูรณาการข้อมูลที่ un-seen จากหลักฐานของประวัติศาสตร์ที่มีอยู่และขาดหายไปให้สมบูรณ์ดี มาก แต่ผมอยากขออนุญาตแนะนำทีมงานจากการที่ผมได้เคยรับเลือกเป็นผู้เล่าเรื่องโรคเรื้อนด้วย ว่าการเล่าเรื่อง (Story telling) ตำนานเชิงประวัติศาสตร์ต่างๆในหนังสือเล่มนี้ โดยปล่อยให้ผู้เล่า เล่าเรื่องอย่างอิสระอันเปรียบเสมือนเส้นใยแห่งวรรณกรรม ที่ผู้จัดทำจะต้องนำมา สกัด วิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลสำคัญ เพื่อร้อยเรียงถักทอให้เป็นผ้าขาว หรือตำนานเชิงประวัติศาสตร์ที่สมบูรณ์ แต่จะเติมสีสันลงบนผ้าขาวให้ ดึงดงามและมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น อาจใช้การตั้งคำถามให้เล่าเรื่องเนื้อหา เพื่อเสริมในประเด็นที่ยังขาด หรือน่าสนใจ หรือใช้สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นเครื่องมือเข้ามาเสริมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ ละเอียตครบถ้วนสมบูรณ์ได้มากยิ่งขึ้น

โดยสรุปหนังสือ “Unseen กรมควบคุมโรคเส้นทางประวัติศาสตร์ แห่งความทรงจำ” นับเป็นผลงานการอนุรักษ์ประวัติศาสตร์กรมควบคุมโรคที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง ในวิวัฒนาการและความสำเร็จอันโดดเด่น หลายด้าน และเรื่องราวเหตุการณ์สำคัญๆ ที่ถูกมองข้ามหรือยังไม่เปิดเผยก็ได้รับการบอกเล่าจากผู้รู้มาเติมให้เต็ม ด้วยความสามารถในการ สกัดข้อมูลที่เป็น critical และ chronological events เชิงประวัติศาสตร์ ของกรมควบคุมโรค มาถักทอร้อยเรียงไว้อย่างดงามและสมบูรณ์ เพื่อ เป็นอนุสรณ์แห่งความทรงจำของผู้อ่านและชาวประชากรมควบคุมโรค จักได้ย้อนรำลึกในความยากลำบากและอดทนเสียสละบากบั่นของบรรพชนที่ได้บุกเบิกและสืบสานจนกรมควบคุมโรคของเราได้พัฒนาอย่าง สมบูรณ์มีมั่นคง และรักษาคุณค่า ความดีงาม รวมทั้งความภาคภูมิใจใน ผลงานและตำนานอันทรงคุณค่า และวัฒนธรรมองค์กรที่ดีงามที่บรรพ

จนได้สร้างไว้ให้ดำรงคงอยู่ต่อไปอย่างยั่งยืนนานต่อไป

ในโอกาสมงคลแห่งวาระครบรอบ ๔๒ ปี ของกรมควบคุมโรค ผมขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งปวงและพระบารมีแห่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ได้ประทานพรให้ท่านอธิบดีกรมควบคุมโรค และท่านผู้บริหาร รวมทั้งบุคลากรชาวประชาคมควบคุมโรคและครอบครัว จงเจริญด้วย จตุรพิธพรชัย มีพลังกายใจ และปัญญาที่เข้มแข็ง เพื่อสืบสานพัฒนากรมควบคุมโรคให้เจริญก้าวหน้าสู่ความเป็นเลิศต่อไปอย่างยั่งยืน



(ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต)

ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
และอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อที่ ๗ (ปี ๒๕๓๒-๒๕๓๔)

“บอกกล่าว”

หนังสือ “Unseen กรมควบคุมโรค...ประวัติศาสตร์และความทรงจำ” เป็นโจทย์ที่ท่านอธิบดี (นายแพทย์อำนาจ กาจันะ) มอบให้สถาบันวิจัยฯ ดำเนินการ สืบเนื่องจากเมื่อท่านมารับตำแหน่งอธิบดีกรมควบคุมโรคเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๘ ท่านได้เดินทางไปเยี่ยมทุกหน่วยงานในสังกัด กรมฯ เพื่อให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน พร้อมกับรับฟังปัญหาที่แต่ละหน่วยงานเผชิญอยู่ โดยเฉพาะหน่วยงานในระดับพื้นที่ที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ เช่น ด้านควบคุมโรคติดต่อ ศูนย์โรคติดต่อฯ โดยแมลง นิคมโรคเรื้อรัง ฯลฯ ท่านได้เห็นเรื่องราวทางประวัติศาสตร์ที่อยู่คู่มากับหน่วยงาน เห็นอาคารที่ต้องถูกทุบทิ้ง เพื่อเตรียมการก่อสร้างอาคารใหม่ของศูนย์พิทักษ์รักษาและโรงพยาบาลบางรัก

จึงเป็นโจทย์ที่ท่านอธิบดี (นายแพทย์อำนาจ กาจันะ) มอบให้สถาบันวิจัยฯ ดำเนินการ เก็บภาพอาคารเก่าที่จะสูญสลายไป พร้อมบันทึกเรื่องราว ซึ่งหมายรวมถึงเรื่องราวของหน่วยงานระดับพื้นที่ที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ เพื่อเป็นเสมือนการให้กำลังใจจากผู้บริหาร ที่มองเห็นคุณค่าของเรื่องราวและผู้คนที่ปฏิบัติงานอยู่ภายใน เพื่อเก็บไว้ให้คนรุ่นหลังได้รับรู้ รับประทาน

สถาบันวิจัยฯ เห็นว่าควรที่จะได้เขียนถึงหน่วยงานเหล่านั้นในลักษณะบทความที่บอกเล่าที่มาของประวัติศาสตร์หน่วยงาน แต่ไม่ต้องการให้เป็นเนื้อหาทางวิชาการด้านประวัติศาสตร์มากเกินไป เป็นการ “เล่าประวัติศาสตร์ในรูปแบบใหม่” โดยยังคงแฝงข้อมูลทางประวัติศาสตร์อยู่ (บ้าง) หนังสือเล่มนี้ต้องการให้ “คนรุ่นใหม่” อยากรู้ประวัติศาสตร์ของหน่วยงานตนเองในปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการเผยแพร่

ให้คนนอกได้ทราบเรื่องราวเหล่านี้ในวงกว้างมากขึ้น สถาบันวิจัยจึงต้องหานักเขียนเพื่อให้มาถ่ายทอดเรื่องราวเหล่านี้ โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลที่เป็นเอกสาร(จำนวนหนึ่ง) และลงไปพื้นที่จริงเพื่อพูดคุยกับคนที่ปฏิบัติงานจริง(อยู่หน้างาน) ของแต่ละเรื่อง เพื่อบอกเล่าข้อมูล สะท้อนความรู้สึก บทความนี้มิใช่การศึกษาวิจัยด้านประวัติศาสตร์ ที่จำเป็นต้องมีจำนวนคนให้ข้อมูลหรือถูกสัมภาษณ์ในจำนวนที่ต้องเป็นตัวแทน (Representative) เพื่อยืนยันความถูกต้องตามหลักการวิจัย ประกอบกับระยะเวลาในการทำงานมีความจำกัด จึงต้องเลือกทั้งหน่วยงานและผู้คนที่ลงไปพูดคุย รวมทั้งวิธีการอ้างอิงถึงข้อมูลที่น่ามาใช้ ก็ไม่ได้ใช้เต็มรูปแบบเชิงวิชาการ และมีจำนวนมากกว่าที่ระบุไว้ท้ายบทความ อย่างไรก็ตามบทความที่ปรากฏในหนังสือเล่มนี้ก็สามารถอ้างอิงได้ ด้วยจากวิธีการค้นคว้าศึกษาข้อมูล ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

สถาบันวิจัยฯขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงกับ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๒-๒๕๓๔) ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งท่านได้กรุณาที่มงานในหลายเรื่อง นอกจากให้สัมภาษณ์แล้ว ท่านยังกรุณาเขียน “คำนิยม” ให้อีกด้วย

หนังสือ“Unseen กรมควบคุมโรค...ประวัติศาสตร์และความทรงจำ” เป็นตัวอย่างของการนำประวัติศาสตร์มาบอกเล่า เพื่อเผยแพร่ให้ผู้คนได้รับรู้ เป็นการ“โหมโรง” ก่อนจะถึงวาระสำคัญที่จะมาถึงในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ คือ “วาระครบ ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทย” ซึ่งทุกหน่วยงาน ทุกองคาพยพในงานสาธารณสุขของประเทศไทย จะได้ร่วมเฉลิมฉลองในวาระสำคัญ เพื่อบอกกล่าวสู่สาธารณชนว่า ในรอบ ๑๐๐ ปีที่ผ่านมา งานสาธารณสุขไทยได้สร้างสรรค์อะไรให้กับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยบ้าง วิวัฒนาการ วิกฤตบนเส้นทางที่ผ่านมาคืออะไร เราผ่านสถานการณ์

นั้นมาได้อย่างไร และที่สำคัญมากกว่าคือ... อนาคตเราจะไปสู่ทิศทางใด
สถาบันวิจัยฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือ “Unseen กรมควบคุม
โรค...ประวัติศาสตร์และความทรงจำ” เล่มนี้ จะเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือใน
การถ่ายทอดเรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์ที่ “คนรุ่นก่อน”อยากบอก และ“คน
รุ่นใหม่”อยากอ่าน เป็นการเชื่อมร้อยให้เส้นทางของคน ๒ รุ่นมาบรรจบ
กัน แต่หากมีความผิดพลาด ความไม่สมบูรณ์ประการใดที่เกิดขึ้นด้วย
ข้อจำกัดต่าง ๆหรือสาเหตุใดก็ตาม สถาบันวิจัยฯขออภัยในความผิด
พลาดนั้นแต่เพียงผู้เดียว

ด้วยจิตคารวะ

สถาบันวิจัย จัดการความรู้
และมาตรฐานการควบคุมโรค
เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๙

สารบัญ

เรื่องราวบนเส้นทาง... ๑๘
ก่อนจะเป็นกรมควบคุมโรค

จากเกาะไผ่ สู่กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ ๒๓
๑๑๘ ปีของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

สำนักคนเป็นโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน ๔๕
สู่การเป็นชุมชนปกติ
๕๓ ปีการจัดโรคเรื้อนในสังคมไทย

เส้นทางของโรงพยาบาลบางรัก... ๖๙
๘๖ ปีของงานควบคุมกามโรคในประเทศไทย

เส้นทาง ๘๔ ปี จากหน่วยควบคุมไข้จับสั่น... สู่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง	๘๙
จากสถานตรวจโรคปอดยศเส...มาสู่บางโคล่ ๖๗ ปีกับงานวัณโรคในประเทศไทย	๑๑๑
๕๔ ปี สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม กับการบำบัดโรคเรื้อนในเขตเมือง	๑๓๕
๓๗ ปี ศูนย์พัทธยาภิบาล...สู่การบริการด้วยหัวใจ	๑๔๙

เรื่องราวบนเส้นทาง... ก่อนจะเป็นกรมควบคุมโรค

“กรมควบคุมโรค” กระทรวงสาธารณสุข ถือกำเนิดขึ้นจากพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๕ ที่ปรับปรุงให้ส่วนราชการที่มีความเกี่ยวข้องสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งหากนับจุดเริ่มต้นจากวันก่อตั้ง หน่วยงานแห่งนี้ถือว่ามีอายุไม่มากนัก

แต่เมื่อย้อนกลับไปในอดีต ภายใต้ชื่อเรียกหลากหลายและบทบาทที่ปรับตัวไปตามบริบทของยุคสมัย ต้องถือว่างานควบคุมโรคติดต่อของประเทศไทยมีความเป็นมาที่ยาวนาน และเต็มไปด้วยเรื่องราวมากมาย

ในสมัยรัชกาลที่ ๕ ได้มีการก่อตั้ง **“กรมพยาบาล”** เมื่อ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ.๒๔๓๑ ซึ่งนับเป็นหน่วยงานแรกของการสาธารณสุขไทย มีหน้าที่ป้องกันโรคระบาดและปลูกฝีป้องกันโรคไข้ทรพิษ ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ ๖

ได้มีการก่อตั้ง **“กรมสาธารณสุข”** เมื่อ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๔๖๑ เพื่อรวมงานด้านการแพทย์และการสุขาภิบาลเข้าด้วยกัน โดยมีกรมพระยาชัยนาทนเรนทรเป็นอธิบดีคนแรก หลังเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นประชาธิปไตย เมื่อ พ.ศ.๒๔๗๕ ได้เกิดการปรับปรุงส่วนราชการหลายครั้ง จนกระทั่ง ๑๐ มีนาคม พ.ศ.๒๔๘๕ มีประกาศพระราชกฤษฎีกาสถาปนากกรมสาธารณสุขให้เป็น **“กระทรวงสาธารณสุข”** ก่อนจะเปลี่ยนชื่อเป็น **“กระทรวงสาธารณสุข”** ใน พ.ศ.๒๔๙๕

ในช่วงแรก งานควบคุมโรคติดต่อยังสังกัดอยู่ใน **“กรมอนามัย”** เช่น โรคเรื้อน โรคพยาธิ โรคโปลิโอ วัคซิ่งใช้ทรพิษ กามโรค มาลาเรีย ฯลฯ จนกระทั่ง ๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๑๗ ได้มีประกาศกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๑๗ เกิดเป็น **“กรมควบคุมโรคติดต่อ”** อันเป็นรากฐานของ **“กรมควบคุมโรค”** ในปัจจุบัน โดยนอกจากบทบาทป้องกันและควบคุมโรคติดต่อต่างๆ แล้ว ได้มีการเพิ่มงานโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่คุกคามสุขภาพ เหล้า บุหรี่ อุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ เข้ามาเป็นภารกิจของหน่วยงานอีกด้วย

งานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในยุคแรกๆ เป็นรูปแบบเฉพาะรายโรค (Vertical Program) มีหน่วยให้บริการตรวจรักษาพร้อมอยู่ด้วย เช่น หน่วยมาลาเรียคลินิก นิคมโรคเรื้อน โรงพยาบาลบางรัก สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ ฯลฯ โดยมักได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานในต่างประเทศ ทั้งในด้านงบประมาณ องค์ความรู้ และบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

ในอดีตที่ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขยังมีอย่างจำกัด การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่คือการเติมพื้นที่ชีวิตของผู้คน ยิ่งเมื่อโรคติดต่อ

ต่าง ๆ คือภัยร้ายที่แพร่กระจายอย่างรุนแรงและรวดเร็ว สร้างความสูญเสียต่อชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก บทบาทป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทุกปฏิบัติการต้องอาศัยความเชี่ยวชาญและความ เป็นมืออาชีพ ทั้งรักษาโรคติดต่อในระดับบุคคล และควบคุมการ ระบาดในระดับประเทศ

การสถาปนา **“กรมควบคุมโรค”** ทำให้มีการปรับบทบาทมาสู่การ เป็น **“กรมวิชาการ”** ทำหน้าที่พัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่าง ๆ เพื่อ ปรับรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น ส่วนงาน บริการรักษาพยาบาลได้โอนให้กับโรงพยาบาลในกำกับของสำนักปลัด ได้แก่ การรักษาวัณโรค กามโรค ส่วนงานโรคติดต่อ นำโดยแมลงพื้นฐาน (การเฝ้าระวังโรคและการฉีดพ่นยากำจัดยุง) ได้โอนให้หน่วยงานปกครอง ส่วนท้องถิ่น โดยหน่วยงานบางแห่งที่ยังมีบริการรักษาพยาบาล ได้มีการ เปลี่ยนแปลงทั้งในตัวอาคาร และภารกิจที่ขยายให้ครอบคลุมสอดคล้อง กับยุคสมัย เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลบางรัก สู่อาคารขนาด ๑๗ ชั้น ในนาม **“ศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก”** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ ตรวจรักษา และงานบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เป็นไปตามกลไกของธรรมชาติ ที่การเกิดขึ้นของสิ่งหนึ่ง อาจ หมายถึงการหายไปของสิ่งหนึ่ง และเมื่อเวลาผ่านไป เรื่องบางเรื่องจะ ค่อย ๆ ลบเลือนไปตามกาลเวลา และอาจหายไปจากการรับรู้ของผู้คน

“Unseen กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ” คือความพยายามในการสืบค้น ทบทวน และบันทึก เส้นทางจากอดีต...สู่ปัจจุบันของกรมควบคุมโรค เส้นทางของบทบาท หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้คน เพื่อให้เรื่องราวเหล่านั้นกลับมาจับต้องได้ และไม่หายไปจากการรับรู้ของผู้คน

ตั้งแต่การเกิดขึ้นของเกาะไผ่-ด่านกักโรคที่พัฒนามาเป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทั้งทางบก น้ำ และอากาศ, การรักษาโรคเรื้อนโดยการแยกกักไว้ที่นิคมโรคเรื้อน สู่การสลายนิคมโรคเรื้อนเพื่อไปเป็นชุมชนปกติ, โรงพยาบาลบางรัก ซึ่งที่ตั้งตั้งเดิมต้องได้รับผลกระทบจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ อย่างากหลีกเลี่ยง, หน่วยควบคุมไข้จับสัน จากงานมาลาเรียที่ขยายบทบาทมาเป็นสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ ที่ทั้งตรวจรักษาและสร้างโมเดลในการดูแลรักษาคนไข้ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข, สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม กับบทบาทการบำบัดโรคเรื้อนในเขตเมือง, และศูนย์พิทักษ์รักษ์ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งพนักงานบริการและคนทั่วไปในเมืองพัทยา

การนำเรื่องราวเหล่านั้นมาให้อ่านได้รับรู้ ชาวกรมควบคุมโรคเองจะได้รู้จักตัวเองมากขึ้น เพื่อเข้าใจความเป็นมา และเห็นความสำคัญของบทบาทงานที่ทำอยู่ ส่วนบุคคลทั่วไป ถือเป็นกาได้รู้จักเหตุการณ์ต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลาของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในประเทศไทย และเนื้อหาในหนังสือนี้ ยังเป็นการบันทึกเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

จากเกาะไผ่ สู่กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ ๑๑๘ ปีของด้านควบคุม โรคติดต่อระหว่างประเทศ

“ครั้นเมื่อถึงเดือนเจ็ดข้างขึ้น เกิดไข้ป่วงมาแต่ทะเล ใช้นั้นเกิดมาแต่เกาะหมาก่อนแล้วข้ามมาหัวเมืองตะวันตก เดินขึ้นมาถึงปากน้ำเจ้าพระยา ชาวเมืองสมุทรปราการตายลงเป็นอันมาก ก็พากันอพยพขึ้นมากรุงเทพมหานครบ้าง แยกย้ายไปตามทิศต่างๆ บ้าง ที่กรุงเทพก็เป็นขึ้นเมื่อ วันขึ้น ๖ ค่ำ เดือน ๗ ไปจนถึงวันเพ็ญ ตายทั้งหญิงทั้งชาย ศพที่ป่าช้าแลศาลาดินในวัดสระเกษ วัดบางลำพู วัดบพิตรพิมุข วัดปฐมคงคา และวัดอื่นๆ กายกันเหมือนกองฟืน ที่เผาเสียก็มากกว่ามาก แลที่ลอยในแม่น้ำลำคลองเกลื่อนกลาดไปทุกแห่ง จนพระสงฆ์หนีออกจากวัด คุฤหัสถ์ก็หนีออกจากบ้าน เป็นที่น้ำเอ่อจอนาถ ถนนหนทางไม่มีคนเดิน ตลาดก็ไม่มีผู้คนมาซื้อขายกัน ต่างคนต่างกินแต่ปลาแห้งกับพริกกับเกลือเท่านั้น น้ำในแม่น้ำก็กินไม่ได้ อาเกียรณ์ไปด้วยซากศพ”

เป็นข้อความจากพงศาวดารสมัยรัชการที่ ๒ ที่กล่าวถึงการระบาดของ “อหิวาตกโรค” (สมัยนั้นบ้างเรียกโรคป่วง บ้างเรียกโรคลงราก) เมื่อ พ.ศ.๒๓๖๓ ที่ทั้งรุนแรงและลูกกลมจนคร่าชีวิตผู้คนอย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เหตุการณ์ครั้งนั้น มีผู้เสียชีวิตทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองใกล้เคียง มากถึงราวสามหมื่นคน

พงศาวดารยังบันทึกด้วยว่า “ผู้คนสมัยนั้นยังโง่เขลาไม่รู้อะไรหลายสิ่งหลายอย่าง พุดซุบซิบนินทากันว่า เพราะไปเอาศึลาก่อนใหญ่ๆ ในทะเลมาก่อเขาในพระราชวัง เจ้าโกรธผีโกรธ จึงบันดาลให้เป็นไข้”

พ.ศ.๒๓๙๒ ช่วงปลายรัชกาลที่ ๓ อหิวาตกโรคระบาดขึ้นที่กรุงเทพฯ ช่วงเวลาราวหนึ่งเดือน หนังสือพิมพ์ข่าวภาษาอังกฤษได้รายงานว่ามี การนำผู้เสียชีวิตไปที่วัดสระเกษ ๒,๗๖๕ ศพ วัดดินเลน (วัดปิตุรพิมุข ในปัจจุบัน) ๑,๔๘๑ ศพ และวัดบางลำพู (วัดสังเวช) ๑,๒๑๓ ศพ รวมแล้วมีผู้เสียชีวิตกว่าห้าพันคน จนกระทั่ง พ.ศ.๒๔๑๖ ช่วงต้นรัชกาลที่ ๕ อหิวาตกโรคได้กลับมาระบาดอีกครั้ง และเวลาเพียงเดือนเศษ หนังสือพิมพ์ข่าวภาษาอังกฤษได้รายงานตัวเลขผู้เสียชีวิตทั้งฝั่งตะวันออก และตะวันตกมากถึง ๖,๖๖๐ คน

ว่ากันว่าเหตุการณ์เหล่านั้น นอกจากเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่การรักษาโรคผ่านวิชาการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่ลงหลักปักฐานอย่างมั่นคง และความรู้ว่าด้วยสุขอนามัยยังไม่แพร่หลาย อีกประการหนึ่งที่เป็นต้นทางของ “อหิวาตกโรค” ก็คือ กฎเกณฑ์ในการสัญจรข้ามประเทศที่ยังหละหลวม จนใครต่อใครสามารถผ่านเข้าออกได้อย่างง่ายดาย ซึ่งทำให้มีชาวต่างประเทศพาโรคติดต่อเข้ามาโดยไม่รู้ตัว

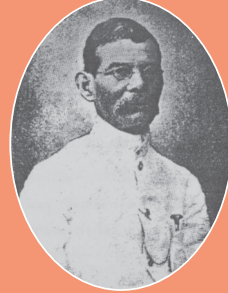
เวลาต่อมา พ.ศ.๒๔๓๗ เกิดการระบาดของ “กาฬโรค” ตามเมืองท่าของประเทศจีนและเกาะฮ่องกง เส้นทางการระบาดเคลื่อนตัวไปยังอินเดีย แอฟริกา รัสเซีย ยุโรป สิงคโปร์ ไทย และออสเตรเลีย ซึ่งวิธีการที่ตรง

ไปตรงมาที่สุดในการป้องกันกาฬโรคระบาดเข้าสู่กรุงเทพฯ คือการบังคับให้เรือที่มาจากดินแดนเกิดกาฬโรคและใกล้เคียง ต้องจอดให้เจ้าหน้าที่ตรวจโรคทุกคนบนเรือเสียก่อน

รัฐบาลจึงตั้งด่านตรวจโรคขึ้นที่ “เกาะไผ่” (ปัจจุบันอยู่ห่างจากเมืองพัทยาราว ๘ กิโลเมตร) โดยมีพระบำบัตสรพรโรค หรือ หมออะดัมสัน (คนไทยเรียก หมอล้ำสัน) เป็นนายแพทย์ประจำด่าน และออกประกาศจัดการป้องกันกาฬโรคลงวันที่ ๗ เมษายน พ.ศ.๒๔๔๑

สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ การบังคับเรือที่มาจากเกาะฮ่องกงให้จอดที่เกาะไผ่จนกว่าจะครบ ๙ วัน ต่อเมื่อมีการตรวจโรคทุกคนและออกไปรับรองว่าไม่มีใครเป็นกาฬโรค จึงจะอนุญาตให้เดินทางเข้ามากรุงเทพฯ และบังคับให้เรือจากเมืองท่าในประเทศจีนต้องจอดเพื่อตรวจโรคทุกคนบนเรือก่อน โดยที่กรณีหลังจะไม่มีกักเรือไว้

ด่านตรวจโรคที่ “เกาะไผ่” ดำเนินงานไป ๒ ปี ก็ย้ายมาตั้งที่ฝั่งตรงข้ามกับสถานศุลกากรเมืองสมุทรปราการ แล้วจึงย้ายไปตั้งที่ “เกาะพระ” อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี (ปัจจุบันเป็นหน่วยสงครามพิเศษทางเรือ ในความดูแลของฐานทัพเรือสัตหีบ) ด้วยเหตุผลเรื่องความคล่องตัวในการทำงาน โดยที่บทบาทขณะนั้น เป็นการตรวจเรือเฉพาะช่วงที่มีโรคระบาด



พระบำบัตสรพรโรค

หรือ หมอฮันส์ อะดัมสัน (Hans Adamson) เป็นลูกครึ่งเดนมาร์ก-มอญ เกิดเมื่อ พ.ศ.๒๔๐๐ ที่อำเภอพระประแดง สมุทรปราการ ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเจฟเฟอร์สัน สหรัฐอเมริกา ต่อมาได้เข้ารับราชการเป็นนายแพทย์ประจำด่านตรวจโรคที่เกาะไผ่ เมื่อ พ.ศ.๒๔๔๑ (เป็นครั้งแรกที่มีการป้องกันโรคติดต่อ-กาฬโรค จากต่างประเทศไม่ให้แพร่กระจายเข้าสู่ประเทศไทย) และถือว่าเขาเป็นแพทย์ประจำด่านตรวจโรคคนแรกในประเทศไทย

เกิดขึ้น และเลิกตรวจเมื่อเหตุการณ์สงบลง

“เกาะไผ่เป็นเกาะร้างเล็กๆ อยู่ที่อ่าวไทย ห่างออกไปจากฝั่งพอสมควร เราเลยกักเรือสินค้าไว้ตรงนั้นก่อน แล้วเนื่องจากกักหลายวัน น้ำจืดก็ไม่มี เลยต้องขึ้นไปเอาจากลำธารบนเกาะ รวมไปถึงหาผลหมากรากไม้ เสริ่งแล้วจะมีหน่วยจากฝั่งเข้าไปตรวจบนเรือ หมอลำสั้นและเจ้าหน้าที่ก็ไปตรวจว่ามีคนป่วยไหม มีหนูหรือเป่าล่า ความสะอาดเป็นยังไง ถ้ามีคนป่วยก็รักษาบนเรือถึงจะปล่อยเข้าเมือง

“ถามว่าทำไมถึงรู้ว่าเรือจากที่ไหน สมัยนั้นเรือจะมีธงประจำประเทศ พอเข้าน่านน้ำไทย ก็จะมีธงของเขากับธงของไทย ดูธงก็รู้ แล้ววิทยุบอกกัน ตอนนั้นไม่ได้กักทุกลำ สมัยนั้นมีกาฬโรคระบาดที่จีน เรือจีนเข้ามา ก็กัก หรือเรือที่มาจากแหล่งโรคระบาด เกาะไผ่ใช้อยู่ ๒ ปี ด้วยความที่อยู่ห่างจากฝั่งเยอะ ไม่ค่อยสะดวก เลยย้ายมาเกาะพระที่ใหญ่กว่า แล้วที่นั่นมีบ้านเรือนด้วย เป็นความสะดวกในการหาน้ำสะอาดมาใช้” **อัญชนา ประศาสน์วิทย์** ข้าราชการบำนาญ ของกลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป ให้ข้อมูล

กว่าที่การระบาดของ “กาฬโรค” ครั้งนั้นจะหมดไป ต้องผ่านเวลามาหลายสิบปี โดยพบผู้ป่วยรายสุดท้ายที่จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อ พ.ศ.๒๔๙๕ และจวบจนปัจจุบันก็ยังไม่พบอีกเลย

การเกิดขึ้นของ “เกาะไผ่” นับเป็นจุดกำเนิดของ **ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศแห่งแรกของประเทศไทย** ก่อนที่บทบาทของด่านฯ จะปรับตัวและเปลี่ยนแปลงอีกหลายครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละยุคสมัย ที่การสัญจรข้ามประเทศมีรูปแบบหลากหลายกว่าในอดีต

เส้นทางด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

พ.ศ.๒๔๖๘ อหิวาตกโรคได้ระบาดในท้องที่ป้อมปราบและปทุมวัน แพร่กระจายออกไปทั่วพระนครและธนบุรี และขยายวงออกไปเรื่อย ๆ ในท้องที่ ๕๒ จังหวัด นาน ๕ ปี โดยคาดว่าสาเหตุมาจากเรือที่เดินทางมาจากเมืองซัวเถาและเมืองไฮเค้า ประเทศจีน เพราะหลังจากถูกกักอยู่ เกาะพระทั้งหมด ๑๔๐ ลำ มีเรือลำหนึ่งเกิดมีอหิวาตกโรคระบาดอยู่บนเรือ และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด ๑๐ ราย แต่ระหว่างที่ถูกกักอยู่นั้น มีคนหลบหนีขึ้นฝั่งหลายคน เหตุการณ์ครั้งนั้น ส่งผลให้มีการฉีควัคซีนป้องกันโรค **อหิวาตกโรคเป็นครั้งแรกในปีนั้นอีกด้วย**

หลังจากใช้ “เกาะพระ” เป็นด่านกักตรวจโรคทางเรือมาระยะหนึ่งแล้ว เนื่องจากพื้นที่ไม่สะดวกต่อการกักคนเป็นระยะเวลานาน ทั้งขาดแคลนน้ำจืด อีกทั้งการลำเลียงอาหารก็ไม่สะดวก จึงได้ย้ายมาตั้งด่านกักตรวจโรคที่จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการกักตรวจ คือ เรือโดยสารที่มาต้องจอดให้พนักงานสาธารณสุขตรวจ ณ ที่ด่านตรวจโรคปากน้ำ หากปรากฏโรคติดต่ออันตราย (สมัยนั้นคืออหิวาตกโรคและไข้ทรพิษ) เรือต้องจอดที่ด่าน หรือไม่ก็มาจอดไว้ที่บริเวณบางคอกแหลมซึ่งจัดไว้ให้โดยเฉพาะ เจ้าหน้าที่จะนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลโรคติดต่อ ส่วนผู้โดยสารคนอื่นจะต้องรับการปลูกฝีหรือฉีควัคซีน

สมัยนั้นการตรวจโรคติดต่อทางเรือมีความสำคัญอย่างมาก เพราะเรือโดยสารขนาดใหญ่ที่บรรทุกผู้โดยสารนับพันคน ความแออัดของผู้คนบนเรือมักสร้างเชื้อโรค จนเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ไปจนถึงกลายเป็นโรคระบาด จนต้องมีผู้ป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก

จากการรายงานผลการตรวจของด่านกักโรคสมุทรปราการ ปรากฏว่ามีชาวจีนเดินทางเข้าประเทศเป็นจำนวนมาก และระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม พ.ศ.๒๔๘๙ ได้มีการกักเรือที่ล่องมาจากซัวเถาและเกาะฮ่องกงจำนวน ๓๓ ลำ ตรวจผู้โดยสารจำนวน ๖๕,๓๘๖ ราย พบเรือชื่อ ฮิรัม (Hiram) มีผู้ป่วยเป็นอหิวาตกโรค ๓ ราย เจ้าหน้าที่จึงนำผู้โดยสารทั้งหมดไปกักไว้ที่โกดังโรงสีห้วยหลี่ ตำบลบุคคโล

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกกฎข้อบังคับว่าด้วยการสุขาภิบาลระหว่างประเทศ เมื่อ พ.ศ.๒๔๙๔ เพื่อควบคุมวิธีการจัดการป้องกันโรคระบาดจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละประเทศดำเนินการให้รัดกุมในแบบเดียวกัน พร้อมกับอำนวยความสะดวกให้ผู้โดยสารด้วย

ยกตัวอย่างเช่น เมื่อเรือโดยสารเกิดมีโรคระบาดเกิดขึ้น หลังจากแยกผู้ป่วยออกมารักษา ดำเนินการปลุกผีหรือฉีดวัคซีนแก่ผู้โดยสารที่ไม่มีอาการ และทำลายเชื้อโรคบนเรือโดยสารเรียบร้อยแล้ว ก็ต้องปล่อยให้เรือเดินทางต่อไปได้ ไม่จำเป็นต้องกักเป็นเวลานานเช่นในอดีต หรือในกรณีเรือโดยสารมาจากเมืองท่าที่มีโรคระบาด แต่ผู้โดยสารไม่ปรากฏอาการใดๆ เมื่อมีใบสำคัญแสดงว่า ได้รับการปลุกผีหรือฉีดวัคซีนครบตามกำหนดแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องกักตัวไว้ รวมถึงไม่ต้องนำอุจจาระไปตรวจด้วย

ขณะที่การสัญจรทางอากาศ ชาวไทยมีโอกาสดูเห็นเครื่องบินเป็นครั้งแรก เมื่อ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๔๕๓ โดยชาวฝรั่งเศสเชื้อสายเบลเยียมชื่อ วันเดล เบอรั่น นำเครื่องบินแบบออร์วิล ไรท์ มาแสดงการบินให้ชมที่บริเวณสนามม้าสระปทุม (บริเวณราชกรีฑาสโมสรในปัจจุบัน) ก่อนวันที่ ๒๙ ธันวาคมในปีเดียวกัน กระทรวงกลาโหมได้จัดตั้ง **แผนกการบิน** ขึ้นในประเทศไทย อยู่ในบังคับบัญชาของจเรทหารช่าง นายพลโท พระเจ้า



ท่าอากาศยานดอนเมือง

บรมวงศ์เธอ กรมพระกำแพงเพชรอัครโยธิน

สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในครั้งนั้น คือ โรงเก็บเครื่องบินชั่วคราว และสนามบินแห่งแรกของประเทศไทย ณ บริเวณสนามม้าสระปทุม เรียกว่า **“สนามบินสระปทุมวัน”** ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นครั้งสำคัญต่อการสัญจรข้ามประเทศในบ้านเรา

เวลาต่อมา กระทรวงกลางโหมเห็นว่า สนามบินแห่งเดิมมีความคับแคบ เป็นที่ลุ่มต่ำ และฤดูฝนมีน้ำท่วม ซึ่งไม่เหมาะต่อการพัฒนาเป็นสนามบินขนาดใหญ่ในระยะยาว จึงมีคำสั่งให้ พันโทหลวงศักดิ์ศัลยาวิจิตรพิจารณาหาที่ตั้งแห่งใหม่ จนมาได้ที่บริเวณเหนือเขตบางเขน เป็นที่ดอน ซึ่งน้ำท่วมไม่ถึงทั้งปี ชื่อว่า **“ดอนเมือง”**

หลังจากก่อสร้างสนามบินและอาคารต่าง ๆ จนแล้วเสร็จ แผนกการบินจึงย้ายมาประจำการ เมื่อ ๒๗ มีนาคม พ.ศ.๒๔๕๗ พร้อมทั้งยกฐานะเป็น **กองบินทหารบก** ก่อนที่ใน พ.ศ. ๒๔๖๑ จะได้รับการยกฐานะเป็น **กรมอากาศยานทหารบก**

พ.ศ.๒๔๗๘ ได้มีการจัดตั้งบริษัทเดินอากาศไทยจำกัดมาให้บริการขนส่งทางอากาศแทน **กรมทหารอากาศ** (ชื่อเดิมคือ กรมอากาศยานทหารบก) และเมื่อกิจการการบินเจริญรุดหน้าเป็นอย่างมาก สองปีต่อมาจึงได้ยกฐานะเป็น **กองทัพอากาศ** และใน พ.ศ.๒๔๘๓ กองทัพอากาศได้จัดตั้ง **กองการบินพลเรือน** เพื่อทำหน้าที่ประสานงานกับการบินสากล

แม้บริษัทสายการบินเคแอลเอ็มจะเปิดเส้นทางบินจากยุโรปกับตะวันออกไกล โดยมีเส้นทางบิน คือ อัมสเตอร์ดัม-กรุงเทพฯ-จาการ์ตา มาตั้งแต่ พ.ศ.๒๔๗๒ แต่กว่าสนามบินดอนเมือง (ชื่อในขณะนั้น) จะดำเนินการการบินพาณิชย์ได้เต็มที่ ก็ต้องรอจนถึง พ.ศ.๒๔๘๐ เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการเดินอากาศฉบับที่ ๒ โดยกองทัพอากาศเป็นผู้ควบคุมกิจการ

ช่วงเวลานั้น การสัญจรโดยเครื่องบินที่มาทดแทนทางเรือ ทำให้ชาวต่างชาติจำนวนมากเดินทางเข้าเมืองไทยไม่ขาดสาย เป็นผลให้โรคติดต่อร้ายแรงต่าง ๆ เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬหลังแอ่น เกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ กระทรวงสาธารณสุขจึงส่งเจ้าหน้าที่มาอยู่ที่สนามบินดอนเมืองเป็นประจำ บทบาทดังกล่าวดำเนินอยู่เพียง ๒ ปี ก็มีอันต้องชะงักจากเหตุการณ์สงครามมหาเอเชียบูรพา

หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ยุติลงในเดือนเมษายน พ.ศ.๒๔๘๙ สนามบินดอนเมืองกลับมาดำเนินกิจการการบินพลเรือนอีกครั้ง การตรวจตราผู้โดยสารเพื่อป้องกันโรคติดต่อจากต่างประเทศก็เกิดขึ้นเช่นกัน แต่เนื่องจากขณะนั้นกฎหมายยังไม่ให้อำนาจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดการกับผู้โดยสารที่สงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย กฎหมายก็โรครักก็ยังไม่มีการทำงานจึงต้องอาศัยอำนาจแพทย์ตรวจคนเข้าเมืองดำเนินการห้ามผู้โดยสารที่เป็นโรคติดต่ออันตรายเข้ามาในราชอาณาจักร

พ.ศ.๒๔๙๑ กองทัพอากาศได้ยกฐานะ กองการบินพลเรือน ขึ้นเป็น

กรมการบินพลเรือน เพื่อทำหน้าที่ควบคุมกิจการของท่าอากาศยานดอนเมือง (ชื่อเรียกในสมัยนั้น) และได้มีการพัฒนาท่าอากาศยานครั้งใหญ่ ทั้งในส่วนทางวิ่ง ทางขับ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ สำหรับการบินพาณิชย์

พ.ศ.๒๔๙๕ กระทรวงคมนาคมได้ส่งสำเนาอนุสัญญาว่าด้วยสุขภาพิบาลระหว่างประเทศเพื่อการเดินอากาศกรุงเฮก ค.ศ.๑๙๓๘ (พ.ศ. ๒๔๘๑) ให้กระทรวงสาธารณสุขนำไปปฏิบัติ ผู้แทนนายแพทย์ประเมิน จันทวิมล หัวหน้ากองโรคติดต่อ ได้ชี้แจงในคณะกรรมการการบินพลเรือนว่า ทางกระทรวงสาธารณสุขไม่ขัดข้อง แต่สภาพการทำงานยังขาดความพร้อมหลายอย่าง เช่น ห้องตรวจโรคอย่างเป็นทางการเป็นสัดส่วน เมื่อผู้โดยสารต้องตรวจร่างกาย สถานพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย เครื่องไม้เครื่องมือต่างๆ และด่านกักโรค มติที่ประชุมครั้งนั้นให้ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขไปหารือกับนายแพทย์ใหญ่ทหารอากาศ

เวลาต่อมา กรมอนามัย ได้จัดตั้งแผนการอนามัยด่านและการกักโรค ขึ้นใน กองควบคุมโรคติดต่อ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออันตรายต่างๆ ซึ่งอาจแพร่เชื้อได้ง่ายจากการเดินทาง ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ โดยมีนายแพทย์ประจำทำงานหมุนเวียนกัน ๓ คน คือนายแพทย์ชั้น วนะภูติ นายแพทย์ถวัลย์ ฐ นคร และขุนเวช

พ.ศ.๒๔๙๗ ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีองค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (ICAO) มีผลให้เกิดพระราชบัญญัติเดินอากาศ พ.ศ. ๒๔๙๗ สำหรับใช้บังคับกิจการการบินพลเรือนตามแนวข้อตกลงขององค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ

พ.ศ.๒๔๙๘ ท่าอากาศยานดอนเมือง เปลี่ยนชื่อเป็น **ท่าอากาศยานกรุงเทพ** หรือ ทกท. (Bangkok Airport ต่อมาเปลี่ยนเป็น Bangkok International Airport) ต่อมาในวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๒๒ **การทำ**

อากาศยานแห่งประเทศไทย (ทอท.) ได้ถือกำเนิดขึ้น ทำให้ย้ายมาสังกัดกับ ทอท. แทน

การเติบโตของท่าอากาศยานแต่ละแห่งสามารถวัดได้จากอัตราการเจริญเติบโตของปริมาณผู้โดยสาร จำนวนการขึ้น-ลง และปริมาณการขนถ่ายสินค้าทางอากาศ ซึ่งท่าอากาศยานกรุงเทพนับเป็นท่าอากาศยานพาณิชย์สากลที่สำคัญมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากเป็นศูนย์กลางและเป็นจุดเชื่อมต่อของเส้นทางการบินพาณิชย์ระหว่างประเทศของภูมิภาคนี้ได้อย่างเหมาะสม

เมื่อมีการย้ายเที่ยวบินพาณิชย์ทั้งหมดไปสู่ **ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ** จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อวันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๔๙ เป็นเหตุให้การบริการสำหรับเที่ยวบินเพื่อการพาณิชย์ทั้งหมดหยุดตัวลงอย่างไคร้ดี เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๐ มติของคณะรัฐมนตรีในสมัยนั้น ได้มีความต้องการที่จะให้มีการเปิดบริการที่ท่าอากาศยานดอนเมืองอีกครั้ง เนื่องจากพบปัญหาหลายประการของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และเพื่อการขยายและพัฒนาประสิทธิภาพของดอนเมืองให้มีความคล่องตัวรองรับในระบบการอากาศยาน นอกเหนือจากการบินพาณิชย์แล้ว ทำให้มีการกลับมาเปิดให้บริการอีกรอบหนึ่งและกลับมาใช้ชื่อว่า **ท่าอากาศยานดอนเมือง** เช่นเดิม (Don Mueang International Airport) ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นต้นมา

พ.ศ.๒๕๐๐ กรมอนามัยฯได้ริเริ่ม โครงการต้านกักโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในแผนงานป้องกันและกำจัดโรคติดต่อสำคัญที่เป็นสาเหตุการตาย จุดมุ่งหมายของโครงการคือ ให้เจ้าหน้าที่ตรวจผู้โดยสารและยานพาหนะที่มาจากเมืองท่าที่มีการระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศ ไม่ให้นำโรคติดต่ออันตรายเข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยให้ดำเนินการต่อเนื่องทุก ๆ ปี มีการแบ่งหน่วยงานของ กองควบคุมโรคติดต่อ ขึ้นใหม่ ที่

เกี่ยวข้องกับกาการกักโรค คือ แผนกตรวจคนเข้าเมืองสาธารณสุขและดอนเมือง กับแผนกด่านกักโรคสมุทรปราการ จนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๐๔ กองควบคุมโรคติดต่อ ปรับส่วนราชการใหม่ แผนกตรวจคนเข้าเมืองสาธารณสุขและสถานการบินดอนเมือง กับแผนกด่านกักโรคสมุทรปราการ ยุบรวมเป็น แผนกค่ายกักโรค มีด่านกักโรคท่าเรือกรุงเทพ ด่านกักโรคท่าอากาศยานกรุงเทพ และด่านกักโรคส่วนภูมิภาคหลายด่านมาอยู่ในสังกัด

ช่วงเวลานั้น มีการประกาศประเทศเขตติดโรคอยู่แทบทุกเดือน เพราะเป็นวิธีเดียวที่จะให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการกักโรค โดยอาศัยพระราชบัญญัติคนเข้าเมืองเป็นเครื่องมือในการห้ามผู้ต้องสงสัยเข้าเมือง ถึงขนาดว่าโรคริดสีดวงตา ก็ร้ายแรงพอที่จะห้ามเข้าประเทศแล้ว รวมไปถึงโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้กาฬหลังแอ่น ต่อมาเพิ่ม ไข้กลับซ้ำ (Relapsing Fever) ไข้เหลือง โดยในช่วงนั้นบทบาทของเจ้าหน้าที่คือ การตรวจเอกสารรับรองการปลูกฝี ฉีดวัคซีนให้กับผู้โดยสารที่มาจากประเทศเขตติดโรค และคอยถอนประกาศประเทศเขตติดโรคออกเมื่อโรคระบาดสงบลง

พ.ศ.๒๕๑๒ ประเทศไทยได้รับรองและนำ**กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับแรก** มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของด่านกักโรค ซึ่งทำให้การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมีการทำงานที่เป็นระบบและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นไปปฏิบัติเกือบยี่สิบปี พ.ศ.๒๕๓๑ นายแพทย์ประชา ภูมิพาณิชย์ ได้แปลกฎอนามัยระหว่างประเทศเป็นภาษาไทย เนื่องจากเห็นว่าเจ้าหน้าที่**ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ** (เปลี่ยนชื่อมาจาก **ด่านกักโรค** เนื่องจากเห็นว่าบทบาทกักโรคมีน้อยลง) ทุกแห่งควรมีไว้ศึกษา และอ้างอิงควบคู่กับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๒๓

“เดิมทีแต่ละประเทศไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกัน พอมีโรคระบาดใหญ่ขึ้นมา เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค องค์การอนามัยโลกก็เรียกประเทศสมาชิกมาประชุม ลงมติ ออกมาตรการ เขียนสนธิสัญญาต่างๆ ผ่านไปสักพักถึงมี ฎุอาอนามัยระหว่างประเทศ เป็นกฎระเบียบว่าด้วยโรคติดต่ออันตราย แต่ละประเทศต้องจัดการยังไง รายงานยังไง เป็นมาตรฐานที่ไม่สะเปะสะปะ ทุกประเทศต้องยอมรับ ฉบับแรกก็เลยออกมา ปี ๑๙๖๙ (พ.ศ.๒๕๑๒)

“ช่วงแรกบ้านเรามีแต่ภาษาอังกฤษ คนที่เข้าใจก็เป็นแต่บรรดาหมอ หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้าด่าน หรือนักวิชาการที่อ่านภาษาอังกฤษได้ ฝ่ายปฏิบัติงานก็ไม่รู้ ผ่านไปนานหลายปี พอปี ๒๕๓๑ ถึงได้มีการแปล คราวนี้คนปฏิบัติงานก็รู้ว่าที่ปฏิบัติอยู่มีที่มาจากอะไร การทำงานก็มีมาตรฐานมากขึ้นไปอีก รวมไปถึงบางพื้นที่ใช้คู่มือมาเป็นแนวทางการทำงานด้านสุขาภิบาลด้วย”

ด้านท่าเรือเอกชน
จังหวัดระนอง
ที่ข้ามไปเกาะสตน
ภายในอาคารจะมี
ทุกหน่วยงานราชการ
เป็นแบบ one stop service



อัญชณา ประศาสน์วิทย์ ข้าราชการบำนาญ ของกลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป พุดถึงจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญต่อบทบาทของด่านควบคุมโรคติดต่อ

หลังจากมีการแปลกภูนามัยระหว่างประเทศออกมา ได้มีการผลิตเอกสารเพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาวิจัยงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารโรคติดต่อและวารสารการแพทย์อื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการประชุมวิชาการงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศประจำปีมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๓๔ นอกจากนี้ ยังมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องสุขภาพิบาลเรือบนเรือสินค้าที่เดินทางไปประเทศสิงคโปร์ และมีการพาเจ้าหน้าที่ด้านฯ ไปดูงานต่างประเทศอีกด้วย

การประชุมเชิงปฏิบัติการที่นับเป็นคุณูปการที่สุดก็คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการเฝ้าระวังกาฬโรค ณ ท่าขนส่งระหว่างประเทศ ในเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๓๗ เนื้อหาการอบรมว่าด้วยการดักหนู สางหมัด และการย้อมเชื้อดูเชื้อกาฬโรค

ไม่มีใครคาดคิดมาก่อนว่าอีก ๖ เดือนต่อมา การอบรมครั้งนั้นจะต้องนำมาใช้จัดการกับ “กาฬโรค” ที่ระบาดจากเมืองสุรัต แคว้นกัจจรัต ประเทศอินเดียใน ซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถดำเนินมาตรการป้องกันตามกฏอนามัยระหว่างประเทศได้อย่างรวดเร็ว และตรวจตราผู้ที่เดินทางมาจากประเทศอินเดียได้มีประสิทธิภาพ

เวลาผ่านไปเพียงปีเดียวเท่านั้น ก็มีข่าวไข้เลือดออกแอฟริกัน จากเชื้อไวรัสอีโบลา ระบาดที่ประเทศซาอ์ องค์กรอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้เสียชีวิตแล้ว ๕๙ คน ข่าวการแพร่ของเชื้อไวรัสตัวนี้ถูกเผยแพร่ไปทั่วโลกสร้างความหวาดกลัวให้ผู้คนเป็นอย่างมาก เพราะเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหาย เจ้าหน้าที่ประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศก็ไม่เคยได้ยิน

มาก่อน หลังจากใช้เวลา ๔ วันในการค้นคว้า ก็มีมาตรการสำหรับดำเนินการออกมา ตรวจตราผู้เดินทางมาจากประเทศซาอุดีอย่างเข้มข้น ถ้าผู้เดินทางมีไข้สูงให้ส่งโรงพยาบาลในห้องแยกกัก ผู้สัมผัสโรค ผู้ร่วมเดินทาง ให้ระบุสถานที่พัก หากมีอาการเจ็บป่วยขึ้นมา ก็ให้รายงานที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา

หลังจากดำเนินการตามมาตรการต่างๆ อยู่ ๓ วัน กระทรวงการต่างประเทศได้ยกเลิกการประทับตราวีซ่าให้ผู้เดินทางมาจากประเทศซาอุดี การตรวจตราจึงเป็นอันยุติ แต่ข่าวคราวของโรคดังกล่าวก็ยังดำเนินต่อไปอีกราวสองเดือน

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทั้งทางบก น้ำ และอากาศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กรมควบคุมโรคติดต่อ (ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.๒๕๑๗) ได้จัดตั้ง **“สำนักงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ”** เป็นการภายใน เมื่อ ๑๕ กันยายน พ.ศ.๒๕๔๒ โดยมี นายแพทย์ประชา ภูมิพาณิชย์ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นคนแรก

ปลาย พ.ศ.๒๕๔๕ เกิดการระบาดของโรคซาร์ส ที่มณฑลกว่างตุง ประเทศจีน ก่อนที่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๔๖ จะแพร่ไปยัง ๒๙ ประเทศทั่วโลก ช่วงเวลานั้น ประเทศไทยมีการประกาศให้โรคซาร์สเป็นโรคติดต่ออันตราย ในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ.๒๕๔๖ และยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องเขตติดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ ๘ เมษายน พ.ศ.๒๕๔๖

ครั้งนั้นประเทศไทยพบผู้ป่วยซาร์สรายแรกของประเทศไทยในเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๔๖ เป็นแพทย์ชาวอิตาลีที่เดินทางมาสอบสวนโรคที่กรุงเทพมหานครแล้วมีอาการป่วย จึงเดินทางมาประเทศไทย ผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราควารุและเสียชีวิตในที่สุด ต่อจากนั้นโรคก็มีการ

ระบาดอย่างกว้างขวางไปหลายประเทศ สาเหตุเพราะมีการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับประเทศต่างๆ ใช้มาตรการที่เข้มงวดเพื่อควบคุมการระบาดของโรค จนกระทั่งสามารถหยุดการแพร่กระจายของโรคได้ โดยหลังจากนั้น ไม่พบการติดเชื้อในแพทย์และพยาบาลที่ทำการดูแลรักษา และไม่พบการแพร่ระบาดในชุมชน

ช่วงเวลาการระบาดของโรคซาร์สครั้งนั้น เป็นการนำพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓ มาใช้อย่างจริงจัง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเริ่มเห็นความสำคัญของกฎหมาย และมีความมั่นใจมากขึ้น เพราะเป็นการทำงานที่มีระเบียบแบบแผนมากกว่าในอดีตที่เป็นไปแบบครุพักลักจำ

ระหว่างนั้น องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นถึงความยุ่งยากของการควบคุมโรคติดต่ออันตรายที่ไร้พรมแดนมากขึ้น และการควบคุมต้องอาศัยนานาชาติร่วมมือกัน จึงได้มีการประชุมเพื่อปรับปรุงกฎหมายระหว่างประเทศขึ้นใหม่ ก่อนจะประกาศใช้ กฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๒ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ และกำหนดช่วงเวลาในการพัฒนากฎหมายระหว่างประเทศ ๕ ปี

รัฐบาลไทยมีมติรับรองและประกาศใช้กฎหมายระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๒ เมื่อ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๐ มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขประสานกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (เปลี่ยนจากชื่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕) เป็นศูนย์ประสานงานกฎหมายระหว่างประเทศกับองค์การอนามัยโลก ที่เรียกว่า IHR Focal point โดยเจตนาารมณ์และขอบเขตของกฎหมายระหว่างประเทศมีดังนี้

“เพื่อป้องกัน คุ้มครอง ควบคุม และดำเนินการทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายโรคติดต่อระหว่างประเทศที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อจำกัดความเสี่ยงด้านสาธารณสุข และหลีกเลี่ยงการรบกวนการเจรจา

ระหว่างประเทศและการค้าโดยไม่จำเป็น”

หลังจากประกาศใช้อย่างเป็นทางการ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป ได้จัดทำแผนพัฒนาอนามัยระหว่างประเทศ โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๕) โดยเลือกด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศที่สำคัญเป็นตัวแทนทั้งสิ้น ๑๘ ช่องทาง คือ **ทางอากาศ** ได้แก่ ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ทำอากาศยานเชียงใหม่ ทำอากาศยานกระบี่ ทำอากาศยานภูเก็ต **ทางน้ำ** ได้แก่ ท่าเรือกรุงเทพ ท่าเรือภูเก็ต ท่าเรือแหลมฉบัง ท่าเรือมาบตาพุด ท่าเรือเชียงแสน และ**ทางบก** ได้แก่ พรมแดนสะเดา พรมแดนป่าดงเบขาร์ พรมแดนแม่สาย พรมแดนแม่สอด พรมแดนเชียงของ พรมแดนหนองคาย พรมแดนมุกดาหาร พรมแดนช่องเม็ก พรมแดนอรัญประเทศ

เวลาต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ส่งผู้เชี่ยวชาญมาเก็บข้อมูลการดำเนินงาน ก่อนจะออกมาเป็นคู่มือการติดตามการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศเฉพาะช่องทางเข้าออกที่เรียกว่า “Assessment tool for core capacity requirements at designated airports, ports and ground crossings” ซึ่งกลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศได้ใช้ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และเป็นคัมภีร์ในการพัฒนางานด้านควบคุมโรค ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ยังมีการนำเอาเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่ออกโดยองค์การอนามัยโลกมาเรียบเรียงให้เข้ากับบริบทการทำงานที่ด้านควบคุมโรคฯ แต่ละประเภทด้วย

การเกิดขึ้นของกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับที่ ๒ ได้ทำให้บางมาตราของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓ และบางฉบับของประกาศกระทรวงสาธารณสุข มีความล้าสมัยไป เช่น โรคติดต่ออันตรายที่แต่เดิมมีเพียง ๔ โรค ขณะที่ปัจจุบันเชื้อโรคร้ายหลายพันธุ์ที่ก่อโรคได้มากมาย

จากเกาะไข่ สู่กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ ๑๑๘ ปึงองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ



บรรยากาศการ
ค้าที่ศึกักบริเวณ
ชายแดนแม่สอด



บรรยากาศที่ด่านพรมแดนแม่สอด จุดนั่งรอ
สำหรับผู้ผ่านการตรวจคนเข้าเมืองแล้ว

กรมควบคุมโรคจึงปรับปรุงพระราชบัญญัติโรคติดต่อชั้นใหม่ และประกาศในราชกิจจานุเบกษาลงวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๕๘ และมีผลบังคับใช้เมื่อ ๖ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๙

ช่องทางเข้าออก-ด่านบก ก็มีความสำคัญ

ถึงแม้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี จะทำให้ผู้คนมีการเดินทางติดต่อระหว่างกันอยู่ตลอดเวลาก็ตาม คาดว่าในแต่ละวันจะมีเที่ยวบินที่สัญจรไปมาทั่วโลกมากกว่า ๑๐๐๐,๐๐๐ ลำ ดังนั้นหากเกิดโรคระบาด ณ ที่ใดที่หนึ่ง ก็พร้อมจะแพร่กระจายได้ในเวลาอันรวดเร็วด้วยเช่นกัน

แม้ว่าช่องทางคมนาคมทางอากาศ จะทำให้การแพร่กระจายโรคได้รวดเร็วก็ตาม แต่ช่องทางเข้าออกที่เรียกว่าเป็น “ด่านบก” ก็นับว่ามีความสำคัญไม่น้อย ด้วยนโยบายของรัฐที่มุ่งหวังให้เกิดการขับเคลื่อนด้านเศรษฐกิจ จึงเกิดเขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณเขตชายแดน เช่นที่ด่านแม่สอด จ.ตาก จะพบว่ามีความแตกต่างตัวเป็นจำนวนมาก ทั้งที่เป็นแรงงานแบบไป-กลับ และแรงงานที่มาอยู่ถาวรในประเทศ แต่จะกลับบ้าน



ด่านพรมแดนแม่สอด
จะมีชาวเมียนมาเดินทางเข้า-ออกเพื่อมาทำงานในประเทศไทย

ในช่วงเทศกาลสำคัญ ถ้าการป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพมากพอ โรคก็แพร่ระบาดได้รวดเร็วเช่นกัน

อนาคตของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ณ ปัจจุบัน ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทั้ง ๓ ประเภท มีทั้งหมด ๖๘ แห่ง อยู่ในสังกัดกรมควบคุมโรค ๑๑ แห่ง (ส่วนกลาง ๓ แห่ง ส่วนภูมิภาค ๘ แห่ง) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๗ แห่ง

หวังเวลาที่การสัญจรข้ามประเทศ หรือแม้แต่ข้ามทวีปกลายเป็นเรื่องสะดวกสบาย ทั้งด้วยเหตุผลด้านการท่องเที่ยว บางประเทศถึงขนาดไม่ต้องใช้วีซ่าในการเข้าประเทศแบบระยะสั้น ไปจนถึงนโยบายทางเศรษฐกิจที่เอื้อให้การสัญจรระหว่างประเทศเป็นไปได้อย่างคล่องตัว แต่ภายใต้สถานการณ์เช่นนั้น ยังมีบางแง่มุมที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ภายในด้านมี
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ต้องตระหนักและระมัดระวังมากเป็นพิเศษ

“ในอดีตที่โรคระบาดรุนแรง บ้านเราไม่มีกาฬโรคนะ มาจากจีนบ้าง อินเดียบ้าง สมัยนั้นไม่ต้องมีวีซ่าเลย มาถึงก็อยู่กับเพื่อน กาฬโรคระบาด ทั่วประเทศเลย พอจะมีการเปิดประเทศ เศรษฐกิจก็ดี มีการค้า บ้านเมือง เจริญพัฒนา แต่หารู้ไม่ว่า เรากำลังย้อนกลับไปหาอดีต ยิ่งเข้าประเทศง่าย เท่าไร โรคยิ่งมาก คนที่ลำบากคือ เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค มีอาการก็ตรวจ ได้ แต่บางครั้งเชื้ออาจยังไม่แสดงอาการ

“ต่อไปเรางานจะเยอะขึ้น ซึ่งการเป็นด่านฯ สากล เราต้องมี มาตรฐานให้มากกว่านี้ ด้านใหญ่ๆ ก็ต้องได้มาตรฐาน ส่วนด้านขนาดเล็ก ก็ต้องเข้มงวดมากยิ่งขึ้น ปัจจุบันเรายึดกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับที่ ๒ เป็นแนวทาง ก็ต้องนำมาใช้ให้เข้มข้นมากขึ้น

“ส่วนเรื่องของคน ไม่พอหรอก ตอนนี้อย่างคนน้อยมาก ทุกคน หาวว่าด่านบกไม่มีอะไร แต่จริงๆ มีนะ เต็มวันทั้งไปถึงกันหมด ต่อไปจะ มีความสำคัญมากขึ้น เราคงต้องลุยให้มากขึ้น สร้างมาตรฐานให้ดีกว่านี้”

นับจากการเกิดขึ้นของ “เกาะไผ่” ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง ประเทศมีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับการสัญจรของยุคสมัยมาโดย ตลอด วินาทีปัจจุบันที่การสัญจรสะดวกสบาย อีกทั้งเส้นพรมแดนแต่ละ ประเทศก็บางลง โลกใบเดิมจึงเต็มไปด้วยความท้าทายใหม่ๆ แต่การ เปลี่ยนแปลงดังกล่าว ก็นำมาซึ่งความท้าทายในการปฏิบัติงานของเจ้า หน้าที่ประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศด้วยเช่นกัน



เอกสารอ้างอิง

- หนังสือ “๕๘ ปี กับสงครามต่อต้านเชื้อโรคทางอากาศ ของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานกรุงเทพ” ที่ระลึกเนื่องในโอกาสเปิดสำนักงานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานกรุงเทพ สำนักงานใต้ อาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ ๒ / มกราคม ๒๕๕๐
- บทความ ๑๑๘ ปีจากสถานีกักกันโรคทางเรือมาเป็นด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดย อัญชญา ประศาสน์วิทย์

ผู้ให้ข้อมูล

- อัญชญา ประศาสน์วิทย์ ข้าราชการบำนาญ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป



สำนักคนเป็นโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน สุภารเป็นชุมชนปกติ ๔๓ ปีการกำจัดโรคเรื้อนในสังคมไทย

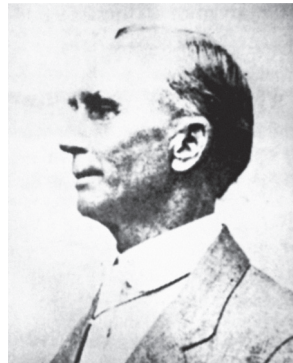
หากใช้ความรู้ทางการแพทย์มาวินิจฉัย ทุกวันนี้คงไม่ใช่เรื่องยากที่จะตรวจพบ “โรคเรื้อน” ได้ตั้งแต่อาการยังไม่รุนแรง ขณะที่ความก้าวหน้าของยา ก็สามารถรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยและรอดพ้นจากความพิการได้อย่างทันเวลา

แต่เมื่อย้อนไปในอดีต-มากกว่าหนึ่งร้อยปีก่อน ยุคสมัยที่ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนไม่ถูกต้อง ด้วยสภาพความพิกลพิการที่น่ากลัวน่ารังเกียจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนถูกมองว่าเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์ที่ถ่ายทอดทางสายเลือด บ้างถึงขนาดมองเป็นเรื่องบุญกรรม ด้วยอาการภายนอกที่ไม่น่าดูนัก หากใครรู้ว่าตัวเองเป็นโรคเรื้อน พวกเขา มักปกปิดเพราะกลัวการรังเกียจ ความรังเกียจนี้ยังลุกลามไปสู่ครอบครัวของผู้ป่วยเองด้วยซ้ำ

มีการนำผู้ป่วยโรคเรื้อนไปทิ้งยังที่ห่างไกล ไม่ให้การดูแลใดๆ ส่วนการรักษา นั้น ยังอาศัยวิธีทางไสยศาสตร์มาแก้ไข บ้างก็ใช้สมุนไพรเท่าที่หาได้มารักษา สิ่งก็ตามมาจึงกลายเป็นความสูญเสีย จำนวนไม่น้อยต้องเป็น คนพิการ และบางส่วนต้องลงเอยด้วยการเสียชีวิต

เมื่อไม่มีความรู้ วิธีปฏิบัติต่อโรคเรื้อนจึงผิดพลาด รวมไปถึงวิธีปฏิบัติ ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนก็แฝงด้วยอคติ ความกลัว ความรังเกียจ ผู้ป่วยโรคเรื้อน จึงไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวมทั้งยังถูกตัดสินคุณค่าและผลักไส ออกไปจากสังคม

ราว พ.ศ.๒๔๓๐ การเข้ามา ของคณะแพทย์มิชชันนารีอเมริกันที่ จังหวัดเชียงใหม่ นำโดย นพ.เจมส์ ดับบลิว แม็คเคน เกิดเป็น **“หมู่บ้านโรคเรื้อน”** เพื่อให้ผู้ป่วยมาพักอาศัย และเกิด **“สถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน”** เพื่อทำการ รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาที่มีความเป็น วิทยาศาสตร์ เปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อน ด้วย “ความเชื่อ” สู่การรักษาด้วย “ความรู้” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นครั้งสำคัญต่อการจัด โรคเรื้อนของประเทศไทยในเวลาต่อมา



นพ.เจมส์ ดับบลิว แม็คเคน
ผู้ก่อตั้งโรงพยาบาลแม็คเคน

จากจุดเริ่มต้นต่องานโรคเรื้อนโดยคณะแพทย์มิชชันนารีชาวอเมริกัน ได้ต่อยอดสู่การเกิดขึ้นของ **“สำนักคนเป็นโรคเรื้อน”** ของสภาภคชาติไทย บริเวณรอบบ่อมปูเจ้าสุมิงพราย ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง ริมแม่น้ำเจ้าพระยาฝั่งสมุทรปราการ (ปัจจุบันคือ สถาบันราชประชาสมาสัย หรือที่ชาวบ้านทั่วไปมักเรียกกันว่า โรงพยาบาลพระประแดง) ซึ่งเป็นสถาน พยาบาลโรคเรื้อนของรัฐแห่งแรก



โรงพยาบาลแม็คเคน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานที่รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งแรกของประเทศไทย

เมื่อต้องระมัดระวังการแพร่เชื้อ อีกทั้งความรังเกียจของผู้คนต่อโรคเรื้อนยังคงค่อนข้างสูง จนผู้ป่วยไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งกับชุมชนได้ การแยกกักผู้ป่วยไปยัง **สถานพยาบาลและนิคมโรคเรื้อน** จึงเป็นแนวทางในขณะนั้น เมื่อยารักษาได้รับการพัฒนา จึงเปลี่ยนมาสู่การควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) นั่นคือ **การค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้าน** และเมื่อประเทศไทยจัดโรคเรื้อนสำเร็จใน พ.ศ.๒๕๓๗ (ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก คือมีอัตราความชุกน้อยกว่า ๑ ต่อประชากรหมื่นคน) ซึ่งนับเป็นประเทศแรกของโลกที่ดำเนินการได้ก่อนปีเป้าหมาย (เป้าหมายคือปีพ.ศ.๒๕๔๓) กอปรกับมียารักษาที่มีประสิทธิภาพสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อยู่ในนิคมจะได้รับความรังเกียจ และถูกตีตราจากสังคมรอบข้าง จึงเป็นที่มาของแนวคิด **การถ่ายโอนบูรณาการนิคมโรคเรื้อนให้เป็นชุมชนปกติ**

บรรทัดถัดจากนี้ คือจุดเริ่มต้นของงานโรคเรื้อน ตลอดจนเส้นทางการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้สอดคล้องบริบทของยุคสมัย จน

กระทั่งประสบความสำเร็จอย่างน่าภาคภูมิใจในปัจจุบัน

จากสถาบันโรคเรื้อนเบ็คเคนู สู่นักคนเป็นโรคเรื้อน นับหนึ่งการรักษาโรคเรื้อนด้วยความรู้

หลังจากขยายพื้นที่ทำงานเผยแพร่ศาสนาด้วยการบุกเบิกไปยังภาคเหนือ และจัดตั้งคลินิกเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปขึ้นมาที่เชียงใหม่ เมื่อ พ.ศ.๒๔๓๐ คณะแพทย์มิชชันนารีอเมริกัน นำโดย นพ.เจมส์ ดับบลิว แม็คเคน ได้ผ่านไปพบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน ๖ คนที่ต้องออกมาเร่ร่อนขอทาน ก็เกิดความสงสาร จึงเข้าช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีเครื่องนุ่งห่มและที่อยู่เป็นหลักแหล่ง เหตุการณ์ครั้งนั้น นับเป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน (อย่างไม่เป็นทางการ) เป็นครั้งแรก

เวลาต่อมา คณะแพทย์มิชชันนารีอเมริกันช่วยเหลืองานโรคเรื้อนจริงจังมากขึ้น ผ่านการสร้าง “หมู่บ้านโรคเรื้อน” ที่ทำขึ้นจากไม้ไผ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามาพักอาศัย ขณะเดียวกัน เจ้าหลวงอินทวโรรส



มิชชันนารีอเมริกันเข้ามาสร้างหมู่บ้านโรคเรื้อนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้าพักอาศัย



ชุมชนโรคเรื้อนในอดีต ซึ่งต้องแยกมาอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชนปกติ

สุริยวงศ์ ผู้ปกครองนครเชียงใหม่ ขอพระราชทานุญาตผ่านความเห็นชอบของ กรมพระยาดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย และสมเด็จพระศรีสวรินทราบรมราชเทวี องค์อุปนายกสภาภษาชาติสยาม พระราชทานที่ดินขนาด ๔๐๐ ไร่ บริเวณเกาะกลางบนแม่น้ำปิง (เดิมใช้เป็นที่เลี้ยงช้าง) เพื่อจัดเป็น “สถาบันโรคเรื้อนแม่คเคน” เพื่อใช้สำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีพระบรมวงศานุวงศ์ คหบดีพ่อค้า และประชาชนที่จังหวัดเชียงใหม่ มาร่วมเสด็จโดยพระราชกุศล บริจาคเงินเพื่อสร้างอาคารผู้ป่วย เรือนแพ บ้านพักผู้ป่วย ซึ่งแล้วเสร็จ พ.ศ.๒๔๕๑

“กลุ่มมิชชันนารีตั้งใจมาสอนศาสนา พอลองเรือมาเชียงใหม่ เห็นว่าประเทศไทยยังมีคนเป็นโรคเรื้อนเดินกันเพ่นพ่าน ตอนนั้นบ้านเราไม่มีความรู้เรื่องการรักษา เป็นการใช้ไสยศาสตร์ ใช้สมุนไพร คนเป็นโรคเรื้อนก็ถูกเนรเทศออกไปจากหมู่บ้าน ต้องออกไปเร่ร่อนขอทาน ขณะที่ประเทศของเขามียารักษาและจัดการโรคเรื้อนแล้ว เขาเลยนำความรู้เข้ามาช่วยเหลือ

“ฝรั่งมองว่ารักษาโรคนี้ต้องเป็นวิทยาศาสตร์ มันเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ก็เอามาใช้รักษาที่เมืองไทย แม่คเคนเป็นที่แรกที่รักษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ แต่สมัยนั้นจะไม่ใช้ยาเป็นเม็ด ๆ เป็นการรักษาด้วยน้ำมันกระเบา สกัดน้ำมันออกจากลูกกระเบา แล้วเอาไปฉีดยา ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะอย่างหนึ่ง” โกเมศ อุนรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ของสถาบันราชประชาสมาสัย ให้ข้อมูล

“สถาบันโรคเรื้อนแม่คเคน” เป็นสถานพยาบาลโรคเรื้อนเอกชนแห่งแรกของประเทศไทย มีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการควบคุม รักษา สงเคราะห์ และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งส่วนใหญ่มาจากภาคเหนือ บางส่วนจากภาคอื่น และบางส่วนมาจากประเทศจีนทางตอนใต้ ขณะ

นั้นต้องถือว่าเป็นสถานพยาบาลโรคเรื้อรังที่ทันสมัยที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

เวลาต่อมา สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงของบประมาณจากรัฐบาลปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท (คิดเป็นงบประมาณราวหนึ่งในสามของสถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน) เพื่อมาใช้จ่ายในงานโรคเรื้อนของสถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน และสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ยังบริจาคพระราชทรัพย์เพื่อสร้างเรือนพักผู้ป่วยหลังที่สาม ซึ่งป้ายพระนามผู้บริจาคว่า “สมเด็จพระเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์” ยังติดอยู่จนถึงปัจจุบัน

“สถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน” ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนแม็คเคน” และเปลี่ยนชื่ออีกครั้งใน พ.ศ.๒๕๒๕ เป็น “สถาบันแม็คเคนเพื่อการฟื้นฟูสภาพ” (และใช้จนถึงปัจจุบัน) เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยโรคเรื้อนหลงเหลือเพียงไม่มาก สถาบันฯ จึงค่อย ๆ ลดบทบาทงานโรคเรื้อนลง เหลือเพียงเป็นศูนย์ในการผ่าตัดแก้ไขความพิการผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้พิการจากโรคอื่น ๆ รวมไปถึงบริการดูแลผู้สูงอายุ

ด้วยข้อจำกัดเรื่องขนาดหน่วยงานและกำลังคนที่มีอย่างจำกัดของ “สถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน” ทำให้ศักยภาพในการรักษาไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก หลังจากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๖ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้ง “กรมสาธารณสุข” ขึ้นในกระทรวงมหาดไทย เมื่อ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๔๖๑ พระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นชัยนาทนเรนทร ที่ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมสาธารณสุข จึงทูลเกล้าฯรายงานตัวเลขผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ (ประมาณการว่า ๑๐,๐๐๐ คน) ที่มีสถานพยาบาลดูแลไม่เพียงพอ เมื่อทรงทราบสถานการณ์ รัชกาลที่ ๖ จึงนำความกราบทูลสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ผู้ทรงเป็นองค์นายิกาของสภาอากาศ



สำนักคนเป็นโรคเรื้อน พระประแดง สมุทรปราการ ในอดีต

สยาม และทรงพระราชทาน
ทรัพย์สินส่วนพระองค์ ร่วมกับ
เงินที่มีพระบรมวงศานุวงศ์
คหบดีพ่อค้า และประชาชน
ร่วมบริจาค ไปจัดสร้างเป็น
“สำนักคนเป็นโรคเรื้อน”

สถานกาชาดไทย บริเวณ

ป้อมปู้เจ้าสุมิงพราย ตำบลบางหญ้าแพรก อำเภอพระประแดง ริมแม่น้ำ
เจ้าพระยาฝั่งสมุทรปราการ มีเนื้อที่ ๗๒ ไร่ ๓ งาน ๖๘ ตารางวา และ
พระเจ้านั่งยาเธอกรมหมื่นชัชวาทนเรนทร ซึ่งดำรงตำแหน่งอธิบดีกรม
สาธารณสุขได้ทรงอนุญาตให้นายชาร์ลส์ เบเกแลง สถาปนิกของกรม ช่วย
ทำแผนผังและกำกับการก่อสร้าง สำนักคนเป็นโรคเรื้อนได้เปิดอย่างเป็นทางการ
ในวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๖๖ โดยมีนายแพทย์หลวงพิจิตร
ภิศัการ เป็นผู้อำนวยการคนแรก

ช่วงเวลานั้น “สำนักคนเป็นโรคเรื้อน” คือ สถานพยาบาลโรคเรื้อน
แห่งที่สองต่อจากสถาบันโรคเรื้อนแม่คเคน แต่นับเป็นสถานพยาบาลโรค
เรื้อนของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั้งหมด ๑๒๕
คน โดยมีงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงพระคลังมหาสมบัติเป็นเงิน
แผ่นดินปีละ ๒๕,๐๐๐ บาท นับเป็นช่วงเริ่มต้นของการขยายงานรักษา
พยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ทั่วถึงมากกว่าเดิม

ไม่เพียงเท่านั้น สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสา
อัยยิกาเจ้า ยังทรงจัดแบ่งพื้นที่บริเวณใกล้เคียงกันบางส่วน สำหรับสร้าง
“วัดกลางสวน” เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ามาใช้สำหรับปฏิบัติธรรม อีกทั้ง
ทั้งยังเป็นທີ່สำหรับประกอบพิธีเผาศพ ซึ่งสมัยนั้นมิผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เสียชีวิต
ต้องมาจัดงานที่วัดกลางสวนอยู่แทบทุกวัน



อาคารสถาบันราชประชาสมาสัย ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.๒๕๐๓
ปัจจุบันอยู่ระหว่างรอกการบูรณะ



เจ้าหน้าที่ของสถาบัน
ราชประชาสมาสัยในอดีต

พ.ศ.๒๔๗๐ พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว พร้อมด้วย สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินี ได้เสด็จเยี่ยมสภากาบัง แมคเคน ทรงเปิดอาคารผู้ป่วยหญิง ซึ่งได้รับพระราชทานพระราชทรัพย์ ส่วนพระองค์ และเงินที่สมเด็จพระราชบิดา และสมเด็จพระราชชนนีทรง บริจาคสมทบ หลังพิธีเปิดได้พระราชทานกระแส พระราชดำรัส แสดงพระ ราชปณิธานว่า “ทรงมีพระราชประสงค์ให้พระราชอาณาจักรของพระองค์ ได้รอดพ้นจากภัยของโรคเรื้อน และให้กรมสาธารณสุข และสภากาขาด สยามให้การสนับสนุน และควบคุมโรคนี้ให้หมดไป” และโปรดเกล้าฯ ให้ ทำถนนหลวงเป็นถนนหินถาวร เชื่อมต่อระหว่างเกาะกลางแม่น้ำปิงกับ นครเชียงใหม่ เพื่อความสะดวกในการเดินทางของผู้ป่วย

เวลาผ่านไปจนกระทั่ง พ.ศ.๒๔๗๗ “สำนักคนเป็นโรคเรื้อน” ได้ถูก โอนจากสภากาขาดไทย มาสังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และมีการขยายเพิ่มเป็น ๒๐๐ เตียง

พ.ศ.๒๔๘๕ มีการตั้ง “กระทรวงสาธารณสุข” จึงปรับเป็น “**สถาน พยาบาลพระประแดง**” สังกัดกองควบคุมโรคเรื้อน กรมอนามัย เมื่อ มีการก่อตั้ง “กรมควบคุมโรคติดต่อ” (แยกมาจากกรมอนามัย) ใน พ.ศ. ๒๕๑๗ จึงได้ปรับเป็น “**โรงพยาบาลพระประแดง**” (มีสถานภาพเป็นกอง เท่ากับ กองโรคเรื้อน) และกลายเป็นชื่อที่คนมาตรวจรักษาและคนละแวกนั้น คู่กันเคยกัน

ล่าสุดเมื่อ พ.ศ.๒๕๕๕ ที่มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ครั้งใหม่ โดยเปลี่ยนจาก “กรมควบคุมโรคติดต่อ” ไปเป็น “กรมควบคุม โรค” ได้เกิดการรวม “**โรงพยาบาลพระประแดง**” เข้ากับ “**กองโรค เรื้อน**” เปลี่ยนชื่อเป็น “**สถาบันราชประชาสมาสัย**” ซึ่งมีฐานะเป็นสำนัก หนึ่งในการควบคุมโรค

จากรักษาแบบแยกกัน สู่รักษาตามบ้าน

แม้คณะแพทย์มิชชันนารีอเมริกันจะนำความรู้ในการรักษาโรคเรื้อนแบบวิทยาศาสตร์เข้ามา จนสร้างการเปลี่ยนแปลงต่องานโรคเรื้อนอย่างก้าวกระโดด แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องยาที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้รวดเร็ว นักเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงต้องระมัดระวังในเรื่องการแพร่เชื้อ อีกทั้งความรังเกียจของผู้คนต่อโรคเรื้อนยังค่อนข้างสูง จนผู้ป่วยไม่สามารถเป็นส่วนหนึ่งกับชุมชนได้ การแยกกักผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลและ **นิคมโรคเรื้อน** จึงเป็นวิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขและสังคมในขณะนั้น

“ตอนนั้นคนในสังคมรังเกียจคนเป็นโรคเรื้อนมาก คนไข้ต้องหลบซ่อนตัว ไม่มาตรวจรักษา กลัวคนรู้ เพราะถ้ารู้จะถูกขับไล่ออกจากหมู่บ้าน แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ไม่ยอมให้คนไข้โรคเรื้อนขึ้นไปบนสถานีอนามัยเลย เพราะกลัวว่าคนไข้ที่เหลือจะแตกตื่นกัน”

เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากความทรงจำของ **ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต** ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งขณะนั้น เขาคือนายแพทย์หนุ่มที่เริ่มต้นงานโรคเรื้อนได้ไม่นานนัก

เมื่อเป็นเช่นนั้น นอกจาก “สถานพยาบาลพระประแดง” ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๘ - ๒๔๘๘ ทั้งในรัชสมัยของ สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัชกาลที่ ๘ และ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ ๙ จึงได้เกิด “นิคมโรคเรื้อน” กระจายอยู่ในทุกภาคของประเทศไทย เพื่อให้การดูแลรักษา สงเคราะห์ พื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่พิการยากจน ไร้ญาติ และอาชีพ จนไม่สามารถพึ่งตัวเองได้

ภาคเหนือ

- พ.ศ.๒๔๗๘ นิคมแม่ลาว เชียงราย
 พ.ศ.๒๔๘๔ นิคมแม่ทะ ลำปาง
 พ.ศ.๒๔๙๔ นิคมบ้านกว้าง พิษณุโลก
 พ.ศ.๒๔๙๕ นิคมฝายแก้ว น่าน
 พ.ศ.๒๔๙๖ นิคมห้วยคลี่ แม่ฮ่องสอน
 (ถูกยุบในภายหลัง)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

- พ.ศ.๒๔๘๔ นิคมอำนาจเจริญ อุบลราชธานี
 พ.ศ.๒๔๙๖ นิคมหัวทะเล นครราชสีมา (ถูกยุบภายหลัง)
 พ.ศ.๒๔๙๖ นิคมเสลภูมิ ร้อยเอ็ด
 พ.ศ.๒๔๙๖ นิคมบ้านหัน มหาสารคาม
 พ.ศ.๒๔๙๖ นิคมปราสาท สุรินทร์
 พ.ศ.๒๕๓๑ นิคมโนนสุมรินทร์ ขอนแก่น
 (ย้ายและปรับจากสถานพยาบาลศรีฐานขอนแก่น)

ภาคกลาง

- พ.ศ.๒๔๙๘ นิคมดงทับ จันทบุรี
 พ.ศ.๒๕๐๒ นิคมแพร่งขายิ่ง จันทบุรี

ภาคใต้

- พ.ศ.๒๔๘๔ นิคมพุดหงี นครศรีธรรมราช

จนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๙๖ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ส่งผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อนจากอินเดียมาเป็นที่ปรึกษา เพื่อดำเนินการสุ่มสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศไทย โดยมีนายแพทย์ไพโรจน์ ประเสริฐศราวุธ จากสถานพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง กองควบคุมโรคเรื้อน กรมอนามัย เป็นผู้ร่วมงานในการสำรวจครั้งนั้น ผลจากการประมาณการพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ คน ด้วยอัตราความชุกเฉลี่ย ๕๐ คนต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน ซึ่งในจำนวนนั้น กว่าครึ่งอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตามคำแนะนำและการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จึงปรับนโยบายและแผนงานควบคุมโรคเรื้อน จากวิธีการควบคุมโรคเรื้อนแบบเก่าที่ใช้วิธีแยกผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลและนิคมโรคเรื้อน เพื่อรักษาและควบคุมการแพร่เชื้อ สู่การควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ นั่นคือ การค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้านด้วยยาดีปโซน (Dapsone)

พ.ศ.๒๕๙๘ กองควบคุมโรคเรื้อน กรมอนามัย ได้ดำเนินโครงการงานควบคุมโรคเรื้อน โดยจัดตั้งหน่วยควบคุมโรคเรื้อนขอนแก่น ที่สถานพยาบาลโรคเรื้อนศรีฐาน เพื่อเป็นโครงการทดลองนำร่อง โดยใช้ทีมเคลื่อนที่สำรวจค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้าน ก่อนจะขยายออกไปยังจังหวัดต่างๆ จนครอบคลุมทั่วประเทศ

พ.ศ.๒๕๙๙ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงห่วงใยในปัญหาโรคเรื้อนและโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ ศาสตราจารย์นายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เข้าเฝ้าถวายรายงานเรื่องปัญหาและแผนการดำเนินการโครงการฯ ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งเวลาต่อมา พระองค์ได้ทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนไว้เป็น

โครงการตามแนวพระราชดำริ โดยมีพระกระแสรับสั่งให้เร่งรัดขยายโครงการฯ ให้ครอบคลุมทั่วประเทศโดยเร็ว จึงเป็นที่มาของการโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้หน่วยบริการสุขภาพทุกจังหวัดในเวลาต่อมา

ครั้งนั้น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนอาณัติมหิตล จำนวน ๑๗๕,๐๖๔.๗๔ บาท เป็นทุนเริ่มแรกให้กับ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อไปสร้างสถาบันสำหรับศึกษาวิจัยและฝึกอบรมพนักงานบำบัดโรคเรื้อน โดยมีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลสมทบอีกเป็นจำนวนมาก

บริเวณสถานพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง ริมน้ำเจ้าพระยาฝั่งสมุทรปราการ ได้มีการก่อสร้างอาคารทั้งหมด ๔ หลัง คือ อาคารสำหรับทำการสอนและอบรมวิชาการโรคเรื้อน (แล้วเสร็จเมื่อ ๒ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๐๑) อาคารสำหรับเป็นที่อำนวยการสถาบันอบรมและวิจัยโรคเรื้อน (แล้วเสร็จเมื่อ ๑๗ มีนาคม พ.ศ.๒๕๐๒) อาคารรังสีและสรีรบำบัด (แล้วเสร็จเมื่อ ๔ เมษายน พ.ศ.๒๕๐๒) และอาคารหอพักของผู้รับการอบรมหลักสูตรพนักงานบำบัดโรคเรื้อนและอื่น ๆ (แล้วเสร็จเมื่อ ๗ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๐๒) เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๒๓๖,๖๐๐ บาท และพระองค์ทรงพระราชทานชื่อว่า **“สถาบันราชประชาสมาสัย”** อันมีความหมายว่า พระมหากษัตริย์และประชาชนย่อมต้องอาศัยซึ่งกันและกัน

“การมีสถาบันพระมหากษัตริย์มาดูแล ทำให้คนเห็นความสำคัญ ขอความร่วมมือใครก็ยินดี เอ็นจีโอ พ่อค้า คหบดี ก็มาร่วมระดมทุน คนไข้ก็มีแรงบันดาลใจในการกินยา เวลาปฏิเสธการกินยา เพราะกินแล้วไม่หายทันที กินแล้วความพิการก็ยังอยู่ กินยาวันหนึ่ง พู้งุ่นนี้วันอง กินแล้วผิวดำ พอบอกว่า นียาของในหลวงนะ เขาก็พยายามรักษาตัวเองมากขึ้น” โทเมศ อุรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ของสถาบันราชประชาสมาสัย ให้มุมมอง

การใช้ทีมเคลื่อนที่เข้าไปค้นหาและรักษาผู้ป่วยตามบ้าน นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการลงไปยังพื้นที่ที่มีความชุกมากกว่า ๒๐ คนต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน เพราะเป็นการตัดไฟตั้งแต่ต้นลม ลดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนได้อย่างรวดเร็ว และรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้เป็นจำนวนมากไม่น้อย

สลายนิคมโรคเรื้อน เพื่อกลับคืนเป็นชุมชนปกติ

การแยกกักใน “นิคมโรคเรื้อน” ได้แก้ปัญหการแพร่เชื้อของโรคเรื้อน และทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ถูกผลักไสออกจากชุมชนสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ต่อมาการรักษาตามบ้านด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ ก็ทำให้ปริมาณของผู้ป่วยลดลงเป็นอย่างมาก จนองค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศว่าประเทศไทยกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จใน พ.ศ.๒๕๓๗ จนระดับอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเรื้อนต่ำกว่า ๑ คนต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน

ปัจจัยความสำเร็จดังกล่าว นอกจากเกิดจากความต่อเนื่องของโครงการควบคุมโรคเรื้อน ถึงแม้มี ปัญหาการดื้อยาแอดิโไซน เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๖ ซึ่งก็นับเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษาเป็นอย่างมาก เนื่องจากได้มีการเปลี่ยนไปใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO Recommended Multidrug Therapy : MDT) นับตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๒๘ ซึ่งยาตัวใหม่มีผลชะงัดสูง ความชุกของโรคลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว จนเข้าสู่เกณฑ์เป้าหมายตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

แต่โดยไม่รู้ตัว การขจัดโรคเรื้อนที่กินเวลายาวนานได้สร้างการตีตรา (stigma) ขึ้นมาอย่างช้า ๆ และฝังแน่นอยู่ในการรับรู้ ทั้งผู้อื่นที่ตีตราผู้ป่วย

ไปจนถึงผู้ป่วยรู้สึกเช่นนั้นกับตัวเอง

“เวลาพูดถึง stigma มันมีทั้งคนอื่นรังเกียจ เช่น การประกอบอาชีพ คนป่วยโรคเรื้อนปลูกผลไม้แล้วเอาไปขายนอกนิคมไม่ได้นะ หมู่บ้านในนิคม ถูกมองว่าเป็นหมู่บ้านขี้ทูต อีกด้านก็คือ ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง ก็กลายเป็นปิดตัวเอง ฝังใจ ฉะนั้นโรคเรื้อน ยุ่งกับคนอื่นไม่ได้หรือก ตัดขาดจากโลกภายนอก ตั้งโปรแกรมบอกตัวเองไว้ รวมถึงสร้างปัญหาให้ลูกหลานด้วย ลูกเกิดมาไม่ได้เป็นโรคนะ แต่ก็ถูกปลูกฝังว่าอย่าไปเพนพ่าน นี่คือปัญหาของการมีนิคม”

“เลยเริ่มมีความคิดว่า ไม่ต้องเอาคนมาอยู่ในนิคมได้ไหม WHO ก็บอกว่าโรคเรื้อนรักษาหาย ตั้งแต่ปี ๒๕๒๘ มียาตัวใหม่ชื่อ MDT โดสแรก ที่กิน ๙๙.๙๙% ฆ่าเชื้อได้หมด เรามียาที่มีประสิทธิภาพ ทั่วโลกใช้กันไม่จำเป็นแล้วที่คนเป็นโรคเรื้อนต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์ (นิคมโรคเรื้อน) พ.ศ. ๒๕๔๖ เลยเริ่มมีการบอกว่า ไม่ต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์แล้ว เพราะเราควบคุมโรคเรื้อนได้ตั้งแต่ปี ๒๕๓๗ ไม่มีคนไข้ใหม่ คนที่หายก็ให้อยู่กับครอบครัว เลยมีนโยบายการสลายนิคม”

โกเมศ อุรรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ของสถาบันราชประชาสมาสัย พูดถึงที่มาของการสลายนิคมโรคเรื้อนในประเทศไทย

ก่อนและหลังขจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จใน พ.ศ.๒๕๓๗ ผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนที่ต่าง ๆ เกือบทั้งหมดคือ ผู้ป่วยเก่าที่หายจากโรคเรื้อนแล้ว บางส่วนเสียชีวิตไปแล้ว บางส่วนสูงวัยมาก ซึ่งก็อาศัยอยู่กับญาติในบ้านหลังเดียวกัน จนมีบางนิคมต้องปิดตัวไป เนื่องจากไม่มีผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อนแจ้งความประสงค์เข้ามาอาศัยแล้ว เช่น นิคมห้วยคลี่ แม่ฮ่องสอน, นิคมหัวทะเล นครราชสีมา เช่นนั้นแล้ว เป้าหมายสูงสุดของการควบคุมโรคเรื้อน ก็คือ การสลายนิคมโรคเรื้อน ซึ่งก็คือการคืนคุณค่าความเป็น

มนุษย์ให้เขาเหล่านั้นกลับคืนมาอยู่ในสังคมปกติ ทำมาหากิน มีเพื่อนฝูง มีสังคมแวดล้อม เจกเช่นประชาชนทั่วไป เพื่อกลับคืนเป็นชุมชนปกติ

กรมควบคุมโรค ได้มอบหมายให้ สถาบันราชประชาสมาสัย เตรียมการและวางแผนการถ่ายโอนภารกิจ นิคมโรคเรื้อนทั้ง ๑๓ แห่ง (รวมสถานสงเคราะห์ราชประชาสมาสัย พระประแดง สมุทรปราการ) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการถ่ายโอนฯ และบรรจุเป็นแผนงานของกรมควบคุมโรค โดยเริ่มต้นถ่ายโอนและบูรณาการนิคมที่มีความพร้อมก่อน แล้วจึงค่อยขยายขยับไปยังนิคมอื่นๆต่อไป

“พ.ศ. ๒๕๔๖ มีนโยบายกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย ตอนนั้นโรคเรื้อนรักษาจนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว เราเลยทำกับนิคมโรคเรื้อน เพราะพวกเขาคือคนที่หายป่วย ไม่ได้กินยาแล้ว เป็นคนพิการ คนเฒ่าคนแก่ โรคเรื้อนก็เป็นเหมือนอุบัติเหตุ โรคหัด โปลิโอ ไข้เลือดออก พอรักษาหายก็ควรกลับไปอยู่ในชุมชน แม้คุณจะมีอาการพิการ แต่คุณคือคนปกติ เราเลยทำแผนว่า จะสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการกระจายอำนาจยังไง ล้มลุกคลุกคลานกันมา”

“ตอนนั้น นิคมปราสาท ที่สุรินทร์ เขาพร้อมเป็นชุมชนปกติ เริ่มทำตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ จนปี๒๕๕๕กระทรวงพัฒนาสังคมฯได้ประกาศยกเลิกให้เป็นแห่งแรกของประเทศไทย (ภารกิจการดูแลผู้พิการเป็นบทบาทหน้าที่ของกระทรวงพัฒนาสังคมฯ) แต่ไม่ใช่คำว่า ‘ถ่ายโอน’ แต่เรียกว่า ‘บูรณาการ’ คือการทำงานร่วมกันหลายหน่วยงาน ถนนหนทางหน่วยไหนรับผิดชอบก็เอาไป ที่ดินก็กรมธนารักษ์ ระบบบริการสุขภาพก็ให้ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ดูแล กรมควบคุมโรคก็ยิ่งให้เบี่ยงเล็งต่อ ถ้ามว่าการใช้คำมีผลยังไง หน่วยงานท้องถิ่นจะไม่รู้สึกว่า เอาเผือกร้อนมาให้เขา แต่เป็นหลายหน่วยงานร่วมมือกัน”

“ระเบียบสถานสงเคราะห์ คือ ถ้าพ่อแม่ตาย ลูกต้องออก แต่ปัญหา คือ ลูกไม่ยอมออก เมื่อสภาพเป็นแบบนี้ เราต้องเดินหน้าต่อ เลยต้องทำออกมาเป็นงานวิจัยแบบมีส่วนร่วม เอาชาวบ้านมาคุยกัน ถ้าเป็นชุมชนปกติคุณจะให้ทำยังไง ฉันทอยากได้เช่าที่ดิน สิทธิจากกรมควบคุมโรคก็ให้เหมือนเดิมได้ไหม เป็นขั้นขั้นตอนศึกษาความเป็นไปได้ ขั้นตอนที่สองทำประชาพิจารณ์ ขั้นตอนที่สามก็ร่าง MOU สุดท้ายก็ประเมิน ประกาศเป็นชุมชนปกติ” โกเมศ อุรรัตน์ พูดถึงวิธีการสลายนิคม ซึ่งดูเหมือนเรียบง่าย ไม่ยุ่งยาก แต่ในความเป็นจริงกลับมีความยากในการสร้างความเข้าใจ สร้างความพร้อม ให้ชาวนิคมต้องมีความเข้มแข็งเพื่อรับการเผชิญสิ่งใหม่ ๆ โดยมีความเป็นสังคมคนปกติที่จะไม่ถูกตีตราเป็นธงชัยอยู่เบื้องหน้า

นิคมบ้านกร่าง พิษณุโลก สลายนิคมด้วยความจริงใจ

หลังการสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อนตามท้องที่ต่าง ๆ ของจังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วยโรคเรื้อน ๖๑ คน กรมการแพทย์ จึงขอให้คณะกรรมการจังหวัดพิษณุโลก พิจารณาจัดหาสถานที่ตั้ง “นิคมโรคเรื้อน” ขึ้นมา

เดิมที่นิคมโรคเรื้อนของพิษณุโลก ตั้งขึ้นบริเวณข้างเขาสมอแกลง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ต่อมาเมื่อประชาชนเข้าจับจองที่ดินบริเวณนั้นมากขึ้น ทั้งกรมทางหลวงแผ่นดินยังตัดถนนสายพิษณุโลก – หล่มสัก (สายมิตรภาพปัจจุบัน) ผ่านบริเวณนิคม คณะกรรมการจังหวัดจึงพิจารณาหาที่ดินแห่งใหม่สำหรับย้ายนิคม โดยทางจังหวัดอนุญาตให้ใช้ที่ดินเนื้อที่ประมาณ ๓๘๙ ไร่ ณ ตำบลบ้านกร่าง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเดิมเป็นที่สงวนไว้สำหรับเลี้ยงสัตว์ เป็นที่ป่า ห่างไกลจาก



พิพิธภัณฑสถานบ้านกร่าง หนึ่งในอีกหลายแห่งของพิพิธภัณฑโรคเรื้อน

ชุมชน แต่มีถนนให้รถยนต์เข้าถึงได้ สะดวกต่อการขนส่งอาหารและการติดต่ออื่นๆ จึงได้ย้ายมาที่ดังกล่าวตั้งแต่ พ.ศ.๒๔๙๔ โดยใช้ชื่อว่า “นิคมบ้านกร่าง” ครั้งนั้นมีผู้ป่วยโรคเรื้อนย้ายมาทั้งหมด ๗๒ คน ก่อนมีการสร้างอาคารต่างๆ ตามมา เช่น บ้านพักผู้ป่วย โรงครัว โรงสูบน้ำประปา สถานกักกัน ฯลฯ

ปลายปี พ.ศ.๒๔๕๕ คือการเริ่มต้นงานในฐานะผู้ปกครองนิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก ของ **สุรพล สิงห์แก้ว** ซึ่งขณะนั้น นิคมปราสาทจังหวัดสุรินทร์ ได้ยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อนและประกาศให้เป็นชุมชนปกติไปแล้ว ซึ่งหลังจากนั้นไม่นาน นิคมบ้านกร่าง ก็เป็นอีกแห่งที่ยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อนและประกาศให้เป็นชุมชนปกติตามมา

“ผมไม่รู้จักนิคมที่นี่มาก่อน ย้ายมารับตำแหน่งตามปกติของงานราชการ พอมาเป็นหัวหน้า สถาบันราชประชาสมาสัยเรียกไปประชุมประจำปี ผมได้ไปดูงานที่ นิคมปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เขาสลายไปก่อน

แล้ว ผมเลยคุยชาวบ้านที่
นั้น เขาว่าชีวิตดีกว่าตอน
เป็นนิคม ผมเหลือเวลาห้า
ปีก่อนเกษียณ เลยคิดว่าทำ
ประโยชน์กับสังคมบ้างแล้ว
กัน เพื่อเป็นเกียรติประวัติ
ตอนเราตายไป ลูกหลานได้
ไม่อายเขา



ภายในนิคมบ้านกว้างที่กลับเป็นชุมชนปกติแล้ว

“จากประสบการณ์

ทำงาน ถ้าอยากทำอะไรให้สำเร็จ เราต้องหาแนวร่วม ผมคุยกับชาวบ้าน
ในนิคมชื่อ ลุงเล็ก เขาเป็นคนแรง ถ้าคัดค้านขึ้นมาคือไม่มีวันจบ ผมก็จัด
งานวันเกิดให้เขา ส่วนหนึ่งก็เอาใจ ขณะเดียวกัน พอเจอกัน ผมจะพูด
ถึงข้อดีต่างๆ ให้ฟัง ‘ถ้าเป็นนิคม พอเสียชีวิต ลูกหลานอยู่ไม่ได้นะ แต่
ถ้ากลายเป็นชุมชนปกติ เขาทำสัญญาเช่าที่ดินเป็นส่วนตัวเอง ราคาก็ถูก
มาก ถ่ายโอนให้ลูกหลานได้อีก ที่ดินขนาดนี้เทียบกับข้างนอก มูลค่าเป็น
แสนเป็นล้าน’ เขาก็สนใจ แต่ไปไล่ถามคนจากนิคมอื่น คนนั้นดำ คนนี้
ห้าม เขากลับมาคุยกับผม ผมเลยถามว่า ‘แล้วลุงเชื่อเขาหรือผมล่ะ’ ผม
กับลุงเล็กคุยกันบ่อย ผมให้เกียรติเขา เวลาไปประชุมที่กรุงเทพฯ ถ้ามี
โควต้า ผมเอาแกไปด้วยนะ ในที่สุดก็ยอม แก่ซึ่งจักรยานวนไปวนมา บอก
ชาวบ้านในนิคมจนรู้กันหมด

“ผมมองว่าการได้เช่าที่ดินในราคาถูกคือประเด็นสำคัญ แล้วยังได้
เบี้ยผู้สูงอายุอีก แต่ก่อนที่ดินนิคมเป็นสถานสงเคราะห์ ถ้ายกเลิกถึงจะได้
ตอนนั้นลุงเล็กถามว่า แล้วค่าอาหารจะยกเลิกไหม ผมต้องทำข้อตกลงใน
MOU ว่าจะจ่ายค่าอาหารให้จนกว่าจะเสียชีวิต แต่ไม่เรียกเงินสงเคราะห์
เรียกว่าเบี้ยเลี้ยงค่าอาหาร เพราะไปเข้าซ้อนกับข้อกฎหมายว่าถ้าได้

สงเคราะห์จากรัฐ เงินตัวนี้จะได้ ก็ไปเปลี่ยนข้อความในระเบียบกันใหม่ ตั้งแต่เริ่มต้นพูดคุยกับชาวบ้านในนิคม จนกระทั่งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศยกเลิกการเป็นนิคมโรคเรื้อน นิคมบ้านกว้างใช้เวลา ๑๘ เดือน ซึ่งถือว่าเร็วที่สุดในประเทศไทย มีการเซ็น MOU เมื่อ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๕๗ และประกาศเมื่อ ๒๔ กันยายน ในปีเดียวกัน

“ตั้งแต่เริ่มคุยกับชาวบ้าน ผมพูดคำไหนคำนั้น แล้วพูดด้วยความจริงจัง ผมว่านี่คือแรงผลักดันที่ทำให้สำเร็จ” สุรพล สิงห์แก้ว กล่าวถึง ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสลายนิคม

แน่นอนว่าในระยะยาว เมื่อสลายนิคมโรคเรื้อน และเปลี่ยนพื้นที่เดียวกันนั้นให้กลายเป็นชุมชนปกติ ชาวบ้านที่เคยถูกตีตราผ่านถ้อยคำที่เป็นทางการ ก็จะมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับคนอื่น อีกทั้งสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับก็ยังคงอยู่ครบถ้วน คำถามก็คือ ในมุมมองของ “กรมควบคุมโรค” อะไรคือสิ่งที่ได้จากการสลายนิคม

“ผมว่ากรรมฯ โลงอกนะ ถ้าวันหนึ่งผู้ที่เคยป่วยเสียชีวิตจนหมด ที่ดินผืนนี้จะส่งคืนกรมธนารักษ์ยังไง ลูกหลานของเขาไม่ย้ายออกหรือกจริงๆ อยู่ว่าชาวบ้านต้องออกตามกฎหมาย แต่ความจริงไม่ง่ายแบบนั้น แม้ตอนนี้กรรมฯ ยังเสียเงินค่าเบียดเบียนต่าง ๆ แต่มันสิ้นสุดตอนเขาเสียชีวิตนะ”

วันข้างหน้าของงานโรคเรื้อน

ณ ปัจจุบัน นิคมโรคเรื้อนที่สามารถถ่ายโอนบูรณาการเป็นชุมชนปกติมี ๘ แห่ง คือ นิคมปราสาท สุรินทร์, นิคมดงทับ จันทบุรี, นิคมบ้านกว้าง พิษณุโลก, นิคมฟายแก้ว น่าน, นิคมบ้านหัน มหาสารคาม, นิคม

อำนาจเจริญ อุบลราชธานี, นิคมนอนสมบุญณ์ ขอนแก่น, นิคมเสลภูมิ ร้อยเอ็ด

ส่วนนิคมโรคเรื้อนที่ยังทำไม่สำเร็จมี ๕ แห่ง คือ นิคมพุดตง นครศรีธรรมราช นิคมแพ่งขายิ่ง จันทบุรี นิคมแม่ลาว เชียงราย นิคมแม่ทะ ลำปาง, สถานสงเคราะห์ราชประชาสมาสัย อำเภอพระประแดง สมุทรปราการ

โดยนิคมโรคเรื้อนที่ว่าจะถ่ายโอนบูรณาการเป็นชุมชนปกติเร็ว ๆ นี้ คือ นิคมแม่ทะ ลำปาง

“นิคมที่เหลือคือลองทำกันแล้วนะ แต่ไม่สำเร็จ บางแห่งเราเข้าพื้นที่ไม่ได้ โคนแม่กระทั่งจุดประทัดไล่ ผู้ใหญ่เลยบอกว่า ‘ที่ไหนไม่ต้อนรับ ก็อย่าเพิ่งไปทำ’ แต่เราไม่ท้อ ถ้าวันหนึ่งชาวบ้านเห็นว่ามิประโยชน์ เขาก็จะร่วมมือเอง

“ผมคงหาทางสื่อสารต่อไปเรื่อย ๆ ซึ่งบอกยากว่าจะครบทั้งหมดปีไหน ผู้ใหญ่บอกให้เราเซฟชีวิตด้วย ตอนนี้อยู่ในระหว่างการทำงานวิจัย คนพิการที่อยู่นอกนิคมกับในนิคม เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ถ้าผลออกมาดี ก็อาจง่ายขึ้นในการจัดการสลายนิคม” **โกเมศ อุรัตน์** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ของสถาบันราชประชาสมาสัย พูดถึงสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ณ ปัจจุบัน งานโรคเรื้อนเลือกค้นหาเฉพาะหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยใหม่ และโอนงานโรคเรื้อนเข้าสู่บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด ขณะเดียวกัน สถาบันราชประชาสมาสัยก็เปลี่ยนวิสัยทัศน์ให้สอดคล้องกับบริบทที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนเหลือเพียงไม่มาก โดยมาให้เจ้าหน้าที่กับโรคจากการประกอบอาชีพ ที่นับวันจะก่อปัญหาเพิ่มมากขึ้น ถ้ารัฐเข้าไปบริหารจัดการไม่ดีพอ

ด้วยการเอาจริงเอาจังของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข

๖๖

UNSEEN ทรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ



ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่หายแล้วมารับเงินเบี้ยเลี้ยงที่นิคมบ้านกว้าง



สภาพสถานสงเคราะห์
ผู้ป่วยโรคเรื้อน
พระประแดงในปัจจุบัน

ความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และแรงสนับสนุนจากสถาบันพระมหากษัตริย์อย่างต่อเนื่องมาทุกพระองค์ โดยเฉพาะในสมัยรัชกาลที่ ๙ ที่บรรจุนโรคเรื้อนเป็นโครงการตามแนวพระราชดำริ บัณฑิตเหล่านั้นได้ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เคยทะยานสูงถึงหลักแสนมาสู่เพียงหลักร้อยในปัจจุบัน ซึ่งนับเป็นการประสบความสำเร็จอย่างน่าภาคภูมิใจ



เอกสารอ้างอิง

- หนังสือ ประวัติศาสตร์โรคเรื้อนในประเทศไทย
โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

ผู้ให้ข้อมูล

- ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต
ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- โกเมศ อุন্নรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สถาบันราชประชาสมาสัย
- สุรพล สิงห์แก้ว ผู้ปกครองนิคมบ้านกร่าง จังหวัดพิษณุโลก



เส้นทางของโรงพยาบาลบางรัก... ๘๖ ปีของงานควบคุม กาโรคในประเทศไทย

📍 ถนนสาทรใต้ กรุงเทพมหานคร

“คนป่วยเป็นกาโรค จนถึงทุกวันนี้ก็ยังถูกตีตรานะ”

“ถ้าใครสักคนเป็นหนองใน เขาไม่อยากไปโรงพยาบาลใหญ่ๆ หรอกไปก็ต้องถูกพยาบาลซักประวัติ เป็นหนองในมาที่วันแล้วละ ไปเที่ยวผู้หญิงมาหรือเปล่า? คนไข้ที่นั่งข้างๆ ก็ได้ยิน กลายเป็นความอับอาย คนป่วยเป็นกาโรคเลยมักไม่ไปหาหมอ ใช้วิธีซื้อยากินเองเอาตาบหน้า ถ้ากินยาแล้วไม่หายจริงๆ เขาค่อยไปคลินิก โรงพยาบาลใหญ่คือทางเลือกสุดท้ายเลย แต่ถ้ามาที่เรา คุณไม่ต้องอายใคร เพราะคนอื่นที่นั่งอยู่รอบๆ ก็เช่นกัน”

นายแพทย์นิสิต คงกริกเกียรติ หัวหน้ากลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค เล่าถึงบางแง่มุมที่คนทั่วไปอาจไม่นึกถึง

“กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือที่คนทั่วไปเรียกติดปากว่า **“โรงพยาบาลบางรัก”** เป็นสถานบริการเฉพาะทางที่ให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเนื่องจากอาการของโรคผิวหนังสามารถนำมาใช้คัดกรองผู้ป่วยกามโรคได้ ที่นี้จึงเปิดคลินิกสำหรับตรวจรักษาโรคผิวหนังทั่วไปด้วย

โรงพยาบาลบางรักตั้งอยู่ในพื้นที่ขนาดกว่า ๒ ไร่ใจกลางเมืองติดกับถนนสาทรใต้ (ไม่ไกลจากรถไฟฟ้าบีทีเอสสถานีช่องนนทรี) แม้จะมีพื้นที่และบุคลากรจำกัด ทำให้รับผู้ป่วยได้ไม่มากนักในแต่ละวัน แต่ด้วยบุคลากรที่ได้มาตรฐานไม่ต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อีกทั้งการเป็นสถานบริการเฉพาะทางที่รักษากามโรคมายาวนานจนเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยกามโรค หลายคนจึงเกิดความไว้วางใจและมาใช้บริการที่นี่

“เคยมี Sex Worker ให้สัมภาษณ์ว่า ‘มาบางรักแล้วรู้สึกอบอุ่น เพราะไม่ต้องถูกสายตาเหยียดหยามจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะผู้ให้บริการเอง’ การให้บริการของเราเป็นแบบนี้ อย่างพยาบาลเองก็รู้สึกว่าคนไข้เป็นน้องเป็นนุ่นเลยนะ” นายแพทย์นิติติเตลาถึงเสียงสะท้อนต่อโรงพยาบาลบางรัก

ย้อนอดีตกลับไป ใน พ.ศ.๒๔๗๓ โรงพยาบาลบางรักเคยตั้งอยู่ในอีกพื้นที่ ณ โรงพยาบาลเลิดสินในปัจจุบัน ในนาม **“แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก)”** สังกัดกองสุขศึกษา ต่อมา พ.ศ.๒๔๘๔ ได้เปลี่ยนชื่อเป็น **“แผนกบำบัดกามโรค โรงพยาบาลบางรัก”** สังกัดกองแพทย์สังคม กรมสาธารณสุข หลังจากนั้นได้มีการเปลี่ยนชื่อหน่วยงานและย้ายสังกัดอีกหลายครั้ง จนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๐๘ กรมอนามัยได้ก่อสร้างอาคารชั้นสูงตรโรคและตีกวัดตรวจโรคของกองควบคุมกามโรคและคูัดทะเลาะขึ้นบริเวณถนนสาทรใต้ ซึ่งได้กลายเป็นที่ทำการของกองกามโรคตั้งแต่นั้นนั้น จวบจนเป็น

กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวันนี้

เส้นทางจากอดีตจนถึงปัจจุบัน หน่วยงานแห่งนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายต่อหลายครั้ง ซึ่งหากย้อนไปทบทวนประวัติศาสตร์เหล่านั้น เราจะพบกับเหตุการณ์หลากหลายที่เป็นเหตุปัจจัยแห่งการเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งที่เป็นอยู่...และที่กำลังจะเป็นไป

จุดเริ่มต้นโรงพยาบาลบางรัก

ก่อนที่ “โรงพยาบาลบางรัก” จะกลายเป็นสถานบริการที่ตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคผิวหนังทั่วไปอย่างในปัจจุบัน ชื่อเดียวกันนี้ เมื่อ พ.ศ.๒๔๓๒ เคยใช้เรียก Nursing Home ที่ นายแพทย์ที เอ เวอร์ด เฮย์ เป็นผู้อำนวยการ ซึ่งได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตจาก พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ให้ใช้ “บ้านหลวง” เป็นที่ทำการ สำหรับรักษาพยาบาลโรคทั่วไปให้กับชาวต่างประเทศที่อาศัยอยู่ในพระนคร (โดยเฉพาะในย่านบางรักไปจนถึงสี่พระยา)

สมัยนั้น โรงพยาบาลบางรักเป็นตึกชั้นเดียว ความยาวไม่เกิน ๑๐ คูหา ปีแรกที่เปิดทำการอาศัยทุนเรียโรจากชาวต่างชาติ และมีนโยบายคิดเงินจากผู้ป่วยเพื่อให้เห็นคุณค่าของยารักษาโรค และ



โรงพยาบาลบางรัก กองควบคุมกามโรค
กรมอนามัย ถนนสีลม กรุงเทพมหานคร (ปัจจุบันเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลเลิดสิน) พ.ศ.๒๔๗๓ - ๒๕๐๖



ในอดีตโรงพยาบาลบางรักเคยมีบทบาทควบคุมโรคคุดทะราด

ยังทำให้โรงพยาบาลสามารถเลี้ยงตัวเองได้ด้วย ซึ่งนับว่าเป็นแบบอย่างของการเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยเป็นแห่งแรก โดยที่รัชกาลที่ ๕ ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้กรมพยาบาลออกค่าใช้จ่ายเป็นเงินเดือนให้กับแพทย์โรงพยาบาลบางรัก (ซึ่งคือนายแพทย์เฮย์) เป็นจำนวน ๔ ชั่ง ๔๐ บาทต่อเดือน นายแพทย์เฮย์ได้วางรากฐานการแพทย์แผนตะวันตกในประเทศไทย ท่านได้ดำรงตำแหน่งแพทย์ใหญ่ทหารเรือ โดยได้รับยศนาวาเอก ซึ่งเป็นยศสูงสุดของราชนาวีไทยสำหรับแพทย์ชาวต่างประเทศสมัยนั้น นอกจากนี้ ท่านยังดำรงตำแหน่งหมอใหญ่ กรมพยาบาลและผู้อำนวยการใหญ่ศิริราชพยาบาล ทั้งยังมีส่วนร่วมก่อตั้งโรงเรียนแพทยากร ซึ่งเป็นที่สอนวิชาแพทย์แผนฝรั่งขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย

ภายหลังดำเนินกิจการได้ปีเศษ คณะกรรมการของโรงพยาบาลบางรัก ได้ตกลงมอบโรงพยาบาลให้กับ กรมพยาบาล เพื่อดำเนินกิจการของรัฐ นับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ.๒๔๓๔ โดยที่นายแพทย์เฮย์ยังคงเป็นผู้อำนวยการต่อไป และรัชกาลที่ ๕ ยังทรงมีพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้

นายแพทย์เฮย์ชยายกิจการเป็นโรงพยาบาลรับบำบัดรักษาผู้ป่วยทั่วไป

จนกระทั่งใน พ.ศ.๒๔๔๘ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ยุบเลิกกรมพยาบาล และให้โรงพยาบาลในเขตพระนคร รวมทั้งโรงพยาบาลบางรักที่เคยสังกัดกรมพยาบาล ไปสังกัดกรมแพทย์สุขาภิบาลในกรมสุขาภิบาล กระทรวงนครบาล

ต่อมา พ.ศ.๒๔๕๕ กระทรวงมหาดไทยได้ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตจัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นมาใหม่ โดยให้สังกัดกระทรวงมหาดไทย จนกระทั่ง พ.ศ.๒๔๕๙ กระทรวงมหาดไทยมีความประสงค์จะปรับปรุงกิจการของกรมพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น จึงขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตจากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๖ เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาล แต่โรงพยาบาลบางรักยังคงสังกัดอยู่กับกรมแพทย์สุขาภิบาล

แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก) ณ โรงพยาบาลบางรัก

หลังจาก พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ ประกาศเลิกทาสไปแล้ว ผู้หญิงจำนวนหนึ่งที่ได้รับอิสรภาพตัดสินใจพาตัวเองไปยังโรงนครหญิงโสเภณีที่ต่าง ๆ เพื่อเลี้ยงชีวิตด้วยการเป็นหญิงโสเภณีโดยสมัครใจ ปรากฏว่าเวลาผ่านไป ผู้หญิงหลายคนป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ตอนนั้นยังไม่มีแพทย์ทำหน้าที่ตรวจรักษา ซึ่งหญิงโสเภณีเหล่านั้นอาจแพร่โรคไปยังคนที่มีความสัมพันธ์ด้วย รัชกาลที่ ๕ จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตรา “พระราชบัญญัติป้องกันลัทธิจรโรค ร.ศ.๑๒๗”

(พ.ศ.๒๔๕๑) เพื่อใช้สำหรับควบคุมกามโรค มีการให้แขวนคอมที่โรงนครหญิงโสเภณีเพื่อเป็นเครื่องหมาย จึงเป็นที่มาของคำว่า “คอมเขียว” นับเป็นกฎหมายฉบับแรกที่ใช้บังคับหญิงโสเภณีให้ปฏิบัติตามกฎหมาย แต่สมัยนั้นก็ยังไม่ว่าว่าการค้าประเวณีเป็นเรื่องผิดกฎหมาย

“หลังจากเลิกทาส มีทาสส่วนหนึ่งไม่มีอาชีพ เลยต้องไปเป็นหญิงบริการ เลยเกิด พ.ร.บ. ปราบการค้าประเวณี พ.ศ.๒๔๕๑ ในนั้นมีข้อหนึ่ง ที่บอกว่า ต้องให้มีการรักษาด้วย” นายแพทย์ชวลิต มังคละวิรัช อดีตผู้อำนวยการกองกามโรค (พ.ศ.๒๕๓๒-๒๕๓๕) กรมควบคุมโรคติดต่อ (ในสมัยนั้น) ให้ข้อมูล กฎหมายดังกล่าวได้ถูกยกเลิกในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นนายกรัฐมนตรี และเปลี่ยนมาใช้พระราชบัญญัติปราบการค้าประเวณี พ.ศ.๒๕๐๓ แทน และนับแต่นั้นมาการค้าประเวณีจึงเป็นเรื่องผิดกฎหมาย

เหตุการณ์นั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของงานควบคุมกามโรคในประเทศไทย

พ.ศ.๒๔๗๒ ในสมัยรัชกาลที่ ๗ กรมสาธารณสุขได้มีดำริจัดตั้ง “สุขศาลา” ขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลบางรัก มีฐานะเป็น “แผนกสุขศาลา” สังกัดอยู่ในกองสาธารณสุขพระนคร เพื่อเป็นสถานที่สำหรับบำบัดโรคทั่วไปให้กับประชาชน ในปีถัดมา (พ.ศ.๒๔๗๓) กรมสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยงานพิเศษขึ้นในบริเวณเดียวกัน เรียกชื่อว่า “แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก)” สังกัดกองสุขศึกษา เพื่อรักษาผู้ป่วยกามโรคชนิดต่างๆ เป็นการเฉพาะ นอกจากนี้ ปีต่อมา (พ.ศ.๒๔๗๔) ยังมีการตั้ง “แผนกสงเคราะห์มารดาและเด็ก” เพื่อเป็นตัวอย่างของการพัฒนางานสุขาภิบาล มีการป้องกันโรคและบำบัดโรคแก่ประชาชนในท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการสงเคราะห์แม่และเด็กอยู่ด้วย

การเกิดขึ้นในวาระต่างๆ เหล่านี้ ทำให้โรงพยาบาลบางรัก มีหน่วย

งานทางการแพทย์และสาธารณสุข ๓ แห่งอยู่ในบริเวณเดียวกัน คือ แผนก
 สุขศาลาบำบัดโรคทั่วไป แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก) และแผนก
 สงเคราะห์มารดาและเด็ก

เข้าสู่สมัยรัชกาลที่ ๘ เมื่อ พ.ศ.๒๔๘๔ “แผนกบำบัดกามโรค (สุข
 ศาลาบางรัก)” ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “แผนกบำบัดกามโรค โรงพยาบาล
 บางรัก” สังกัดกองแพทย์สังคม กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ซึ่ง
 ในปีเดียวกันนั้น ยังได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารผู้ป่วยกามโรคจำนวน
 ๒ หลัง ทำให้สามารถรับผู้ป่วยกามโรค (เป็นผู้ป่วยซีฟิลิสขั้นสมองและผู้ป่วย
 หนองในระยะร้ายแรง) เข้ารับการรักษาได้ประมาณ ๕๐ เตียง มีนาย
 แพทย์บุญ สุวรรณศรี เป็นผู้ดำเนินการ โดยมีการจัดหาแพทย์ พยาบาล
 และเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการ
 ดำเนินงานบำบัดรักษา กามโรค

ไม่เพียงเท่านั้น ยังมีการขยายงานควบคุมกามโรคให้ครอบคลุมกว่า
 เดิม โดยจัดให้มีภารกิจป้องกันและควบคุมเพิ่มขึ้น เช่น การติดตามค้นหา
 ผู้ป่วยกามโรคและผู้สัมผัสทางเพศของผู้ป่วยกามโรค ตรวจบำบัดกามโรค
 ในหญิงโสเภณี และการดำเนินงานด้านสุขศึกษากามโรค

ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๒ กองทัพทหารญี่ปุ่นได้เคลื่อนผ่านราชอาณาจักรไทยเพื่อไปยังประเทศพม่า เป็นมูลเหตุที่ชักนำให้ประเทศไทย
 ต้องเข้าร่วมในสงครามครั้งนั้น เวลาเที่ยงตรงของวันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ.
 ๒๔๘๕ ณ วัดพระศรีรัตนศาสดาราม รัฐบาลไทยได้ลงนามเข้าร่วมกับฝ่าย
 ญี่ปุ่น (อยู่ในฝ่ายอักษะ ประกอบด้วย ญี่ปุ่น เยอรมัน อิตาลี) ประกาศ
 สงครามกับฝ่ายสัมพันธมิตร (ประกอบด้วยอังกฤษและอเมริกา)

ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ ๒ จอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น มีดำริที่จะตั้งองค์การสาธารณสุขของรัฐขึ้นมาใหม่
 โดยรวมกิจการสาธารณสุขและการแพทย์ในกระทรวง ทบวง กรม ที่

กระจัดกระจาย ทำงานซ้ำซ้อน และไม่เชื่อมประสาน จนเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณไม่น้อย ให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งการรวมเป็นองค์กรใหม่ จะทำให้เป็นองค์กรที่สำคัญของรัฐในการพัฒนาปริมาณและคุณภาพกำลังคน เพื่อสนับสนุนนโยบายการสร้างมหาอำนาจไทย

๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๔๘๕ จึงได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงทางการแพทย์ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๔๘๕ โดยลงประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษาตอนที่ ๑๖ เล่ม ๕๙ วันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ.๒๔๘๕ ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล รัชกาลที่ ๘ สถาปนา **“กระทรวงสาธารณสุข”** ขึ้นมา

ผลจากการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เป็นจุดกำเนิดของ “กรมการแพทย์” และเป็นผลให้มีการโอน **“แผนกบำบัดกามโรค โรงพยาบาลบางรัก”** จากกองแพทย์สังคม กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ไปสังกัดอยู่ใน กองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น **“แผนกโรงพยาบาลกามโรค”**

เมื่อย้ายมาสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลบางรักจึงทำหน้าที่เป็นทั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางกามโรค (แผนกโรงพยาบาลกามโรค) และเป็นโรคพยาบาลทั่วไป (แผนกสุขศาลาบางรัก) ซึ่งใน พ.ศ.๒๔๘๕ มีผลการปฏิบัติงานบำบัดรักษาโรคสูงถึง ๑๙,๘๙๙ คน และบำบัดรักษาโรคทั่วไปจำนวน ๑๘,๔๒๖ คน

แต่แล้วเหตุการณ์ไม่คาดคิดก็เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลบางรัก... ๒๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๔๘๖ ยานถนสนสี่พระยา สุรวงศ์ สีลม และสาทร ถูกฝ่ายสัมพันธมิตรโจมตีทางอากาศครั้งใหญ่ อาคารสถานที่หลายแห่งในย่านเหล่านั้นได้รับความเสียหายเป็นอย่างมาก เช่น สถานีทูตเยอรมันที่ถนน

สุรวงศ์ และอาคารในส่วนของแผนกบำบัดรักษาโรคทั่วไปของโรงพยาบาลบางรัก ก็ถูกทำลายลงหมดสิ้น เป็นเหตุให้กิจการของแผนกศัลยศาสตร์บางรักที่รักษาโรคทั่วไปต้องยุติลงชั่วคราว คงเหลือแต่อาคารในส่วนของแผนกบำบัดรักษาโรคที่ยังปฏิบัติงานต่อไปได้

เมื่อสงครามโลกครั้งที่ ๒ สิ้นสุดลง พ.ศ.๒๔๘๘ แผนกโรงพยาบาลกามโรค โรงพยาบาลบางรัก ได้รับการยกฐานะเป็น “กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรัก” และได้โอนย้ายไปยัง กรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หลังจากความเสียหายของ แผนกบำบัดรักษาโรคทั่วไป ของโรงพยาบาลบางรัก พ.ศ.๒๔๙๐ คุณหญิงภักดีนรเศรษฐ (สิน เศรษฐบุตร์) ได้บริจาคเงินเป็นจำนวน ๑,๐๐๗,๗๐๐ บาทให้กับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นอนุสรณ์แก่ พระยาภักดีนรเศรษฐ (เลิด เศรษฐบุตร์) สามีผู้ล่วงลับไปแล้ว เงินดังกล่าวนำไปใช้สร้างตึกผู้ป่วย ๒ ชั้น จำนวน ๒ หลัง และบ้านพักแพทย์ชั้นเดียวจำนวน ๒ หลัง โดยประสงค์ให้เป็นอาคารสำหรับรักษาโรคทั่วไปแก่ประชาชน

กลางปี พ.ศ.๒๔๙๑ กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่งให้ กรมการแพทย์ รับผิดชอบโอนการก่อสร้างอาคารหลังใหม่ในพื้นที่โรงพยาบาลบางรักจาก กรมสาธารณสุข มาดำเนินการก่อสร้างต่อไป จนแล้วเสร็จในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ.๒๔๙๑ และได้เปิดอาคารใหม่โดยใช้ชื่อว่า “**โรงพยาบาล เลิดสิน**” ตามนามของ พระยาภักดีนรเศรษฐ (เลิด เศรษฐบุตร์) และคุณหญิงสิน

เหตุผลที่ไม่สามารถใช้ชื่อ “โรงพยาบาลบางรัก” ได้นั้น เนื่องจากเป็นชื่ออย่างเป็นทางการของ “กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรัก” เมื่อเป็นเช่นนั้น ภายในพื้นที่เดียวกัน จึงมี ๒ หน่วยงานของ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งดำเนินงานอยู่ด้วยกัน คือ



แต่เดิมโรงพยาบาล
บางรักสังกัดกองควบคุม
กามโรคและศุภเคราะห์
อาคารแห่งนี้ได้รับงบประมาณ
ก่อสร้างจากเงิน
สลากกินแบ่งรัฐบาล



กลุ่มงานชั้นสุดของโรงพยาบาลบางรัก เป็นห้องปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับทั้งในและต่างประเทศ

1. กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรัก สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. โรงพยาบาลเลิดสิน สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เหตุที่กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรักกับโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งสังกัดคนละกรม แต่มีพื้นที่ทำการในบริเวณเดียวกัน อาจทำให้เกิดความสับสนในการบริหารราชการของทั้งสองกรม ดังนั้น ใน พ.ศ. ๒๔๙๒ กระทรวงสาธารณสุขจึงย้าย “กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรัก” ไปอยู่ ณ วังเทเวศร์ โดยให้ส่วนของการบำบัดกามโรคให้ปฏิบัติงานอยู่ที่เดิม

พ.ศ.๒๔๙๓ กรมสาธารณสุขได้โอนงานป้องกันและบำบัดคุดทะราดจากกองควบคุมโรคติดต่อ มาอยู่ในสังกัดเดียวกับ กองควบคุมกามโรค และได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กองควบคุมกามโรคและคุดทะราด” โดยมีนายแพทย์บุญ สุวรรณศรี ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการกองควบคุมกามโรคและคุดทะราดเป็นคนแรก

พ.ศ.๒๔๙๕ มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม เปลี่ยนชื่อกรมสาธารณสุขเป็น “กรมอนามัย” กองควบคุมกามโรคและคุดทะราดจึงย้ายมาสังกัดกรมอนามัย

พ.ศ.๒๕๐๖ กองควบคุมกามโรคและคุดทะราดได้ย้ายที่ทำการเดิมไปอยู่ ณ อาคารที่ตั้งเดิมของสถานทูตเยอรมัน บริเวณหัวมุมถนนสุรศักดิ์ ตัดกับถนนสาทรเหนือ โดยสถานทูตเยอรมันให้ความอนุเคราะห์เป็นที่ทำการชั่วคราว

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ.๒๕๐๘ เมื่อกรม

อนามัยก่อสร้างอาคารชั้นสูตโรคและตึกตรวจโรคของกองควบคุม กามโรคและคุดทะราดขึ้น ณ พื้นที่ขนาด ๒ ไร่ใจกลางเมืองบริเวณถนน สาทรใต้ ซึ่งใช้เป็นที่ทำการของกองกามโรค และเป็นสถานบริการเฉพาะ ทางที่ให้บริการตรวจรักษา กามโรค โดยได้รับความช่วยเหลือค่าก่อสร้างจาก สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล อาคารแล้วเสร็จในปี พ.ศ.๒๕๑๐ ซึ่งใช้ ทำการมาจนถึงทุกวันนี้

“โรงพยาบาลเลิดสินในปัจจุบัน แต่ก่อนคือสุขศาลาบางรัก ตรงนั้น ติดทำน้ำ-แม่น้ำเจ้าพระยา เรือสำเภามาจอดเยอะ เลยเป็นที่สำหรับรักษา หญิงบริการ แล้วย้ายมาตรงสาทร (ถนนสาทรใต้) ตอน พ.ศ. ๒๕๐๘ เพราะต้องการขยายการทำงาน ที่เก่าไม่มีห้องเพาะเชื้อ โดยใช้เงินของ สลากกินแบ่งรัฐบาลมาสร้าง ตอนที่มาตั้งใหม่ ๆ โรงพยาบาลบางรักเป็น ตึกที่สูงที่สุดของเขื่อนั้นเลย”

“สมัยนั้นเป็นทั้งที่ให้บริการ ผีก่อบรม คีฬาวินัย และกีฬาสูตริยนิยน์ โดยห้องปฏิบัติการ ขณะที่สถานบริการแห่งอื่นมีเฉพาะห้องตรวจ ต้องส่ง มาเพาะเชื้อที่บางรัก” นายแพทย์ชวลิต มังคละวิรัช ให้ข้อมูล

เวลาต่อมา มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน่วยงานอีกครั้งใน พ.ศ. ๒๕๑๕ โดยโอน กองควบคุมกามโรคและคุดทะราด ไปสังกัดกรมการ แพทย์และอนามัย (มีการรวมงานของกรมอนามัยบางส่วนเข้ากับกรมการ แพทย์เป็นกรมการแพทย์และอนามัย)

เมื่อมีการสถาปนา “กรมควบคุมโรคติดต่อ” ขึ้นใน พ.ศ.๒๕๑๗ ก็ได้ เปลี่ยนชื่อเหลือเพียง “กองกามโรค” และเมื่อมีการปฏิรูประบบราชการ ใน พ.ศ.๒๕๔๕ จึงเกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหน่วยงาน โดยยุบรวม ๓ หน่วยงาน คือ กองโรคเอดส์ กองวัณโรค และกองกามโรค เข้าด้วยกัน เพื่อจัดตั้ง “สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” กรมควบคุมโรค (ชื่อเดิมคือ กรมควบคุมโรคติดต่อ) โดยมีโครงสร้างภายใน

เป็น ๓ กลุ่มโรค คือ กลุ่มโรคเอดส์ กลุ่มวัณโรค และกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กองกามโรค)

ก่อนที่ใน พ.ศ.๒๕๕๔ จะมีการปรับโครงสร้างภายในสำนักโรคเอดส์ และปรับบทบาทภารกิจภายใน เจ้าหน้าที่จึงพร้อมใจกันขออนุญาตผู้บริหารเปลี่ยนชื่อ “กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เป็น “กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” จนถึงปัจจุบัน

จากกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สู่ศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก

อาคารสีฟ้าอ่อนที่ตั้งอยู่ท่ามกลางตึกสูงบนถนนนสาทรใต้ คือที่ตั้งของ “กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ที่เป็นทั้งสถานบริการเฉพาะทางที่ให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคผิวหนังทั่วไป เป็นที่สำหรับให้หมอเฉพาะทางมาฝึกงาน และห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับกามโรค

“ถ้าพูดถึงการตรวจกามโรค เราตรวจละเอียดกว่าที่อื่นนะ เราตรวจทุกอย่างทุกเชื้อ เช่น ผู้หญิงที่เป็นตกขาว เราตรวจทั้งท่อน้ำสภาวะ ช่องคลอด และปากมดลูก แต่โรงพยาบาลทั่วไปอาจตรวจแค่ช่องคลอด เพราะคนไข้ก็มึนงงตั้งครมร์ มะเร็ง ติดเชื้อ ฯลฯ หมอเลยไม่สามารถเจาะจงกามโรคได้ ไม่ใช่ที่ว่าที่อื่นไม่ดี แต่ภารกิจงานต่างกัน อีกร้อยเวลาพูดถึงกามโรค คนไข้จะมองว่าอวัยวะเพศต้องมีความผิดปกติ แต่ซิฟิลิสระยะที่สอง อวัยวะเพศปกติดี แต่มีผื่นขึ้นตามตัว เขาเลยไม่รู้ว่าเป็นกามโรค เราเลยใช้การตรวจรักษาโรคผิวหนังมาดัดคนไข้ซิฟิลิสระยะที่สอง นั่นคือ



อาคารให้บริการตรวจโรคผิวหนัง
ของโรงพยาบาลบางรัก

ด้านข้างของโรงพยาบาล
บางรัก ตึกสูงที่เห็นใน
ภาพเป็นที่ทำการของ
ธนาคาร UOB

สาเหตุที่เราเปิดคลินิกโรคผิวหนังขึ้นมา ส่วนโรคเอดส์ ปัจจุบันเราทำหน้าที่คัดกรองอย่างเดียว ถ้าเจอก็จะส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่คนไข้มีสิทธิอยู่

“ตอนปฏิรูปใหม่ๆ คนทำงานข้างบนมองว่า เราคือกรมวิชาการ งานรักษาไม่ใช่ภารกิจหลัก เพราะเข้าไปสู่โรงพยาบาลต่างๆ แล้ว แต่เขาลืมไปว่านอกจากที่บางรัก องค์ความรู้ด้านกามโรคไม่มีในโรงพยาบาลเหล่า

นั่นเลย ผมเลยมองว่างานรักษาต้องอยู่ต่อ ที่มีหมอเฉพาะทางที่ทำงานเกี่ยวข้องกับกามโรคบ้าง เช่น หมอโรคผิวหนัง หมอสูตินรีเวช หมอโรคติดต่อ ต้องมาฝึกงานที่นี้หนึ่งสัปดาห์ มาเรียนรู้ว่ากามโรคตรวจอย่างไรรักษาอย่างไร ที่นี้เลยเป็นโมเดลงานกามโรคของเมืองไทย เรามีวัตถุประสงค์ตั้งแต่คนไข้กามโรคที่เยอะที่สุด มีองค์ความรู้ในการตรวจจากหมอที่มีความรู้ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนที่อื่นจะกระจัดกระจายไปตามแผนกต่าง ๆ พอหมอไม่ชำนาญก็อาจคิดว่าเป็นโรคอื่น

“แล้วเรายังมีห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับกามโรคที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย เป็นแล็บจุลชีววิทยา (Microbiology) ที่สามารถเลี้ยงเชื้อหนองในได้ และยังเป็นศูนย์สอบการดีเอยา หนึ่งในสองของทวีปเอเชีย นอกจากที่อินเดีย ก็มีที่บ้านเรา เราสามารถตรวจความไวของยาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาเชื้อหนองใน”

นายแพทย์นิสิต คงกริกเกียรติ หัวหน้ากลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค พูดถึงบทบาทในปัจจุบัน

ต่อประเด็นเรื่องบทบาทในการตรวจรักษา **นายแพทย์ชวลิต มังคละวิรัช** ก็มีมุมมองไม่ต่างกันว่า

“ถ้าคุณจะไปฝึกงานที่โรงพยาบาลทั่วไป บางวันไม่มีคนไข้กามโรคเลย แต่ถ้าโรงพยาบาลเฉพาะทาง มาวันเดียวเจอแน่นอน มาแค่ไม่กี่วันพอแล้ว การมีโรงพยาบาลเฉพาะทางก็เพื่อเป็นศูนย์ฝึกอบรม เราไม่ใช่ routine for service แต่เราเป็น service for research เป็น service for training”

พ.ศ.๒๕๐๘ คือวันแรกของหน่วยงานแห่งนี้ ณ ถนนสาทรใต้ เป็นเวลากว่าห้าสิบปีแล้ว ที่ผ่านร้อนผ่านหนาวมาตรวจรักษาผู้ป่วยกามโรคมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยอาคารที่ดูเสื่อมโทรมลงไปตามกาลเวลา และเมื่อ

ประชากรในกรุงเทพฯ มีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยก็มากขึ้นตาม (พ.ศ.๒๕๕๗ ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวน ๓๓,๖๖๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๒.๐๙ ต่อประชากรแสนคน) จนการให้บริการเกิดความแออัด

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการตรวจรักษา และงานบริการอื่นที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **“กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”** สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จึงมีแผนในการสร้างอาคารขนาด ๑๗ ชั้น ในนาม **“ศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก”** เพื่อรองรับการขยายงานด้านต่างๆ ในอนาคต โดยที่ภารกิจหลักมีดังนี้

1. **STIs Center** : เป็นศูนย์กลางการให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างครอบคลุมครบทุกมิติ และศูนย์ฝึกอบรมเวชศาสตร์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และโรคเอดส์
2. **Travel Med** : เป็นศูนย์กลางการให้บริการงานด้านเวชศาสตร์การเดินทางและเคลื่อนย้ายถิ่น
3. **Training Center** : เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมนานาชาติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เวชศาสตร์การเดินทางและงานควบคุมโรค
4. **Research & Data Center** : เป็นศูนย์กลางด้านข้อมูลและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“ผมเป็นหมอคณินิกมาก่อน งานหนักคือตรวจคนไข้ ไม่ค่อยรู้เรื่องนโยบายมากนัก” นายแพทย์นิลิตออกตัว เมื่อเราถามถึงสิ่งที่อยากเห็นในศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก



ส่วนหนึ่งของผู้มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลบางรัก



“ตอนแรกผมตั้งใจว่าอาคารคง ๕-๖ ชั้น แค่นั้นก็ครอบคลุมงานทั้งหมดของเราแล้ว แต่พอเข้าไปในกรมฯ ผู้ทรงฯ หลายคน โดยเฉพาะทางกรมโรค ก็บอกว่าถ้า ๕-๖ ชั้นไม่คุ้มค่าสร้างหรอก พื้นที่ติดย่านธุรกิจดีเป็นเงินเป็นพันล้านเลยนะ เลยเปลี่ยนมาสร้างเป็นอาคารสูง เป็นการลงทุนครั้งเดียวเกิดผลคุ้มค่า

“ผมอยากเห็นการให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ครบทุกอย่าง ครอบคลุมถึงเอ็ดส์ด้วย ดูแลไปถึง สุขภาวะทางเพศ (sexual health) ทุกวันนี้เรามีหญิงแต่งงาน มีชายแต่งงาน แล้วนอกจากแต่งงาน พวกเขา



ภาพมุมสูงของโรงพยาบาลบางรักท่ามกลางตึกสูงชนาข้าง

ใช้ฮอโมนด้วย แล้วไม่มีใครดูแลคนกลุ่มนี้ เราไม่รู้เลยว่าอนาคตการใช้ฮอโมนเหล่านี้จะให้เกิดโรคอะไรบ้าง ไม่มีใครรู้เลย เราจะเอางานนี้เพิ่มมาในศูนย์ความเป็นเลิศ

“ส่วนคลินิกโรคผิวหนังที่เคยให้บริการ ต่อไปก็จะสู้ออกคลินิกเอกชนได้แล้ว เพราะเราจะเอาเลเซอร์มาลง เป็นเชิงธุรกิจ ตึกใหญ่ขนาดนี้ต้องใช้เงินหมุนเวียนต่อเดือนเยอะ เราต้องออกเชิงธุรกิจมากขึ้น แล็บคงไม่ได้เพิ่มอะไรมาก คงสร้างความเข้มแข็งให้ได้มาตรฐาน งานเทรนนิ่งที่ทำได้ระดับหนึ่งแล้ว ตึกใหม่ก็จะรองรับผู้มาเทรนได้มากขึ้น”

ชื่อที่คนทั่วไปเรียกติดปากว่า “โรงพยาบาลบางรัก” เริ่มนับหนึ่งตั้งแต่ “แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก)” มาสู่ ณ ปัจจุบัน “กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” และในวันข้างหน้ากับ “ศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก” เส้นทางการเปลี่ยนแปลงต่างมีเหตุปัจจัยแห่งยุคสมัย

อยู่เบื้องหลังทั้งสิ้น

และเส้นทางดังกล่าว คือ เส้นทางของงานควบคุมกามโรคในประเทศไทย



เอกสารอ้างอิง

- หนังสือ ประวัติและวิวัฒนาการงานควบคุมกามโรคของประเทศไทย โดย ว่าที่ร้อยตรีประเสริฐ พงศ์พิฐสันต์

ผู้ให้ข้อมูล

- นายแพทย์ชวลิต มังคละวิรัช นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค
- นายแพทย์นิสิต คงเกริกเกียรติ หัวหน้ากลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค



เส้นทาง ๘๔ ปี จากหน่วยควบคุมไข้จับสั่น... สู่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง

แม้ว่า “โรคมะลาเรีย” (สมัยก่อนเรียกว่า ไข้จับสั่น ไข้ป่า ไข้ป่าง ไข้ร้อนเย็น หรือไข้ดอกลัก) จะเกิดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ก่อนกรุงรัตนโกสินทร์ ดังปรากฏในศิลาจารึกที่วัดพระเชตุพน บรรยายถึงโรคกระษัยบางลักษณะ เช่น กระษัยเต่าที่ทำให้มีม้ามย้อยโต หรือทำให้จับไข้เป็นเวลา ภายซุบผอม ผิวเนื้อเหลือง หากแต่ความรุนแรงของโรคมะลาสู่การรับรู้ในวงกว้าง จากการที่ พระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๔ ทรงเสด็จสวรรคตด้วยโรคมะลาเรีย

ครั้งนั้น พระองค์เสด็จไปประทับแรมทอดพระเนตรสุริยุปราคาเต็มดวง เมื่อวันที่ ๙ - ๑๙ สิงหาคม พ.ศ.๒๔๑๑ ที่บ้านห้วยกอ ตำบลคลองวาฬ อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ หลังจากเสด็จกลับ พระองค์ประชวร

ด้วยอาการไข้ หนาวสั่นสะท้านหนาวเป็นคราวๆ ตลอดการประชวรทรงมีพระสติดี แต่เวลาผ่านไปอาการกลับไม่ทุเลา จนกระทั่งเสด็จสวรรคต เมื่อ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๔๑๑ โดยสันนิษฐานว่า พระองค์ได้รับเชื้อมาลาเรียผ่านยุงก้นปล่องที่นำโรคมมาจากชาวบ้านที่ถางป่าเพื่อสร้างพลับพลาที่ประทับ

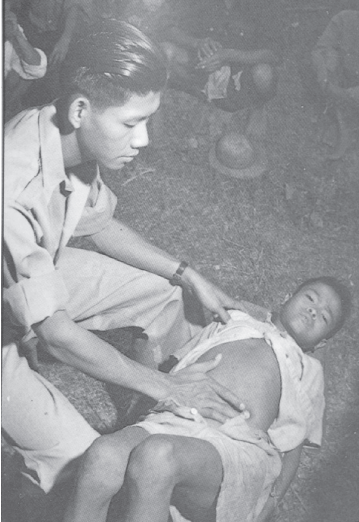
โรคมมาลาเรีย มีระบาดในพื้นที่เขตร้อนและเขตอบอุ่น ทั้งทวีปแอฟริกา อเมริกาใต้ และเอเชีย ส่วนประเทศไทยพบเชื้อมาลาเรียได้ในเขตป่า โดยเฉพาะเขตชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ชายแดนไทย-พม่า ชายแดนไทย-กัมพูชา

โรคมมาลาเรียเคยสร้างความสูญเสียต่อชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก จนกระทั่งเวลาผ่านไป เมื่อแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขมีความก้าวหน้า อีกทั้งบ้านเรือนย้ายออกจากป่าเข้ามาเกิดเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ปริมาณผู้ป่วยโดยภาพรวมจึงลดลงและความสูญเสียต่อชีวิตก็ไม่มากเหมือนในอดีต

ก่อนการเข้ามาขององค์การอนามัยโลก

รายงานประจำปีฉบับแรกของกรมสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.๒๔๖๑ รายงานว่า ขณะนั้นไข้จับสั่นเป็นโรคที่มีความชุกชุม และเป็นสาเหตุของความพิการและความตาย

พ.ศ.๒๔๗๓ กรมสาธารณสุข เริ่มต้นงานเก็บสถิติเกี่ยวกับโรคไข้จับสั่น โดยส่งหนังสือเวียนไปถึงข้าหลวงประจำจังหวัดทุกจังหวัด ให้แต่ละพื้นที่รวบรวมจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยไข้จับสั่น เมื่อนำตัวเลขจากทุกพื้นที่มารวมกัน ปรากฏว่าจากประชากรทั้งประเทศจำนวน ๑๑.๗ ล้านคน มีผู้เสียชีวิตมากถึง ๔๐,๓๔๗ คน



การสำรวจหาไข้มาลาเรีย หรือไข้ป่า
ประมาณ พ.ศ.๒๔๗๓ (ภาษาปะจ๋านถิ่นที่จะเรียก
แตกต่างกันไปในแต่ละท้องถิ่น เช่น ไข้ป่า ไข้ป่า
ไข้ดอกกลัก และไข้จับสั่น ฯลฯ)

กรมสาธารณสุขจึงจัดให้มี
หน่วยควบคุมไข้จับสั่น ขึ้นที่
จังหวัดเชียงใหม่เป็นครั้งแรก เมื่อ
พ.ศ.๒๔๗๕ โดยมีนายแพทย์หลวง
อายุรภิกิจโกศล ซึ่งดำรงตำแหน่ง
อนามัยจังหวัดเชียงใหม่เป็นหัว
หน้าหน่วยฯ (ปัจจุบันคือตำแหน่ง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) การรักษาไข้จับสั่นในสมัยนั้นใช้ยาควินิน
พร้อมให้คำแนะนำกับประชาชนถึงวิธีป้องกันตัวเองจากการถูกยุงกัด ยา
ควินินเข้ามาในประเทศไทยเป็นครั้งแรกจากคณะมิชชันนารีที่เข้ามาเผยแพร่
ศาสนา มีการบันทึกว่า มีการโฆษณายาควินินตีพิมพ์ลงในหนังสือพิมพ์
บางกอกเรียลไทม์ ซึ่งเป็นหนังสือพิมพ์ฉบับแรกของไทย ฉบับที่ ๘ ปี
ที่ ๑ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๓๘๘ ในสมัยรัชกาลที่ ๔

พ.ศ.๒๔๘๕ กรมสาธารณสุข ได้ยกฐานะขึ้นเป็น กระทรวง
สาธารณสุข เกิดเป็น แผนกไข้จับสั่น กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย
และในปีเดียวกัน ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติไข้จับสั่นเป็นครั้งแรก
แผนกไข้จับสั่น ได้รับการยกฐานะขึ้นเป็น **กองไข้จับสั่น** ใน พ.ศ.๒๔๘๗
ซึ่งเป็นปีเดียวกับที่สำนักนายกรัฐมนตรีประกาศบัญญัติศัพท์ **“มาลาเรีย”**
ขึ้นมา ส่งผลให้ต้องเปลี่ยนชื่อเป็น **กองมาลาเรีย**

ในปีต่อมา กองมาลาเรียได้เริ่มงานควบคุมมาลาเรียโดยจัดตั้งเป็น

๕ ภาค คือ ภาค ๑ และ ๒ ปฏิบัติงานในภาคกลาง ภาค ๓ ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาค ๔ ปฏิบัติงานในภาคเหนือ และภาค ๕ ปฏิบัติงานในภาคใต้ แต่ละภาคมี ๕ หน่วย รวมเป็น ๒๕ หน่วยมาลาเรีย ก่อนที่ในเวลาต่อมาจะเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก

ช่วงเวลานั้นเป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่ ๒ (พ.ศ.๒๔๘๒-๒๔๘๘) จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกมีส่วนร่วม ทำให้ใน พ.ศ.๒๔๙๑ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีมติว่า “การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นงานสำคัญอันดับแรกที่จะต้องระดมสรรพกำลังช่วยเหลือประชาชนที่กำลังป่วยด้วยไข้มาลาเรียอยู่แทบทุกประเทศ เฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์”

มติดังกล่าว ส่งผลให้เกิดสำนักงานสาขาเพื่อบริหารงานในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์โดยตรง ณ กรุงนิวเดลี ประเทศอินเดีย ประเทศไทยในฐานะสมาชิกจึงได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและเทคโนโลยีในการควบคุมโรคมาลาเรีย โดยในปีนั้นมีการให้ทุนกับนายแพทย์ของกรมอนามัยเพื่อไปศึกษาวิชามาลาเรีย ณ สถาบันมาลาเรียของประเทศอินเดีย จำนวนทั้งหมด ๒ รุ่น

เส้นทางกำจัดการกวาดล้างมาลาเรีย

หลังจากองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้งานด้านมาลาเรียเป็นภารกิจสำคัญอันดับแรก รัฐบาลไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขจึงแสดงความประสงค์ไปยังองค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ.๒๔๙๒ เพื่อขอรับความช่วยเหลือในด้านการควบคุมโรคมาลาเรีย งบประมาณที่ได้รับการ



ภาพถ่ายย้อนอกทางไป
สถานีวิจัยไข้มาลาเรีย
ของฝ่ายอเมริกันแห่ง
ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
องค์การ สป.อ. (SEATO-
MEDICAL RESEARCH
LABORATORY)

สนับสนุนมาจาก WHO และ องค์การบริหารวิเทศกิจของสหรัฐอเมริกา (USOM /United States Operation Mission) ซึ่งเป็นชื่อเรียกองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือจากประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาพ.ศ. ๒๕๐๔ หน่วยงานเพื่อพัฒนาการระหว่างประเทศ หรือที่เรียกว่า AID ได้มีการจัดตั้งองค์กร USAID ขึ้น (United States Agency for International Development) โดยได้ทำข้อตกลงกับรัฐบาลไทย จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการวิจัยมาลาเรียขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๐๕ ดำเนินการโครงการวิจัยเพื่อกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรียในประเทศไทย โดยการพนเคมิ หรือ ดีดีทีในท้องที่ที่มีการแพร่ระบาด และท้องที่ชายแดน ล้ำรวจ ค้นหาล้างและบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อกำจัดแหล่งแพร่โรค

คณะเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลกจึงเข้ามาปฏิบัติงานที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้โครงการนำร่องโดยการพนเคมิที่ให้สิทธิตกค้างตามผนังบ้าน เพื่อกำจัดยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะของเชื้อมาลาเรีย โดยให้แพทย์ที่ได้รับการอบรมจากประเทศอินเดียในรุ่นที่ ๒ มาปฏิบัติงานเป็นผู้ช่วย ส่วนพื้นที่อื่น คือ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และในท้องที่อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ได้มอบหมายให้นายแพทย์ ๒ คนที่ได้รับทุนไปอบรมในรุ่นแรกเป็นหัวหน้าปฏิบัติการ โดยที่การปฏิบัติงาน

ครั้งนั้น ยังได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟผ่านองค์การอนามัยโลก ในการจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ดีดีที เครื่องพ่น เครื่องกลั่นน้ำ กล้องจุลทรรศน์ และรถยนต์ เป็นต้น

การพ่นดีดีทีที่กำหนดเวลาไว้ในเดือนเมษายน (ก่อนฤดูฝนจะเริ่มต้น) และเป็นกาพ่นเพียงครั้งเดียว ซึ่งการปฏิบัติงานครั้งนั้น(พ.ศ.๒๔๙๓) นับเป็นการใช้สารเคมีมากำจัดแมลงเพื่อควบคุมมาลาเรียเป็นครั้งแรกในประเทศไทยอีกด้วย มาตรการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะไข้มาลาเรียจึงมีบทบาทสำคัญในเวลาต่อมา และมีการจัดตั้งหน่วยมาลาเรียขึ้นตามภาคต่างๆ เป็นศูนย์มาลาเรีย

ในช่วงเวลาเดียวกัน เจ้าหน้าที่ฝ่ายกีฏวิทยาขององค์การอนามัยโลกได้เข้าและยุ่งกันปล่อง เอ. มินิมัส แล้วพบเชื้อมาลาเรีย (ทั้งระยะไข่สไปโรซอยท์ในต่อมน้ำลาย และระยะอะดูซิทท์ในผนังกระเพาะอาหาร) ซึ่งหมายความว่า ยุงกันปล่อง เอ. มินิมัส เป็นพาหะไข้มาลาเรียที่สำคัญของประเทศไทย หลังจากเสร็จภารกิจ ผลปรากฏว่า ยุงกันปล่อง เอ. มินิมัส หายไปจากอำเภอสารภีและอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ครั้งนั้น จวบจนปัจจุบัน

เวลาต่อมา แรงสนับสนุนจากรัฐบาลอเมริกาในการควบคุมมาลาเรีย ได้ทำให้การพ่นดีดีทีขยายพื้นที่จาก ๓ อำเภอ กลายเป็น ๒๐ จังหวัด จากที่ครอบคลุมประชากร ๗๗,๕๐๓ คน ก็เพิ่มเป็น ๒,๙๒๘,๑๘๘ คน ก่อนที่จะขยายเพิ่มเป็น ๖๒ จังหวัด ครอบคลุมประชากรถึง ๑๑,๙๖๘,๖๖๗ คน ใน พ.ศ.๒๕๐๐

การปฏิบัติงานเหล่านั้น ได้ทำให้ผู้ป่วยที่มีเชื้อมาลาเรียลดลงเป็นอย่างมาก และแทบจะหมดไปในพื้นที่ที่การพ่นดีดีทีไปถึง โดย พ.ศ.๒๕๐๐ ทั้งประเทศเหลือผู้ป่วยเพียง ๑๐,๔๕๘ คน

“สมัยก่อนบ้านเมืองยังไม่เจริญ มาลาเรียอยู่ในป่าเขา ชาวบ้านอยู่

ในกระต๊อบ การฟันดีดีที่จะเป็นผองชาวๆ ไปติดอยู่ตามฝาบ้าน สมัยนั้น ฝาบ้านเป็นจาก ไม้ได้สวยงามอะไรมา ชาวบ้านก็ยอมให้ฟัน ถือว่าช่วย ป้องกันยุงได้มาก จำนวนคนเป็นไข้มาลาเรียลดลงงพรวดๆ การฟันดีดีที่ ตอนนั้นถือว่ามีประสิทธิภาพสูงมาก” แพทย์หญิงกรรทอง ทิมสาร อธิบดีนายแพทย์ ๑๐ ข.ผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๙ - ๒๕๔๓) กล่าว

จุดเริ่ม...โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย

ในเวลาต่อมา คณะรัฐมนตรีของไทยได้อนุมัติในหลักการตามที กระทรวงสาธารณสุขเสนอว่า การดำเนินงานควบคุมไข้มาลาเรียใน ประเทศไทย ควรเปลี่ยนเป้าหมายให้สอดคล้องกับมติขององค์การอนามัย โลก คือมุ่งกำจัดกวาดล้างให้หมดสิ้นไปจากประเทศไทย เมื่อเป็นเช่นนั้น ๒๕ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๐๑ กองมาลาเรียจึงทำการปรับปรุงงานควบคุมไข้ มาลาเรียให้เป็น **โครงการกำจัดไข้มาลาเรีย** โดยให้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๐๘ (ช่วงปีพ.ศ.๒๕๐๘-๒๕๑๓) ซึ่งผู้อำนวยการโครงการกำจัดไข้ มาลาเรียแห่งชาติในเวลานั้น คือ นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ซึ่งท่านได้ ดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง สาธารณสุขในเวลาต่อมา จึงได้ปรับเป็นโครงการกำจัดไข้มาลาเรีย โดยได้ รับการสนับสนุนจาก WHO และ USAID)

ช่วงพ.ศ.๒๕๙๒-๒๕๐๗ จึงถือเป็นยุคเริ่มของโครงการควบคุม มาลาเรีย ที่มีภาคนาวิทยาการสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางทั่ว ประเทศ รวมทั้งการนำยาใหม่ๆ มารักษาแทนที่ควินิน คือ คลอโรควิน ซึ่ง มีผลการรักษาดีกว่า ผลข้างเคียงน้อยกว่า เกิดผลสำเร็จในการลดผู้ป่วย

๔๖

UNSEEN ทรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ



นายแพทย์สมบัติ ไชยเพชร (ใส่แว่นดำ) อดีตหัวหน้ากองระบาดวิทยา และ นายแพทย์สมบุรณ์ ผ่องอักษร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงพื้นที่ภาคสนามตรวจไข้มาลาเรีย

นายแพทย์วิมล โนตานนท์ อดีตผู้อำนวยการโครงการมาลาเรีย ลงพื้นที่นี้เทศงานเกี่ยวกับการพ่น DDT



ภาพการเขียนรหัสการฉีดพ่น DDT บนผนังบ้านของชาวบ้าน



รหัสการฉีดพ่น DDT

ไข้มาลาเรียอย่างมาก

ด้วยความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก และองค์การบริหารวิเทศกิจของสหรัฐอเมริกา (USOM) ทำให้แผนการปฏิบัติงานของ โครงการกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรีย เป็นผลสำเร็จ รัฐบาลไทยลงนามร่วมกับ องค์การอนามัยโลก รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้แทน รัฐบาลไทยได้ลงนามในแผนปฏิบัติการร่วมกับองค์การอนามัยโลก (โดย ผู้อำนวยการฯ ภูมิภาคเอเชียอาคเนย์)

พ.ศ.๒๕๑๐ มีการพนตีสื่อที่ครอบคลุมประชากร ๒๓.๒ ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ ๗๑.๑ ของประชากรทั้งประเทศ ก่อนที่ พ.ศ.๒๕๑๒ จะสามารถ เจาะเลือดประชาชนได้ ๕.๔๕ ล้านคน อัตราพบเชื้อเหลือเพียงร้อยละ ๒.๔ เท่านั้น (ต่ำที่สุดในรอบ ๘ ปี) และอัตราการตายก็ลดลงจากปีเริ่มต้น (พ.ศ.๒๕๐๘) ที่ ๑๕.๒ คนต่อประชากรแสนคน เหลือเพียง ๑๐.๔ คน ต่อประชากรแสนคน นับเป็นการประสบความสำเร็จอย่างมาก

ในช่วงพ.ศ.๒๕๑๓-๒๕๑๔ ถึงแม้หลาย ๆ ประเทศสามารถลดจำนวนผู้ ป่วยไข้มาลาเรียลงได้มาก แต่ก็ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการกำจัด มาลาเรียไปจากโลกนี้ได้ ยิ่งกว่านั้นยังเกิดปัญหาสำคัญ เช่น เชื้อมาลาเรีย ตื้อยา และยุงพาหะดื้อต่อดีดีทีที่แพร่กระจายอยู่ในหลายประเทศ จนกระทั่ง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศที่มีมาลาเรียปรับเปลี่ยนกลับมาเป็น โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย ซึ่งประเทศไทยก็ได้ปรับเปลี่ยนโครงการเป็น รูปแบบผสม คือ Antimalaria Programme ซึ่งเป็นแผนระยะยาวไม่มี ระยะเวลาสิ้นสุด มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๑๔-๒๕๑๙) ให้ดำเนินมาตรการควบคุมโรคระยะยาวในท้องที่ป่าเขาและท้องที่ ส่วน ท้องที่ที่ได้รับความสำเร็จจากการดำเนินงานกำจัดไข้มาลาเรีย ก็ให้ได้รับ การดูแลรักษาให้ดี เพื่อป้องกันการกลับมาแพร่หลายของไข้มาลาเรียได้อีก

พ.ศ.๒๕๑๕ กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งส่วนราชการใหม่ ภารกิจ

เกี่ยวกับมาลาเรียจึงย้ายจาก สำนักงานปลัดกระทรวง ไปขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย (ที่ตั้งขึ้นใหม่) ต่อมา USIAD หยุดีให้การช่วยเหลือ ทำให้มาตรการต่างๆที่เคยบูรณาการดำเนินการทั่วประเทศ ต้องปรับเป็นโครงการควบคุมไข้มาลาเรียในลักษณะผสมผสาน เน้นเฉพาะพื้นที่ป่าเขาและกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยง โดยจัดห้องที่ออกเป็นระยะพ่นดีดีที และระยะทำลายแหล่งแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย จนกระทั่งครอบคลุมประชากรกว่า ๓๕.๗ ล้านคน

ก่อตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปฏิรูปโครงสร้างระบบราชการอีกครั้ง มีการจัดผังบริหารงานส่วนราชการระดับกรมใหม่เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๑๗ โดยจัดตั้ง **กรมควบคุมโรคติดต่อ** ขึ้นมา แยกกองวิชาการ ๖ กอง โรงพยาบาลเฉพาะโรค ๓ กอง ออกจากกรมการแพทย์และกรมอนามัย (รวมทั้งกองมาลาเรีย) รวมกับกองด้านบริหารอีก ๓ กอง รวมเป็น ๑๒ กองที่สังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ

“การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปี ๒๕๑๗ ไม่มีผลกับงานมาลาเรียมากนัก เพราะยุทธศาสตร์ในการควบคุมมาลาเรียไม่ได้เปลี่ยน เพียงแต่ย้ายหน่วยงานมาตั้งใหม่เท่านั้น” **แพทย์หญิงกรทอง ทิมसार** ให้มุมมอง

พ.ศ.๒๕๑๘-๒๕๑๙ ทั่วโลกประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน คือนโยบายที่จะกำจัดกวาดล้างไข้มาลาเรียไม่ได้ผล บางประเทศมีไข้มาลาเรียเกิดใหม่ในท้องที่ที่เคยกวาดล้างหมดไปแล้วด้วย จึงมีการปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยกลับมาใช้เป็นแผนควบคุมไข้มาลาเรียแทนการกำจัดไข้มาลาเรีย ท้องที่ที่ไม่สามารถ



ภาพการลงภาคสนาม เจาะเลือดหาเชื้อมาลาเรีย

กวาดล้างไข้มาลาเรียได้ให้ใช้นโยบายควบคุมไข้มาลาเรียระยะยาว ท้องที่
ที่กำจัดไข้มาลาเรียไปแล้วหรือมีโอกาสที่จะกำจัดได้ในอนาคตอันสั้น ให้ใช้
วิธีกำจัดไข้มาลาเรีย ช่วงเวลานั้นมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย มีการ
ประชุม/อบรมเพื่อปรับแนวคิด ปรับกลวิธีของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เน้นการ
ใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาของท้องที่นั้น ๆ มาวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละท้องที่

การระบาดใหญ่ของไข้มาลาเรีย..มาสู่ การขยายตัวของมาลาเรียคลินิก

หลังจากมีการตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อขึ้น โครงการควบคุมไข้

มาลาเรียและแมลงพาหะนำโรคก็ ได้รับการพิจารณาบรรจุไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๔ (พ.ศ.๒๕๒๐ - ๒๕๒๔) และอีกหลายฉบับต่อมา โดยมีนโยบายทำการควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณป่าเขา ชายแดน ซึ่งมีไข้มาลาเรียสูง และทำการกำจัดในท้องถิ่นอื่น ๆ

พ.ศ.๒๕๒๓-๒๕๒๗ เป็นช่วงรอยต่อของแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) เกิดการระบาดใหญ่ของไข้มาลาเรีย (ครั้งที่ ๒ ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๓๑-๒๕๓๕) ครั้งแรกมีผลมาจากการหนีภัยสงครามจากประเทศกัมพูชา ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติบริเวณชายแดนนับแสนราย ภาครัฐมีมาตรการพ่นสารเคมีฤทธิ์ตกค้าง พ่นหมอกควัน จัดให้มีมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ในหมู่บ้านหรือตำบลที่ห่างไกล ตั้งจุดตรวจตามบริเวณชุมชนหนาแน่นและอยู่ห่างไกล เพื่อค้นหาผู้ป่วยแล้วให้การรักษาโดยเร็ว รวมทั้งให้ความรู้เรื่องไข้มาลาเรีย และเมื่อกลับออกมาจากในป่า ทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดและจ่ายยารักษาให้หายขาด เพื่อไม่ให้มาลาเรียระบาดไปยังชุมชน ที่สำคัญคือมีการระบาดของเชื้อที่ติดต่อ ยาก จนต้องทำการเปลี่ยนยารักษาฟัลซิพาริมในเวลาต่อมา ในช่วงเวลานี้



อธิบดีกรมสาธารณสุข (หลวงพยุ่งเวชศาสตร์) กับ หัวหน้ากองควบคุมมาลาเรีย และผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ ไปตรวจเยี่ยมโครงการ



Dr.Bathia กำลังควบคุมการติดตั้ง Window Trap เพื่อกันยุง ตัวผลของ DDT ซึ่งทดลองพบไว้ในบ้าน เป็นโครงการควบคุมไข้มาลาเรียที่อำเภอสารภี



เจ้าหน้าที่ WHO ดูนานที่ตังแคมป์ โครงการสารภี

จึงมีการเพิ่มจำนวนมาลาเรียคลินิกในพื้นที่แพร่เชื้อปีละหลายสิบแห่ง โดยในปีพ.ศ.๒๕๒๓ มีเหตุการณ์สู้รบกันในกัมพูชา ทำให้มีผู้อพยพลี้ภัยเข้ามาในประเทศไทยจำนวนมากในบริเวณภาคตะวันออก ส่งผลให้มีอัตราป่วยอัตราตายด้วยไข้มาลาเรียสูงขึ้นชัดเจน

ปลายปี ๒๕๒๓ กองมาลาเรียได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา จำนวน ๕ ล้านบาท เพื่อให้ควบคุมมาลาเรียชายแดนไทย-กัมพูชา ช่วงเวลาเดียวกัน USAID ก็ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณ จัดตั้งมาลาเรียคลินิก จำนวน ๒๗๔ แห่งในเวลาปีเดียว นอกจากนี้ ยังมีการตั้งอาสาสมัครมาลาเรียประจำหมู่บ้าน (อมม.) ทั่วประเทศถึง ๔,๕๐๐ คน ในปี พ.ศ.๒๕๒๔ ประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มให้ความช่วยเหลือในรูปวัสดุอุปกรณ์ จำนวน ๗๐ ล้านบาท โดยการนำสารเคมีฆ่าแมลงชนิดใหม่ ชื่อ เฟนิโทโรธอน มาใช้ในท้องที่ชายแดนด้วย

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๖ (พ.ศ.๒๕๓๐ - ๒๕๓๔)

โครงการควบคุมไข้มาลาเรีย ยังเป็นแผนงานหนึ่งของกรมควบคุมโรคติดต่อ ในชื่อ แผนงานรองควบคุมไข้มาลาเรีย ได้กำหนดเป้าหมายให้ปีสุดท้ายของแผน คือ พ.ศ.๒๕๓๔ จะมีอัตราป่วยไม่เกิน ๕.๕ ต่อประชากรพันคน แต่ในช่วงพ.ศ.๒๕๒๙-๒๕๓๐ เกิดภาวะกาฬโรคโลกมีราคาสูง ทำให้มีการอพยพแรงงานมาบุกเบิกทำไร่กาแฟในภาคเหนืออย่างมาก และในปี พ.ศ.๒๕๓๑ นโยบายการเปิดชายแดนพากจังหวัดตราด ทำให้มีคนงานจำนวนมากข้ามไปชุดพลอยที่จังหวัดไพลิน ประเทศกัมพูชา การอยู่ในป่าเป็นเวลานาน และสัญจรข้ามประเทศไปมา ทำให้เกิดการระบาดของของมาลาเรียที่จังหวัดตราด และในปีต่อมา สถานการณ์ไข้มาลาเรียยังสูงขึ้นในหลายจังหวัด โดยเฉพาะในชายแดนของจังหวัดตราด ทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อ ต้องปรับเป็นนโยบายเชิงรุก จัดตั้ง Technical Supervision Team ในระดับกอง และ Multipurpose Team ในระดับกรม จัดลำดับพื้นที่ปัญหาไข้มาลาเรียเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับสูง (เร่งรัดให้ลดลงอย่างรวดเร็ว) ระดับกลาง (ปฏิบัติงานตามปกติ) และระดับต่ำ (เร่งรัดให้หมดไป) โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานควบคุมไข้มาลาเรียชายแดนขึ้นมา เกิดโครงการควบคุมไข้มาลาเรีย อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด (พ.ศ.๒๕๓๒ - ๒๕๓๕) ขึ้นมา เพื่อควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน เริ่มมีการใช้สารเคมีซุบมั่ง เปล เสื่อ กางเกง ผ้าห่ม และหมวก ให้กับชาวบ้านที่ไปชุดพลอยบนภูเขาในประเทศกัมพูชา นอกจากนี้ ปริมาณผู้ป่วยมาลาเรียที่เพิ่มขึ้น ยังส่งผลให้ยาที่ใช้รักษาในขณะนั้น เกิดการดื้อยาอีกด้วย

ปัญหาใหญ่... การดื้อยารักษาไข้มาลาเรีย

ในปีต่อมา หลายท้องที่เกิดการดื้อต่อยา Fansimef ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ควบคู่ไปกับเร่งหายาชนิดใหม่มาทดแทน พ.ศ.๒๕๓๔ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล จึงศึกษาพัฒนายารักษาตัวใหม่ จนออกมาเป็น ซิงเฮาซู (Qinghaosu) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ไวกว่าควินิน และในปีเดียวกัน ได้มีการประชุมผู้อำนวยการกองมาลาเรีย ๔ ประเทศ คือ อินเดีย ภูฐาน บังคลาเทศ และไทย ว่าด้วยการดื้อยาของมาลาเรีย เนื่องจากในขณะนั้น ทุกประเทศในภูมิภาคนี้ต่างพบกับปัญหาการดื้อยา จนได้แนวทางการใช้ยาสำหรับปฏิบัติงาน

พ.ศ.๒๕๓๕ เริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๓๙) โดยแผนงานควบคุมโรคติดต่อ แผนงานรองควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยูง แบ่งงานเป็น ๔ กลุ่มโรค คือ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง และในปีเดียวกัน ยังมีการพัฒนาวิธีการพ่นยาและชุบมุ้งด้วยสารเคมีตัวใหม่ คือ Permethrin ๑๐% E.C มาใช้ในความเข้มข้น ๐.๓ กรัมต่อตารางเมตร โดยเน้นบางท้องที่ที่เจริญแล้ว แต่ไข้มาลาเรียยังแพร่เชื้ออยู่ หรือท้องที่ที่มีปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการฟันดีดีที่ ซึ่งต่อมา พ.ศ.๒๕๓๘ กรมควบคุมโรคติดต่อ มีนโยบายหยุดซื้อดีดีที่ โดยใช้ส่วนที่ยังเหลืออยู่ให้หมด แล้วจึงเปลี่ยนมาใช้สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์แทน

ช่วงเวลานั้น ผู้ป่วยมาลาเรียสัญชาติไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับผู้ป่วยมาลาเรียชาวต่างชาติ ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พ.ศ. ๒๕๓๙ จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชาวพม่ามีทั้งหมด ๕๘,๘๔๑ราย (คิดเป็น ๙๖.๒๑ เปอร์เซ็นต์ของจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียชาวต่างชาติ) เนื่องจากปัญหาขาดแคลนแรงงานระดับล่าง จนเกิดการไหลทะลักของแรงงานจาก



ภาพหน่วยมาลาเรีย
จังหวัดระนองในอดีต



ประเทศพม่า ลาว กัมพูชา ฯลฯ ทำให้ในปีนั้น รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายควบคุมการทำงานของแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย ผู้เข้ามารับจ้างต้องจดทะเบียนแรงงาน และผ่อนผันให้เข้ามาทำงานใน ๔๓ จังหวัดที่ขาดแคลนแรงงานเท่านั้น นอกจากนี้ ผู้ประกอบการก็ต้องนำผู้หลบหนีเข้าเมืองไปยื่นประกันตัวและทำสัญญาประกันตัว ในช่วงเวลานี้ (พ.ศ.๒๕๓๘-๒๕๔๐) เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือเกิดเชื้อมาลาเรียที่ดื้อต่อยาหลายขนาน จนประเทศไทยต้องตัดสินใจนายชานานผสม ACT (Mefloquine และ Artesunate) มาใช้เป็นประเทศแรก ทำให้สามารถแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาที่รุนแรงลดลง และเป็นข้อมูลอ้างอิงให้อีกหลายประเทศตัดสินใจใช้ ACT จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติใกล้



พรมแดนทั้งกัมพูชาและพม่า ซึ่งร้อยละ ๘๐ เป็นแรงงานชาวพม่า (ชื่อเรียกคนเมียนมาร์ในขณะนั้น) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ จึงมีการกำหนดให้ไข่มาลาเรียเป็นโรคประเภทที่ ๒ ที่ต้องตรวจและรักษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

เมื่อสิ้นสุด แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ ๗ ปรากฏว่าโดยภาพรวมสามารถลดปัญหาไข่มาลาเรียได้เกินจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ จาก พ.ศ.๒๕๓๕ ที่อัตราผู้ป่วยเท่ากับ ๓.๑๕ คนต่อประชากรพันคน ลดลงเหลือเพียง ๑.๕ คนต่อประชากรพันคน ใน พ.ศ.๒๕๓๙

ก่อตั้งสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง

กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๓๙ กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้อนุมัติหลักการในการปรับปรุงบทบาทหน้าที่และโครงสร้างในส่วนภูมิภาค ส่งผลให้มี **สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง** มีงานที่รับผิดชอบใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ นำโดยแมลงทั้งหมด แบ่งออกเป็น

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (สคม.) ๕ แห่ง ซึ่งเดิมคือ ศูนย์มาลาเรียเขต

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (ศตม.) ๓๙ แห่ง ซึ่งเดิมคือ หน่วยมาลาเรียและศูนย์โรคเท้าช้าง

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (นคม.) ๓๐๒ แห่ง ซึ่งเดิมคือ ส่วนมาลาเรีย

พ.ศ.๒๕๔๐ เป็นปีเริ่มต้นของ **แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.๒๕๔๐ - ๒๕๔๔)** ส่วนของงานสาธารณสุข มีการระบุถึง งานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคติดต่ออื่นๆ ที่นำโดยแมลง อันประกอบด้วย การควบคุมไข้มาลาเรีย การควบคุมไข้เลือดออก การควบคุมโรคเท้าช้าง และการควบคุมโรคติดต่ออื่นๆ ที่นำโดยแมลง

ในปีนี้ (พ.ศ.๒๕๔๙) สถานการณ์ของมาลาเรียบริเวณชายแดนยังไม่ดีขึ้นนัก ๓๑ จังหวัดที่ติดชายแดนประเทศพม่า กัมพูชา มาเลเซีย และลาว มีแรงงานต่างชาติดลักลอบเข้ามาเป็นจำนวนมาก ก่อนจะกระจายไปรับจ้างอยู่ทั่วประเทศไทย ส่งผลให้เชื้อมาลาเรียกระจายไปทั่วประเทศ

ช่วงเวลาหลังจากนั้น ไข้มาลาเรียยังระบาดรุนแรงในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดตามแนวชายแดนไทย-พม่า ภาคใต้ทุกจังหวัด และจังหวัดชายแดนภาคตะวันออกที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.

๒๕๔๑ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๒ เป็นต้นมา การป่วยตายจากไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากหลายแสนรายในอดีต เหลือประมาณ ๒ หมื่นรายต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ปัญหาที่พบใหม่อีกอย่าง คือ พบการระบาดเป็นจุดเล็กๆ ในบางจังหวัด เพราะมีป่าสวนยางที่เกิดขึ้นใหม่มีการพบยุงพาหะในหลายพื้นที่

การเปลี่ยนผ่านของงานควบคุมไข้มาลาเรีย

เพื่อความเหมาะสมตามบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เมื่อมีการปฏิรูประบบราชการ ๒ ครั้ง ในปีพ.ศ.๒๕๑๗ ก่อตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อ มีการโอนกองมาลาเรียจากกรมการแพทย์และอนามัยมาสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ ในปีพ.ศ.๒๕๔๕ มีการรวมงานโรคติดต่อ นำโดยแมลงทั้งหมดมาอยู่ด้วยกัน ได้แก่ มาลาเรีย โรคเท้าช้างและโรคไขเลือดออก ภายใต้ชื่อ **“สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง”**

“ตอนก่อตั้งกรมควบคุมโรค แล้วเปลี่ยนเป็น สำนักแมลง (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง) มีผลต่องานมาลาเรียพอสมควร พอเอาหลายโรครมารวมกัน ระบบบริหารทำให้มาลาเรียไม่ใช่ vertical program แต่เป็น semi vertical คนทำงาน ต้องทำหลายบทบาท งบประมาณต้องแบ่งให้หลายฝ่าย แอร์เครื่องมือเครื่องใช้กันได้ คนตรวจกล้อง เคยดูแลมาลาเรียอย่างเดียว ก็ต้องหัดดูโรคเท้าช้างด้วย คนทำงานต้องแบ่งเวลาไปดูโรคอื่นด้วย ทำให้คนทำงานเหนื่อยมากกว่าเดิม แต่โชคดีที่ตัวเลขผู้ป่วยมาลาเรียลดลง คนก็ไปช่วยโรคอื่นได้ เลยไม่ถึงกับเดือดร้อนมาก”

สถานการณ์มาลาเรียในประเทศไทย ตั้งแต่ ๑ มกราคม - ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๙ ผู้ป่วยไทยทั่วประเทศ ๑,๙๕๓ ราย (ลดลง ๕๕.๙๕

เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่แล้ว) ผู้ป่วยต่างชาติ ๘๕๕ ราย (ลดลง ๗๘.๐๐ เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่แล้ว)

ครั้งสุดท้าย...การกำจัดไข้มาลาเรียให้หมดไป?

“สถานการณ์ปัจจุบัน คนป่วยมาลาเรียมีไม่มาก แล้วบริเวณชายแดน ตอนนีพม่าสงบ ใครๆ ก็เข้าไปช่วยเหลือ ไข้ก็ลดลงทันตาเห็น มาลาเรีย บ้านเราก็น้อยลงด้วย คนพม่าที่เข้ามาทำงานบ้านเราก็มียี่สิบ แต่ถ้าวันหนึ่งมีการสู้รบอีก การช่วยเหลือจากต่างประเทศหยุด มาลาเรียกลับมาใหม่ จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเร็วมากในไม่กี่ปี บ้านเราก็เดือดร้อนนะ เพราะกำลังคนตอนนี้มีไม่พอ” แพทย์หญิงกรรทอง ทิมसार กล่าวถึงสถานการณ์จริงที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ

เพื่อให้ไข้มาลาเรียไม่ปัญหาด้านสาธารณสุขอีกต่อไป กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับการจัดการมาลาเรียของประเทศจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรค โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคมาลาเรีย ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) และแผนปฏิบัติการระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔) วงเงินงบประมาณ ๒พันกว่าล้านบาท มียุทธศาสตร์ ๔ ข้อ คือ

๑.เร่งรัดกำจัดการแพร่เชื้อในประเทศไทย ไม่ให้มีผู้ป่วยติดเชื้อมันที่ เน้นระบบเฝ้าระวัง ค้นหาเร็ว รักษาเร็ว และกำจัดเชื้อตัวยาว

๒.พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการ และรูปแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับพื้นที่

๓.สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายระดับ ประเทศ และนานาชาติ ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่อง ยั่งยืน

๔.ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากไข้มาลาเรีย

ตั้งเป้าให้ทุกอำเภอของประเทศไทยไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย ๓ ปีภายในปี ๒๕๖๗ โดยผ่านความเห็นชอบในหลักการจากคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

เชื่อว่า ภาพฝันที่พวกเราจะได้เห็น คงรอการพิสูจน์ในไม่ช้า



เอกสารอ้างอิง

- หนังสือ มาลาเรียวิทยา ๒๕๔๒ เนื่องในโอกาสครบรอบ ๕๐ ปี ของการควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทย โดย นายแพทย์สมศักดิ์ มะลิกุล
- หนังสือ ๑๕ ปีกรมควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๓๒ โดย กองมาลาเรีย
- หนังสือ ครบรอบวันสถาปนา๔๐ปี กรมควบคุมโรค โดย นายแพทย์จรัสพันธ์ ศิริชัยสินธพ

ผู้ให้อายุ

- แพทย์หญิงกรองทอง ทิมาสาร นายแพทย์ ๑๐ วช.อดีตผู้อำนวยการกองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ (พ.ศ.๒๕๓๗ - ๒๕๔๓)
- นายแพทย์จรัสพันธ์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

อาคารตารานนท์



จากสถานตรวจโรคปอด ยศเส...มาสู่บางโคล่ ๑๗ ปีกับงานวัณโรคในประเทศไทย

📍 แขวงบางโคล่ กรุงเทพมหานคร

พ.ศ.๒๔๖๓ ระหว่างที่ สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก (ขณะนั้นทรงดำรงอิสริยยศ เป็นเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์) ทรงศึกษาในชั้นปีที่ ๓ ของโรงเรียนวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ทรงมีเหตุจำเป็นต้องเสด็จกลับประเทศเนื่องในพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชชนนีพันปีหลวง หลังจากเสด็จพระราชพิธีถวายพระเพลิงแล้ว พระองค์ได้เสด็จไปทรงงานในห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา ของโรงพยาบาลศิริราชอยู่เป็นประจำ ทรงศึกษาถึงสาเหตุต่างๆ ของโรคภัยที่คุกคามประชาชน ทำให้พระองค์ทราบว่า มีผู้คนป่วยเป็น “วัณโรค” (Tuberculosis) อยู่จำนวนไม่น้อย อีกทั้งวงการแพทย์และ

ประชาชนทั่วไปก็ยังไม่มีความรู้ในการรักษาและป้องกันอย่างเพียงพอ

เมื่อทรงทราบเช่นนั้น พระองค์จึงเรียบเรียงความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับ “วัณโรค” ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งสาเหตุของโรค ลักษณะอาการ วิธีการรักษา และแนวทางการป้องกัน จนออกมาเป็นบทความชื่อว่า “โรคทูปเบอร์คูลโลสิส” (อีกชื่อหนึ่งของวัณโรค) และประทานให้กับกรมสาธารณสุข (ชื่อเดิมก่อนเปลี่ยนมาเป็นกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อพิมพ์เป็นเอกสารสุศึกษา ครั้งนั้นมีการจัดพิมพ์เผยแพร่ในงานถวายพระเพลิงสมเด็จพระเชษฐาธิราช เจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนารถ กรมหลวงพิษณุโลกประชานารถ เมื่อ ๒๔ กันยายน พ.ศ.๒๔๖๓ และต่อมาได้พิมพ์แจกจ่ายไปยังประชาชนทั่วไปอีกหลายครั้ง

บทความ “โรคทูปเบอร์คูลโลสิส” คือเอกสารสาธารณสุขวัณโรคฉบับแรกในประเทศไทยที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งขณะนั้นเป็นประโยชน์แก่วงการแพทย์และประชาชนทั่วไปอย่างมาก และนับเป็นหลักฐานสำคัญที่กล่าวได้ว่า **สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ทรงเป็นผู้ริเริ่มการต่อต้านวัณโรคในประเทศไทย**

เวลาต่อมาขณะพระองค์ไปทรงงานเป็นแพทย์ประจำ ที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีพระราชหัตถเลขา ถึงหลวงวินิตย์เวชชวิศิษฎ์ ลงวันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๗๒ มีเนื้อความตอนหนึ่งว่า

“TB มีมากเต็มที และไม่รู้จะอย่างไร เพราะไม่มีโรงพยาบาลพิเศษ หรือ Sanatorium¹ สำหรับรักษา รายที่ไม่หนักนัก การเรื่อง TB นี้ ทำให้ฉันสนใจมาก อยากให้มี Anti TB Society”

พระราชปรารภในเรื่องวัณโรคได้สร้างแรงบันดาลใจแก่คณะกรรมการแพทย์สมาคมแห่งกรุงสยามเป็นอันมาก คุณหลวงเฉลิมคัมภีร์เวชช์ ซึ่ง

¹ โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ดำรงตำแหน่งสภานายกของสมาคมฯ ตระหนักถึงความรุนแรงของ
 วัณโรคที่บั่นทอนสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก จึงจัดให้มีการประชุม
 กรรมการแพทย์สมาคมแห่งกรุงสยาม เมื่อวันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๗๗
 เพื่อหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค และป้องกันวัณโรคไม่ให้ระบาดแพร่
 หลายต่อไป การประชุมครั้งนั้นมีมติให้ตั้ง **“กองการปราบวัณโรค”** เป็น
 งานส่วนหนึ่งของแพทย์สมาคมฯ เพื่อทำการปราบวัณโรคในประเทศไทย
 และร่วมมือกับองค์การมูลนิธิต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกันมาแก้ไข
 ปัญหาวัณโรคอีกด้วย

เวลาต่อมา กองการปราบวัณโรค ของแพทย์สมาคมแห่งกรุงสยาม
 ได้จดทะเบียนเป็น **“สมาคมกองการปราบวัณโรค”** โดยสมบูรณ์ตาม
 กฎหมาย เมื่อวันที่ ๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๔๗๘ (หลังจากนั้นใน พ.ศ. ๒๔๘๒
 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น **“สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรม
 ราชูปถัมภ์”** โดยได้รับความช่วยเหลือจากสภากาชาดสยามในขณะนั้น
 ให้ใช้อาคารสถานีอนามัยที่หนึ่ง ถนนบำรุงเมือง จังหวัดพระนคร สำหรับ
 เป็นสถานตรวจและรักษาวัณโรค

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ เมื่อครั้งทรงพระ
 เยาว์ ได้ทรงติดตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดลไป
 ในที่ต่างๆ ทรงทราบความเดือดร้อนของพสกนิกร และทราบว่าชาวไทย
 เป็นวัณโรคกันมาก อีกทั้งไม่มีความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย
 และขาดแคลนยารักษาโรค จึงได้พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้
 อัญเชิญเพลงพระราชนิพนธ์ **“ยามเย็น”** ซึ่งเป็นเพลงที่สองที่ทรงพระราชนิพนธ์
 แต่เป็นเพลงแรกที่พระราชทานให้วงดนตรีนำไปบรรเลงในงาน
 แสดงดนตรีการกุศลเพื่อหารายได้สทบทุนช่วยเหลือโครงการรณรงค์ต่อ
 ต้านวัณโรคแห่งชาติของ สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรม
 ราชูปถัมภ์ พร้อมกับพระราชทานแบบจำลองเรือรบหลวงศรีอยุธยา ซึ่ง

ใบอนุญานกตของเจ้า รัชกาลที่ ๗
วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๔๗๒
โปรดเกล้าฯ ให้นำไป

ที่นี้ มี ๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน
ที่นี้ มี ๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน
๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน
๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน

T. B. Society และ ๒๓๓ คน
๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน
๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน
๒๓๓ คน มี ๑๓๐ คน

เจ้า รัชกาลที่ ๗

พระราชหัตถเลขาของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรดุสิต
กรมพระบรมราชชนก ถึงหลวง
นิตย์ เวชชาวิศิษฎ์ ลงวันที่ ๗
พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๗๒

ภาพสมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์ในอดีต





มกราคม พ.ศ.๒๕๐๓ กองควบคุมวัณโรค ตรวจเอกซเรย์ฟิล์มสีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นผลงานฝีพระหัตถ์ออกประมวลในงานเดียวกัน เพื่อนำรายได้สมทบ
ทุนในการต่อต้านโรคร้ายดังกล่าวเมื่อวันที่ ๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๔๘๙
และได้ทรงบริจาคพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ช่วยเหลือกิจกรรมต่อต้าน
วัณโรคเสมอมา

“สมาคมกองการปราบวัณโรค” นับได้ว่าเป็นองค์การต่อต้านวัณโรค
แห่งแรกในประเทศไทย ที่มีจุดเริ่มต้นจากพระราชหัตถเลขา สมเด็จพระ
มหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ด้วยเหตุที่วัณโรคเป็นโรคที่พบมากในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๔๘๒
พระไวยงวิธีการ อธิบดีกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ได้เสนอ
โครงการสร้างโรงพยาบาลสำหรับรักษาวัณโรคเป็นแห่งแรกในประเทศไทย

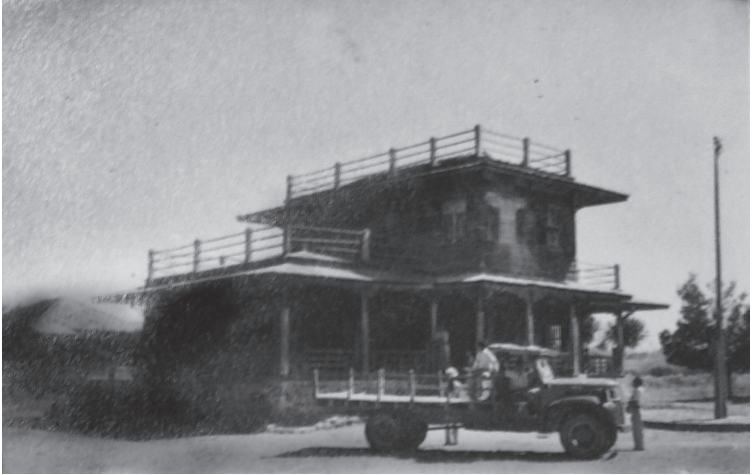
ต่อรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม และได้รับอนุมัติการสร้าง โดยจัดซื้อที่ดิน ๒๗ ไร่ ซึ่งตั้งอยู่ริมถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ต่อมาตั้งชื่อว่า “โรงพยาบาลวัดโรคกลาง” สังกัดกองแพทย์สังคม กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย มีขุนพิทักษ์ ประชาสุข เป็นผู้อำนวยการคนแรก เมื่อวันที่ ๑๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๘๘ ได้มีการเปลี่ยนกรมสาธารณสุขเป็น กระทรวงสาธารณสุข และโอนงาน “โรงพยาบาลวัดโรคกลาง” เป็น “กองโรงพยาบาลวัดโรค” สังกัดกรมการแพทย์

หลังจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ ได้สิ้นสุดลง ช่วงเวลานั้น ในบรรดาโรคระบาดทั้งหลาย “วัดโรค” คือสาเหตุที่ทำให้ประชากรเสียชีวิตมาเป็นอันดับสองรองจากไข้มาลาเรีย จากการเก็บสถิติเมื่อ พ.ศ.๒๔๙๐ มีอัตราการตายจากวัดโรคปอดในกรุงเทพฯ สูงถึง ๒๑๗ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งตัวเลขขนาดนั้นนับเป็นอันตรายที่สูงมาก รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของโรคนี้ในด้านสาธารณสุข หลวงพยุงเวชศาสตร์ ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมอนามัย จึงได้เริ่มก่อตั้งงานควบคุมวัดโรค โดยเปิด “สถานตรวจโรคปอด” ขึ้นมาเมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๔๙๒

ต่อมา...ผู้คนนิยมเรียกชื่อตามย่านของสถานที่ตั้งว่า **“สถานตรวจโรคปอดยศเส”**

เส้นทางของสถานตรวจโรคปอดยศเส

ณ อาคารสถานีอนามัยที่หนึ่ง ถนนบำรุงเมือง จังหวัดพระนคร พื้นที่เดิมของ “สมาคมกองการปราบวัดโรคแห่งสยาม” ได้กลายมาเป็น **“สถานตรวจโรคปอด”** หรือที่เรียกขานตามย่านของที่ตั้งว่า **“สถาน**



เรือนจำลองไฟ จังหวัดนครราชสีมา เป็นที่กักกันผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศในอดีต

ตรวจโรคปอดยุคเส ภายใต้การกำกับดูแลของ กองควบคุมโรคติดต่อ สังกัดกรมอนามัย ที่เข้าพื้นที่จากสภากาชาดไทย เพื่อทำหน้าที่ตรวจรักษา และป้องกันวัณโรค โดยมีนายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ซึ่งสำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาเอก (Dr.P.H.) ทางระบาศิริทยาวัณโรคจากมหาวิทยาลัย จอนส์ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา ซึ่งกลับมาปฏิบัติงานที่กรมอนามัย ดำรง ตำแหน่งเป็นผู้ผู้อำนวยการคนแรก

ขณะนั้นสถานตรวจโรคปอดเปิดบริการตรวจรักษาวัณโรคโดยใช้ เครื่องถ่ายภาพเอกซเรย์ทรงวงอกด้วยฟิล์มเล็ก (Photo-fluorographic unit for mass miniature radiography) เป็นเครื่องแรกในประเทศไทย อีกทั้งยังรักษาด้วยยาแบบผู้ป่วยนอก ตลอดจนงานทางด้าน การป้องกันผู้ สัมผัสโรค และให้สุขศึกษาแก่ประชาชนโดยทั่วไป

ต่อมาใน พ.ศ.๒๔๙๔ ได้มีการยกฐานะของ “สถานตรวจโรคปอด”

ไปเป็น “**กองควบคุมวัณโรค**” ขณะเดียวกันในวันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๔๙๔ ได้มีการโอน “กองโรงพยาบาลวัณโรค” สังกัดกรมการแพทย์ ย้ายมาสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก) ซึ่งมีนโยบายหลักคือการสนับสนุนงานของกองควบคุมวัณโรค สถานตรวจโรคปอดที่ยศเสเป็นส่วนใหญ่

ใน พ.ศ.๒๔๙๔ นี้ นายแพทย์สมบุญ ได้เสนอแผนการควบคุมวัณโรคทั่วประเทศ โดยมีหลักการวินิจฉัย รักษา ค้นหาผู้ป่วย รวมทั้งฉีดวัคซีน และให้โรงพยาบาลวัณโรคประสานกับสถานตรวจโรคปอดยศเสเพื่อรับผิดชอบเรื่องการควบคุมวัณโรคทั้งหมด ต่อมา “กองโรงพยาบาลวัณโรค” เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลโรคปอด” เพื่อดำเนินงานให้สอดคล้องกัน (ในปัจจุบันคือสถาบันโรคทรวงอก สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข) โดยที่โรงพยาบาลโรคปอดนั้น เป็นฝ่ายให้การรักษาด้วยวิธีคล้ายกรรมทรวงอก ซึ่งเริ่มมีการพัฒนาขึ้นในสมัยนั้น

ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ เริ่มมีความช่วยเหลือจาก องค์การอนามัยโลก (WHO) ในด้านผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และทุนการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับเจ้าหน้าที่ไทย และกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ก็เข้ามาให้ความช่วยเหลือในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ เช่น หน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ ฟิล์มเอกซเรย์ วัคซีนบีซีจี เครื่องอุปกรณ์ชั้นสูตกร รวมไปถึงการตั้งหอชั้นสูตกรวัณโรคกลาง กองควบคุมวัณโรค ซึ่งมีขีดความสามารถในการชั้นสูตกรเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดยเปิดทำการเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๕๖ ซึ่งต่อมาได้พัฒนาความสามารถให้ตรวจความไวต่อยาของเชื้อวัณโรคได้ด้วย การรักษาวัณโรคในระยะนี้ ได้เริ่มมีการใช้ยารักษาวัณโรคโดยเฉพาะขึ้นแล้ว

งานในระยะแรกของ “**สถานตรวจโรคปอดยศเส**” ที่มีส่วนสำคัญ

อย่างยิ่งต่องานควบคุมวัณโรคคือ การเป็นศูนย์สถิติและฝึกอบรมแพทย์พยาบาล และพนักงานชั้นสูตโรค ตลอดจนพนักงานอนามัย ในด้านการตรวจวินิจฉัย การควบคุม การรักษา การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การทดสอบทูเบอร์คูลิน สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ในการเผยแพร่ การป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และโครงการฉีดวัคซีนบีซีจีแบบเคลื่อนที่ไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยมุ่งฉีดที่เด็กนักเรียน ซึ่งเป็นวิธีแบบใหม่ที่นำมาใช้ป้องกันวัณโรค ในขณะที่ยังไม่มียาต้านวัณโรคขยายออกไปตรวจผู้ป่วยอย่างทั่วถึง

“การเกิดขึ้นของสถานตรวจโรคปอดยุคส เป็นเรื่องงานรักษาพยาบาล สมัยนั้นโรงพยาบาลต่างๆ ยังไม่พร้อม เราเลยตั้งที่ยศเสเพื่อดูแลคนไข้วัณโรค ตอนนั้นมีคำเรียกว่า Vertical Program ถ้าถามว่ามีส่วนยังไม่ต้องงานวัณโรคประเทศไทย มีมากเลย เพราะเป็นหน่วยงานที่มีทั้ง Knowledge (ความรู้) และ Skill (ทักษะ) มีการอบรมแพทย์จากที่ต่างๆ เกิดเป็นสูตรยามาใช้กับผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยจำนวนมาก การควบคุมวัณโรคตอนนั้น เราก็ยึดตามแนวทางองค์การอนามัยโลกเลย”

“แต่ถามว่าที่ยศเสช่วยให้ผู้ป่วยทั้งประเทศลดลงไหม ก็ไม่ขนาดนั้น เพราะขนาดปัญหามันใหญ่เกินกว่าที่แห่งเดียวจะเอาอยู่ คนไข้วัณโรคปีละเจ็ดหมื่น ยศเสดูได้ปีละสามร้อยถึงห้าร้อยคน แต่ที่ขนาดไม่ใหญ่มากนั้นแหละ มันเป็นอิมแพคเล็ก ๆ ที่ถือว่ามีความสำคัญมาก คือสร้างโมเดลในการดูแลรักษาคนไข้ นั่นคือ การสาธิตงานวัณโรคต่างๆ ให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข” **นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ** นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ ประจำสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มองการเกิดขึ้นของ**สถานตรวจโรคปอดยุคส** ต่องานวัณโรคของประเทศไทย

ขณะที่ระยะต่อมา การสำรวจหาข้อมูลในด้านระบาดวิทยาวัณโรคผ่านการสำรวจอัตราป่วย อัตราตรวจพบเชื้อวัณโรคในเสมหะ (อัตราแพร่เชื้อ) อัตราติดเชื้อวัณโรค รวมทั้งอุบัติการณ์ ตลอดจนการศึกษาทดลองใน



สถานตรวจโรคปอดเชียงใหม่ ศูนย์ควบคุมโรคภาคเหนือ สมัยสังกัดกรมอนามัย



กองควบคุมโรค
จัดประชุมชาวบ้าน
หมู่บ้านไร่เปิง อำเภอ
แม่แตง จังหวัด
เชียงใหม่ เมื่อ ๒๙
สิงหาคม พ.ศ.๒๕๐๕

ด้านการรักษาและป้องกันในเขตท้องที่ที่เลือกมาเป็นตัวอย่าง ทั้งในพื้นที่กรุงเทพฯ และจังหวัดเชียงใหม่ เป็นผลทำให้ได้ข้อมูลที่แน่นอนเกี่ยวกับการระบาดของวัณโรคเป็นครั้งแรกอีกด้วย และข้อมูลชุดนี้ก็ได้นำมาใช้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนงานด้านวัณโรคต่อไป

ช่วงเวลานั้น เริ่มมีรายงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยารักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้ว ประกอบกับมียารักษาวัณโรคขนานใหม่ที่ทำให้ผลในการรักษาโดยไม่ต้องรอเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล กองควบคุมวัณโรคจึงกำหนดนโยบายในการขยายงานวัณโรคออกไป โดยมุ่งเน้นที่การรักษาวัณโรคแบบผู้ป่วยนอก ผ่านการตั้งสถานตรวจโรคปอด หรือ ศูนย์วัณโรค ขึ้นตามภาคต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งประหยัดกว่าการก่อสร้างโรงพยาบาลวัณโรคที่มีขนาดใหญ่ ที่ต้องใช้บุคลากรมาประจำการเป็นจำนวนมากไม่น้อยอีกด้วย และการกระจายหน่วยเล็กๆ ออกไป ก็สามารภให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้เป็นจำนวนมากกว่า

- พ.ศ.๒๕๐๒ ตั้งศูนย์วัณโรคภาคเหนือ ณ จังหวัดเชียงใหม่
- พ.ศ.๒๕๐๖ ตั้งศูนย์วัณโรคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ จังหวัดขอนแก่น
- พ.ศ.๒๕๐๙ ตั้งศูนย์วัณโรคภาคใต้ ณ จังหวัดยะลา

การขยายงานในระยะแรกเป็นในรูปแบบโครงการพิเศษเฉพาะโรค นั่นคือ การรณรงค์โดยใช้หน่วยเคลื่อนที่ ได้แก่ การฉีดวัคซีนบีซีจี การตรวจหาผู้ป่วยโดยใช้หน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่ และมุ่งออกตรวจประชาชนให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะชุมชนใหญ่ๆ ในเมือง และเคยจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยงานและเจ้าหน้าที่จากกองควบคุมวัณโรคทั้งสิ้น

จากผลการสำรวจด้านระบาดวิทยาของวัณโรค ระหว่าง พ.ศ.๒๕๐๓-๒๕๐๗ ทำให้ทราบว่าวัณโรคนั้นมีการระบาดแพร่หลายอยู่ทั่วไป ทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีอัตราป่วยเฉลี่ยทั้งประเทศรวมทุกกลุ่มอายุ คิดเป็นความชุก (Prevalence) ร้อยละ ๒.๑ อัตราป่วยในระยะแพร่เชื้อร้อยละ ๐.๕ ถึงแม้อัตราป่วยในเมืองจะสูงกว่าชนบท แต่เมื่อประชากรร้อยละ ๘๕ ของประเทศไทยมีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท จำนวนผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จึงอยู่ในเขตพื้นที่ชนบท

เมื่อปฏิบัติงานจริงไปสักระยะ การขยายงานในรูปแบบโครงการพิเศษกลายเป็นการสิ้นเปลือง และยังต้องใช้กำลังคนจำนวนมาก แต่กลับให้บริการครอบคลุมประชากรเพียงส่วนน้อยเท่านั้น นั่นคือเฉพาะในเขตเมืองและบริเวณใกล้เคียง ทำให้ไม่สามารถขยายหน่วยงานให้เติบโตได้ เพราะมีคนทำงานอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งขณะนั้นเศรษฐกิจของประเทศไทยก็ไม่เอื้ออำนวยด้วย

ภายหลังวิเคราะห์และทบทวนการปฏิบัติงานโครงการควบคุมวัณโรคในประเทศต่างๆ แล้ว องค์การอนามัยโลกจึงได้มีข้อเสนอแนะเมื่อ พ.ศ.๒๕๐๗ ให้ขยายงานควบคุมวัณโรคโดยดำเนินการในรูปแบบของ **“แผนวัณโรคแห่งชาติ” (National Tuberculosis Programme หรือ NTP)** โดยโอนมอบให้เป็นหน้าที่ของบริการทางการแพทย์ หรือบริการสาธารณสุขทั่วไปของท้องถิ่น ได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด สถานีอนามัย ซึ่งมีอยู่แล้วทั่วประเทศ ด้วยเหตุที่ว่าวิธีการดำเนินงานควบคุมวัณโรคมีความก้าวหน้าและวิวัฒนาการไปสู่ความมีมาตรฐาน มีเทคนิคไม่ยุ่งยาก และไม่จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษดังเช่นสมัยก่อน

จากแนวทางที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะออกมาเป็น **“แผนวัณโรคแห่งชาติ”** ทำให้ประเทศไทยใน พ.ศ.๒๕๑๐-๒๕๑๑ ได้เกิดการบูรณาการงานควบคุมวัณโรคจำนวนหนึ่งเข้ากับบริการสาธารณสุขท้องถิ่น

ที่มีอยู่แล้ว คือ

การฝึกอบรมและโอนงานฉีดวัคซีนบีซีจี ให้แก่เจ้าหน้าที่อนามัยของจังหวัดต่างๆ รับไปปฏิบัติ หลังจากศึกษาทดลองฉีดวัคซีนบีซีจีโดยตรง (โดยไม่ต้องทดสอบทูเบอร์คูลินก่อนในเด็กเล็ก) ซึ่งพิสูจน์ว่าไม่มีอันตราย ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่อนามัยของจังหวัดต่างๆ ได้นำไปปฏิบัติได้ผลดีในกลุ่มอายุเป้าหมายที่กำหนดใหม่เป็น ๐-๙ ปี โดยได้รับความครอบคลุมมากขึ้น กว่าตอนใช้หน่วยฉีดวัคซีนเคลื่อนที่

ศึกษาทดลองการตรวจหาผู้ป่วย โดยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ด้วยอาการสงสัยวัณโรคในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง และให้การรักษาด้วยระบบยาครบ ๒ ขนาน (ไอโซไนอาซิด ควบกับยา ไฮอาเซตตาโซน) ซึ่งได้ศึกษาและทดลองแล้วว่าใช้ได้ผลดี มีราคาไม่แพง โดยส่งเจ้าหน้าที่ที่ฝึกอบรมแล้วไปประจำตามจังหวัดต่างๆ ที่ละ ๒-๓ คน ณ สถานอนามัยชั้นหนึ่ง หรือที่ทำการอนามัยจังหวัด

ช่วงเวลาเดียวกันนั้น ยังมีการตั้ง “ศูนย์วัณโรค” ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ทำหน้าที่นี้แทนงานทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำจังหวัด จัดการฝึกอบรมและการส่งกำลังบำรุงคืออุปกรณ์วัสดุการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ ยารักษาโรค วัคซีนบีซีจี ซึ่งได้มีการตั้งขึ้นในแต่ละเขต ดังต่อไปนี้

- พ.ศ.๒๕๑๐ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดนครราชสีมา
- พ.ศ.๒๕๑๑ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดอุบลราชธานี
- พ.ศ.๒๕๑๒ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดสกลนคร
- พ.ศ.๒๕๑๒ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดชลบุรี
- พ.ศ.๒๕๑๓ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดพิษณุโลก
- พ.ศ.๒๕๑๔ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดนครศรีธรรมราช

- พ.ศ.๒๕๑๔ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดนครสวรรค์
- พ.ศ.๒๕๑๙ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดสระบุรี
- พ.ศ.๒๕๓๔ ตั้งศูนย์วัณโรคเขต จังหวัดราชบุรี

เนื่องจากขณะนั้น ศูนย์วัณโรคเขตหลายแห่งยังขาดแคลนแพทย์ไปปฏิบัติงาน มีความจำเป็นต้องอาศัยแพทย์จากกองวัณโรคสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรคอยู่เป็นประจำ ศูนย์วัณโรคเขตในจังหวัดต่างๆ จึงแบ่งความรับผิดชอบเป็นเขตๆ ละ ๕ – ๖ จังหวัด และตั้งชื่อตามการแบ่งเขตราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๑๒ เขต นับตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๒๗ เป็นต้นมา

พ.ศ.๒๕๑๕ ได้มีการรวม “กรมการแพทย์” และ “กรมอนามัย” เข้าด้วยกัน และตั้งเป็น “กรมการแพทย์และอนามัย” ซึ่ง “กองควบคุมวัณโรค” ก็มาสังกัดอยู่ในกรมฯ นี้ด้วย โดยเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น “กองวัณโรค” จนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๑๗ ได้มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน และรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็น “กรมควบคุมโรคติดต่อ” ซึ่งมีบทบาทเป็นกรมวิชาการ มีหน้าที่วางแผนการสนับสนุนทางวิชาการ การฝึกอบรม และการส่งกำลังบำรุงในการควบคุมโรคติดต่อ โดยผ่านทางกองวิชาการของแต่ละโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขและศูนย์ควบคุมโรคเขตที่ขยายไปทั่วประเทศ สถานตรวจโรคปอดยุคเส ได้มีชื่อเป็นทางการว่า **“สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ”** ซึ่งใช้เป็นสถานที่ฝึกอบรมและดูงานของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ จากทั้งในประเทศและต่างประเทศจวบจนปัจจุบัน

การควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ หายใจในเด็ก อีกบทบาทของกองวัณโรค

นอกจากกองวัณโรคจะรับผิดชอบงานควบคุมวัณโรคแล้ว อีกบทบาท
ที่ทำในอดีตก็คือ การควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๒๓ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวง
สาธารณสุข ได้จัดประชุมสัมมนาระดับชาติเรื่อง “โรคติดเชื้อเฉียบพลัน
ระบบหายใจในเด็ก” ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นกุมารแพทย์ และผู้แทนจาก
องค์การอนามัยโลก การประชุมครั้งนั้นได้กระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึง
ปัญหาสำคัญของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ซึ่งมีความร้าย
แรงถึงขนาดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ในโรคติดต่อของเด็กอายุต่ำกว่า
๕ ปี) กระทั่งเกิดการศึกษาวิจัยถึงสาเหตุและสถานการณ์ระดับประเทศ
ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงของโรค แต่ก็ยังไม่เกิดการควบคุมโรคในระดับชาติ

จนกระทั่งใน พ.ศ.๒๕๒๘ กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้มอบหมายงาน
ควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กให้กองวัณโรคเป็นผู้รับ
ผิดชอบ แต่งตั้งอนุกรรมการระดับชาติ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจาก
มหาวิทยาลัย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และองค์กรต่างๆ
ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยได้รับคำแนะนำด้านวิชาการและ
การสนับสนุนในด้านต่างๆ จากกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ
(UNICEF) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ด้วยดีตลอดมา

ขณะนั้น วัตถุประสงค์หลักของงานควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
ระบบหายใจในเด็ก คือ ลดอัตราการตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า
๕ ปี กลยุทธ์คือ ให้ความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความ
รู้ความสามารถในการบริหารผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ กองวัณโรคได้นำ
มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกมาเป็นแนวทางตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๒๘ จน

ครอบคลุมทั่วประเทศในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ยังมีความพยายามให้ แพทย์ลดการใช้ยารักษาที่ไม่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงการทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

DOT : การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง

เนื่องจากกว่าที่ผู้ป่วยวัณโรคจะหายเป็นปกติ ต้องกินยาต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลานานหลายเดือนหรืออาจมากกว่าหนึ่งปี ผู้ป่วยบางคนจึงกินยาไม่สม่ำเสมอ จะความหลงลืมหรือไม่ใส่ใจเท่าที่ควรก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ การดื้อยา ซึ่งทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นหลายเท่าตัว บางรายต้องพบกับความยากต่อการรักษา และบางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิต

เมื่อเป็นเช่นนั้น ภายใต้คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก การรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง หรือ DOT (Directly Observed Treatment) จึงเกิดขึ้น นั่นคือ การให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล

“ตอนนั้นผมไปอ่านเจอในบทความของออสเตรเลีย มีหมอคนหนึ่งทำสิ่งที่เรียกว่า DOT ผมอ่านแล้วแปลความว่า การกินยาโดยมีพยานรู้เห็น เห็นว่าน่าสนใจดี เลยเรียกประชุมเจ้าหน้าที่ เราทำรีเสิร์ชเล็กๆ ขึ้นมา เอาคนไข้วัณโรคมาทำด้วยระบบ DOT ใช้ญาติดูแลคนไข้ เรายังสอนญาติ ปรากฏว่าผลออกมาดีมาก จำนวนหนึ่งร้อยละเก้า เราดูแลได้เก็บลิบกว่าเบอร์เซนต์ ทั้งที่สมัยนั้นสถิติของทั่วประเทศแค่หกสิบเอง สมัยที่ผมเริ่มทำ DOT ยังไม่บรรจุอยู่ในแนวทางขององค์การอนามัยโลกเลย ผมเป็นคนแรกที่เอามาลองใช้ในเมืองไทย”



นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย
ปรมาจารย์ด้านวัณโรคของ
ประเทศไทย ขณะกำลังศึกษา
เกี่ยวกับการบำบัดและควบคุม
วัณโรค ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา



นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่อนามัย จังหวัดนครสวรรค์
เรื่อง Integrated TB Service เมื่อพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๑๔

“ตอนนั้นกรมฯ ก็ดีใจ เลยให้ผมมานำเสนอ พ.ศ.๒๕๓๗ ผมเตรียมแผ่นใสมาที่กรมฯ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดใหญ่ๆ มาฟังยี่สิบกว่าคน รวมทั้งนายแพทย์ใหญ่ด้วย ผมนำเสนอด้วยความมั่นใจ แต่ระหว่างนำเสนอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดคนหนึ่งยกมือขึ้นแล้วพูดว่า ‘บ้าหรือไฉน ยูทธิชัยไม่มีอะไรทำเหอว ถึงมาทำเรื่องนี้ มีอย่างไหนให้คนไข้มากินยาต่อหน้า’ เขาพูดแบบนั้นเพราะกระแสสาธารณสุขสมัยนั้นคือสอนให้คนไข้ดูแลตัวเอง (Self care) ซึ่งผมมองว่าโรคอื่นทำได้ แต่ผู้ป่วย TB ต้องกินยานาน มันต้องใช้ DOT เท่านั้น วันนั้นทั้งห้องค้านผมเลย แต่อาจารย์นัดดา (นายแพทย์นัดดา ศรียาภย์ ผู้อำนวยการกองวัณโรค พ.ศ.๒๕๑๒ - ๒๕๑๘) มาตบป่าผม แล้วบอกว่า ‘มาถูกทางแล้ว’ เราก็ตีใจ เพราะอย่างน้อยในห้องก็มีหนึ่งคนเห็นด้วยกับผม”

นายแพทย์ยูทธิชัย เกษตรเจริญ อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ ประจำสำนักวัณโรค เป็นนายแพทย์ผู้อยู่กับงานวัณโรคมากกว่าสามสิบปี พูดถึงอุปสรรคในการนำ DOT เข้ามารักษาวัณโรค ก่อนที่กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินยุทธศาสตร์ใหม่ในการควบคุมวัณโรค โดยการนำ DOT มาใช้ จากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

พี่เลี้ยงในวิธีการกินยาแบบ DOT เป็นได้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอ็นจีโอ ผู้นำชุมชน ไปจนถึงญาติที่สามารถไว้วางใจได้ หน้าที่หลัก คือการดูแลและกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค พร้อมบันทึกการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค รวมไปถึงหมั่นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วย เพื่อที่เขาและเธอจะกินยาได้ครบตามกำหนดการรักษา นอกจากนี้ พี่เลี้ยงเองก็ควรหมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วยวัณโรคด้วยว่ามีอาการข้างเคียงหรือไม่ เพื่อนำไปบอกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มาแก้ไขได้ทันเวลา

“ทุกประเทศที่ทำเรื่อง TB จะใช้ DOT ทั้งนี้แหละ ทุกวันนี้ก็ยังใช้กันอยู่

แต่ประเทศไทย ผมพูดมาสี่สิบปีแล้ว ถึงวันนี้ก็ยังมีคนไม่เชื่อเลย ตั้งคำถามว่าจำเป็นหรือ ซึ่งผมมองว่า คุณต้องเลิกถามแบบนี้ได้แล้ว มันต้องตั้งต้นว่า DOT มีความจำเป็น แล้วค่อยมาคิดว่าเลือกใครมาเป็นพี่เลี้ยงดี

“ถามว่าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผมว่า DOT ต้องเป็นนโยบายออกมาเลย คนใช้ทุกคนต้องทำ ไม่ใช่ใครพร้อมค่อยทำ ถ้าคุณพิสูจน์แล้วว่าดี ป้องกันการดื้อยาได้แน่ๆ ถ้าคุณกินยาด้วยระบบ DOT มันมูลค่าแค่ไม่กี่พันบาทเอง แต่ถ้ามันดื้อยา เราต้องเสียเป็นแสนเลยนะ” เป็นมุมมองจากนายแพทย์ยุทธิชัย

จากยศเสสู่บางโคล่ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ

๒๓ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๒ คือ วันแรกของ “**สถานตรวจโรคปอดยศเส**” ณ อาคารสถานีอนามัยที่หนึ่ง ถนนบำรุงเมือง จังหวัดพระนคร แต่เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวเป็นการเช่ามาจากสภาอากาศไทย ซึ่งภายหลังสภาอากาศไทยต้องการพื้นที่คืนเพื่อใช้ประโยชน์ กองวัณโรคจึงต้องหาพื้นที่สำหรับก่อสร้างที่ทำการใหม่ ซึ่งได้ ร้อยตรีเจริญ ดารานนท์ เป็นผู้บริจาคที่ดินในตำบลบางโคล่ อำเภอยานนาวา กรุงเทพมหานคร เนื้อที่ทั้งหมด ๑๙ ไร่ ๑ งาน ๕๐ ตารางวา (พื้นที่ส่วนหนึ่งถูกนำไปสร้างอาคารพาณิชย์เพื่อนำรายได้มาใช้ในงานของกองวัณโรค)

ที่ทำการใหม่เริ่มก่อสร้างตั้งแต่กันยายน พ.ศ.๒๕๓๗ มาแล้วเสร็จเมื่อ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๓๙ แต่เนื่องจากกองวัณโรคมีสถานตรวจโรคปอดเป็นที่บริการตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งตั้งอยู่ภายในอาคารเดียวกัน การย้ายเข้ามาสู่ที่ทำการใหม่จึงไม่ได้เกิดขึ้นในคราวเดียว กว่าจะย้ายครบทั้งฝ่าย



บริเวณภายในสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ

บริหารงานทั่วไป กลุ่มงานวิชาการ และงานบริการตรวจรักษา ก็ต้องรอจนถึง ๖ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๑

พ.ศ.๒๕๕๕ มีการปฏิรูประบบราชการอีกครั้ง ด้วยปรัชญาของการให้หน่วยงานที่มีภารกิจคล้ายกันมารวมกัน กองวินโรคจึงถูกรวมเข้ากับหน่วยงานอื่นอีก 2 หน่วยงาน เกิดเป็น “สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ภายใต้การกำกับดูแลของ กรมควบคุมโรค (เปลี่ยนชื่อจากกรมควบคุมโรคติดต่อในปีเดียวกัน) ก่อนที่ต่อมาจะมีการแยก “สำนักวัณโรค” ออกมาเป็นการบริหารจัดการภายใน

ในปัจจุบัน สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ หรือ สำนักวัณโรค ตั้งอยู่ที่ แขวงบางโคล่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบทบาทงานหลายส่วน ทั้งงานสาธิตบริการ (ซึ่งเหลือเพียงที่เดียวในประเทศไทย) ที่ให้บริการผู้ป่วยวัณโรค



อาคารสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ เป็นที่ตั้งของสำนักวัณโรค

เน้นผู้ป่วยดื้อยาที่ถูกส่งตัวมาปรึกษาจากโรงพยาบาลทั่วไป งานวิชาการต่างๆ เช่น ทำแผนยุทธศาสตร์ประเทศ ทำงานวิจัย ออกคู่มือ/แนวทางมาตรฐาน และจัดฝึกอบรมให้บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับวัณโรค และอีกส่วนที่นับเป็นความภาคภูมิใจของที่นี่ก็คือ ห้องปฏิบัติการ (LAB) ที่ได้รับการพัฒนามีมาตรฐานในระดับนานาชาติ

“แอล็บของเราศักยภาพดีขึ้นเรื่อยๆ ตรวจสอบหะได้ เพราะเชื่อได้ทดสอบความไวของยาได้ ประกอบกับการสนับสนุนจาก WHO เขาเห็นว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการพัฒนาให้เป็นที่พึ่งของภูมิภาคได้ เลยส่งเจ้าหน้าที่มาฝึกคนของเรา พอผ่านการประเมินของ WHO เราก็ได้รับการ

ตั้งให้เป็นแล็บที่มีมาตรฐานระดับนานาชาติ (Supranational Reference Laboratory of Tuberculosis) มีประเทศในภูมิภาคนี้ส่งเสมหะมาตรวจที่เรา เช่น ภูฐาน ซึ่งการได้มาตรฐานแล็บ มันเป็นเรื่องเสี่ยงของประเทศไทย และอาจมีเงินมาอุดหนุน อาจมีเทรนนิ่งคอร์สต่างๆ ในอนาคตได้”

“การเป็นเทรนนิ่งเซ็นเตอร์ คือหน้าที่ของกรมฯ เรา โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีเวลามาสอนคนเยอะแยะหรือกรวมวิชาการก็มีหน้าที่ผลิตคนคือ Human Resource Development นั่นคือบทบาทอย่างหนึ่งของกรมควบคุมโรค แต่ถ้าคุณมีแค่ความรู้ ไม่มีทักษะ มันก็ไม่พอ เพราะนั่นคือการอ่านหนังสือไปสอน เขาก็ไม่ฟังคุณหรือ มันเลยต้องมีศูนย์ที่มีการดูแลคนไข้ แล้วเราเรียกส่วนนี้ว่า “ศูนย์สาธิตบริการ” ซึ่งในอนาคต ผมว่าก็ต้องมีต่อไป แต่ควรเปลี่ยนรูปแบบการรักษาไปเน้นเรื่องการดีดยา เพราะคนอื่นดูไม่เป็น มันยาก ส่วนการรักษาวัณโรคธรรมดาาก็ให้โรงพยาบาลทั่วไปดูแลแทน”

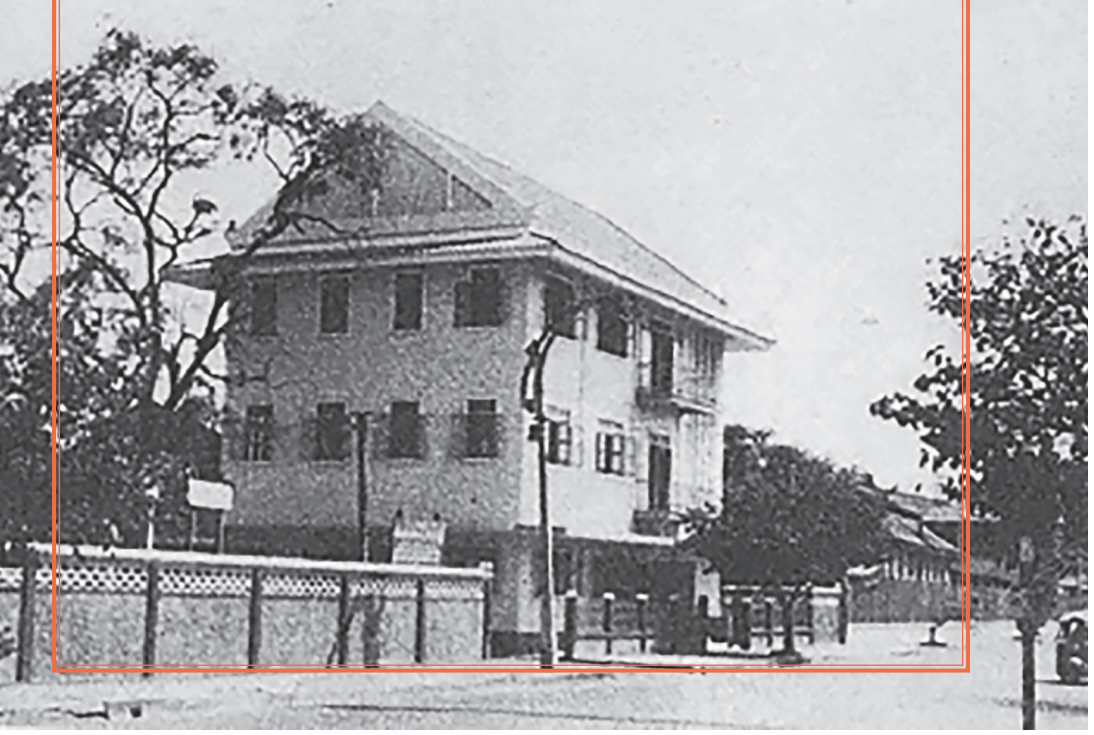
หากมองย้อนกลับไป ถ้าใช้ปริมาณผู้ป่วยวัณโรคของทั้งประเทศมาตั้งแล้วนำศักยภาพในการรักษาพยาบาลของ **สถานตรวจโรคปอดยศเส... มาสู่บางโคล่** มาหักออก ต้องยอมรับว่าขนาดของปัญหานั้นใหญ่เกินกว่าขนาดของหน่วยงานและบุคลากรจะสามารถแก้ไขได้อย่างครบถ้วน แต่บทบาทที่ต่างจากสถานพยาบาลทั่วไป นั่นคือ การค้นหาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ดีอย่าให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข คิดค้นสูตรยารักษาที่มีคุณภาพ ไปจนถึงการวางยุทธศาสตร์ในระดับประเทศ ก็นับเป็นบทบาทที่มีความสำคัญต่อการขจัดวัณโรคให้ออกไปจากประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

- บทความ งานต่อต้านวัณโรคในประเทศไทย พระราชมารกกิจสืบเนื่องของสมเด็จพระบรมราชชนก และพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จากหนังสือ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๓ กิ่งศตวรรษทองวัณโรค
- บทความ อดีต..สู่..ปัจจุบัน จากยศเส...ถึง บางโคล่ โดย นายแพทย์นัดดา ศรียาภัย จากหนังสือ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๓ กิ่งศตวรรษทองวัณโรค
- บทความ ประวัติสถาบันโรคทรวงอก ของสถาบันโรคทรวงอก <http://www.ccit.go.th/history/page-1.php>

ผู้ให้ข้อมูล

- นายแพทย์ยุทธิชัย เกษตรเจริญ อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ ประจำสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



๕๕ ปี สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฎกษัตริยาราม กับการบำบัดโรคเรื้อนในเขตเมือง

📍 ริมนถนนประชาธิปไตย เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร

อาคารปูน ๓ ชั้นที่ตั้งอยู่ภายในบริเวณวัดมกุฎกษัตริยาราม คือพื้นที่ปฏิบัติงานของ สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย หรือในอีกชื่อ ว่า “สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฎกษัตริยาราม” สถานพยาบาลที่ให้ บริการรักษาโรคผิวหนังทั่วไป ควบคู่กับการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขต เมือง (Urban Leprosy Control) ภายใต้การกำกับดูแลของกรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข

“สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฎกษัตริยาราม” ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๕ เพื่อสนับสนุนงานควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองด้านต่าง ๆ ทั้งการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อาจมารับบริการด้วยเพราะคิดว่าตนเองเป็นโรค ผิวหนังทั่วไป การตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ พัฒนางองค์ความรู้ และ

ฝึกรวมแพทย์ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมากยิ่งขึ้น จากวันแรกจนปัจจุบัน เป็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษแล้วที่ที่แห่งนี้ดำเนินภารกิจเหล่านั้นมาอย่างต่อเนื่อง

กล่าวโดยภาพรวมของประเทศ ด้วยองค์ความรู้และประสบการณ์ที่มีมากขึ้น การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจรักษา จึงมีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศเหลืออยู่ไม่มาก โดยเฉพาะในเขตเมืองที่ตรวจพบเพียงไม่กี่คนต่อปีเท่านั้น ขณะเดียวกัน การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนก็มีความสมบูรณ์มากขึ้นด้วย

เมื่อเป็นเช่นนั้น บทบาทของที่แห่งนี้ในปัจจุบัน จึงมีทั้งที่คงเดิมและเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต



ภาพเก่าของอาคารบำบัดในสมัยก่อน

กว่าจะเป็นสภานำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม

“ที่อาตมาภาพมาเกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนนี้ ก็เพราะอาตมาภาพได้เคยไปแสดงธรรมเทศนาและเยี่ยมผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนนี้ ที่สถานพยาบาลพระประแดง เมื่อพบเห็นแล้วรู้สึกสงสารยิ่งนัก สำหรับผู้ป่วยนั้นเล่า ก็ได้รับทุกข์ทรมานอยู่ไม่น้อย”

“ต่อมามีผู้ใจบุญทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ มาขอร้องให้อาตมา รับเป็นประธานกรรมการหน่วยสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน อาตมาเห็นว่าเป็นงานกุศล สมควรที่พระสงฆ์จะได้มีส่วนร่วมด้วย แม้มองค์พระมหากษัตริย์ก็ทรงสนพระราชหฤทัย และทรงอุปถัมภ์งานกุศลนี้อยู่เป็นอันมาก ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อาตมาจึงรับเป็น ประธานกรรมการหน่วยสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อนด้วยความยินดี”

เป็นพระดำริสของ
**สมเด็จพระอริยวงศาคต
ญาณ สมเด็จพระสังฆราช
(จวน อุฏฐายี)** สมเด็จพระ
สังฆราชพระองค์ที่ ๑๖ แห่ง
กรุงรัตนโกสินทร์ (พ.ศ.๒๕๐๘-
๒๕๑๔) เมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน
พ.ศ. ๒๕๐๕ จากรายการวัน
สงเคราะห์ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อน
ทางสถานีโทรทัศน์ไทยทีวี
ขณะดำรงตำแหน่งเป็นเจ้า
อาวาสวัดมกุฏกษัตริยาราม



พระสังฆราช จวน อุฏฐายี วัดมกุฏกษัตริยาราม

ย้อนไปก่อนหน้านั้น เจ้าอาวาสวัดมกุฏกษัตริยารามมีโอกาสรู้จักกับ มร.เอกินส์ ชาวอเมริกัน ซึ่งทำงานประจำอยู่ที่บริษัท American International Assurance (AIA) ชายผู้นี้มีความสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนเป็นพิเศษ ถึงขนาดอาสามาช่วยงานต่างๆ อย่างจริงจัง ทั้งที่ไม่เกี่ยวข้องกับอาชีพของตัวเองเลย เขาออกปากร้องขอให้ทางวัดมกุฏฯ จัดตั้งสถานบำบัดคนเป็นโรคเรื้อนขึ้นภายในบริเวณวัด แล้วเขาจะเป็นคนส่งหยูกยาต่างๆ มาให้จากต่างประเทศ

เจ้าอาวาสวัดมกุฏกษัตริยารามเห็นว่า การบำบัดรักษาคนทุกข์ยาก และป่วยไข้เป็นบุญอันประเสริฐ จึงสนับสนุนอย่างเต็มที่ โดยบริจาคเงินจำนวนหนึ่งเพื่อสร้าง ตึกกฤษณานิรมิต (แต่เดิมชื่อ กฤษณานิवास) อาคารปูน ๓ ชั้น (ตั้งอยู่ในตำแหน่งเดียวกับปัจจุบัน แต่อาคารดังกล่าวได้ผ่านการบูรณะมาบางส่วน) ขึ้นภายในบริเวณวัดมกุฏกษัตริยาราม ด้านริมถนนประชาธิปไตย

เดิมที่อาคารแห่งนี้จะใช้ชื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ว่า **“ตึกโรคเรื้อน”** แต่เนื่องจากสมัยนั้นคนทั่วไปยังมีความรู้ความเข้าใจต่อโรคเรื้อนไม่มากนัก เลยหวั่นเกรงว่าจะส่งผลต่อความรังเกียจ รวมไปถึงผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกอับอายจนไม่กล้าเข้ารับการรักษา จึงเปลี่ยนมาใช้ชื่อว่า **“ตึกโรคผิวหนัง”** เพราะโรคเรื้อนนับเป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง จนกระทั่งกลายเป็นชื่อ **“สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม”**

เมื่อการก่อสร้างแล้วเสร็จด้วยเงินประมาณ ๕ แสนบาท ตัวอาคารได้ถูกส่งมอบไปอยู่ในความดูแลของกรมอนามัย (ในสมัยนั้น) กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นสำนักงานกลางในการควบคุมโรคเรื้อน และเป็นศูนย์กลางในการส่งเจ้าหน้าที่ออกทำการบำบัดโรคเรื้อนทั้งในเขตพระนคร ธนบุรี และจังหวัดใกล้เคียงในภาคกลางรวมทั้งเป็นสถานที่สำหรับตรวจโรคผิวหนังทั่วไปด้วย

ช่วงเวลานั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนยังมียังจำกัด “สถาน บำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม” จึงต้องอาศัยความร่วมมือจาก อาจารย์โรคผิวหนังของคณะแพทยศาสตร์ในสถาบันการแพทย์ต่างๆ อาทิ นพ.เชียร สิริยานนท์, คุณหญิงยุกตเสวีวิวัฒน์ (ถนอมศรี ยุกตเสวี), ศ.นพ. ทองน่าน วิชาตะวณิช, นพ.สุนิตย์ เจิมสิริวัฒน์, แพทย์หญิงประนอม พล นิกร ฯลฯ ที่อาสาช่วยบุกเบิกให้สถานที่แห่งนี้เติบโตอย่างมีคุณภาพในด้านต่างๆ ทั้งการพัฒนารูปแบบสถานบำบัดโรคผิวหนังให้เป็นที่พักอบรม ด้านโรคเรื้อนและโรคผิวหนังทั่วไป และให้บริการค้นหา ตรวจ รักษาโรคเรื้อนรายใหม่ด้วยยาที่มีความทันสมัย โดยบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งกับการให้บริการผู้ป่วยโรคผิวหนังทั่วไป ซึ่งนับเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน(รายใหม่)ได้มากยิ่งขึ้น ทำให้สามารถลดอัตราการอุบัติการณ์ของความพิการซ้ำซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้มากขึ้นตามไปด้วย

พระบาราคนราครุ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เคยกล่าวไว้ว่า

“ในอาคารนี้จะมีเครื่องใช้ในการชันสูตรโรค ห้องสมุดสำหรับวิชาการ และใช้เป็นศูนย์ชุมนุมคณะกรรมการการแพทย์ทางวิชาการโรคเรื้อน ร่วมกับมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระราชูปถัมภ์ เพื่อนำความรู้มาเป็นประโยชน์แก่การควบคุมโรคเรื้อนต่อไป จึงนับว่าเป็นอาคารที่มีความสำคัญแก่กิจการการควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างมาก”

ช่วงเวลาที่มีการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานของกรมควบคุมโรค ติดต่อกัน (ชื่อเดิมของกรมควบคุมโรค) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๗ ได้มีการแยกกองโรคเรื้อนออกจากโรงพยาบาลพระประแดง ชั้นบนของอาคารภูนาถนอมมิต ยังเคยใช้เป็นที่ตั้งของ “กองโรคเรื้อน” ซึ่งมีบทบาทในการกำกับดูแลและบริหารจัดการภารกิจงานควบคุมโรคเรื้อนทั่วประเทศ



ทรงฉายร่วมกับนาย เจ. คาลอบ บอจส์ วุฒิสมาชิกแห่งสหรัฐอเมริกา ณ วัดมกุฏกษัตริยาราม ราชวรวิหาร

ควบคุมไปกับการเกิดขึ้นของ “สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม” เพื่อให้ระยะยาวไม่เกิดติดขัดในเรื่องงบประมาณดำเนินงาน ในปี พ.ศ.๒๕๐๕ เจ้าอาวาสวัดมกุฏกษัตริยารามจึงขอจดทะเบียนจัดตั้ง “มูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน (Leprosy Relief Fund)” เพื่อเป็นตัวกลางในการหาเงินทุนส่วนหนึ่งนอกเหนือจากงบประมาณของทางราชการ และยังรับเป็นประธานกรรมการของมูลนิธิ ตลอดมาจนกระทั่งสิ้นพระชนม์อีกด้วย

บทความ ประวัติและความเป็นมาของสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยารามและมูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน รวบรวมและเรียบเรียงโดย นพ.จรรยา ปิระยวารภรณ์ มีส่วนหนึ่งได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการก่อตั้ง มูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน ไว้เป็นข้อๆ ดังนี้

- ช่วยรัฐบาล สมาคมหรือเอกชน ในการค้นคว้าเกี่ยวกับโรคเรื้อน
- ช่วยเหลือในการจัดซื้อยาและจ่ายแจก ซึ่งยารักษาโรค ยาฉีดที่ต้องใช้ในการรักษา ป้องกัน บำบัด และบรรเทาโรคเรื้อน
- ช่วยเหลือในการเพิ่มพูนปริมาณของผู้เชี่ยวชาญหรือพนักงาน ช่วยเหลือไม่ว่าในหน้าที่ใดๆ ในงานด้านโรคเรื้อน
- ช่วยเหลือในการให้ได้มาซึ่งการป้องกัน และการรักษาอันทันสมัย ตลอดจนถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนให้มีสมรรถภาพ
- ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนและครอบครัว โดยกำลังทรัพย์ หรือด้วยวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ
- จัดให้มีโครงการการศึกษา และการป้องกันเกี่ยวกับโรคเรื้อน แก่ประชาชนทั่วไปในราชอาณาจักรไทย
- ส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคเรื้อนระหว่างชาติต่างๆ และกระทำการทุกอย่างเท่าที่จะอำนวยให้วัตถุประสงค์ของมูลนิธิ ดังกล่าวมาข้างต้นได้ผลเต็มตามความมุ่งหมาย

อาคารที่เป็นสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยารามนี้ ถ้ามองผิวเผินจะพบว่าถึงแม้จะมีรูปลักษณะเป็นอาคารแบบสมัยโบราณ ซึ่งในยุคสมัยนั้นถือเป็นสถาปัตยกรรมที่มีความทันสมัย แต่ปัจจุบันก็ยังคงความงดงาม แต่จากการพูดคุย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานบอกว่า อาคารแห่งนี้มีการบูรณะซ่อมแซมครั้งใหญ่มาแล้ว เพราะเป็นอาคารที่มีอายุเก่าแก่ แต่การปรับปรุงได้พยายามอนุรักษ์ให้คงเดิมมากที่สุด

การคัดกรองโรคเรื้อนในเขตเมือง ณ ปัจจุบัน

เดิมที สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม มีภารกิจคือการสนับสนุนงานโรคเรื้อนในด้านต่างๆ ทั้งการตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาการความรู้ และฝึกอบรมแพทย์ให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง (Urban Leprosy Control) ซึ่งถ้าใช้ข้อมูลนั้นมาพิจารณาด้วยสายตาคนนอก ภาพของสถานที่จริงคงต้องแตกต่างจากสถานพยาบาลโดยทั่วไปเป็นแน่

แต่เมื่อมาถึงสถานที่จริง บรรยากาศภายใน “ตึกภูพานิมิตร” แสบไม่ต่างสถานพยาบาลขนาดเล็กที่สามารถเห็นได้ทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นห้องตรวจ ห้องจ่ายยา หอม พยาบาล และผู้ป่วยทุกเพศทุกวันที่มานั่งคอยรับบริการอย่างเนืองแน่น

ด้วยองค์ความรู้เกี่ยวกับ “โรคเรื้อน” ที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลให้การ ตรวจรักษาและคัดกรอง ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศจึงหลงเหลืออยู่ไม่มาก โดยเฉพาะในเขตเมือง ที่ตรวจพบต่อปีเพียงไม่กี่คนเท่านั้น

นพ.ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน ในฐานะหัวหน้าสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย ให้ข้อมูลว่า เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๘ กรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ทั้งประเทศเพียง ๒๐๘ คน ซึ่งถือว่าน้อยมาก ส่วนที่สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม พบเพียง ๕ คนเท่านั้น เมื่อเป็นเช่นนั้น บทบาทการทำงานในปัจจุบันจึงแตกต่างจากช่วงเริ่มต้น

“ตั้งแต่แรกเลย ที่นี้ใช้การตรวจโรคผิวหนังทั่วไปมาสกรีนโรคเรื้อน ตอนนั้นก็ยังทำเหมือนเดิมอยู่ แต่เราพบผู้ป่วยโรคเรื้อนลดลงเรื่อยๆ อย่างปีล่าสุดพบแค่ ๕ รายเท่านั้น บทบาทของที่นี่เลยไม่ได้เน้นแค่โรคเรื้อนอย่างเดียวแล้ว แต่เรารักษาโรคผิวหนังทั่วไปมากขึ้นด้วย





ด้นนหน้าของอคกร
กรรณนหมมต ด้งอชูนน
ถนนประชนอบตอย

การใหบรคกรของคลนคโรค
ควหนงวตคภคกษตคเรยารน



“ส่วนใหญ่ที่มาคือโรคผิวหนังทั่วไปนะ โรคสะเก็ดเงินมาเป็นอันดับต้นๆ เพราะถือเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ที่รักษาลิวฝ้าด้วย เพราะในทางการแพทย์ถือว่าเป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง ถ้ามันอักเสบแล้วไม่รักษาอีกหน่อยเกิดแผลเป็น มันจะยิ่งแย่ ส่งผลต่อภาวะจิตใจด้วย พอถึงช่วงปิดเทอม ก็มีพ่อแม่พาลูกมาหาเรื่องลิวเยอะเหมือนกัน แต่ถ้าเลริมสวยมากๆ เช่น ฟीलเลอร์ โบท็อก เราจะได้ไม่ถึงขั้นนั้น” นพ.ทวีฤทธิ์ พูดถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม แม้ในทางการแพทย์จะนิยามว่าโรคเรื้อนเป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง แต่ด้วยความรุนแรงที่มากกว่า อาจเกิดอาการเส้นประสาทอักเสบจนกลายเป็นความพิการได้ การเฝ้าระวังจึงต้องมากเป็นพิเศษ ซึ่งนั่นคือสิ่งที่ สถาบันบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม ให้ความสำคัญมาโดยตลอด ดังที่ขั้นตอนการตรวจรักษาโรคผิวหนังทั่วไปในปัจจุบัน ยังสามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนได้เช่นเดียวกับช่วงเริ่มต้น

ขั้นตอนการคัดกรองโรคเรื้อนผ่านการตรวจโรคผิวหนังทั่วไป เริ่มต้นจากผู้ป่วยใหม่ต้องให้ข้อมูลกับพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรอง มีการสอบถามลักษณะผื่นที่ขึ้นบนร่างกายว่าเข้าข่ายโรคเรื้อนหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกใจ บางกรณีอาจใช้ภาพถ่ายมาช่วยในการเทียบเคียง ถ้าไม่เข้าข่ายกรณีนั้น ก็เข้าสู่การรักษาโรคผิวหนังทั่วไปตามปกติ แต่ถ้าเข้าข่าย ก็เข้าสู่การวินิจฉัยโดยละเอียด อาทิเช่น ทดสอบว่ามีอาการชาบริเวณนั้นหรือไม่ (ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะมีอาการชา) ถ้ามี จะเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป ถ้าเป็นการกรีดเชื้อแล้วย้อม จะรู้ผลวันนั้นเลย หรือส่งชิ้นเนื้อไปเข้าห้องแล็บ ซึ่งต้องนัดมาฟังผลครั้งต่อไป

ถ้าตรวจครบทุกขั้นตอน แล้ววินิจฉัยออกมาว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นโรคเรื้อน เขาหรือเธอจะเข้าสู่ขั้นตอนการรักษาโดยกินยาให้ครบตามกำหนด ควบคู่ไปกับการประสานงานไปยัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่รับผิดชอบ

ชอบพื้นที่นั้น ๆ ให้ส่งเจ้าหน้าที่ไปสอบสวนโรคต่อไป

“เราทำหน้าที่ตรวจรักษาอย่างเดียว ถ้าเจอเคสโรคเรื้อน ก็รักษาคคนนั้น ทางเรามียาต่าง ๆ พร้อมอยู่แล้ว สามารถรักษาให้หายได้เลย ส่วนการติดตามผู้สัมผัส อย่างกรณีที่เจอเมื่อปีที่แล้ว เราจะประสานงานกับ สคร. ๑๓ (ปัจจุบันคือสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง รับผิดชอบพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานคร) เพื่อให้เขาไปสอบสวนโรคว่าละแวกนั้นมีใครเป็นบ้าง” นพ.ทวีฤทธิ กล่าว

สำหรับภารกิจที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นพ.ทวีฤทธิ สิทธิเวคิน ในฐานะหัวหน้าสถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย กล่าวว่า

“ด้วยนโยบายของกรมควบคุมโรคที่มอบให้สถาบันราชประชาสมาสัยเพิ่มภารกิจในเรื่องโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สถาบันราชประชาสมาสัย จึงให้ความสำคัญกับโรคจากการประกอบอาชีพ เราก็พยายามทำ จริง ๆ แล้วโรคจากการประกอบอาชีพที่เราพบบ่อยคือโรคผิวหนังนะ เพราะเจอสารเคมีต่าง ๆ แพ้จนเกิดผื่นขึ้นบนร่างกาย เบื้องต้นเราก็พยายามสกรีนว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือเปล่า”

“จากสถิติที่ผ่านมาของที่นี่ โรคจากการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อผิวหนังก็พอสมควร แต่จะไม่เหมือนทางพระประแดง (โรงพยาบาลพระประแดง) เพราะที่นั่นมีโรงงานเต็มไปหมด ก็มีคนทำงานโรงงานที่ได้รับผลกระทบอยู่เยอะ แต่ของที่นี่เป็นเขตเมือง โรคผิวหนังจะมาจากงานแม่บ้าน เช่น แพ้แป้น แป้น้ำยาขัดห้องน้ำ ซึ่งก็ถือว่าเป็นโรคจากการทำงานเหมือนกัน”

ถึงวันนี้ พัฒนาการขององค์ความรู้ในการตรวจรักษาและการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนของทั้งประเทศลดลงเป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อบทบาทในปัจจุบันของ สถานบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย หรือ “สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม” ที่

ต้องเปลี่ยนแปลงไปไม่น้อยเลย

แต่กว่าจะมาถึงปลายทางที่ประสบความสำเร็จ ย่อมมีหลายปัจจัย
ที่ส่งเสริมสนับสนุน ซึ่งคงปฏิเสธไม่ได้ว่า หนึ่งในนั้นคือการเกิดขึ้นของ
“สถานบำบัดโรคผิวหนัง วัดมกุฏกษัตริยาราม” แห่งนี้

เอกสารอ้างอิง

- บทความ ประวัติและความเป็นมาของ
สถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฏกษัตริยาราม
และมูลนิธิสงเคราะห์คนเป็นโรคเรื้อน
โดย นายแพทย์จรัญ ปิระะวารภรณ์

ผู้ให้ข้อมูล

- นายแพทย์ทวิฤทธิ์ สิทธิเวคิน
หัวหน้าสถานบำบัดโรคผิวหนัง
สถาบันราชประชาสมาสัย

ศูนย์พัฒนาเยาวชน
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จ.ชลบุรี

31000000

๓๗ ปี ศูนย์พักยารักษ์... สู่การบริการด้วยหัวใจ

📍 ตลาดลานโพธิ์นาเกลือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

เมื่อเอ่ยชื่อ “เมืองพัทยา” ภาพของหาดทรายและชายทะเล สถานที่ท่องเที่ยวหลากหลาย และสถานบันเทิงยามค่ำคืน ย่อมปรากฏขึ้นในใจใครหลายคน การรวบรวมความบันเทิงอย่างครบครัน ได้ทำให้พื้นที่แห่งนี้กลายเป็นเมืองท่องเที่ยวชื่อดังของประเทศไทย ทั้งในสายตาของชาวไทยและชาวต่างชาติ

ทุกตรอกซอกซอยหนาแน่นด้วยสถานบันเทิงที่แออัดต้อนรับนักท่องเที่ยว ส่งสัญญาณให้ผู้คนกลับมาใช้ชีวิตซ้ำ เสียงดนตรีจังหวะเร้าใจ ปลุกอารมณ์ราวเข็มนาฬิกาหยุดนิ่ง การแลกเปลี่ยนเงินตราเพื่อรับบริการเป็นไปอย่างครึกครื้น นอกจากวิถีกินดื่มแบบปกติแล้ว เพื่อชีวิตที่ดีกว่า ชายและหญิงจำนวนไม่น้อยพาตัวเองมาประกอบอาชีพ “พนักงาน

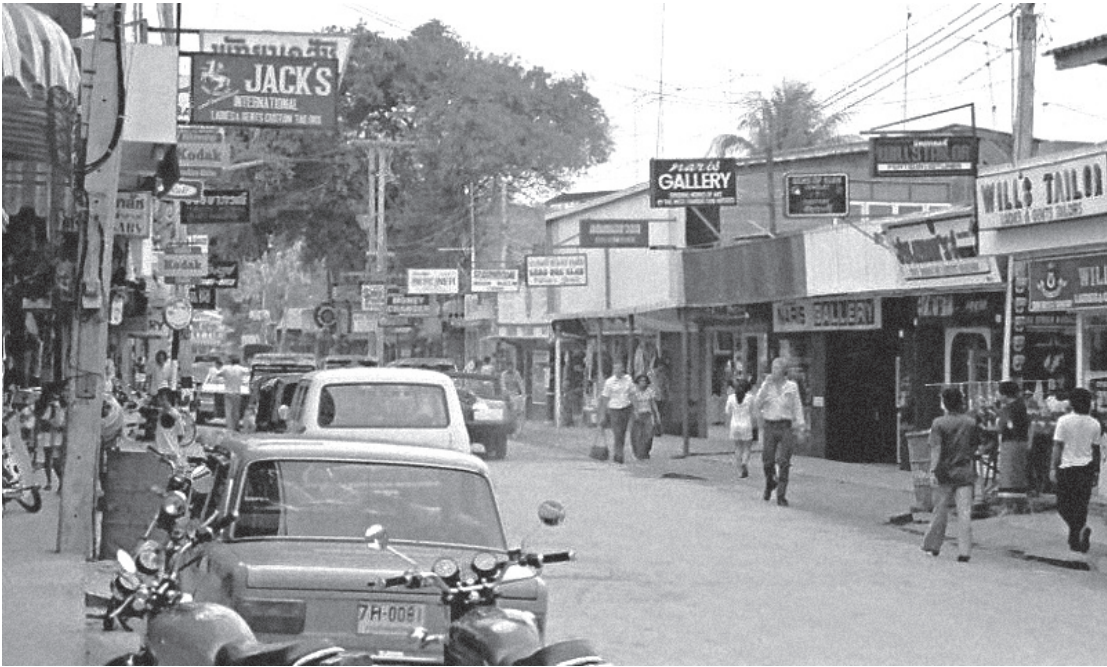


บริการ” (Sex Worker) ในพื้นที่แห่งนี้

ด้วยทำเลทางภูมิศาสตร์ “เมืองพัทยา” ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากที่ตั้งฐานกองทัพเรือสัตหีบและฐานกองทัพอากาศอู่ตะเภาในยุคสงครามเวียดนามที่สหรัฐอเมริกาใช้ประเทศไทยเป็นฐานทัพสำคัญในการเข้าร่วมสงครามในช่วง พ.ศ.๒๕๐๙-๒๕๑๘ เมืองพัทยายุคนั้นจึงเป็นสถานที่พักผ่อนในวันหยุดของทหารอเมริกัน จนทำให้เกิดอาชีพ “ชายบริการทางเพศ” ถึงแม้สหรัฐจะพ่ายแพ้สงครามครั้งนั้น แต่ก็ได้สร้างประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของแหล่งบันเทิงยามค่ำคืนแห่งนี้ จนเป็นที่มาของคำว่า “เมียเช่า” ซึ่งเวลานั้นมีหญิงไทยจำนวนมากไม่น้อยที่มาอยู่ในอาชีพนี้ (พ.ศ.๒๕๐๙ รัฐบาลออก พ.ร.บ.สถานบริการ เพราะเห็นว่ารัฐควรมีรายได้จากการที่อนุญาตให้กองทัพสหรัฐฯ ใช้ประเทศไทยเป็นฐานทัพ และเป็นที่พักผ่อนสำหรับทหารอเมริกันที่ไปรบในสมรภูมิเวียดนามรวมทั้งนโยบายการท่องเที่ยวตามคำแนะนำของธนาคารโลก ในเวลานั้น)

สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นมาเนิ่นนาน จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของเมืองพัทยาย่างยากจะปฏิเสธ และคงไม่ผิดนัก หากจะบอกว่า ณ ปัจจุบัน ความรื่นรมย์ทางกามารมณ์คือเป้าหมายของนักท่องเที่ยวจำนวนมาก อาจด้วยฤทธิ์แอลกอฮอล์ อาจด้วยความไม่ใส่ใจผลของการกระทำ หรืออาจด้วยเงื่อนไขอื่นๆ พวกเขาจึงละเลยที่จะป้องกัน โรคร้ายที่แอบแฝงตัวอยู่กับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้คน ความสุขของบางคนมีอันต้องสะดุด เมื่อต้องเผชิญกับ “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” จากการพลาดพลั้งเพียงไม่กี่นาที

ไม่ไกลจาก ตลาดลานโพธิ์นาเกลือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ซึ่งแทบจะติดกันจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน เป็นที่ตั้งของหน่วยงานโรคและโรคเอดส์ที่ ๖.๑ บางละมุง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือที่คนละแวกนี้ต่างรู้จักในชื่อ “ศูนย์พัทยารักษ์” สถานพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้เป็นโรค



พัทธยา พ.ศ.๒๕๒๓



ภาพทหารอเมริกัน ที่ทำงานในสนามบินอู่ตะเภา เมื่อ พ.ศ.๒๕๑๐

ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ให้บริการทั้งพนักงานบริการและคนทั่วไป และทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

“ศูนย์พิทักษ์รักษ์” เปิดทำการวันแรกเมื่อ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๒๒ จวบจนปัจจุบัน สถานพยาบาลเฉพาะทางในสังกัด “กรมควบคุมโรค” แห่งนี้มีอายุ ๓๗ ปีแล้ว เป็นช่วงเวลายาวนานที่ยืนหยัดให้บริการดูแลรักษาผู้คนอย่างไม่เลือกปฏิบัติ ไม่เพียงให้บริการแบบตั้งรับ ณ สถานที่ที่ตั้งแล้ว ยังมีการทำงานเชิงรุกโดยจัดทีมลงให้บริการในพื้นที่แหล่งสถานบันเทิงอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ภายใต้บริบทชีวิตจริงของเมืองพัทยา การเกิดขึ้นของ “ศูนย์พิทักษ์รักษ์” จึงเป็นมากกว่าแค่พื้นที่ทางกายภาพและการตรวจรักษาทั่วไป แต่หมายถึง การเยียวยาและยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มคนที่น้อยคนจะเห็นคุณค่า และบ้างถึงขั้นผลักใส่ด้วยซ้ำไป

จากหน่วยกามโรค สู่อำเภอพิทักษ์รักษ์

ก่อนจะเป็น **“ศูนย์พิทักษ์รักษ์”** เช่นในปัจจุบัน จุดเริ่มต้นต้องย้อนกลับไปได้ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๕ เมื่อกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ (ชื่อเดิมของ กรมควบคุมโรค) กระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้ง **หน่วยกามโรค อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี** เนื่องจากย่านดังกล่าวมีทหารอเมริกันมาตั้งฐานทัพ มีการพักผ่อนหย่อนอารมณ์ จนเกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ไม่น้อย “หน่วยกามโรค” จึงถูกตั้งขึ้นเพื่อให้ทำหน้าที่ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วงเริ่มต้น การทำงานของหน่วยกามโรค ต้องอาศัย**สถานีอนามัยชั้น ๑** (ปัจจุบันคือโรงพยาบาลบางละมุง) เป็นพื้นที่ให้บริการ มี

เจ้าหน้าที่ของศูนย์กามโรคเขต ๒ มาปฏิบัติงาน (ปัจจุบันคือสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ ๖ ชลบุรี) โดยมี **นายแพทย์คม ป็องซันท์** ซึ่งเป็นนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยขณะนั้น มารับผิดชอบเป็นหัวหน้าหน่วยกามโรคดังกล่าว

เวลาผ่านไปจนกระทั่ง พ.ศ.๒๕๑๘ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง หลังจากอเมริกายุติสงครามเวียดนาม ฐานทัพของอเมริกาที่ตั้งอยู่ ณ ฐานามบินอู่ตะเภา และค่ายแสมสาร จึงถอนทัพออกจากประเทศไทย ส่งผลให้เมียเช่า และพนักงานบริการจำนวนมากต้องย้ายออกจาก กม.๑๐ อำเภอสัตหีบ ไปประกอบอาชีพใหม่ที่ พัทยา อำเภอบางละมุง ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของคนต่างชาติ และยังเป็นสถานที่ที่ทหารอเมริกันมาพักผ่อน เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงมีคำสั่งย้ายเจ้าหน้าที่ของหน่วยกามโรค กม.๑๐ ให้ไปปฏิบัติงานที่หน่วยกามโรค อำเภอบางละมุง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทความเป็นจริง

เนื่องจากสถานที่ของ**สถานีอนามัยชั้น ๑** มีพื้นที่คับแคบ ในช่วงแรกให้บริการตรวจรักษาพนักงานบริการ รวมกับผู้ป่วยทั่วไป เป็นเหตุให้บรรยากาศมีความแออัดและไม่เป็นมิตร คงด้วยทัศนคติของผู้คนทั่วไปที่มีต่อ “พนักงานบริการ” เป็นอาชีพที่น่ารังเกียจ บรรยากาศภายในจึงทั้งแออัดและอึดอัด

เมื่อฝ่ายหนึ่งมองมาด้วยสายตารังเกียจ อีกฝ่ายเองก็ไม่สบายใจที่ถูกมองเช่นนั้น ต่างคนต่างไม่สบายใจที่จะใช้พื้นที่ร่วมกัน **นายแพทย์ธรรมบุญ วรณิสสร** หัวหน้าศูนย์กามโรคเขต ๒ ชลบุรี ที่ขณะนั้นรับผิดชอบเป็น หัวหน้าหน่วยกามโรค อำเภอบางละมุง มองเห็นปัญหาดังกล่าว และเพื่อประนีประนอมกับทุกฝ่าย จึงมีแนวคิดในการปรับเปลี่ยนการตรวจรักษา โดยแยก “พนักงานบริการ” ออกจากผู้ป่วยทั่วไป เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและคล่องใจมากยิ่งขึ้น

ความตั้งใจในการแก้ปัญหาหมาล่าเรียงเมื่อ พ.ศ.๒๕๑๙ ที่หน่วยกามโรค ย้ายออกจาก **สถานีอนามัยชั้น ๑** มายัง **สถานีอนามัยชั้น ๒** ตลาดเก่านาเกลือ อำเภอบางละมุง เนื่องจากขณะนั้นเป็นสถานที่ที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ แต่เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้นก่อน เพราะสถานที่ดังกล่าวอาจถูกเรียกคืนได้ทุกเมื่อ

นอกจากย้ายสถานที่แล้ว หน่วยกามโรค อำเภอบางละมุง ยังเปลี่ยนมาเป็นชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการว่า **“บ้านกัลยาณี”** ด้วยเหตุผลทางสังคมว่า ที่ตั้งของหน่วยฯ อยู่ใกล้ชุมชนตลาดเก่านาเกลือ ซึ่งผู้เข้ารับบริการอาจถูกมองด้วยอคติทางสังคม อาจเป็นสาเหตุทำให้ไม่มีใครกล้าเข้ามาใช้บริการก็เป็นได้ จึงไม่ใช้คำที่ระบุว่าเป็นหน่วยกามโรค ซึ่งคำเรียกที่ไม่เจาะจง กลายเป็นจุดเล็กๆ ที่สร้างการยอมรับมากขึ้น จนมีผู้มาใช้บริการอย่างเนืองแน่น

แต่เนื่องจากพื้นที่ของ **สถานีอนามัยชั้น ๒** อาจถูกเรียกคืนจากต้นสังกัด (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อไปใช้ประโยชน์ได้ทุกเมื่อ **นายแพทย์ธรรมบุญ วรณิสสร** จึงมองหาสถานที่ใหม่เพื่อลงหลักปักฐานในระยะยาว จึงเกิดการเริ่มต้นพูดคุยกับกรมธนารักษ์ เพื่อขอใช้ที่ดินของราชพัสดุจำนวนประมาณ ๒ ไร่ (แปลงดังกล่าวอยู่ใกล้เคียงกับบ้านกัลยาณี) เพื่อสร้างเป็น **หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ อำเภอบางละมุง** โดยใช้งบประมาณของกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นจำนวนทั้งสิ้น เจ็ดแสนบาท เพื่อก่อสร้างอาคารสำนักงาน ๑ หลัง และบ้านพัก ๒ หลัง

คำขอได้รับการอนุมัติใน พ.ศ.๒๕๒๐ และเริ่มต้นลงมือสร้างไปได้เพียงเล็กน้อย ขณะกำลังก่อสร้างบ้านพัก โครงการที่เพิ่งเริ่มต้นก็มีอันต้องชะงักกลางคัน เนื่องจากมีชาวบ้านกลุ่มหนึ่ง ทำหนังสือยื่นไปยังนายอำเภอบางละมุง ขอให้ยุติการก่อสร้าง “หน่วยกามโรคและโรคเอดส์” เพราะเกรงว่าชาวต่างชาติจะมองว่า เพราะพืชมามีผู้ป่วยเป็นกามโรคและ



ภาพอำเภอหนองเสือ เมื่อ พ.ศ.๒๕๑๔ ซึ่ง ณ ปัจจุบัน ต้นมะขามในภาพอยู่ใกล้กับศูนย์พักยารักษ์

โรคเอดส์เป็นจำนวนมาก จึงต้องมีสถานพยาบาลอย่างเป็นทางการถว้ขึ้น
มาโดยเฉพาะ ซึ่งความเข้าใจนั้นจะส่งผลชื่อเสียงในฐานะเมืองท่องเที่ยว
จนผู้ประกอบการอาจต้องเสีรายได้จำนวนมากไป

ไม่เพียงเท่านั้น ในเวลากลางดึก กลุ่มคนไม่ทราบชื่อขี้ยังบุกเข้ามา
ทำลายการก่อสร้างจนเกิดความเสียหาย ผู้รับเหมาได้เข้าแจ้งความที่
สถานีตำรวจภูธรอำเภอบางละมุงไว้เป็นหลักฐาน เวลาผ่านไป ขณะที่
ผู้รับเหมากำลังจะเริ่มสร้างอาคารสำนักงาน ก็ถูกนายอำเภอบางละมุง
พร้อมเจ้าหน้าที่ตำรวจทำการห้าม หากฝ่าฝืนจะให้เจ้าหน้าที่เข้าจับกุม
พร้อมแสดงหลักฐาน เป็นหนังสือจากสำนักนายกรัฐมนตรี ลงนามโดย
นายดุสิต ศิริวรรณ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ให้ยุติการก่อสร้าง
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ เมื่อไม่สามารถเจรจาจนสำเร็จ การก่อสร้าง
จึงยุติลงไป

หลังจากนั้น ความพยายามในการก่อสร้างเริ่มเห็นความเป็นไปได้

มากขึ้น หลังมีการเปลี่ยนรัฐบาลใหม่ และมีการปฏิรูปการปกครองใน พ.ศ.๒๕๒๑ จากการที่ **นายแพทย์มนัสวี อุณหนันท์** อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อได้ประสานไปยังสำนักนายกรัฐมนตรี จนมีหนังสือลงนามโดย พลโทบุญเรือน บัวจรรยา รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี อนุญาตให้ดำเนินการก่อสร้างอีกครั้ง

เมื่อการก่อสร้างแล้วเสร็จ สถานพยาบาลเฉพาะทางภายใต้สังกัด “กรมควบคุมโรคติดต่อ” แห่งนี้ได้เปลี่ยนมาใช้ชื่อ “**ศูนย์พิทยารักษ์**” แทนชื่อเดิมว่า “หน่วยกามโรคและโรคเอดส์” และเปิดทำการเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๒๒ โดยมี **นายแพทย์สมศักดิ์ บวรเสรีเมฆ** เข้ามารับผิดชอบตำแหน่งหัวหน้าหน่วยฯ เป็นคนแรก

ในฐานะหัวหน้าหน่วยฯ คนแรกของ “ศูนย์พิทยารักษ์” **นายแพทย์สมศักดิ์ บวรเสรีเมฆ** ซึ่งหลังจากลาออกจากราชการมาเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๒ ปัจจุบันได้เปิดคลินิกรักษาโรคทั่วไปอยู่ในตัวเมืองพิทยา เล่าถึงบรรยากาศในช่วงแรกให้ฟังว่า

“เนื่องจากพิทยาเป็นเมืองท่องเที่ยว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลยแพร่ระบาดมาก ทั้งกามโรคและซิฟิลิส ที่กรุงเทพฯมีโรงพยาบาลบางรักที่เป็นของกรมควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงหน่วยงานของ กทม. อยู่แล้ว อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อในสมัยนั้น เลยมีความคิดว่าอยากสร้างคลินิกเฉพาะทางขึ้นที่พิทยาด้วย

“ช่วงแรกที่มาตั้ง ‘ศูนย์พิทยารักษ์’ เนื่องจากอยู่ใกล้กับชุมชนและตลาด บางคนก็ไม่ชอบ มีความรังเกียจบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะเข้าใจ แล้วทางศูนย์ฯ ก็ล้อมรั้วมิดชิด ไม่ไปเอะอะโวยวาย หรือก่อสิ่งน่ารังเกียจให้ชาวบ้าน มันก็อยู่ด้วยกันได้ บางครั้งผู้มารับบริการยังออกไปซื้อของที่ตลาด กลายเป็นการพึ่งพากันไป”

ศูนย์พักยารักษ์ : เข้าถึง เข้าใจ พัฒนาบริการด้วยหัวใจ

บริเวณตลาดลานโพธิ์นาเกลือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เต็มไปด้วยร้านค้าทั้งของแห้ง ของสด และของพร้อมรับประทาน การจับจ่ายที่กลายเป็นวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ และการซื้อหาของผู้มาเยือน ทำให้บรรยากาศยามเช้ามีชีวิตชีวา ถัดออกไปเพียงเล็กน้อย เป็นที่ตั้งของอาคารปูนสองชั้นทรงสี่เหลี่ยมผืนผ้า ด้วยความที่อยู่ด้านหลังร้านค้า คนผ่านไปมาจึงอาจไม่ทันสังเกตเห็น และผู้มาเยือนเป็นครั้งแรกอาจต้องอาศัยป้ายระบุชื่อสถานที่ที่ปักหลักอยู่ในระยะห่างนคอเล็กน้อย มาช่วยบอกปลายทาง

“ศูนย์พักยารักษ์” คือชื่อเรียกที่อยู่บนป้ายนั้นเป็นชื่อเดียวกับที่คนละแวกนี้คุ้นเคย หรือในชื่ออย่างเป็นทางการว่า **หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ที่ ๖.๑ บางละมุง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข** ซึ่งในปัจจุบัน เป็นสถานพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียวในเมืองพัทยา ที่ให้บริการเกี่ยวกับ “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” เป็นการเฉพาะ

บทบาทหน้าที่ของ “ศูนย์พักยารักษ์” ในปัจจุบัน ได้รับการสรุปผ่านคำจำกัดความสั้นๆ ว่า **“ระบบงานเชิงรุกมาก และงานเชิงรับเหมาะสม”**

เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้รับบริการกับศูนย์พักยารักษ์ คือ พนักงานบริการ (Sex Worker) ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ซึ่งช่วงเวลาการทำงานคือตอนกลางคืน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความจริงของวิถีชีวิต จึงต้องปรับการทำงานเชิงรุกในรูปแบบต่างๆ ทั้งการลงยังพื้นที่สถานบริการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือแม้แต่การ



การให้บริการของศูนย์พัทยารักษ์
ในปัจจุบัน



การตรวจรักษามีการแยกชาย-หญิงอย่างเป็นสัดส่วน



บริเวณโดยรอบของศูนย์พทยารักษ์ ซึ่งปัจจุบันเป็นทางสัญจร และพื้นที่สำหรับค้าขายของชาวบ้าน

ตรวจเลือด ก็จำเป็นต้องใช้นอกเวลาราชการ ซึ่งย่อมไม่สะดวกเหมือนกับการทำงานในศูนย์ฯ

ประทีป ปันทอง หรือ “แม่หลิว” ของเหล่าพนักงานบริการ ในฐานะหัวหน้าศูนย์พทยารักษ์คนปัจจุบัน เล่าว่า หากเดินเข้าไปให้บริการยังพื้นที่โดยไม่บอกกล่าวก่อน บางคราวเจ้าหน้าที่เคยถึงขนาดโดนไล่ออกมา เพราะพนักงานบริการเกิดความเข้าใจผิดว่าจะมาขายของ ในทางกลับกัน หากสวมชุดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไป การแต่งกายที่มีความเป็นทางการ จะสร้างความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจขึ้นมากับเจ้าของสถานบริการ การทำงานช่วงแรกๆ จึงเป็นไปอย่างยากลำบาก แต่ความตั้งใจและความอดทนผ่านการลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ ก็สามารถเอาชนะ

ใจทั้งเจ้าของสถานบริการและพนักงานบริการได้ในที่สุด จนปัจจุบันแม่หลิวสามารถเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานบันเทิงต่างๆ ได้อย่างเป็นกันเอง

“การลงพื้นที่จริง สถานที่จะไม่เป็นห้องๆ ที่มีความสะดวกสบายเหมือนที่ศูนย์ฯ นะ เราต้องพร้อมเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่นไปดูสถานที่ไว้ ถ้าวินไปจริงเกิดฝนตก เราก็ต้องปรับตามสถานการณ์ หรือถ้าแขกเข้ามา เราก็ต้องหยุดแล้วรอ ไม่ใช่ไปถึงจะเรียกให้มาเจาะเลือดตรวจได้ทันที บางที่ตรวจเสร็จ เราต้องบอกผลหน้าห้องน้ำก็ยังคงเคย นัดกันไว้ยี่สิบคน ไปถึงจริงอาจเหลือห้าคนก็ได้ ถ้าตามแผนต้องได้สิบคน เราก็ต้องไปหาจากบาร์อื่นๆ ไม่ใช่ว่าจบแค่นั้น”

“การลงพื้นที่มีทั้งไปประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษาในภาพรวม และสนับสนุนถุงยางอนามัย ซึ่งลงพื้นที่สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง ส่วนการตรวจเลือดในพื้นที่ ซึ่งเป็นแบบทราบผลภายในวันเดียว (Same day result) จะลงพื้นที่เดือนละสองครั้ง โดยมีการแจ้งล่วงหน้า แต่เนื่องจากทราบผลภายในวันเดียว เราจะไม่ให้เจ้าของสถานบันเทิงทราบผลเลือด เพราะถ้าทราบว่าผลออกมาว่าติดเชื้อ เขาจะให้ห้องๆ ออกจากงานทันที ซึ่งศูนย์ฯ ไม่ได้ต้องการให้เป็นแบบนี้ สิ่งที่เราต้องการคืออยากให้นักท่องเที่ยว เข้าถึงบริการการรักษามากกว่า”

การลงพื้นที่อย่างเข้มข้น เป็นเช่นนี้มาตั้งแต่ในอดีต จนกระทั่งปัจจุบันก็ยังเป็นเช่นเดิม

เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต การตรวจเลือดแล้วทราบผลภายในวันเดียวนับเป็นความก้าวหน้าที่เอื้อให้การป้องกันและการรักษามีความคล่องตัว เนื่องจาก “สมัยนั้นคอมพิวเตอร์ยังไม่ค่อยมีด้วยซ้ำ ผลแล็บช้ามาก เราส่งเลือดไปตรวจที่กรุงเทพฯ บางกรณีต้องส่งต่อไปอเมริกา สามเดือนนั่นแหละถึงจะทราบผล” เป็นภาพในอดีตจากคำบอกเล่าของ **นายแพทย์สมศักดิ์ บวรเสรีไพฑูริ** ในฐานะหัวหน้าหน่วยฯ คนแรกของ “ศูนย์พิทักษ์รักษ์”

ด้านการทำงานในเชิงรับ “ศูนย์พิทักษ์รักษ์” เปิดบริการจันทร์-ศุกร์ ช่วงเช้าตั้งแต่เวลา ๘.๓๐-๑๑.๓๐ น. ช่วงบ่าย ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น. (เฉพาะวันศุกร์ที่ให้บริการแค่ครึ่งวันเช้า) ตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ เช่น กามโรค ซิฟิลิส หนองใน ฯลฯ และหากตรวจพบเชื้อ HIV จะทำการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิการรักษา การให้บริการของที่นี่เป็นไปตามมาตรฐาน Standing Order ไม่ต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ไม่เพียงเท่านั้น ห้องแล็บของศูนย์ฯ ยังผ่านการรับรองระบบบริหารคุณภาพ ตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) จากสภาเทคนิคการแพทย์ เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ อีกด้วย

แม้ว่าจะจะเป็นเพียงสถานพยาบาลขนาดเล็ก แต่การอยู่กับเรื่องเดียวมาอย่างต่อเนื่อง ก็ส่งผลให้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รับความสนใจจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ ที่เดินทางมาดูงานอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในส่วนของ การตรวจรักษาและห้องแล็บที่ได้มาตรฐาน

“ศูนย์พิทักษ์รักษ์” กลายเป็นที่รู้จักมากยิ่งขึ้น จากการได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards : TPSA) ประเภทรางวัล การพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ ในระดับดีเด่น เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่มอบให้โดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.)

“ตอนนั้นเขาให้เหตุผลว่า ศูนย์ฯ นำปัญหาจริงๆ มาทำงาน มีการวางแผน ปรับกลยุทธ์ แล้วมาประเมินผล เพื่อปรับบริการให้ดีขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งรางวัลก็เป็นความภูมิใจในฐานะคนทำงาน เราทำแล้วมีคนเห็น แต่ได้หรือไม่ได้ เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ ทุกคนก็ทำสุดความสามารถเหมือนเดิม” หัวหน้าศูนย์พิทักษ์รักษ์กล่าวด้วยน้ำเสียงถ่อมตัว

ท่าทีเปิดกว้าง สู่จุดเริ่มต้นของการเปิดใจ

พนักงานบริการสองคนสนทนากันด้วยภาษาที่คนผ่านมาอาจฟังไม่เข้าใจ พวกเธอยิ้มและหัวเราะ จนบริเวณที่นั่งรอของผู้มารับบริการที่ “ศูนย์พัทยารักษ์” ดูผ่อนคลายอย่างชัดเจน นั่นอาจเป็นรูปธรรมหนึ่ง ในฐานะผู้สังเกตการณ์ ที่สัมผัสได้ถึงบรรยากาศที่เปิดกว้างและไม่ตัดสินของที่แห่งนี้

นอกจากการลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ และการตรวจรักษาห้องแล็บที่ได้มาตรฐาน จนกลายเป็นความเชื่อมั่นที่บอกต่อกันแบบปากต่อปาก “ศูนย์พัทยารักษ์” ยังใส่ใจกับองค์ประกอบสำคัญต่อการตรวจรักษา “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” นั่นคือ “ความรู้สึก” ของผู้มารับบริการ

ด้วยประสบการณ์ ทำให้เจ้าหน้าที่ทุก ๆ คนเข้าใจความอ่อนไหวของอาชีพ “พนักงานบริการ” จนทุก ๆ ขั้นตอนเป็นไปอย่างเปิดกว้าง ไม่มีสายตาและท่าทีแบบตัดสิน ตีตรา จนทุกเพศทุกวัยที่มาใช้บริการค่อย ๆ เปิดใจ จนสนิทสนมราวคนในครอบครัว

“การมาตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถ้ามาแล้วเจอคนไม่เป็นมิตร ไม่มีใครอยากพูดหรือกว่าเมื่อคืนไปทำอะไรมา ทักชะการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญมาก การคัดกรองในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ใช้เจ้าหน้าที่จากห้องทะเบียน ซึ่งต้องเจอกับผู้คนมากหน้าหลายตา แต่ของเราอยู่กับสิ่งนี้มาตลอด ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ จึงมีความเข้าใจ มีความเป็นมิตร และมีความเป็นกันเอง”

“แต่ก่อนตัวเองไม่ค่อยชอบคนทำอาชีพนี้เท่าไร แต่พอได้คุย เราเห็นมุมมองที่กว้างขึ้น เข้าใจเหตุผลของแต่ละคนมากขึ้น แต่เราต้องเปิดกว้างด้วย เพราะต่อให้ทำงานนาน แต่ถ้าไปแบบต่อต้าน ไม่จริงหรอก! ยังไงก็ไม่เข้าใจ”

“ทุกวันนี้ตัวเองมองว่า ทุกคนมีหนึ่งชีวิตเท่ากัน ไม่ว่าจะคุณทำงาน

ตำแหน่งใหญ่โต หรือเป็นพนักงานบริการ คุณคือหนึ่งคนที่มีชีวิตเป็นของตัวเอง เราไม่เคยตีตราใคร ถึงสักมาเต็มตัว กินเหล้า เฟื่องออฟแขกมา บางคนพาแขกมาด้วย เราก็ไม่ต่อว่า มันเป็นสิทธิของเขา”

ประทีป บันทอง หัวหน้าศูนย์พัทยารักษ์คนปัจจุบัน พูดถึงท่าทีต่อผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในฐานะเจ้าหน้าที่ และในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์ด้วยกัน



ด้านหน้าของอาคารศูนย์พัทยารักษ์

วันจ้างหน้าอง “ศูนย์พักยารักษ์”

ในสายตา นายแพทย์สมศักดิ์ บวรเสรีไพท ในฐานะหัวหน้าหน่วยฯ คนแรกของ “ศูนย์พักยารักษ์” มองว่า ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งและดำเนินการมา สถานพยาบาลแห่งนี้ช่วยรักษาและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดีในระดับหนึ่ง จนถึงปัจจุบันก็ตาม ก็ยังรักษาและควบคุมได้ดีพอสมควร

“เดี๋ยวนี้เมืองพัทยาไม่ได้มีแค่บาร์บีชแล้ว แต่มีสถานบริการแฝงอยู่ในคาเฟ่ ร้านอาหาร นวดแผนโบราณ ซึ่งมีแต่จะเยอะขึ้นเรื่อยๆ คนมาเที่ยวธรรมชาติผมว่าเป็นส่วนน้อยด้วยซ้ำนะ ซึ่งเดี๋ยวนี้ก็มีคลินิกเยอะมาก ทั้งตรวจหลายโรค หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยตรง มีทั้งพนักงานไปเอง และสถานบันเทิงติดต่อคลินิกไปตรวจถึงที่เลย แต่ผมมองว่า ในอนาคตที่นี้ก็ยังไม่จำเป็น เพราะถ้าไปรักษาปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป เป็นหวัดเป็นไข ท้องเสีย บางทีอาจเกิดการรังเกียจได้ การมีสถานที่แยกออกมา มันสะดวกกว่า คนมารักษาไม่ต้องอายคนอื่นว่าทำงานบริการ ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”

ตราบที่ “เมืองพัทยา” ยังเป็นดินแดนแห่งความบันเทิง โดยเฉพาะความรื่นรมย์ทางกามารมณ์ เราคงต้องยอมรับว่า ต่อให้การรณรงค์มีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมต้องมีคนจำนวนหนึ่งที่พลาดพลั้ง จนต้องเผชิญกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจทำให้ชีวิตหลังจากนั้นไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป

ถึงแม้ในวันนี้ กรมควบคุมโรคมีแนวทางที่จะปรับปรุงและขยายพื้นที่หน่วยงานให้กว้างขวางเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และอยู่ในระหว่างขั้นตอนกระบวนการดำเนินเรื่องดังกล่าวก็ตาม ศูนย์พักยารักษ์ก็ได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์เต็มที่ แนวโน้มศูนย์พักยารักษ์จากวันแรกจนถึงปัจจุบัน เป็น ๓๗ ปีที่ “ศูนย์พักยารักษ์” ทำหน้าที่

เยียวยาความป่วยไข้และยกระดับคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มคนที่น้อยคน
จะเห็นคุณค่า เปรียบดั่ง “บ้าน” อีกหลังที่ให้ที่พึ่งพิงและสร้างความอุ่นใจ



เอกสารอ้างอิง

- บทความ กว่าจะมาเป็นศูนย์พักยารักษ์
โดย อนงค์ ทวีรัตน์

ผู้ให้ข้อมูล

- นายแพทย์สมศักดิ์ บวรเสรีเฟท
อดีตหัวหน้าศูนย์พักยารักษ์ (คนแรก)
- ประทีป ปั่นทอง หัวหน้าศูนย์พักยารักษ์

“

ความงดงามอย่างหนึ่งของชาว
กรมควบคุมโรคคือ การให้ความเคารพ
ยกย่องผู้อาวุโส ยกย่องครูอาจารย์
ถึงแม้บางท่านจะไม่ได้สังกัดอยู่กรมควบคุมโรค
หรือกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม
ผลงานของทุกท่านที่ทุ่มเท เสียสละ
และได้สร้างประโยชน์แก่ประชาชน
นับเป็นพื้นฐานของการสร้างงานป้องกันควบคุมโรค
ในเวลาปัจจุบัน วัฒนธรรมที่งดงามแบบนี้
ผมอยากให้ดำรงคงอยู่คู่กับกรมควบคุมโรคตลอดไป

”

อำนาจ กาจันะ



ISBN 978-616-11-3007-7



9 786161 130077 >