

# ๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราว กรมควบคุมโรค



๑๐๐ ปี

ร้อยเรื่องราว  
กรมควบคุมโรค



• ชื่อเรื่อง •

๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค

• ISBN •

๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๓๗๙๔-๖

• บรรณาธิการ •

สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

• ผู้เรียบเรียง •

มณี สุขประเสริฐ

• ผู้เขียน •

แสงทอง จันทร์เฑิด

• ออกแบบ •

ปรมาภรณ์ รุ่งแจ้ง

พิมพ์ครั้งที่ ๑ // พฤศจิกายน ๒๕๖๑

จำนวนพิมพ์ ๒,๐๐๐ เล่ม

• พิมพ์ที่ •

ห้างหุ้นส่วนจำกัด พี เอ็น เอส ครีเอชั่น

เลขที่ ๖๖ หมู่ที่ ๑ ตำบลศาลากลาง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๓๐

โทร ๐-๒๑๑๗-๓๖๑๙ โทรสาร ๐-๒๑๑๗-๓๖๒๐

• จัดพิมพ์โดย •

สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ กรุงเทพฯ ๑๑๐๐๐

โทร. ๐-๒๕๙๐-๓๒๕๑-๓

---

ลิขสิทธิ์ของ สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ  
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

แสงทอง จันทร์เจ็ด.

๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค.-- นนทบุรี : สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

364 หน้า.

1. สาธารณสุข. 2. นโยบายสาธารณสุข. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-11-3794-6

## จากใจ

กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหลายหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ในวาระครบ ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทย ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ นี้ ควรที่จะรวบรวม บันทึกเรื่องราวงานป้องกันควบคุมโรคที่เคียงคู่การสาธารณสุขไทยมาตลอดระยะเวลายาวนาน โดยมอบหมายให้สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรคได้จัดทำหนังสือ “๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค” ขึ้น ให้เป็นอีกหนึ่งหน้าของประวัติศาสตร์การต่อสู้ ร่วมแรงร่วมใจของคนทำงานที่ทุ่มเทเสียสละ จนโรคติดต่อหลายโรคถูกกำจัดหมดไปจากประเทศไทย หลายโรคดำเนินงาน มีความก้าวหน้า จนเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก หลายเรื่องได้รับความชื่นชมจากนานาชาติ ทั้งระบบเฝ้าระวังโรค การสร้างนักระบาดผู้เชี่ยวชาญ ที่ถูกพัฒนาขึ้นเป็นลำดับจากอดีต ไปจนถึงการสร้างสรรคัณฑ์นวัตกรรมใหม่ และยังมี การออกกฎหมายเพื่อควบคุมบุหรี่และแอลกอฮอล์ขึ้นเป็นครั้งแรกในสังคมไทย

ที่ผ่านมา เราอาจจะเล็งงานด้านประวัติศาสตร์ไปโดยไม่ตั้งใจ แต่ทั้งเรื่องราวและข่าวของล้วนสร้างคุณค่า ทำให้เราเข้าใจถึงที่มาที่ไปของเรื่องราวในงานป้องกันควบคุมโรค ได้เห็นความอุตสาหะ ความทุ่มเทของคนรุ่นก่อน เห็นพัฒนาการ การฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นของเรื่องดังกล่าว การจัดทำระบบรายงานโรคครั้งแรก การตรากฎหมายฉบับแรก การสอบสวนโรคสำคัญๆ ที่เป็นครั้งแรก เหล่านี้เป็นต้น ผมจึงได้เน้นย้ำให้คณะจัดทำควรได้ไปบันทึก

เรื่องราวต่างๆจากผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งคำบอกเล่าเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยน่าสนใจ จากผู้อยู่ในเหตุการณ์ โดยเฉพาะคนตัวเล็กตัวน้อยที่เป็นฟันเฟืองเล็กๆ ช่วยผลักดันให้งานป้องกันควบคุมโรคมีความสำเร็จก้าวหน้าจนถึงวันนี้ โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือ “๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค” จะช่วยให้คนรุ่นหลังร่วมรับรู้และเห็นความสำคัญของงานประวัติศาสตร์ เห็นรากฐานที่มาของความสำเร็จ (หรืออาจเป็นความไม่สำเร็จ) และเป็นแรงบันดาลใจในการปรับปรุงการทำงานและใช้ชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

“อายุคนเรานั้นสั้น แต่อายุประวัติศาสตร์นั้นยาวนาน”



(นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย)

อธิบดีกรมควบคุมโรค

กันยายน 2561

## บอกกล่าว

ในวาระครบ ๑๐๐ ปี การสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ.๒๕๖๑ นี้ นับเป็นโอกาสดีที่ทุกหน่วยงาน ทุกเครือข่ายสุขภาพในงานสาธารณสุขไทย จะได้ร่วมเฉลิมฉลองในวาระสำคัญนี้ ด้วยการทบทวนและบอกเล่าเรื่องราวครั้งอดีตถึงเส้นทางอันยาวไกลของการพัฒนา การต่อสู้ฝ่าฟัน และความสำเร็จของการสร้างสรรค์คุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนไทย ซึ่งแต่ละช่วงเวลา แต่ละเหตุการณ์ ล้วนมีแง่มุมน่าสนใจ มีค่าควรแก่การบันทึก ถ่ายทอดไว้เป็นความรู้ให้กับสังคมไทย

สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรคได้จัดทำหนังสือ “๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค” ขึ้น ให้เป็นอีกหนึ่งหน้าประวัติศาสตร์ของผู้คนที่ทำงานต่อสู้ ทุ่มเท มาตลอดระยะเวลายาวนาน หนังสือได้แบ่งเนื้อหาตาม 5 ประเด็นหลักคือ

- รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าทำโรค...งานระบาดวิทยา ระบบงานระบาดวิทยา เป็นเสมือนกระดูกสันหลัง(Back Bone) ของงานป้องกันควบคุมโรค มีหลายเหตุการณ์ที่ได้ช่วยปกป้องชีวิตประชาชนจากโรคระบาดใหญ่

- ๑ ศตวรรษของการต่อสู้ โรคติดต่อเพื่อคนไทย บอกกล่าวถึงความสำเร็จของโรคติดต่อที่ถูกกำจัดหมดไป หลายโรคมีความก้าวหน้า ได้รับการยกย่องชื่นชมจากนานาชาติ แต่ก็ยังมีโรคติดต่อบางโรคที่ยังเป็นความท้าทาย

- ภัยร้ายที่ต้องระวัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ บอกเล่าเรื่องราวความท้าทายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในยุคที่วิถีการใช้ชีวิตของผู้คนเปลี่ยนไป รวมทั้งเรื่องราวการต่อสู้เพื่อปกป้องประชาชนไทยจากบุหรี่ เหล้า

• ๒ สถาบันหลักพลิกชีวิตพิชิตโรค สถาบันบาราศนราดรุร และสถาบันราชประชาสมาสัย เป็น ๒ สถาบันที่อยู่เคียงข้างมากับกรมควบคุมโรค มีพัฒนาการของภารกิจที่น่าสนใจ

• เรื่องราวงานขับเคลื่อนนำไปสู่ความสำเร็จ กล่าวถึงอีกหลายหน่วยงานที่แม้ไม่ได้มีภารกิจหลักด้านโรคต่างๆ แต่ก็มีความสำคัญในด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เช่น สถาบันวิจัยฯ ศูนย์กฎหมาย รางวัลขุนประเมินวิมลเวชช์ กองทุนโลก อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งฯ หรืองานพิพิธภัณฑ์และจดหมายเหตุที่ได้เริ่มต้นในวาระ 100 ปีการสาธารณสุขไทยนี้

สถาบันวิจัยฯ ในฐานะผู้จัดทำหนังสือ “๑๐๐ ปี ร้อยเรื่องราวกรมควบคุมโรค” มีความตั้งใจที่จะบันทึกรวบรวมเรื่องราวการต่อสู้ เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย รวมทั้งประสบการณ์ของคนตัวเล็กตัวน้อยที่ปฏิบัติจริงอยู่หน้างาน ด้วยความหวังว่าเพื่อเป็นการยกย่องผู้คนในอดีต และเป็นแรงบันดาลใจให้กับคนรุ่นหลังในการมุ่งมั่น ท่วมเท พัฒนาแนวทางการทำงานใหม่ๆ ให้ดียิ่งๆ ขึ้น ทั้งยังเป็นการจุดประกายให้เห็นความสำคัญของการบันทึกเรื่องราวเชิงประวัติศาสตร์ ที่อาจเลือนหายไปตามกาลเวลา ข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมด คณะผู้จัดทำขอน้อมรับไว้เพียงผู้เดียว

ด้วยจิตคารวะ

คณะผู้จัดทำ

เดือนกันยายน ๒๕๖๑



# สารบัญ

จากงานป้องกันควบคุมโรคมาสู่กรมควบคุมโรค	๑๐
ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ปิดจุดอ่อนสร้างจุดแข็ง	๑๖

1

## รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าท้าโรค... งานระบาดวิทยา

๒๔-๒๕

งานระบาด ภารกิจปกป้องชีวิตคนไทย	๒๕
โครงการอบรมแพทย์ FETP ที่ได้ไว้ในประเทศไทย	๒๘
จุดเริ่มต้น SRRT ทีมสอบสวนเฝ้าระวังโรคเคลื่อนที่เร็ว	๓๒
ครั้งแรกที่ไทยมีแบบฟอร์มรายงานโรค	๔๓
ระบบรายงานโรคพิษสุนัขบ้า	๔๘
สอบสวนโรคไข้หวัดนกสายแรก	๕๓
สอบสวนโรคที่เกิดจากหน่อไม้ป๊อป จ.น่าน	๕๘

2

## ๑ ศตวรรษของการต่อสู้ โรคติดต่อเพื่อคนไทย

๗๐-๒๔๒

คุณทะราด โรคร้ายที่ถูกกำจัดไปจากเมืองไทย	๗๑
คนไข้ทรพิษรายสุดท้าย	๗๖
เรื่องราวของการควบคุมกาฬโรคในอดีต	๘๒
กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน(EOC)... เตรียมพร้อมรับมือ	๘๗
One Health สุขภาพหนึ่งเดียว ความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ	๙๗
ผลงานเด่นด้านมาลาเรีย รางวัลยูเอ็นครั้งแรกของกรมควบคุมโรค	๑๐๓
เมื่อ WHO ประกาศให้เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปลอดโรคโปลิโอ	๑๐๘
เอดส์ในประเทศไทย.. ความสำเร็จจากความร่วมมือ	๑๑๕
โรคเท้าช้าง เป้าหมายที่ต้องกวาดล้างภายในปี 2563	๑๓๒
ไข้เลือดออก ความท้าทายในการปราบให้หมดไป	๑๔๑
กามโรค อดีตที่ลือลั่นและผลงานที่โดดเด่น	๑๔๘
วันโรค โรคเก่าแก่ที่ยังระบาดจนถึงวันนี้	๑๖๖
อหิวาตกโรค ในวันที่เปลี่ยนไป	๑๘๔
หนองพยาธิ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น	๑๙๔
ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค	๒๐๒
ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ	๒๑๒
Pinkforms เมื่ออาหารไทยโกอินเตอร์	๒๓๙

3

ภัยร้ายที่ต้องระวัง

## โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ ๒๔๒ - ๒๗๗

เรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ	๒๔๓
วิธีแห่งการต่อสู้ควบคุมเครื่องตีมแอลกอฮอล์	๒๕๔
รณรงค์คนไทยให้พ้นภัยจากบุหรี่	๒๕๘
ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	๒๖๘

4

## ๒ สถาบันหลักพลิกชีวิตพิชิตโรค ๒๗๘ - ๓๑๘

สถาบันบาราศนราดรุร	๒๗๙
สถาบันราชประชาสมาสัย	๓๐๔

5

เรื่องราวงานขับเคลื่อน  
นำไปสู่ความสำเร็จ

๓๑๘ - ๓๕๙

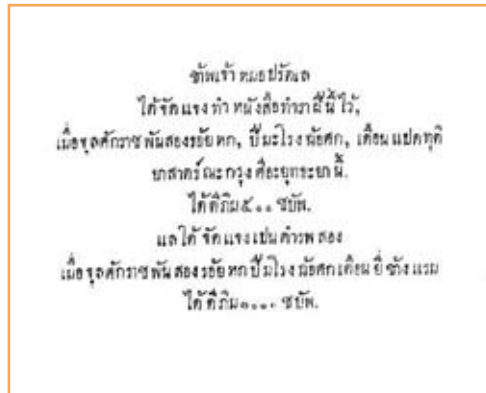
สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค	๓๑๙
อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน	๓๓๐
กองทุนโลก ความช่วยเหลือข้ามชาติ	๓๓๔
ศูนย์กฎหมาย	๓๓๘
ศูนย์สารสนเทศ	๓๔๒
โหนดที่ดิน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง	๓๔๙
รางวัลเกียรติยศเหรียญเชิดชูเกียรติ “ขุนประเมินวิมลเวชช์”	๓๕๒
เอกสารอ้างอิง (ภาพและเนื้อหา)	๓๖๐
ผู้ให้ข้อมูล	๓๖๒
ที่ปรึกษาและคณะทำงาน	๓๖๕

## จากงานป้องกันควบคุมโรค มาสู่กรมควบคุมโรค

เรื่องราวของโรคภัยไข้เจ็บในประวัติศาสตร์ไทยที่ผ่านมา มีการเกิดโรคระบาดครั้งใหญ่อยู่หลายครั้ง โดยมี ๓ โรคร้ายแรง คือ อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ และกาฬโรค เป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยล้มตายจำนวนมาก โดยการแพทย์ของไทยในอดีตไม่สามารถรักษาป้องกันและควบคุมโรคเอาไว้ได้

สมัยกรุงรัตนโกสินทร์: พ.ศ.๒๓๒๕-ปัจจุบัน ในรัชกาลที่ ๓ นับเป็นจุดเริ่มต้นการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ของประเทศไทย จากการนำความรู้ด้านการแพทย์ตะวันตกเข้ามาพร้อมมิชชันนารี แพทย์มิชชันนารีที่มีคุณูปการสำคัญและเป็นที่ยุ่จกมากที่สุดคือ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ ผู้ปลูกฝีป้องกันไข้ได้ทรพิษสำเร็จในปี พ.ศ.๒๓๘๕ ถือเป็นจุดกำเนิดงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครั้งแรกของไทย ท่านยังเขียนตำราสอนการปลูกฝีเป็นภาษาไทย หรือ ตำราปลูกฝีโค ส่งเสริมการใช้ควินินรักษาไข้มาลาเรีย ต่อมาในรัชกาลที่ ๔ หมอมบรัดเลย์ได้ทำการผ่าตัดด้วยวะครั้งแรกในไทยโดยใช้ยาสลบอีเทอร์ และเสนอแนวคิดใช้หลักการสาธารณสุขมาควบคุมการระบาดของอหิวาตกโรค ด้วยการรักษาสุขอนามัย ชำระล้างบ้านเรือนให้สะอาด แต่ไม่ได้รับการตอบสนองจากรัฐบาล

รัชกาลที่ ๕ ยุคสมัยของการเปลี่ยนแปลงการแพทย์และสาธารณสุขครั้งใหญ่ของไทยให้ทัดเทียมกับชาติตะวันตก ในสมัยนี้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวจากโรงพยาบาลศิริราช เป็นจุดเริ่มต้นปรับปรุงการแพทย์และพัฒนา มาจนถึงปัจจุบัน ก่อตั้ง “กรมสุขาภิบาล” และประกาศใช้ “พระราชกำหนดสุขาภิบาล ร.ศ.๑๑๖” ควบคุมดูแลสุขอนามัยป้องกันโรคระบาด จัดตั้งด่านกักเรือ กำหนดหนุพาหะของกาฬโรค และออกมาตรการต่างๆ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งผลิตแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านต่างๆ มีการจัดบันทึกคนป่วย คนตาย จนพัฒนาเป็นระบบการรายงานโรคและเฝ้าระวังโรคในเวลาต่อมา



รัชกาลที่ ๖-๗ จัดตั้ง “กรมพยาบาล” ดูแลป้องกันโรคระบาดสำคัญ ต่อมาได้ยกเลิก แล้วตั้ง “กรมสาธารณสุข” ขึ้นแทน โดยรวมเอางานแพทย์และการสุขาภิบาลมาไว้ในหน่วยงานเดียวกัน โดยมีพระเจ้านั่งยาเธอ กรมหมื่นชัชวาทนเรนทรทรงเป็นอธิบดีคนแรกเมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๔๖๑ ปัจจุบันถือเป็นวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข และมีการออกพระราชบัญญัติจัดการป้องกันไข้ทรพิษ พ.ศ.๒๔๕๖ และพระราชบัญญัติระงับโรคระบาด พ.ศ.๒๔๕๖ บังคับให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายเป็นครั้งแรก

รัชกาลที่ ๘-๙ ปี พ.ศ.๒๔๘๕ ก่อตั้ง “กระทรวงการสาธารณสุข” ต่อมาเปลี่ยนเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” พ.ศ.๒๔๙๕ โดยรวมหน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุข แล้วยกระดับเป็นกระทรวง มาจากนโยบาย “สร้างชาติ” ของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ด้วยเหตุผลที่ต้องการให้การรักษาพยาบาลและการอนามัยทั่วถึงประชาชนมากขึ้น ในปี พ.ศ.๒๕๐๑-๒๕๐๒ เกิดโรคระบาดรุนแรง จึงจัดตั้งโรงพยาบาลบาราควารุรองรับผู้ป่วยโรคติดต่อ

ต่อมามีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขหลายครั้ง จนในครั้งที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ยุบกรมควบคุมโรคติดต่อ เปลี่ยนเป็น “กรมควบคุมโรค” เพิ่มบทบาทหน้าที่ด้านโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพจากแอลกอฮอล์ บุหรี่ โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของคนทั้งโลกในปัจจุบัน รวมถึงงานด้านระบาดวิทยาที่ต้องรับมือกับโรคใหม่ๆ ระบาดข้ามประเทศอย่างทันท่วงที ถึงวันนี้ถ้านับจากงานป้องกันควบคุมโรคในอดีต ถือว่าเป็นกรมที่มีรากฐานยาวนานเคียงคู่ไปกับการสาธารณสุขไทย ซึ่งมีวาระครบรอบ ๑๐๐ ปี ใน พ.ศ.๒๕๖๑ และพร้อมจะก้าวต่อไป เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนคนไทย อันเป็นเป้าหมายสูงสุด



## ก้าวต่อไปของกรมควบคุมโรค

กว่า ๑๕ ปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ภารกิจของกรมควบคุมโรคได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมา จากเดิมที่มีขอบข่ายดำเนินงานเฉพาะโรคติดต่อ มาภายหลังได้เพิ่มส่วนของโรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพซึ่งเป็นผลกระทบจากอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้ต้องเปลี่ยนบริบทการทำงาน ปรับตัวให้สอดคล้องกับงานที่มีความหลากหลาย มีมิติที่ซับซ้อน และมีผู้เกี่ยวข้องที่มากขึ้น ถึงวันนี้การขับเคลื่อนงานให้ได้ผลจึงขึ้นอยู่กับภารกิจต้องมีความชัดเจน ศักยภาพของบุคลากร และเครื่องมือที่ใช้ทำงานคือ องค์ความรู้ที่ตั้งอยู่บนฐานข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจบริหารจัดการได้แม่นยำและเท่าทันสถานการณ์

ที่สำคัญได้นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยขับเคลื่อนองค์กร ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน จัดการกับข้อมูลจำนวนมากให้มีรูปแบบที่เข้าใจง่ายและใช้งานได้ทันที โดยสามารถปรับแต่งให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มคนทำงานด้านสุขภาพ เช่น ผู้บริหารงานด้านสุขภาพที่ต้องใช้ข้อมูลตัดสินใจ ตอบสนองผู้เกี่ยวข้องและสังคมได้รวดเร็วและถูกต้องยิ่งขึ้น

สำหรับทิศทางของกรมควบคุมโรค มีนโยบายการทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยช่วง ๕ ปีแรก จะเป็นการ “ปรับเปลี่ยนปฏิรูป” ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาล ๕ ปี ส่งผลให้การดำเนินงานของกรมฯ มีการยกระดับทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพ ด้วยการปรับเปลี่ยนองค์กรให้รองรับกับความสำเร็จ โดยใช้ทุนด้านความรู้ความสามารถที่มีอยู่มาขยายให้ครอบคลุมไปยังงานที่ใกล้เคียงกัน ขณะเดียวกันจำเป็นต้องปฏิรูปเพื่อจะก้าวไปข้างหน้า ในเรื่องที่เคยประสบความสำเร็จแต่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือเรื่องที่ไม่สำเร็จจากหลายสาเหตุ กรณี “สร้างนำซ่อม” ที่ผ่านมาจะเป็นการทำงานเรื่องซ่อม ความเจ็บไข้ พิกัด ป่วยเรื้อรัง มากกว่าสร้างสุขภาพที่ดีก่อนเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องปฏิรูปกลไก วิธีการจัดการ ให้มีระบบดูแลสุขภาพที่ดีครบทุกกลุ่มทุกช่วงวัย ตั้งแต่แม่และเด็กจนสูงอายุเพื่อตัดวงจรซ่อมให้เหลือน้อยที่สุด

อีกประการที่นับว่ามีความจำเป็นต่อการดำเนินงานของกรมฯ ปัจจุบันนี้ก็คือ การจัดการในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่มีผลกระทบนอกเหนือจากมิติทางการแพทย์ เช่น การระบาดของไข้หวัดนก เมอร์ส ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน สังคมโดยรอบ ไปถึงเศรษฐกิจ การท่องเที่ยวระดับประเทศ การจัดการขณะเกิดโรคติดต่อร้ายแรงจึงไม่ใช่เพียงจัดการโรค แต่ต้องมีส่วนแยกกักกันโรคผู้ที่อยู่ในข่ายสงสัยจะติดโรค คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะมีจุดกักโรค แยกโรค มาตรฐานระดับโลกมารองรับการจัดการด้านนี้

หัวใจสำคัญที่มีผลต่อการขับเคลื่อนสู่กับปัญหาโรคและภัยสุขภาพต่อไปก็คือ การเตรียมพร้อมบุคลากร ทางกรมฯ ได้มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรให้สามารถจัดการโรคไปพร้อมกับจัดการคนและงาน มีบูรณาการทำงานในแนวตั้งระหว่างข้างบนกับข้างล่าง ทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอ หรือแม้แต่ตำบล ในแนวราบระหว่างกระทรวงและระหว่างภาคเอกชน ควบคู่ไปกับพัฒนาความรู้ความชำนาญให้รู้ลึกและรู้กว้าง มีทักษะมากกว่า ๑ แบบ ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน มีผู้ได้รับผลกระทบมากขึ้น

# Interview



# นพ.สุวพรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย

## อธิบดีกรมควบคุมโรค

“งานหลายงานเราทำสำเร็จนะ แต่ความสำเร็จนั้นมันยังมีเส้นทางให้เดินต่อ เหมือนปีนภูเขาถ้าความสำเร็จของเราคือยอดเขา เราเดินไปใกล้จะถึงยอดเขาแต่ก็ยังไม่ถึงยอดเขา แล้วเราบอกว่านี่คือความสำเร็จเพราะว่าเราเดินมาไกล ก็จะมีปัญหาว่ายังเหลืออีกตั้งไกลที่ต้องเดินไปให้ถึงยอด เพราะฉะนั้นความสำเร็จเอาไว้ชื่นชมว่าเดินมาใกล้จะถึง แต่ไม่ใช่บอกว่าให้หยุด ถ้าหยุดก็จะไปไม่ถึงยอดเขา ตรงนี้เป็นจุดสำคัญ”





# ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ปิดจุดอ่อนสร้างจุดแข็ง

บนเส้นทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคแต่ละยุคสมัยได้ปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย จนในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ จอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีขณะนั้นเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทยให้แข็งแรงมีอนามัยที่ดีขึ้น จึงได้รวมหน่วยงานด้านสาธารณสุข ซึ่งกระจายในหลายกระทรวง ให้เข้าไว้ด้วยกันและยกระดับขึ้นเป็น “กระทรวงการสาธารณสุข” ใน พ.ศ.๒๔๘๕ (๑๐ มีนาคม พ.ศ.๒๔๘๕)

พ.ศ.๒๔๙๕ ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงการสาธารณสุข เป็นครั้งแรก เปลี่ยนชื่อ “กระทรวงการสาธารณสุข” เป็น “กระทรวงสาธารณสุข” และเปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุข เป็น “กรมอนามัย” ยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกอง เช่น สถานตรวจโรคปอดยโส เป็นกองควบคุมวัณโรค ขณะนั้นงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อกระจายอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ในปี พ.ศ.๒๕๑๕ มีการรวมงานป้องกันควบคุมโรคติดต่ออยู่ใน “กรมการแพทย์และอนามัย”

พ.ศ.๒๕๑๗ ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๒ แยกกรมการแพทย์และอนามัยออกจากกัน และรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกัน จัดตั้งเป็น “กรมควบคุมโรคติดต่อ” ประกอบด้วยหน่วยงานระดับกอง ๑๒ หน่วยงาน ในช่วง พ.ศ.๒๕๒๗-๒๕๓๑ กรมเริ่มกระจายอำนาจและพัฒนาโครงสร้างส่วนภูมิภาคระดับเขต จนมีสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต (สคต.) ๑-๑๒ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (สคม.) ๑-๕ ขณะที่ส่วนกลางแบ่งหน่วยงานตามโรค เช่น กองวัณโรค กองกามโรค แต่ละกองจะมีศูนย์โรคต่างๆ อยู่ภายใต้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต (สคต.) ๑๒ เขต ขณะนั้นบางจังหวัดเกิดความซ้ำซ้อนกัน เช่น จ.เชียงใหม่ มีทั้ง สคต.๑๐ เชียงใหม่ และ สคม. เชียงใหม่ อยู่ในพื้นที่เดียวกัน จนเป็นประเด็นของการเปลี่ยนแปลงในเวลาต่อมา

พ.ศ.๒๕๓๔-๒๕๓๕ ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๓ มีการตั้งหน่วยงานใหม่ ๔ หน่วยงาน คือ สถาบันสุขภาพจิต สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผน และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

พ.ศ.๒๕๔๕ มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ.๒๕๔๕ ปรับปรุงระบบราชการครั้งใหญ่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดความซ้ำซ้อนของงานระหว่างส่วนราชการลง เป็นผลให้ในปีนั้นมีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๔ กระทรวงฯ มี ๑๐ หน่วยงาน เปลี่ยน “กรมควบคุมโรคติดต่อ” เป็น “กรมควบคุมโรค” มี ๒๔ หน่วยงาน โดยเพิ่มงานด้านโรคไม่ติดต่อ งานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และงานระบาดวิทยา

ลดความซ้ำซ้อนของงาน ด้วยการยุบสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต (สคต.) ๑-๑๒ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (สคม.) ๑-๕ มารวมเป็น “สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ๑-๑๒” ดำเนินงานในภูมิภาค สำหรับส่วนกลาง มีการรวมกองมาลาเรีย กองโรคเท้าช้าง สำนักไข้เลือดออก เป็น “สำนักควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง” และรวมกองโรคเอดส์ กองวัณโรค กองกามโรค เป็น “สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” โรงพยาบาล ๓ แห่ง ในสังกัดของกรม ได้ยุบรวมกองโรคเรื้อนและรพ.พระประแดง ตั้งเป็น “สถาบันราชประชาสมาสัย” เปลี่ยนชื่อรพ.บำราศนราดुरเป็น “สถาบันบำราศนราดुर” และโอนรพ.โรคทรวงอก ไปสังกัดกรมการแพทย์ เปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันโรคทรวงอก” ต่อมาได้จัดตั้งหน่วยงานภายในกรมเพิ่มเพื่อรองรับกับโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

พ.ศ. ๒๕๕๙ กรมควบคุมโรคมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายใน จัดตั้งหน่วยงานอีก ๔ หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค (ชื่อเดิมสำนักจัดการความรู้) สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (ชื่อเดิม สคร.๑ กทม) และกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน และในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ได้เสนอให้จัดตั้งเพิ่มอีก ๔ หน่วยงาน คือ กองกฎหมาย กองวัณโรค กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

## พัฒนาบุคลากร กลไกหลักของการขับเคลื่อน

จากการปรับเปลี่ยนครั้งใหญ่ ทำให้กรมควบคุมโรคมีภารกิจควบคุมโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเปลี่ยนบริบทการทำงานไปมาก จากเดิมงานโรคติดต่อส่วนใหญ่ต้องทำแข่งกับเวลา ต้องตีกรอบและควบคุม เพื่อลดผลกระทบต่อให้น้อยที่สุด แต่งานโรคไม่ติดต้อจะเป็นโรคที่เกิดจากภัยสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงกับสุขภาพ สะสมจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป รับประทานอาหารไม่เหมาะสม บุหรี่ แอลกอฮอล์ การประกอบอาชีพ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ต้องใช้การประเมินความเสี่ยง หาสาเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วหาวิธีป้องกันและจัดการจากต้นเหตุ

การพัฒนาบุคลากรให้พร้อมกับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไป และทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง จึงเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนต่อไปข้างหน้าอย่างแข็งแกร่ง โดยในช่วงที่ผ่านมากรมมีการยุบรวมหน่วยงานที่มีงานซ้ำซ้อนหรือใกล้เคียงกัน และเพิ่มหน่วยงานใหม่ ให้สอดคล้องกับภารกิจและสถานการณ์ ส่งผลให้คนทำงานต้องปรับตัวจากที่รู้จักเฉพาะเรื่อง ต้องรู้กว้างในเรื่องที่เกี่ยวข้องกันด้วย อย่างสำนักควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง จากที่รู้เรื่องมาลาเรีย ต้องรู้เรื่องเห็บข่าง เรื่องไข้เลือดออก และโรคติดต้อที่นำโดยแมลงอื่นๆ ด้วย เช่น รั้นฝอยทราย เป็นต้น ซึ่งมีข้อดีที่ได้แบ่งปันความรู้ ใช้เครื่องมือบางส่วนร่วมกัน แต่มีข้อเสียในแง่ความเชี่ยวชาญที่ต้องใช้เวลาในเรียนรู้

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ.๒๕๔๕ มีการปรับโครงสร้างการแบ่งงานภายในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค จากเดิมที่แบ่งงานตามกลุ่มโรค ซึ่งตอบโจทย์เรื่องความเชี่ยวชาญโรค เป็นการแบ่งตามแผนยุทธศาสตร์ เป็นกลุ่ม ๖ กลุ่ม เช่น กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย กลุ่มระบาดวิทยา กลุ่มพัฒนาองค์กร ฯลฯ ทำให้วิธีการทำงานต้องเปลี่ยนไป ทุกคนต้องรู้ทุกโรคทำได้ทุกโรค เพื่อลดขั้นตอนการทำงานกับ สสจ. ก่อให้เกิดความสับสนและปัญหาหลายด้าน ทั้งขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ปัญหาโครงสร้างอายุ คนรุ่นต่อๆมาจะขาดผู้เชี่ยวชาญโรคเฉพาะทางไปด้วย เพราะขาดการถ่ายทอดความรู้จากผู้เชี่ยวชาญรุ่นก่อน และปัญหาผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้รับการแต่งตั้งไม่ตรงกับความสามารถจริง ส่งผลต่อเนื่องไปถึงการนิเทศงาน

การพัฒนาบุคลากรให้รองรับกับโครงสร้างใหม่พร้อมๆ กับแก้ปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญและท้าทาย ทางกรมได้จัดทำเป็นโครงการพัฒนาบุคลากร แรกเริ่มเป็นโครงการ Talent Management คัดเฉพาะคนเก่งมาฝึกอบรม เตรียมพร้อมทั้งเรื่องโรค การจัดการ ให้สามารถรับช่วงงานเป็นผู้บริหารต่อไป ก่อนเปลี่ยนมาเป็น LDC – Leadership in Disease Control อบรมให้กับระดับชำนาญการอายุน้อยๆ เป็นกลุ่มๆ มีระบบพี่เลี้ยงดูแลใกล้ชิด เรียนรู้ทั้งเรื่องโรค เรื่องบริหาร แผนงานโครงการ ส่วนเชิงบริหารจะมีโครงการ EDC- Executive in Disease สร้างผู้ช่วยผู้อำนวยการ และ MDC - Middle Level in Disease ช่วยสร้างหัวหน้ากลุ่มขึ้นมา ทั้ง ๓ หลักสูตรนี้ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องเพื่อเตรียมคน แต่ในเชิงลึกจะมีหน่วยงานเฉพาะด้านนั้นเป็นคนดูแล เช่น พัฒนานักระบาด ก็จะมีสำนักระบาดวิทยาดูแล คุณยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ซึ่งคร่ำหวอดในแวดวงโครงสร้างองค์กรและการพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรค ด้วยมีประสบการณ์ด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง ได้ให้ทัศนะเรื่องหลักสูตรต่างๆที่กรมฯได้พัฒนาขึ้นในช่วง ๔-๕ ปีนี้ว่า

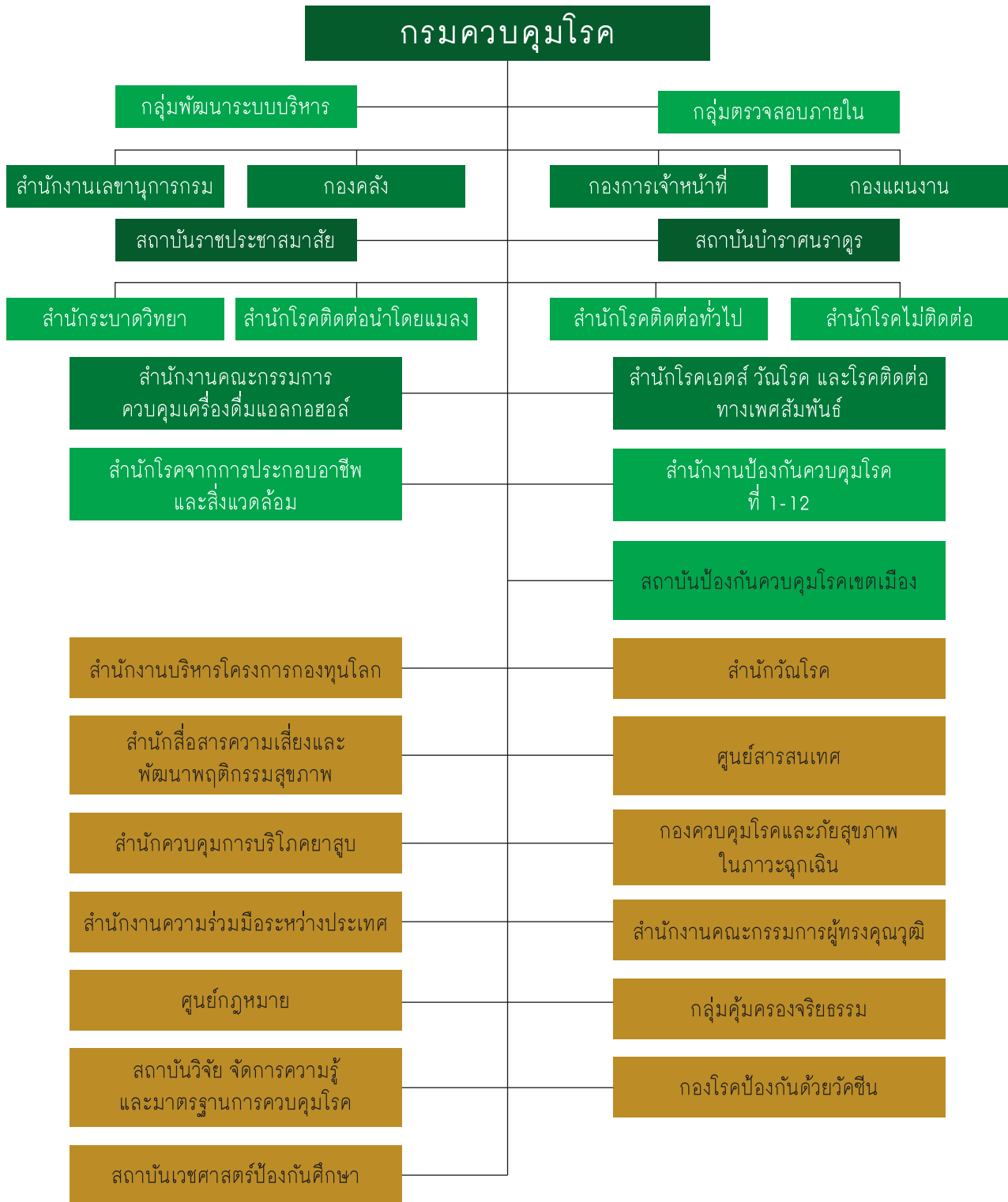
“หลักสูตรที่กรมควบคุมโรคดูแล เป็นจุดแข็งมากๆ คือ LDC นี้แหละ เพราะตอบโจทย์กรม และเรามีส่วนร่วมในการออกแบบหลักสูตรด้วย คือออกไปในพื้นที่ที่เขาจะต้องไป ไปทำเรื่องติดตามประเมินผลในพื้นที่จริงๆ และเป็นเรื่องโรคด้วย ซึ่งอนาคตพวกเขาจะเป็นกำลังสำคัญ สามารถนำเสนอหาทุนได้ ก็คิดว่า LDC นี้เป็นหลักและต้องเดินต่อ และอาจจะต้องเพิ่มความเข้มข้น”

“ในอนาคตมีแนวคิดว่าจะยกระดับให้สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการพัฒนาและด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่คิดถึงหน่วยนี้ เพราะในเรื่องโรคและภัยสุขภาพเขาน่าจะมีความพร้อม และจะเป็นสิ่งที่ตอบสนองแผน ๒๐ ปีของเรา”

ภาพผังโครงสร้างองค์กร



# แผนภูมิโครงสร้างกรมควบคุมโรค



\* ข้อมูล ณ เดือนกค. 61

# Interview



# ยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ

## ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

ซึ่งคร่ำหวอดในแวดวงโครงสร้างองค์กรและการพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรค ด้วยมีประสบการณ์ด้านนี้มาอย่างต่อเนื่อง ได้ให้ทัศนะเรื่องหลักสูตรต่างๆที่กรมฯได้พัฒนาขึ้นในช่วง ๔-๕ ปีนี้ว่า

“หลักสูตรที่กรมควบคุมโรคดูแล เป็นจุดแข็งมากๆ คือ LDC นี้แหละ เพราะตอบโจทย์กรม และเรามีส่วนร่วมในการออกแบบหลักสูตรด้วย คือออกไปในพื้นที่ที่เขาจะต้องไป ไปทำเรื่องติดตามประเมินผลในพื้นที่จริงๆ และเป็นเรื่องโรคด้วย ซึ่งอนาคตพวกเขาจะเป็นกำลังสำคัญ สามารถนำเสนอฮาวทูได้ ก็คิดว่า LDC นี้เป็นหลักและต้องเดินต่อ และอาจจะต้องเพิ่มความเข้มข้น”

“ในอนาคตมีแนวคิดว่าจะยกระดับให้สถาบันเวชศาสตร์ป้องกันศึกษา เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการพัฒนาและด้านการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่คิดถึงหน่วยนี้ เพราะในเรื่องโรคและภัยสุขภาพเขาน่าจะมีความพร้อม และจะเป็นสิ่งที่ตอบสนองแผน ๒๐ ปีของเรา”







รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา



# งานระบาดวิทยา

## ภารกิจป้องกันชีวิตคนไทย

นับแต่อดีต ประเทศไทยต้องพบกับการระบาดของโรคร้ายมายาวนาน การจะป้องกันควบคุมโรคได้ต้องรู้ต้นเหตุที่มาที่ไป นั่นหมายถึงต้องใช้หลักการด้านระบาดวิทยามาควบคุมโรคไม่ให้แพร่กระจายออกไป จนสร้างความสูญเสียต่อชีวิตคนไทยและสร้างความเสียหายแก่ชาติบ้านเมือง นพ.สุชาติ เจตนเสน ผู้คลุกคลีอยู่กับโรคติดต่อร้ายแรงในครั้งนั้น มองเห็นความสำคัญของเรื่องนี้ จึงริเริ่มก่อตั้ง “แผนระบาดวิทยา” ครั้งแรกอยู่ในกองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย (ชื่อเดิมของกระทรวงสาธารณสุข) เมื่อปี พ.ศ.๒๕๐๖ และรับเป็นหัวหน้าแผนกบุกเบิกงานระบาด

รู้เท่า รู้ทัน  
แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา





ในประเทศ จนต่อมาตั้งเป็นกองระบาดวิทยา โดยมี นพ.ประยูร गुณาตล และ นพ.อวัช จายนีโยธิน ร่วมเป็นกำลังสำคัญในการปูฐานรากและพัฒนางานระบาดมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบริหารจัดการ การปฏิบัติงานด้านระบาด ไม่ว่าจะเป็นการเก็บข้อมูล สอบสวนโรค ระบบรายงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ฯลฯ และการประสานความร่วมมือทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ภายหลังมีการเชื่อมโยงความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (CDC) สหรัฐอเมริกา จัดตั้งโครงการฝึกอบรมแพทย์ทางระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program หรือ FETP) ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ ซึ่งเป็นการวางรากฐานระบบเฝ้าระวังโรคในประเทศไทย พื้นฐานสำคัญของการควบคุมโรคระบาด ด้วยการสร้างนักระบาดวิทยาทุกระดับ เริ่มตั้งแต่แพทย์ (FETP) มาจนถึงนักวิชาการสาธารณสุข นักระบาดวิทยาประจำจังหวัด ให้พร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และเพื่อให้ทันสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วรุนแรงในระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับชาติ สำนักระบาดวิทยา (เดิมคือ กองระบาดวิทยา) ได้มีการก่อตั้งและพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team หรือ SRRT) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ในการเฝ้าระวังและเตือนภัย กรณีเกิดการระบาดของโรค หรือมีเหตุการณ์ผิดปกติ ในชุมชน ทีม SRRT จะทำการสอบสวนและควบคุมโรคฉุกเฉิน (ขั้นต้น) ไม่ให้การแพร่ระบาดขยายวง ประสานงานแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจจับเฝ้าระวัง ลดความเสี่ยงของประชาชนในชุมชนให้ได้มากที่สุด

งานระบาดวิทยาได้รับใช้สังคมไทย ปกป้องประชาชนให้ปลอดภัยตลอดมา ควบคุมการเกิดโรคระบาดต่างๆ อาทิ ไข้หวัดใหญ่ เมอร์ส อีโบล่า ชาร์ ไข้หวัดนก หรือกรณีการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ลีลามิ มหาอุทกภัยในปี ๒๕๕๔ เป็นต้น

จนถึงวันนี้ พัฒนาการต่างๆ ของงานระบาดยังคงก้าวต่อไปตามการเปลี่ยนแปลงของโรคและอุบัติภัยใหม่ๆ ด้วยความมุ่งมั่นหมายที่จะปกป้องคนไทยให้รอดพ้นจากโรคภัยที่เข้ามาไม่ว่ารูปแบบใด

## โครงการอบรมแพทย์ FETP ที่เดียวในประเทศไทย

โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา) หรือ Field Epidemiology Training Program ที่เรียกสั้นๆ ว่าโครงการอบรมแพทย์ FETP มีแนวคิดมาจากการฝึกอบรมนักระบาดวิทยาของ CDC สหรัฐอเมริกา ซึ่งเรียนรู้งานระบาดวิทยาผ่านการฝึกปฏิบัติภาคสนาม ที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาของโรคในสาขาต่างๆ ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดในโครงการ Epidemic Intelligence Service (EIS) Program และประเทศไทยได้ประยุกต์แนวคิดนี้มาจัดตั้งโครงการฯ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ จากการประสานความร่วมมือโดย นพ.สุชาติ เจตนเสน ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (ในช่วงเวลานั้น) ไปยังองค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (CDC) สหรัฐอเมริกา จากนั้นได้คัดเลือกแพทย์ที่สำเร็จจากโครงการฯ รุ่นที่ ๑ คือ นพ.ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์ ไปฝึกอบรมในโครงการ EIS Program ๒ ปี แล้วกลับมาเป็นที่ปรึกษาโครงการฯ รับมอบงานจากที่ปรึกษาชาวอเมริกัน Dr. Bruce Weniger มีผู้อำนวยการกองระบาดวิทยาในขณะนั้นคือ นพ.ประยูร ภูนาศล ร่วมรับผิดชอบการฝึกอบรมกับที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านการวางแผนและการบริหารจัดการ

โครงการฯ นี้เป็นส่วนหนึ่งในฝ่ายพัฒนานักระบาดวิทยา ฝึกอบรมสร้างนักระบาดวิทยาทุกระดับ ตั้งแต่แพทย์ (FETP) นักวิชาการสาธารณสุข นักระบาดวิทยาประจำจังหวัด และได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เป็นสาขาเฉพาะทางตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๘ ถือเป็นส่วนสำคัญในการวางรากฐานงานระบาดวิทยาพื้นฐานการควบคุมโรคของประเทศ นอกจากนี้โครงการฯ ยังสร้างความร่วมมือด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยาแก่บุคลากรในระดับต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ โดยโครงการฯ ก้าวสู่การเป็นศูนย์ฝึกอบรมแพทย์ FETP นานาชาติ ตามคำรับรองของ WHO และ ASEAN ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ เน้นในเรื่องสมรรถนะทางระบาดวิทยา เพื่อรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ปัจจุบันมี



แพทย์ FETP นานาชาติ จากประเทศจีน พม่า มาเลเซีย ลาว กัมพูชา เวียดนาม ฯลฯ โดยแพทย์ที่จบไปแล้ว ยังเป็นกำลังสำคัญในการผลิตนักระบาดวิทยาให้กับประเทศของตนด้วย

ตลอด ๓๘ ปีที่ผ่านมา เป็นโครงการอบรมแพทย์ FETP ที่เดียวในประเทศไทย ที่ฝึกอบรมแพทย์และนักระบาดวิทยาให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานภาคสนาม มีบทบาทเคียงบ่าเคียงไหล่กับบุคลากรทางสาธารณสุขแขนงต่างๆ ในการป้องกันควบคุมโรคของประเทศตั้งแต่การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนโรคและการวิจัยในโรคต่างๆ ทั้งโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนควบคุมการระบาดของโรคซาร์ส ไข้หวัดนก และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ จนถึงวันนี้

# Interview



# พญ.ชุลีพร จิระพงษา

## หัวหน้ากลุ่มพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม และเครือข่าย สำนักระบาดวิทยา

ขยายความถึงการพัฒนาหลักสูตรของโครงการฯ ว่า เรายึดปรัชญาเรียนรู้จากการทำงาน มีโครงสร้างตามแนวทางของ EIS Program แต่ปรับวิธีการเรียนการสอนไปบ้างให้เหมาะสม เรามี Monday Meeting คือการประชุมวิชาการในวันจันทร์ทุกสัปดาห์ มีจูนคอร์สประมาณ ๑ เดือน แล้วออกสอบสวนโรค และต้องทำโปรเจกต์ทางระบาดวิทยา หลังๆ มีการปรับหลักสูตรให้ชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น เช่น requirements ที่ส่ง ต้องมีการสอบสวนทางระบาดวิทยา ๓ ชั้น มีวิเคราะห์สถานการณ์โรค และโปรเจกต์ทางระบาดวิทยาอย่างละ ๑ เรื่อง ทั้งหมด ๕ requirements สมัยก่อนหลักสูตรนี้จะรับแพทย์ใช้ทุน ๒ ปี จากปกติ ๓ ปี ให้เข้ามาเรียน เพราะเป็นสาขาขาดแคลน แต่ตอนนี้ใช้ทุนปีเดียวก็มาเรียนได้ ปัจจุบันเรายังไม่สามารถผลิตแพทย์สาขาระบาดวิทยาได้เพียงพอ และยังต้องการอีกหลายร้อยคน นอกจากฝึกอบรมแพทย์แล้ว ยังเปิดหลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุข ๑ ปี หลักสูตรผู้บริหารที่ออกไปทำงานระดับนานาชาติเป็นภาษาอังกฤษ ๑ เดือน หลักสูตรนักวิชาการ ๒ สัปดาห์ที่เปิดรับบุคคลทั่วไป และหลักสูตร FEMT

ทั่วไปแล้วการฝึกอบรมแพทย์เรื่องระบาดวิทยาจะแยกเป็น ๒ ทาง คือสามารถเรียนแบบปริญญาโท หรือเรียนแบบบอร์ด แต่ที่นี้เรียนแบบบอร์ดคือ แพทย์ไม่ว่าสาขาไหนที่เข้ามาเรียนจะต้องมาฝึกทักษะกับเรา เป็นทักษะสอบสวนโรค ทักษะการทำงานในพื้นที่ เรียกว่าเป็นระบาดวิทยาภาคสนาม ซึ่งเราจะเก่งเรื่องนี้ มีที่เราที่เดียว ในเรื่องนี้คุณหมอชุลีพรให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า

“เราเน้นการผลิตออกมาเพื่องานป้องกัน ซึ่งทุกคนบอกว่าสำคัญ ก็มีแต่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นที่ทำงานป้องกัน ในส่วนของโรงเรียนแพทย์ต่างๆ เขาทำการรักษาเป็นหลัก ถ้าไปดูหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตป้องกันจะแค่ ๑ เดือน ๓ เดือน เลยทำให้ทั้งทรัพยากรในการเทรน แล้วก็ความต้องการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข เราสามารถเข้าไปในพื้นที่ได้ ดำเนินการสัมภาษณ์หรือว่าเก็บข้อมูลได้ ถ้าเป็นที่อื่นโรงเรียนแพทย์ที่อื่นจริงๆ ยังเข้าไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราเป็น Authority ในการทำงานนี้ และเราเองต้องการให้มีแพทย์ระบาดวิทยาเพื่อเข้ามาทำงานในกระทรวงสาธารณสุขเยอะขึ้น”





รู้เท่า รู้กัน  
แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา



## จุดเริ่มต้น SRRT ทีมเฝ้าระวังสอบสวน เคลื่อนที่เร็ว

ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีการตรา พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ถือเป็นกฎหมายเพื่อการควบคุมโรคติดต่อฉบับล่าสุด (พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓ เป็นฉบับสุดท้าย) ซึ่งมีการพัฒนามาจากทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

สมัยก่อนเมื่อเกิดการระบาดหรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่ จะใช้วิธีรายงานมาที่ส่วนกลาง แล้วส่งทีมไปสอบสวน ซึ่งใช้เวลานานกว่าจะไปถึงและ

ที่สำคัญไม่สามารถไปได้ทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จนกระทั่งมีการระบาดของซาร์สทั่วโลกในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ ตามด้วยไข้หวัดนกในปีถัดมา รวมถึงกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.๒๕๔๘ (IHR ๒๐๐๕) ที่กำหนดให้ทุกประเทศต้องเร่งรัดพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองทางสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นถึงระดับชาติภายในปี พ.ศ.๒๕๕๕ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค จึงเริ่มจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team) หรือ SRRT ในปี พ.ศ. ๒๕๔๘ ทุกจังหวัด

ทีม SRRT มีภารกิจในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง ตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ผิดปกติในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม เช่น มีผู้ป่วยหรือเสียชีวิตหลายคนพร้อมกันโดยไม่ทราบสาเหตุ ไข้ตายผิดปกติ สารเคมีรั่วจากรถบรรทุก สามารถสอบสวนได้ทันสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ ควบคุมเหตุการณ์ โรคฉุกเฉิน (ขั้นต้น) เพื่อหยุดยั้งหรือจำกัดการแพร่ระบาดไม่ให้ขยายวง และแลกเปลี่ยนข้อมูลเฝ้าระวังโรค ร่วมมือเฝ้าระวังตรวจจับการระบาดกับภาคีเครือข่าย ในทีมมีอย่างน้อย ๔ คน มาจากหลายวิชาชีพ ประกอบด้วยหัวหน้าทีมหรือผู้บริหารทีม เป็นผู้นำทีมออกปฏิบัติงานในพื้นที่ หรืออำนวยความสะดวกให้ทีมออกปฏิบัติงานอย่างราบรื่น แกนหลักของทีม (Core group) เป็นกลุ่มคนทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคในยามปกติ เมื่อมีการระบาดของโรค จะเป็นแกนหลักในการระดมทีมออกปฏิบัติงานได้รวดเร็วทันที และผู้ร่วมทีม เป็นกลุ่มคนที่มีภารกิจของตนเอง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการด้านควบคุมโรค สุขาภิบาล ฯลฯ จะได้รับการติดต่อระดมทีมเมื่อเกิดเหตุน่าสงสัย บางครั้งการปฏิบัติงานของทีม SRRT จำเป็นต้องร่วมทีมกับหน่วยงานอื่น หรือภาคเอกชน ผนึกกำลังเป็นทีมใหญ่ ภายใต้การอำนวยความสะดวกของผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่แต่งตั้งขึ้นเฉพาะกรณี

## รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าทำโรค... งานระบาดวิทยา

เริ่มแรกการจัดตั้งทีม SRRT จะมีการจัดทำมาตรฐาน SRRT เพื่อใช้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรม ฉบับแรกปี ๒๕๔๘ ใช้มาตรฐานระบาดวิทยาเป็นตัวตั้งต้นและปรับเปลี่ยนเป็น SRRT ฉบับ ๒ ปี ๒๕๕๒ พัฒนาสมรรถนะทีมตาม IHR ให้ชัดเจน ปรับเรื่องเฝ้าระวังเป็น Event-based surveillance ทั้งหมด ไม่นับรายงาน ๕๐๖ การบูรณาการกับกรมอนามัย จะมีเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมเพิ่มเข้ามา และฉบับ ๓ ปี ๒๕๕๕ มีการจัดทำมาตรฐาน SRRT ของเครือข่ายระดับตำบลที่ง่ายต่อความเข้าใจและปฏิบัติงานมากขึ้น ตอบรับการจัดตั้งทีม SRRT ตำบล ที่แตกต่างจากทีมอำเภอ ทีมจังหวัด ทีมสคร. ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขทั้งหมด เพราะทีมตำบลจะมีเครือข่ายด้านสาธารณสุข ด้านประชาชน อสม.หรือผู้นำชุมชน และภาคท้องถิ่น เข้ามาร่วมด้วย

ส่วนการจัดอบรมจะมีทั้งจัดอบรมหลักสูตรและจัดอบรมให้กับทีมทุกทีม ๑๐๓๐ ทีม(จำนวนทีมในช่วงแรก) เนื้อหาเป็นการให้ความรู้ด้านระบาดพื้นฐาน สถิติสำหรับวิเคราะห์อย่างง่าย ๆ วิธีเฝ้าระวัง สอบสวน เขียนรายงานสอบสวนโรค และมาตรฐาน SRRT ส่วนกลางจะดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพฯ ทาง สคร. จะช่วยทำในพื้นที่ต่างจังหวัด จากนั้นมีการจัดตั้งทีม SRRT ในระดับพื้นที่ ระดับเขต ระดับจังหวัด จนมาถึงระดับตำบลในช่วงหลัง หลักการปฏิบัติงานมี ๓ ขั้นตอน คือ Detect Report และ Respond หากมีเหตุการณ์ร้ายแรง โรคติดต่ออันตราย อย่าง ชาร์ลส์ เมอร์ส ทีมส่วนกลางจะลงพื้นที่ช่วยเหลือ หรือใช้วิธีระดมคนที่มีความรู้ ศักยภาพเข้าร่วมปฏิบัติการด้วย และเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะมีการประเมินมาตรฐานด้วยการให้ระดับเขตไปประเมินมาตรฐานจังหวัดและอำเภอ โดยให้ส่วนกลางกำกับอีกครั้ง มีการจัดประชุมทีม SRRT เครือข่ายใหญ่ระดับจังหวัด เขต ส่วนกลาง และโรงพยาบาลใหญ่ แลกเปลี่ยน ทบทวนและกำหนดเป้าหมาย มีการให้รางวัล ประกวดคนดี คนดีศรีระบาด ประกวดผลงานประจำระดับเขต นอกจากนี้ส่วนกลางยังเปิดอบรมหลักสูตร Field Epidemiology Management



Training (FEMT) สำหรับผู้สนใจ ระยะเวลา ๙ เดือน เป็นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เรียนต้องฝึกหัดทำงานที่ได้รับมอบหมาย นำเสนอ และออกไปสอบสวนโดยมีผู้สอนคอยแนะนำดูแลใกล้ชิด จนตีพิมพ์เป็นชิ้นงานออกมาต่อยอดไปถึงการสร้างเครือข่ายของกลุ่มผู้เรียน ในการแลกเปลี่ยน แจงข่าว และปรึกษากันในกรณีเกิดเหตุต่างๆ ทำให้ได้รับความนิยมมาก และยังมี Refresher course เพิ่มเติมความรู้ใหม่ปีละ ๑-๒ ครั้ง สร้างความพร้อมให้ทีม SRRT ในการปฏิบัติงานได้อย่างเท่าทันในวันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

# Interview



# นพ.ค้ำฉนวน อึ้งชูศักดิ์

## อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

“ตอนทำ SRRT ผมก็พยายามตรวจสอบ เราก็เริ่มที่นโยบาย โชคดีมากผู้บริหารดีทุกคน เรื่องการจัดการไม่มีปัญหา เรื่องวิชาการ ก็ไปของมันได้ สุดท้ายก็พยายามทำให้มีการรวมกลุ่มของคนทำงาน เวลาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ทำ อีก ๓ ฝ่ายจะคอยไปกระตุ้นได้ นั่นเป็น สูตรที่ผมใช้ จะถูกหรือผิดไม่รู้ ลงท้ายเวลาที่ คุณจะทำอะไรให้สำเร็จ คุณต้องสวมวิญญาณทหาร ต้องสวมวิญญาณยอมตายในสนามรบดีกว่าเป็นนักการเมืองที่ได้รับการสรรเสริญ อนุสาวรีย์ของทหารไม่ได้ อยู่ในเมือง แต่อยู่ในป่า SRRT ก็เหมือนกัน ที่ทำงานของ SRRT อยู่ในพื้นที่”



# Interview



# นิภาพรรณ สฤษดีอภิรักษ์

## นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักระบาดวิทยา

“การที่เรามีคนกลุ่มนี้อยู่ทำงานควบคุมโรค อย่างน้อยก็ทำให้  
จับต้องได้ จะทำได้ดีหรือไม่ดีก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง ยังสามารถช่วยพัฒนา  
กันขึ้นมาได้ อีกอย่างที่สำคัญมากคือ มีสายโซ่เน็ตเวิร์กของคน  
ทำงานร่วมกัน ถ้าไม่มีตรงนี้ เราไปส่งใครเขาไม่ได้ อันนี้ถือว่า  
กรมควบคุมโรคได้เปรียบมาก ตรงที่มีสายโซ่ชัดเจนลงไปจนถึงระดับ  
ตำบล ไปถึงพื้นที่เลย การทำงานเลยได้ผลมาก”





# Interview



# นพ.โรม บัวทอง

## สำนักระบาดวิทยา

“อาวุธที่ต้องมีข้างกายผม คือที่ชาร์ทแบ็ต เพราะต้องเปิดโทรศัพท์ ๒๔ ชั่วโมง ให้คำปรึกษาด้วยตัวเอง ไปต่างประเทศก็เปิดโรมมิ่งตลอดเวลา ที่ต้อง Response ทันทีโดยตลอด เพราะไม่รู้ว่าจะวันไหนจะสำคัญหรือเปล่า ต้องไม่เสี่ยง เรายอมลำบากดีกว่า

เวลาเราลงพื้นที่เองในการสอบสวนโรค ผมมองว่าเป็นเรื่องดี น่าจะเป็นองค์กรเดียวที่ส่วนกลางได้เห็นปัญหาพร้อมกับพื้นที่ การมีเราอยู่ด้วย น่าจะทำให้เขาคุ่นใจ ว่าเราจะไม่ทิ้งเขาให้อยู่ในอันตรายเพียงลำพัง”



รู้เท่า รู้กัน  
แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา



## ครั้งแรกที่ไทยมีแบบฟอร์มรายงานโรค

ย้อนไป..เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่อหลายครั้งช่วงก่อนการตั้งแผนกระบาดวิทยา การทำงานของกองควบคุมโรคติดต่อ สังกัดกรมอนามัย (ชื่อเดิมของกระทรวงสาธารณสุข) มุ่งไปที่การควบคุมโรค ขณะที่การรักษาก็มุ่งไปที่การควบคุมโรคด้วย แต่เมื่อโรคระบาดผ่านไป ก็ไม่รู้จำนวนที่แท้จริงของผู้ป่วยทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้บันทึกไว้ ส่วนกลางจึงให้เจ้าหน้าที่ไปเก็บข้อมูลตามโรงพยาบาลเมื่อเกิดโรคระบาด แต่บันทึกได้เพียงจำนวนผู้ป่วยและผู้ตาย ไม่มีรายละเอียดด้านระบาดวิทยา ที่ทำให้รู้สถานการณ์ที่แท้จริงของโรค ด้วยเหตุนี้ ได้กลายเป็นจุดประสงค์สำคัญของการก่อตั้งแผนกระบาดวิทยาขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๐๖ ที่เริ่มจากการพยายามรวบรวมข้อมูลการป่วยการตาย ข้อมูลรายละเอียดทางระบาดวิทยา เพื่อให้รู้สถานการณ์ ลักษณะการเกิดโรค พื้นที่ช่วงเวลาที่เกิดโรค แนวโน้มการระบาดของโรค การแพร่เชื้อและสถานการณ์จากต่างประเทศ เป็นการเฝ้าระวังที่ทำให้สามารถคาดการณ์ พยากรณ์ และหาแนวทางป้องกันควบคุมโรคได้ทัน แต่การจะรู้ได้ต้องมีการจัดระบบการรายงานโรคให้สามารถอ่านและรู้ล่วงหน้าก่อน สิ่งสำคัญอันดับแรกที่ต้องมีคือ ข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องมีแบบฟอร์มใช้เก็บข้อมูล

ช่วงเวลานั้นเองได้เริ่มมีโครงการระบาดวิทยาและจัดตั้งหน่วยสถิติทางระบาดวิทยาขึ้นในแผนก โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก เมื่อแผนกระบาดวิทยารับผิดชอบด้านสถิติทางระบาดนั้น ได้เริ่มใช้บัตรรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ รวบรวมข้อมูลสถิติทางระบาดวิทยาเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.๒๕๑๐ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการออกแบบบัตรรายงานทางระบาดวิทยาในยุคแรก คือ นพ.ประยูร ภูนาศล และ นพ.ธวัช จายนียโยธิน ทั้งนี้แบบรายงานมีด้วยกัน ๒ กลุ่มคือ รายงานผู้ป่วยของทั้งกระทรวง หรือที่เรียกอย่างคุ้นเคยว่า “ รง. ” จะไล่ไปตั้งแต่เลข ๑ เป็นกลุ่มๆ กลุ่ม ๑ ชื่ออะไร จนถึง รง. ๕ เป็นกลุ่มรายงานโรคของแผนกระบาดวิทยาคือ รง. ๕๐๖ เป็นบัตรรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ รง.๕๐๗ บัตรแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลผู้ป่วย และแยกย่อยไปอีก เช่น รง.๕๐๖/๑ รายงาน

## รู้เท่า รู้กัน แนวหน้าทำโรค... งานระบาดวิทยา

โรคเอดส์ อีกรุ่นเป็นแบบรายงานของกองระบาดโดยตรง จะขึ้นต้นด้วย E ย่อมาจาก Epidemiology ไล่ไปตั้งแต่ E๑ ๒ ๓ ๔ จนถึง E๘ มี E๐ เป็นทะเบียนคุมรายงานทั้งหมด

ส่วนการออกแบบบัตรรุ่นแรกสำหรับรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อมี ๑๔ โรคนั้น คุณหมอประยูรเล่าให้ฟังในหนังสือ “หนึ่งในร้อย ผู้บุกเบิกระบาดวิทยาไทย นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน” ว่า ตอนทำครั้งแรกก็พิมพ์กระดาษโรเนียว ดีเป็นตาราง ต่อมามีความคิดว่าน่าจะส่งรายงานเป็นไปรษณียบัตรถึงกันได้ง่ายๆ ผมก็เอาไปรษณียบัตรมาเขียนเป็นบัตรรายงานโรค ตอนนั้นมีโรคหลักๆ อยู่ ๙-๑๐ โรค แล้วก็เติมเรื่องอื่นเพิ่มเข้ามา รู้สึกตอนนั้นเริ่มต้นมี ๑๔ โรค ตอนนั้นบัตรรายงานเป็นแผ่นเท่าโปสการ์ดไปรษณียบัตร เราจ้างโรงพิมพ์เลย พิมพ์ชื่อคนไข้ อายุเท่านี้ บ้านอยู่ที่นี้ป่วยวันที่เท่าไร ซึ่งทางกรมไปรษณีย์โทรเลขให้ความร่วมมือจัดส่งให้ฟรี แต่ต่อมาได้ทักท้วงว่าผิดกฎหมายของการไปรษณีย์ เพราะเปิดเผยชื่อคนไข้ที่ป่วยเป็นโรค ระหว่างนั้นมีปัญหาโรงพยาบาลไม่รายงานโรค เพราะไม่มีระบบบันทึกรายละเอียดคนไข้ ถ้าต้องการข้อมูลให้จัดหาเจ้าหน้าที่ไปจดบันทึกเอง ทางแผนกระบาดวิทยากำลังมีการจัดตั้งหน่วยระบาดวิทยาภาคและพนักงานระบาดวิทยาประจำจังหวัด จึงให้เจ้าหน้าที่ไปดำเนินการ แต่ในที่สุดทางโรงพยาบาลเริ่มปรับปรุงพัฒนาระบบบันทึกคนไข้ และค่อยๆ เริ่มรายงานเมื่อพบโรคติดต่อสำคัญ

จากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๑๖ มีการพัฒนารูปแบบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อจากไปรษณียบัตร เป็นบัตรขาว ลักษณะเป็นแบบฟอร์มยาว แต่พับสามจะได้ขนาดเท่ากับไปรษณียบัตร มีเจ้าหน้าที่เหมือนเดิม แต่ไม่เห็นข้อมูลข้างในซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มขึ้น แล้วเปลี่ยนมาเป็นรูปแบบปัจจุบันที่ปรับให้มีขนาดมาตรฐานเป็นบัตรรายงานผู้ป่วย ร. ๕๐๖ ใช้งานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งยกเลิกการส่งบัตรให้ส่วนกลาง แต่กองระบาดวิทยา (เดิมคือแผนกระบาดวิทยา) ปรับให้อยู่ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้หน่วยงานส่วนภูมิภาคบางแห่งดาวน์โหลดไปใช้งาน

สำหรับการใช้ข้อมูลจากแบบรายงานโรค ยึดหลักของการระบาดคือ ใครเป็นเจ้าของข้อมูลคนนั้นเป็นคนใช้ จากขั้นตอนของการเฝ้าระวังที่มี ๔ ขั้นตอน คือเก็บข้อมูล เรียบเรียงนำเสนอ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ เมื่อได้รายละเอียด จากแบบ รง. ๕๐๖ หรือ รง. ๕๐๗ เจ้าของข้อมูลต้องลอกเก็บไว้ชุดหนึ่ง เรียกว่า E๑ เก็บเฉพาะผู้ป่วยในจังหวัดตนเอง ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกจังหวัดให้ลอก ใส่เป็น E๑ อีกชุด แล้วก็ส่งกลับให้จังหวัดที่เป็นเจ้าของที่ผู้ป่วยอยู่ เรียกว่า E๑ refer ทั้งหมดให้ลอกใส่ E๐ เป็นทะเบียนคุมรายงานทั้งหมด พอมี E๑ ต้อง มาทำ E๒ E๓ เป็นทะเบียนอยู่ในขั้นตอนการเรียบเรียง การนำเสนอ แยกเป็น หมวดเป็นหมู่ ส่วน E๔ เป็นการใช้ประโยชน์ แต่การใช้ประโยชน์ของระบาดต้อง รู้เร็ว เพราะฉะนั้นต้องมีรายงานประจำสัปดาห์ออกมา สำนักระบาดก็จะเก็บจาก ข้อมูลส่วนนี้รายงานไปก่อน แต่ปัจจุบันรายงานประจำสัปดาห์ของสำนักระบาดจะช้า แต่ถ้าต้องการใช้ข้อมูลเร็ว รูปแบบจะปรับเปลี่ยนไป

พ.ศ.๒๕๒๔ มีการทดลองใช้คอมพิวเตอร์ประมวลผลข้อมูลบางส่วนของ กองระบาดวิทยา เป็นการนำคอมพิวเตอร์มาใช้แทนแบบฟอร์มเอกสาร จนวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๒๗ จึงใช้กับข้อมูลทั้งหมด แต่ยังมีการส่งบัตรรายงานโรคที่เป็นเอกสารเข้ามาที่ส่วนกลางเรื่อยๆ ต่อมาได้พัฒนาโปรแกรมระบาดวิทยา สำหรับหน่วยงานภูมิภาคเพื่อใช้รายงานโรคผ่านระบบคอมพิวเตอร์ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๙ มีการพัฒนาหลายโปรแกรม และมีการส่งบัตรรายงานผ่านระบบ คอมพิวเตอร์มากขึ้น ในปีพ.ศ.๒๕๔๓ จึงยกเลิกการส่งบัตรรายงานเป็นเอกสาร ให้กับส่วนกลางทั้งหมด ล่าสุดที่ใช้ชื่อโปรแกรม ๕๐๖ เพื่อให้สืบเนื่องกับการรายงานโรคโดยใช้บัตร รง.๕๐๖ โปรแกรม ๕๐๖ เป็นโปรแกรมทางระบาด วิทยาที่ส่วนใหญ่ใช้งานกันอยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ.๒๕๖๑) ข้อสังเกตคือแม้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำหรับรายงานโรคทุกโปรแกรมจะมีเมนูสำหรับบันทึกข้อมูลที่อาจ มีความแตกต่างกันบ้าง แต่ข้อมูลตัวแปรที่สำคัญไม่ได้แตกต่างไปจากตัวแปร ในบัตร รง.๕๐๖

# Interview



# วันชัย อัจเขียน

## อดีตนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

“ไปรษณียบัตรนี้เป็นแบบแรกเลยก่อนมาเป็นบัตร รง.๕๐๖ เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการทำงานทางระบาด ต้องเริ่มจากเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล แล้วนำมาเรียบเรียงนำเสนอ มาวิเคราะห์แปลผล และเอาไปใช้ประโยชน์ อีกสามสี่อย่างหลังใช้แบบฟอร์มอื่น แต่ต้องตามมาจกแบบแรก ถ้าจะพูดถึงความสำคัญของแบบฟอร์มรายงานโรค เราอาจจะมองในแง่ว่าช่วยให้เราได้ข้อมูลมา อันนี้คือมุมมองในแง่ของงานระบาด แต่อีกมุมมองหนึ่ง คือไปช่วยปรับปรุงระบบของโรงพยาบาลทั้งหมด เพราะต้องรายงานโรคบ่อยๆ บางทีไม่มีตัวแปร วินิจฉัยโรคไม่ชัด เราก็ต้องส่งคนไปดูไปเช็ค เขาจะค่อยๆ เต็มให้ครบขึ้นนะครับ มีอยู่ตัวแปรหนึ่งที่เราพยายามทำมาตลอด แต่ทำไม่ได้คือ วันเริ่มป่วย ทางระบาดของเราใช้วันเริ่มป่วย แต่ทางโรงพยาบาลเขาใช้วันเริ่มรักษาเป็นหลัก แต่ภาพรวมก็ไปช่วยระบบทะเบียนของโรงพยาบาลให้เป็นระบบมากขึ้น”



“ หลักการทำงาน SRRT ที่ผมใช้ตอนแรกๆ ผมเอาไปเทียบกับดับเพลิง ดับเพลิงเค้าตัดไฟตั้งแต่ต้นลม ทำตั้งแต่ไฟน้อยๆ ก็อย่าให้มันลาม คำพวกนี้จะเอามาเน้นกับอำเภอ สมัยก่อนอำเภอทำงาน SRRT จะรอจังหวัด มีอะไรใช้แจ้งอย่างเดียว แล้วรอจังหวัดลงไปทำ เราพยายามให้แนวคิดทำให้ตัดไฟตั้งแต่ต้นลม ทำอะไรได้ให้รีบทำก่อนเลยไม่ต้องรอ เรื่องทีมเหมือนกันที่มาของทีมผมก็ใช้ของดับเพลิงเหมือนกัน ทีมดับเพลิงก็จะมีผู้อำนวยการดับเพลิง มีกลุ่มพนักงานดับเพลิงประจำ และก็มีกลุ่มพนักงานอาสาสมัคร SRRT ก็จะมีหัวหน้าทีม(แพทย์/สสอ./สสจ.) มีแกนหลัก(เฝ้าระวัง/สอบสวนโรค) มีผู้ร่วมทีม สรุปลือองค์กรประกอบคล้ายๆ กับทีมดับเพลิง”





## ระบบรายงานโรคพิษสุนัขบ้า

เรื่องของโรคพิษสุนัขบ้า นั้นเกิดในบ้านเรามาแล้ว แต่ไม่ค่อยมีการเก็บบันทึกเป็นจริงเป็นจัง จนกองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เริ่มรวบรวมข้อมูลและรายงานการเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าทั่วประเทศมาตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๔๙๐ ทำให้มีข้อมูล แต่เป็นเพียงบันทึกจำนวนผู้ป่วยและตายเท่านั้น เมื่อมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้นจนกลายเป็นปัญหา จอมพลป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีสมัยนั้น ได้ออก พรบ.ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ.๒๔๙๘ และออกพระราชกฤษฎีกาให้ พรบ.โรคพิษสุนัขบ้า มีผลบังคับใช้ครั้งแรกในเขตเทศบาล ๖ แห่ง ต่อมาบังคับใช้ในเขตเทศบาลและสุขาภิบาลทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๑ หลังจากนั้นได้ยกเลิก พ.ร.บ. ฉบับนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ แล้วออก พ.ร.บ.ฉบับใหม่ เป็น พ.ร.บ.โรคระบาดสัตว์ ให้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมปศุสัตว์มีอำนาจวินิจฉัยในสัตว์ ซึ่งมีผลต่อเนื่องในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าภายหลัง

พ.ศ.๒๕๐๖ เริ่มโครงการระบาดวิทยาของแผนกระบาดวิทยา กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย(ชื่อเดิมกระทรวงสาธารณสุข) จึงจัดตั้งหน่วยสถิติทางระบาดวิทยาขึ้นมาดำเนินงานเพื่อให้รู้ถึงสถานการณ์ของโรคระบาดและโรคประจำถิ่นที่ถูกต้อง และจัดให้มีหน่วยระบาดวิทยาและพนักงานระบาดวิทยาประจำจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี พ.ศ.๒๕๑๓ และขยายทั่วประเทศปี พ.ศ.๒๕๑๕ ช่วงเวลานั้นเอง นสพ.ประวิทย์ ชูเกียรติยธ และคุณเดช ศรีสมพร (ภายหลังเป็นหัวหน้าฝ่ายรายงานของกองระบาด) เข้ามาทำงานในโครงการระบาดวิทยาปี พ.ศ.๒๕๑๐ และเริ่มรวบรวมข้อมูลจากกองสถิติมาไว้ที่แผนกระบาดวิทยา สถิติช่วงแรกๆ จากรายงานของกองสถิติสาธารณสุข ยังไม่มีการสอบสวนโรค ข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามหลักระบาดวิทยา จึงต้องใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกองสถิติสาธารณสุขและแผนกระบาดวิทยา (ต่อมาเป็นกองระบาดวิทยา) ทั้ง ๒ ท่านช่วยกันจัดการข้อมูลให้มีความชัดเจนถูกต้อง



อย่างต่อเนื่อง ด้วยการออกไปสอบสวนโรคเอง และให้พนักงานระบาดจังหวัด ช่วยสอบสวน โดยใช้แบบฟอร์มที่มีอยู่ในขณะนั้น เก็บข้อมูลผู้ป่วยและผู้ป่วย ตายจากโรคพิษสุนัขบ้า ประวัติ อาการ พื้นที่เกิดเหตุ และผลวินิจฉัยการตาย โดยแพทย์ รายงานโรคอย่างเป็นระบบ จนข้อมูลมีความถูกต้องแม่นยำ จึงใช้ สถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าของกองระบาดวิทยามาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๓ และมีการพัฒนาระบบการรายงานโรคพิษสุนัขบ้าให้มีความแม่นยำ ๑๐๐ % รวดเร็วทันสถานการณ์ โดยใช้เครือข่ายสาธารณสุข การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล อบต. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่มีอยู่ทุกระดับในพื้นที่ เข้าไปสอบสวน แล้วรายงานเข้ามาที่สำนักระบาดวิทยา ภายใน ๑ อาทิตย์ ตอนนี้อาจเร็วกว่านั้น ทำให้ป้องกันควบคุมโรคได้ง่ายขึ้นเร็วขึ้น สามารถคาดการณ์แนวโน้มการระบาดได้ทันทั่วทั้ง

# Interview



# นสพ.ประวิทย์ ชุ่มเกษียณ

## ที่ปรึกษาสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

“ทุกครั้งที่มีการตายจากโรคพิษสุนัขบ้าเกิดขึ้น ถ้าเขารายงานมาให้เรารู้ เราจะไปตามคนที่ถูกสัตว์ตัวเดียวกันกัดว่ามีอีกไหม ถ้ามีถึงเข้าไปเดือนครึ่งเดือน เรียกเขามาฉีดวัคซีนไว้ยังป้องกันทัน เวลาเดียวกันก็ต้องประสานกับกรมปศุสัตว์เพื่อบอกว่าตรงนี้มีคนตายแล้วให้ไปฉีดวัคซีน อาจจะไป ตอนนี้อย่างไรพยายามประสานกับโรงพยาบาล เมื่อมีคนไข้มาขอฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพราะถูกสัตว์ที่เป็นบ้ากัด เราจะให้เขาประสานงานกับกรมปศุสัตว์ แจ้งว่ามีคนถูกหมาบ้ากัดที่นั่นที่นี้ เพื่อตามว่ามีใครถูกกัดบ้าง เอามาฉีดวัคซีน สัตว์ตัวไหนถูกกัด จะได้ฉีดวัคซีนป้องกันไม่ให้สัตว์ตัวนั้นไปแพร่โรคต่อ ซึ่งตรงนี้เป็นข้อดีที่ช่วยให้เราควบคุมโรคอยู่ในขอบเขตไม่ระบาดกระจายออกไปมากเหมือนเมื่อก่อน ตอนปี ๒๕๒๓ คนตาย ๓๗๐ คน เยอะที่สุดตั้งแต่มีรายงานมา”



รู้เท่า รู้กัน  
แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา



## อุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล

อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

“ เป็นนักระบาดมาก่อนชีวิตที่รับราชการ ประสบการณ์ที่ผ่านมาคือ การลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรค การสอบสวนโรคเป็นงานสนุก ตื่นเต้น และท้าทาย ต้องใช้ทั้งองค์ความรู้ทางระบาดและศาสตร์อื่นๆ ดีใจ ที่มีโอกาสได้สอบสวนโรคใช้หัวदनกรายแรกของประเทศ”

## สอบสวนโรคไข้หวัดนกสายแรก

แต่ก่อนมาประเทศไทยไม่เคยมีการระบาดของโรคไข้หวัดนกชนิดใดๆ เลย จนกระทั่งเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดนก H๕N๑ ขึ้นในปลายปี พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยในวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๔๗ กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมปศุสัตว์ ได้แถลงข่าวการพบผู้ป่วย และการระบาดในสัตว์ปีกจากการติดเชื้อ H๕N๑ virus ตลอดเวลาการระบาด จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีผู้ป่วย ๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย

การระบาดของไข้หวัดนกในประเทศไทยครั้งนั้น นักระบาดวิทยาได้เป็นส่วนสำคัญของทีมในการแก้ไขปัญหาไข้หวัดนก ซึ่งเริ่มขึ้นในช่วงพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๖ จากการพบไก่ตายผิดปกติจำนวนมาก ลักษณะตายยกเล้าหรือยกฟาร์ม ตั้งแต่ จ.นครสวรรค์ พิจิตร อ่างทอง แต่หน่วยงานผู้รับผิดชอบสรุปว่าตายจากโรคคอหิวด์ไก่ หากหน่วยงานที่เฝ้าระวังและพิสูจน์เชื้อต้นเหตุคาดว่าเกิดจากเชื้อ H๕N๑ ที่มีข่าวระบาดก่อนหน้านี้ในญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม ขณะนั้นสำนักระบาดมีสัตว์แพทย์อยู่ ๒ ท่าน ทราบข่าวเป็นการภายในและนำมาปรึกษากัน พอมีข่าวไก่ตายตามฟาร์มต่างๆ ใน จ.ฉะเชิงเทรา กลางเดือนธันวาคม ทางสำนักระบาดฯ จึงส่งทีมออกไปดูสถานการณ์และขอให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ช่วยนำซากไก่ตาย ๒ ตัว มาให้ และส่งตรวจที่ห้องชันสูตรไวรัสวิทยาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช จากการประสานงานของท่านอาจารย์ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ผลการตรวจภายในวันเดียวกันนั้น ยืนยันว่าไก่ตายที่ระบาดอยู่ในหลายจังหวัดน่าจะเป็นเชื้อ H๕ จึงขอความร่วมมือจากแพทย์ทางคลินิก หากพบผู้ป่วยมีอาการปอดบวมรุนแรง ให้ช่วยรายงานและส่งตัวอย่างตรวจ

## รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าทำโรค... งานระบาดวิทยา

ต้นเดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๔๗ สำนักระบาดวิทยาได้รับแจ้งจากอาจารย์ กุมารแพทย์สองท่านว่าได้รับการปรึกษาจากแพทย์ใน จ.สุพรรณบุรี และ จ.กาญจนบุรี ว่าพบเด็กป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ มีอาการเลวร้ายลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามเคยพบมาก่อน ทางสำนักฯ ได้ประสานให้มีการสอบสวนว่ามีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติหรือไม่ และให้มีการตรวจตัวอย่าง ก็พบความจริงว่าหมู่บ้านที่ผู้ป่วย ทั้ง ๒ รายอาศัยอยู่มีไก่ทยอยตาย และผู้ป่วยรายหนึ่งสัมผัสกับไก่ที่ตายโดยตรง ผู้ป่วยเด็กจาก จ.กาญจนบุรี ถูกส่งตัวมารักษาต่อที่ รพ.ศิริราช ขณะนั้นมีห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย ระดับ ๓ (biosafety laboratory level ๓, BSL ๓) ๒ แห่ง ที่ทำการตรวจเชื้อ H๕ ได้ คือกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสาขาไวรัสวิทยาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ทางห้องปฏิบัติการของศิริราชวินิจฉัยผู้ป่วยจาก จ.กาญจนบุรี ส่วนห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วย จ.สุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยทั้งคู่มีการติดเชื้อ H๕N๑

สำนักระบาดวิทยาได้รวบรวมข้อมูลการสัมผัสสัตว์ปีกที่ตาย อาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปลงเสนออธิบดี ปลัดกระทรวง และรัฐมนตรี เพื่อประกาศเตือนประชาชน แต่เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่เพราะหากประกาศออกไปว่ามีผู้ป่วย แสดงว่าต้องมีการระบาดในสัตว์ ส่งผลกระทบต่อ การส่งออกของประเทศไทย รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขต้องขอเวลาปรึกษากับรองนายกรัฐมนตรีในการกำหนดนโยบายแก้ไขและป้องกันการระบาดของไข้หวัดนก จนกระทั่ง วันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ.๒๕๔๗ ทั้ง ๓ หน่วยงานได้แถลงข่าวพบการระบาดของไข้หวัดนกตั้งที่กล่าวไว้ข้างต้น

หลังจากนั้นประชาชนตื่นตัวเรื่องการมีสัตว์ปีกป่วยตาย มีการรายงานเข้ามา และตรวจพบว่าการระบาดของในสัตว์ปีกกินพื้นที่ ๔๒ จังหวัด มกราคมถึง มีนาคม พ.ศ.๒๕๔๗ มีผู้ป่วยไขหวัดนก ๑๒ ราย เสียชีวิต ๘ ราย รองนายกรัฐมนตรีประชุมสรุปสถานการณ์ทุกวัน และเริ่มวางนโยบายทำให้ประเทศไทยปลอดไขหวัดนก โดยใช้วิธีฆ่าสัตว์ปีกทั้งหมดในรัศมี ๓ กิโลเมตร ซึ่งยากต่อการปฏิบัติ เนื่องจากกำลังคนและเครื่องมือไม่พร้อม และการระบาดมีความรุนแรง หลังจากนั้นมีการระบาดของโรคเป็นระลอก ผู้ป่วยรายที่ ๒๕ รายสุดท้ายของประเทศเกิดขึ้นในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๙ ส่วนการระบาดของในสัตว์ปีกยังเกิดขึ้นประปรายจนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๑ ผู้คนนับแสนชีวิตได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม จากการส่งออกไก่ไปขายยังต่างประเทศไม่ได้ แต่ในมุมมองของสาธารณสุขการแจ้งเตือนประชาชนรับรู้การระบาดของไขหวัดนกอย่างทันทั่วถึง ก็มีความสำคัญ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ส่งผลดีต่อการป้องกันโรคในวงกว้าง เหตุการณ์นี้จึงเป็นบทเรียนที่มีค่าในการปรับใช้กับการระบาดอื่นๆ ในการกำหนดนโยบายและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้มีความสมดุลในการดำเนินการ



# Interview



# ศ.เกียรติคุณ ดร.พิไลพันธ์ พุฒวัฒนะ

## อดีตอาจารย์ภาควิชาจุลชีววิทยา

## คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ขณะนั้นเป็นหัวหน้าสาขาไวรัสวิทยา ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ศิริราช

“ ตอนนั้นผู้ป่วยที่กรมวิทย์ให้การวินิจฉัยถือเป็นผู้ป่วยรายแรกของไทย เพราะมี onset of disease ก่อนผู้ป่วยที่ศิริราชให้การวินิจฉัย ๕ วัน ทางเราทำการวินิจฉัยด้วยวิธีต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการเต็มรูปแบบ พบพบว่าผู้ป่วยเป็นไข้หวัดนก เลยเป็นประเด็นชี้ให้เห็นว่า น่าจะมีการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกมาตั้งแต่ พฤศจิกายน ธันวาคมแล้ว แต่ที่กรมปศุสัตว์ไม่ประกาศว่าพบไข้หวัดนกในสัตว์ปีกก่อนหน้านี้ อาจเป็นเพราะประเทศเรายังไม่พร้อม ยังขาดประสบการณ์บริหารจัดการควบคุมโรค ควบคุมสถานการณ์ และการส่งออกไก่ไปต่างประเทศ”





## สอบสวนโรคที่เกิดจากหน่อไม้ป๊อบ จ.น่าน

เหตุการณ์ระบาดของโบทูลิซึม (Botulism) เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นในเมืองไทย จนเมื่อวันที่ ๑๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๑ พบการระบาดครั้งแรกเกิดจากหน่อไม้ป๊อบ ที่อ.ท่าวังผา จ.น่าน มีเทศบาลสงกรานต์ ออกร้านขายสินค้า มีชาวบ้านเอาหน่อไม้ป๊อบมาขาย และเอาป๊อบที่โป่งพองผิดปกติมาขายราคาถูกลง หลังจากนั้นไม่นานก็มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยอาการปวดมวนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เสียแรง แหบ พุดไม่ได้ แขนขาอ่อนแรง หนังตาตก และกลืนลำบาก เป็นผลจากพิษโบทูลิซึมที่ทำให้กล้ามเนื้อมัดเล็กๆ เป็นอัมพาต เริ่มจากกล่องเสียง หนังตา สุดท้ายทำให้กล้ามเนื้อกะบังลมเป็นอัมพาตและเสียชีวิต ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ขณะนั้นได้ทำการสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยทุกรายกินหน่อไม้ป๊อบที่มาขายในงาน รวมทั้งป๊อบ



ที่โป่งพองผิดปกติเพราะมีเชื้อ Clostridium Botulinum ที่มรณะบาดได้ลง  
สอบสวนโรค มีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เรื่องการกินและการเริ่มมีอาการป่วย  
แหล่งผลิต รวมทั้งบุคคลที่สัมผัสทั้งหมด อาการที่เกิดขึ้นมากน้อยต่างกัน  
ขึ้นกับการกินผ่านความร้อนหรือไม่ เพราะคนที่ป่วยหนักจะกินโดยไม่ผ่าน  
ความร้อน ตอนนั้นมีการส่งตัวอย่างไปตรวจ LAB ที่ CDC ได้ผลออกมาว่า  
เป็น โบทูลิซึม ครั้งนี้พบผู้ป่วย ๑๓ ราย มีผู้เสียชีวิต ๒ ราย และมีการนำความรู้  
ที่ได้จากการสอบสวนวินิจฉัยจัดทำเป็นงานวิจัยส่งไปที่ CDC ได้รับรางวัล  
อันทรงเกียรติ John Snow Award ประจำปี ๒๕๔๒

๘ ปีต่อมาเกิดการระบาดครั้งที่ ๒ ที่อ.บ้านหลวง จ.น่าน เมื่อวันที่ ๑๔  
มีนาคม ๒๕๔๙ ในงานทำบุญพระธาตุเมล็ดข้าว ที่บ้านนาหวายใหม่  
มีประชาชนหมู่บ้านข้างเคียงมาร่วมงาน ๓๕๔ คน เจ้าภาพนำอาหารมาเลี้ยง  
แขกโดยเอาหน่อไม้ปิ้งที่กลุ่มแม่บ้านผลิตเองเป็นสินค้าโอท็อป มาเป็นผักจิ้ม  
น้ำพริกกะปิที่จัดเลี้ยงเป็นอาหารกลางวัน บ่าย ๒ โมง วันเดียวกัน ผู้ป่วยรายแรก  
ด.ญ.อายุ ๑๔ ปี ที่รับประทานอาหารมื้อกลางวันนี้ เข้ามารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลบ้านหลวง ด้วยอาการของโบทูลิซึมเหมือนที่เคยเกิดขึ้นที่

รู้เท่า รู้ทัน  
แนวหน้าทำโรค...  
งานระบาดวิทยา



อ.ท้าวังผา เพียงข้ามวันมีผู้ป่วยอาการคล้ายกันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ๘๗ คน  
ขณะนั้น นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดน่าน ส่งการ  
เตรียมทีม ตั้งวอร์รูม ศูนย์ปฏิบัติการ มีการเตรียมคลินิกพื้นที่ ทางทีมระบาดได้  
ระดมเจ้าหน้าที่ทั้งจังหวัดและทีมจากส่วนกลาง สำนักระบาดวิทยา มาช่วยกัน  
ออกสอบสวนโรค ลงพื้นที่ไปกับ นพ.กฤษดิ์ บำรุงเสนา ช่วยหาสาเหตุ ประเมิน  
สถานการณ์จนรู้ว่าเกิดจากกินหน่อไม้ปืบที่โปงพองผิดปกติ ติดตามผู้ที่กิน  
ทั้งหมด ให้มีคนเฝ้าดูอาการ ถ้าหนังตาตก กลืนลำบาก พูดไม่ได้ ต้องนำส่ง  
โรงพยาบาลใส่เครื่องช่วยหายใจ ตอนนั้นผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ คุณหมอ  
พิศิษฐ์ ส่งการให้โรงพยาบาลใน จ.น่าน มาช่วยขนย้ายผู้ป่วย จนรายสุดท้าย  
เข้ารับการรักษาวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๙



ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่แอดมิทมีมากถึงร้อยกว่าคน ปัญหาก็คือผู้ป่วยหนัก จะมีอาการหยุดหายใจ แต่เครื่องช่วยหายใจมีไม่พอและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน จึงต้องวางแผนกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในภาคเหนือ ๘ ราย อีก ๑๗ ราย ส่งไปที่กรุงเทพฯ โดยประสานงานกรมการแพทย์และทหารจัดส่งเครื่องบิน C๑๓๐ มารับผู้ป่วย มีการซักซ้อมเตรียมการและส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ สรุปแล้วมีผู้ป่วยทั้งหมด ๒๐๙ ราย ผู้ป่วยนอก ๗๔ ราย และผู้ป่วยแอดมิท ๑๓๕ ราย เป็นผู้ป่วยอาการหนักที่อยู่ ในเครื่องช่วยหายใจ ๔๓ ราย ทั้งหมดไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนสำคัญที่ไม่เสียชีวิตเพราะการประสานงานจัดการอย่างรวดเร็วระดับโลก เพื่อขอยาต้านพิษ antitoxin จากอเมริกา อังกฤษ ญี่ปุ่น ให้ทันกับการรักษา ถือเป็นความสำเร็จ ในการบริหารจัดการขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยโบทูลิซิมนับร้อยคนโดยไม่เสียชีวิต แม้แต่คนเดียวเป็นครั้งแรกของโลก หลังจากเหตุการณ์สงบลง ยังคงมีการ เฝ้าระวังต่อเนื่อง และส่งทีมฟื้นฟูส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้าน ให้ความรู้ ให้สุศึกษา ดูแลสภาพจิตใจ ติดตามต่อไปอีก ๕-๖ เดือน

# Interview



# นพ.ค้ำนวนณ อิงชูศักดิ์

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

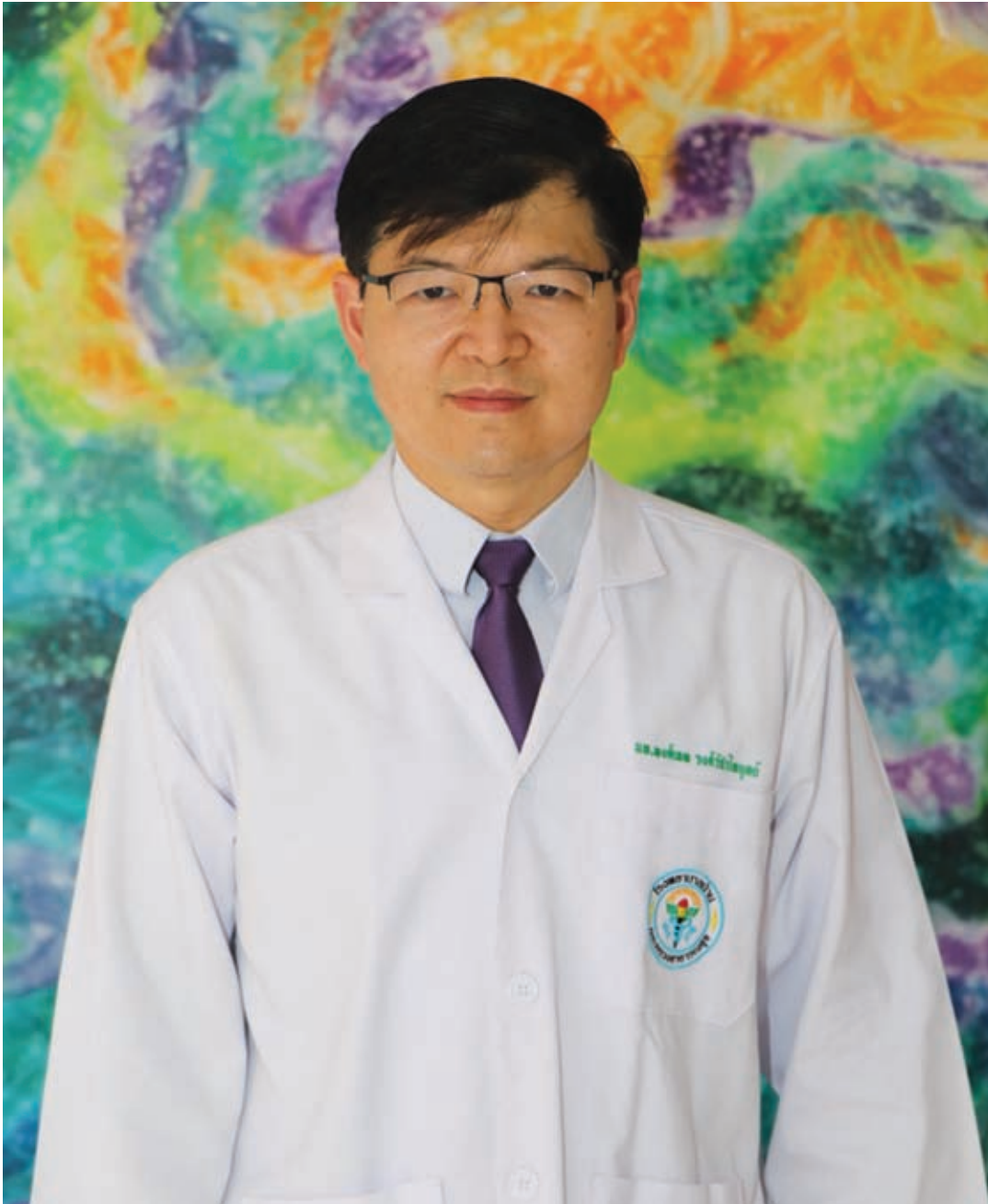
ขณะเกิดเหตุการณ์ครั้งที่ ๒ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ เป็นผู้อำนวยการ  
สำนักโรคระบาดวิทยา

“เหตุที่เกิดที่อำเภอบ้านหลวง ด้วย case ที่ใหญ่มากๆ มีคน  
ที่กินหน่อไม้ดิบไป ๓-๔ ร้อยคน แล้วป่วย ๒-๓ ร้อยคน เครื่องช่วย  
หายใจไม่มีปัญหา สามารถระดมมาจากที่อื่นได้ แต่เรื่องยาต้านพิษ  
antitoxin ที่ไทยไม่มีเลยจะทำยังไง ต้องหารือกันเร่งด่วน ผมก็ทำ  
หน้าที่เป็น IHR (International Health Regulation) โดยทั่วโลก  
เค้ามีข้อตกลงกัน ถ้าหากมีเหตุการณ์ผิดปกติให้หารือกันเพื่อที่จะ  
มาช่วยเราที่หารือไปยังองค์การอนามัยโลก อเมริกา แล้วก็อังกฤษ  
เพราะเค้าบอกว่ายาตัวนี้มีอยู่ที่ ๓ ประเทศ อังกฤษ อเมริกา และที่  
ญี่ปุ่น เราก็มีการ Teleconference กัน แล้วก็ติดต่อขอจากทุก  
ประเทศ เค้าก็ยินดีนะ แต่เค้ามีไม่มากหรอก รวมกันได้ประมาณ  
๙๐ โดส ซึ่งก็พอเพียงในเวลานั้น แต่เรายังไม่มีเงินนะ ต้องขมเขย  
กระทรวงต่างประเทศ ที่ช่วยประสานงานในยามวิกฤตินี้อย่างยอดเยี่ยม  
โดยให้รถสถานทูตวิ่งไปเอายาจากห้องแล็บ นำมาขึ้นเครื่องบิน  
การบินไทย บินมาลงที่กรุงเทพฯ แล้วประสานนำยาออกมาเพื่อไป  
ส่งที่จ.น่าน ซึ่งตอนนั้น ที่นั่งไฟท์บินไปน่านเต็มหมด รัฐมนตรีต้อง  
ประสานให้ทำไงก็ได้ ให้มีทีมแพทย์ไปน่านให้ได้ ผลดีคือทำให้  
ประเทศเราต้องมีสต็อกยาเป็นของตัวเอง เพื่อให้ความช่วยเหลือ  
ประเทศอื่นได้ด้วย”





# Interview



# นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

## รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

“เกิดครั้งแรกที่ท่าวังผา คนไข้มาโรงพยาบาลทีเดียว ๖ คน คุณหมอก็วินิจฉัยก็ว่าน่าจะเป็นโบทูลิซึม เขาก็มาปรึกษาให้ผมช่วย สอบสวนโรคหน่อย ตอนนั้นผมเป็นหมอใช้ทุนแล้วกำลังเรียน ด้านระบาดวิทยา ไปถามคนไข้ได้ความว่ามาจากหมู่บ้านเดียวกัน เขาเพิ่งจัดงานในหมู่บ้าน มีขายของอะไรด้วย พอขายเสร็จก็มากินข้าว ร่วมกัน ผมก็ไล่ถามมีกินอาหารกระป๋องไหม เพราะในต่างประเทศ มักเกิดจากอาหารกระป๋อง เขาก็บอกไม่มี แต่เขาบอกว่ากินหน่อไม้ปิ้ง มีคนไข้คนหนึ่งเป็นคนทำหน่อไม้ปิ้งที่บ้าน แล้วเอามาขายด้วยเอามา กินกันด้วย ก็ไปสืบสวนเพิ่ม ที่ขายไปมีคนกินอีกหลายคน เราก็เก็บ ตัวอย่างหน่อไม้ส่งไปตรวจ แต่เมืองไทย LAB ตรวจไม่ได้ ต้องส่ง ไปที่หน่วยงานวิจัยทางการแพทย์ของทหารอเมริกันสาขาในไทย (AFRIM) มีตรวจ LAB ต่างๆ รวมถึงอาวุธชีวภาพ โบทูลิซึม ก็อยู่ใน กลุ่มที่ทำให้เป็นอาวุธชีวภาพได้นะครับ เพราะเป็นพิษที่ไร้สีไร้กลิ่น ผลิตง่าย กินแล้วตาย แต่ที่นี้ก็ยังตรวจไม่ได้ สุดท้ายต้องส่งไป CDC ที่อเมริกา ผลออกมาก็เจอจริงๆ ว่ามีสารพิษตัวนี้ โบทูลิซึม”



# Interview



# นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ

## ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๕ กระทรวงสาธารณสุข

“การจัดการดูแลตรงนี้ ถือว่าเป็นการเจอประเภหพิษในกลุ่มคนจำนวนมากพร้อมกัน เหมือนภัยพิบัติชนิดหนึ่ง เราต้องวางแผนเรื่องที่เราจะทำทั้งหมดแบบเบ็ดเสร็จเรียบร้อย สุดท้ายไม่มีคนตายแม้แต่คนเดียว ซึ่งทั่วโลกยังไม่มี ส่วนใหญ่ตายครั้งหนึ่ง ขนาดอเมริกา มี Antitoxin ทุกอย่าง ยังตายครั้งหนึ่ง เพราะส่วนใหญ่จะไปตายที่บ้าน ถ้าเราไม่สามารถหา ๒๔ ชั่วโมงแรกว่าใครกินบ้าง แล้วเฝ้าระวังอย่างดีเขาจะหยุดหายใจตายที่บ้าน ผมให้ Keyword ไว้ ดูอาการมี ๓ อย่าง คือหนึ่งตาตก กลืนน้ำลายไม่ได้ พูดเสียงอ้อแอ้เหมือนคนเมา ส่วนหลักบริหารระบาศรูปต่างๆ ๕ ต. คือ เตรียมให้พร้อม ตรวจให้พบตีให้เร็ว ตามให้ทัน ตกผลึกความรู้แบบ Knowledge Management ผมก็ทำเป็นหลักการ พอตอนหลังมีภัยพิบัติมาก็ใช้สูตรนี้เลย”



# Interview



# มณูศิลป์ ศิริมาตย์

## หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

“ตอนนั้นผมเป็นพนักงานระบาด พอเราไปสอบสวนโรคก็ว่า น่าจะเป็นโบทูลิซึม จากหน่อไม้ปืบเหมือนปี ๒๕๔๑ เพราะอาการ เหมือนกับที่คุณหมอพงศ์เทพเคยสอบสวนไว้ พอดูทางวิชาการก็โยง กันหมด แล้วเราก็ตราบอีกว่าหน่อไม้ปืบของเขา มีอยู่ปืบหนึ่งจะบวมพอง เขาก็เอามาปนๆ กัน คนที่กินปืบที่มีเชื้อ *Clostridium Botulinum* ก็ จะเป็น ที่นี้เราก็รีเซตได้เร็ว แล้วก็ประสานงาน คุยกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง คุยกับคนทำงานที่เรามี connection กันอยู่ เพื่อแก้ไข สถานการณ์ได้เร็ว ทุกคนก็ลงมาช่วยก่อน หนังสือค่อยตามไปทีหลัง หลายหน่วยงานมากในท้องที่ไปจนถึงระดับอำเภอ จังหวัด ส่วนกลาง อย่างทีมที่ช่วยมากๆ เลย เป็นทีมของสำนักระบาดวิทยา แล้วมี คุณหมอพจมานและอีกหลายท่าน โรงพยาบาลน่าน ศูนย์ระบาดวิทยา ภาคเหนือ แล้วก็ สคร. จะเป็นเครือข่ายช่วยเหลือกัน”



# ๒

๑ ศตวรรษของการต่อสู้  
โรคติดต่อเพื่อคนไทย



# คุตทะราด

## โรคร้ายที่ถูกกำจัดไปจากเมืองไทย

เรื่องราวของคุตทะราด โรคติดต่อเรื้อรังที่เคยแพร่ระบาดในเมืองไทย มีชื่อเรียกกันอยู่หลายชื่อ ถ้าภาคเหนือเรียก “มะละอ๊ก” ภาคใต้เรียก “เกตรา” ภาคอีสานเรียก “ซี้ไม้” ส่วนภาคกลางเรียก “คุตทะราด” ผู้ป่วยจะมีตุ่มนูนคล้ายหูดที่ผิวหนัง ต่อมาจะโตขึ้นและแตกเป็นแผลลามไปทั่วตัว มักพบที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า เวลาเดินจะเจ็บเหมือนไปเดินบนกรวดร้อนๆ ซุกซลักทรมานมาก จนเอามาตั้งเป็นชื่อเพลง “คุตทะราดเหยียบกรวด” โรคนี้จะเป็นๆ หายๆ ถ้ารักษาไม่หายขาด แผลจะกินลึกลุกลามไปถึงกระดูก ทำให้กระดูกงูสั่นจนพิการ คล้ายผู้ป่วยโรคเรื้อน



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



ในที่สุดความทุกข์จากโรคร้ายนี้ก็คลี่คลายลง เมื่อปี พ.ศ.๒๕๙๓ ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือจาก WHO และ UNICEF ในการกำจัดกวาดล้างคุดทะราดที่กำลังแพร่ระบาด มีการจัดหาผู้เชี่ยวชาญ เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ และเงินทุนตั้งสำนักงานกลางที่ราชบุรี และจัดตั้งหน่วยงานสาขาย่อยในภูมิภาค มีการอบรมเจ้าหน้าที่ ส่งทีมเข้าไปค้นหาผู้ป่วยและรักษาด้วยยาฉีดพินนิซิลิน จนได้ผลสำเร็จดีเยี่ยม และผู้ที่มีส่วนสำคัญในครั้งนี่คือ นพ.สมบุญ วัชรวิทย์ ผอ.กองควบคุมการโรคและคุดทะราด กรมอนามัย (เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อกคนที่ ๓) ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๐๙ จึงยุติโครงการ แต่ยังคงเฝ้าระวังไม่ให้โรคกลับมาระบาดอีก จนประสบความสำเร็จไม่มีผู้ป่วยคุดทะราดอีกนับแต่นั้น รวมเวลาโครงการ ๑๗ ปี (พ.ศ.๒๕๙๓ -๒๕๐๙)

### ปฏิบัติการปราบคุดทะราดพื้นที่ภาคใต้ในอดีต

ช่วงที่มีการระบาดของโรคร้ายแรงทั้งอหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ คุดทะราด ปี พ.ศ. ๒๕๐๐ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ศูนย์อนามัยภาคกลางจังหวัดชลบุรี เร่งผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขึ้นมาช่วยป้องกันและปราบปรามโรค เรียกกันว่า “พนักงานอนามัยจัตวา” ไปเสริมกำลังคนให้กับสถานีอนามัยตามอำเภอต่างๆ และจัดทีมเร่งรัดปราบปรามโรค ส่วนหนึ่งแบ่งไปทางภาคใต้ซึ่งกำลังเกิดโรคระบาดอย่างหนัก ซึ่งคุณธีรศักดิ์ สมบุญ อดีตพนักงานอนามัยจัตวา หน่วยคุดทะราดในสมัยนั้นเล่าว่า

# Interview



# ธีรศักดิ์ สมบูรณ์

## อดีตพนักงานอนามัยจัตวา หน่วยศุกตะราด

ได้ลงไปที่คุณย้งจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นที่ตั้งของหน่วย มีการจัดทีมเจ้าหน้าที่เป็น 5 ทีม 20 คน ใช้อุปกรณ์ของยูนิเซฟพร้อมเวชภัณฑ์ ลงพื้นที่ปฏิบัติงานตามที่อนามัยอำเภอและผู้ตรวจการศุกตะราดวางแผนไว้ ออกไปรอบละ ๒๕ วัน แต่ละวันต้องบุกป่าฝ่าดงเข้าไปตรวจและรักษาคนตามหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานคือตามโรงเรียนต่างๆ แล้วต้องรักษาไข้ทรพิษ อหิวาตกโรคควบคู่กันไปด้วย หลายแห่งก็มีปัญหาเพราะเป็นพื้นที่ชายแดนอย่าง อ.ระแงง อ.ไม้แก่น ยี่งอ อำเภอแว้ง ของจ.นราธิวาส จ.ปัตตานี จะใช้ภาษายาวี ก่อนลงไปทางสถานีอนามัยก็บอกชาวบ้านบ้าง ไม่บอกบ้าง ทำให้เจอปัญหาไม่เข้าใจ พูดกันก็ไม่รู้เรื่อง โดนไล่ออกมาบ้าง ทะเลาะกันบ้าง แล้วที่ร้ายแรงที่สุดก็เคยถูกล้อมมาแล้ว

“ผมเคยมีประสบการณ์ในอำเภอหรือเสาะ ทำงานกันแล้วมีคนแพ้ยาดอนเย็นที่หมู่บ้านแล้วเขาก็ไม่ยอมให้พวกผมกลับ มีประชาชนมาล้อมเต็มลานวัดเลยครับ หว่าพวกผมจะทำให้ประชาชนชาวบ้านตาย ก็โชคดีที่เราได้กำนันรับรอง แล้วก็ทำการปฐมพยาบาลจนฟื้นคืนชีพ... เราเรียกการแพ้นิดนี้ว่าเป็นอนาไฟแลคติกซ็อก หวาดเสียวมากครับการปฏิบัติงานในท้องถิ่น”





## คนไข้ทรพิษร้ายสุดท้าย

หนึ่งในโรคระบาดร้ายแรงที่สุดของโลกที่รู้จักกันในชื่อ ไข้ทรพิษ หรือ ฝีดาษ นั้น พบในมนุษย์มากกว่า ๑,๐๐๐ ปีแล้ว ส่วนไทยเรามีบันทึกในหน้าประวัติศาสตร์ว่า การที่พระเจ้าอู่ทองอพยพผู้คนมาสร้างเมืองใหม่ เพราะเมืองเดิมเกิดอหิวตโรคระบาด แต่ในพระราชพงศาวดารฉบับบริติช มิวเซียม กล่าวว่าเป็นไข้ทรพิษ ในสมัยกรุงศรีอยุธยามีการระบาดอีกหลายครั้ง จนเป็นสาเหตุสวรรคตของสมเด็จพระบรมราชาธิราชที่ ๔ และสมเด็จพระนเรศวรฯ ก็มีตำนานว่าเคยประชวรด้วยโรคนี้ต่อมา ปี พ.ศ.๒๓๕๑ นพ.เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ชาวอังกฤษ ได้คิดค้นวัคซีนป้องกันโรค ไข้ทรพิษสำเร็จเป็นคนแรก

ในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ ๓ ไข้ทรพิษระบาดอย่างหนัก นพ.แดน บีช บรัดเลย์ ได้ทำการปลูกฝีบำบัดโรคเป็นครั้งแรกในไทย เมื่อ พ.ศ.๒๓๗๔ แต่มา



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย

สำเร็จใน พ.ศ.๒๓๘๔ สมัยรัชกาลที่ ๖ พ.ศ.๒๔๕๖ ประเทศไทยมีการออก พ.ร.บ.จัดการปลุกผีป้องกันไข้ทรพิษ และ พ.ร.บ.ระงับโรคระบาดฯ ถือเป็นครั้งแรกที่บังคับใช้กฎหมายควบคุมโรคแก่ประชาชน มาถึงปี พ.ศ. ๒๕๐๔ เริ่มโครงการกำจัด ไข้ทรพิษครั้งแรกในประเทศไทย มีการระดมปลุกผี ฉีดวัคซีน จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๐๘ เป็นผลให้ไม่มีผู้ป่วยไข้ทรพิษจนทุกวันนี้ โดยประเทศไทยพบผู้ป่วยรายสุดท้าย ปีพ.ศ.๒๕๐๕ เป็นแขกชื่อ ยาริดดาเนา มาเสียชีวิตที่รพ.บำราศนราดูร ๘ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๒๓ องค์การอนามัยโลกประกาศรับรองว่าไข้ทรพิษได้สูญพันธุ์ไปจากโลก นี้แล้ว





### พ.ศ. ๒๕๐๕ ปีที่ไทยพบผู้ป่วยรายสุดท้าย

เรื่องของผู้ป่วยไข้ทรพิษรายสุดท้ายเป็น  
แขกอินเดียชื่อ ยาริตดาเนา เดินทางเข้าไทยมา  
พักกับญาติที่บางกะปิ และป่วยเป็นไข้ทรพิษ  
อย่างรุนแรง นายพิน บัวรุ่ง ผู้ใหญ่บ้าน สังเกต  
เห็นจึงแจ้งทางการ กองควบคุมโรค(ขณะนั้น  
สังกัดกรมอนามัย)ได้ออกมาทำการป้องกัน  
ทันที มีการระดมปลุกผีกันทั้งจังหวัดพระนคร-  
ธนบุรี จนไม่พบผู้ป่วยรายอื่นอีกเลย



# Interview



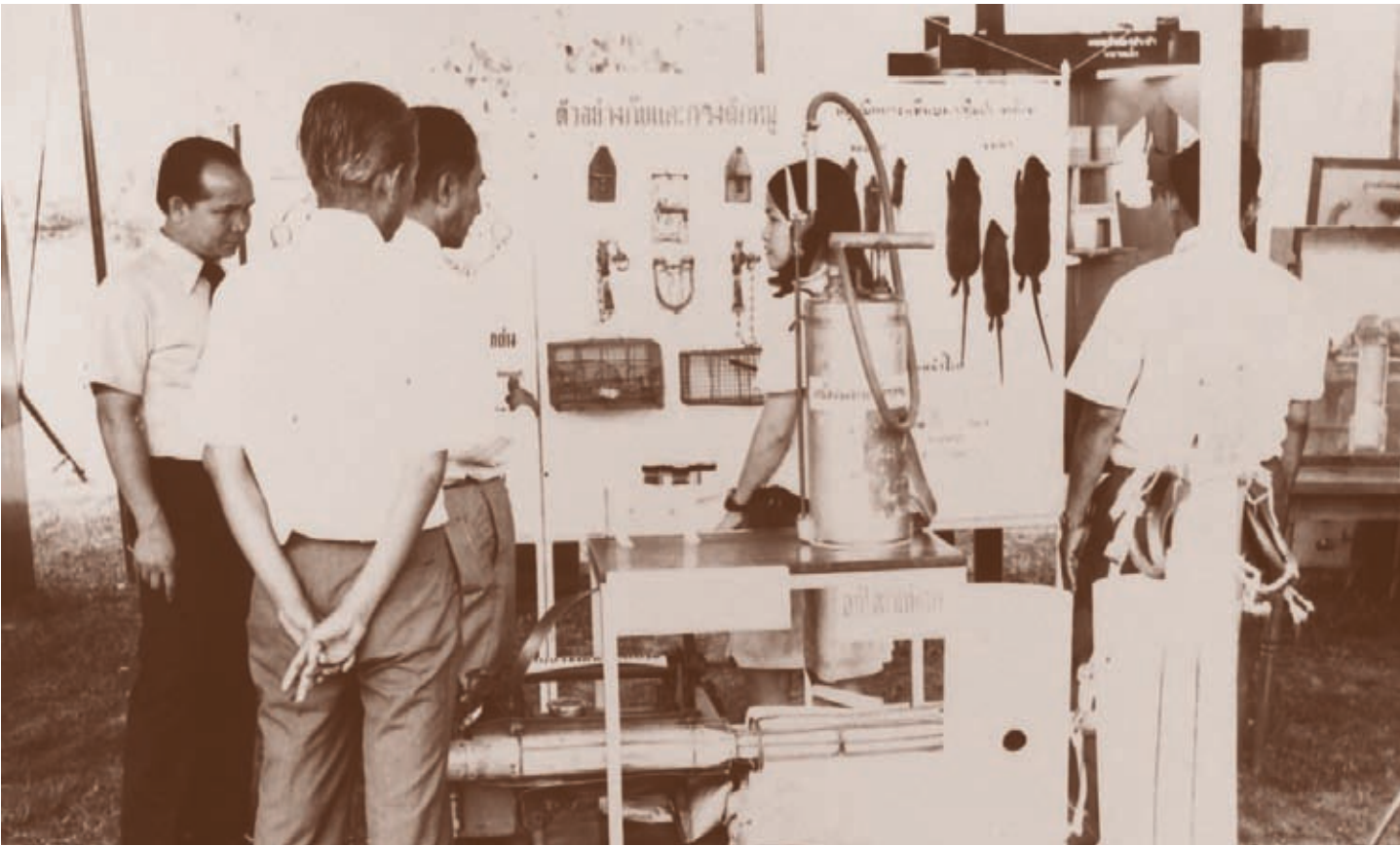
# นพ.ประยูร กุณาศล

## อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ

เรื่องนี้ นพ.ประยูร กุณาศล คนทำงานในพื้นที่ตัวจริงในช่วงเวลานั้นได้เล่าเพิ่มเติมไว้ในหนังสือ “หนึ่งในร้อย” ผู้บุกเบิกระบาดวิทยาไทย นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน

“ปี ๒๕๐๕ ตอนกลางๆ ปีเกือบปลายปีก็มีแขกจากอินเดีย จากกัลกัตตาเข้ามาเมืองไทยแล้วเขาก็ไม่ปลูกฝี แต่ว่าไปเสียเงินค่าเขียนใบปลูกฝีปลอม แสดงว่าปลูกฝีแล้ว ถ้าไม่มีใบปลูกฝีเราจะไม่ให้เข้าไทย เขาก็หลอกเราแล้วเขาก็เป็นฝีดาษ ใบปลูกฝีปลอม เขาทำมาจากอินเดีย แล้วเดินทางมาดอนเมือง... ตอนอยู่ในอินเดีย เขาติดโรคมาแล้ว วันมาถึงเมืองไทยยังไม่มีอาการ อยู่ต่อมามีอาการขึ้นก็มีคนแจ้งว่าเกิดมีผู้ป่วยฝีดาษขึ้นให้มาดูหน่อยเราก็ไปดู พอไปเจอเราก็บอกใช่แล้วฝีดาษ เพราะผมเคยดูแลฝีดาษมาก่อน ผมก็โทรศัพท์เรียกรถหวอจากโรงพยาบาลบำราศนราดูรให้มาเอาผู้ป่วยแขกคนนี้ไปพร้อมกับตำรวจคุมเอาไปให้แอดมิท(admit) ที่โรงพยาบาลบำราศฯ”





## เรื่องราวของการควบคุมกาฬโรคในอดีต

หากย้อนไปในอดีต เราจะพบว่ากาฬโรคมีการระบาดรุนแรงเกิดขึ้นหลายครั้ง ในหลายทวีป คร่าชีวิตผู้ป่วยไปหลายล้านคน ถือเป็นโรคติดต่อที่อันตรายร้ายแรงที่สุดโรคหนึ่ง จนได้รับสมญาว่า มรณะดำ หรือ The Black Death ระยะเวลาช่วงปลายศตวรรษที่ ๑๙ เป็นการแพร่ระบาดผ่านทางเรือสินค้าที่เดินทางค้าขายไปยังเขตท่าเรือต่างๆ ทุกทวีปทั่วโลก โดยพบว่าหนูเป็นพาหะนำโรคและแบคทีเรีย *Yersinia pestis* เป็นสาเหตุการเกิดโรค ทำให้มีการตรวจสอบและกำจัดหนูที่มา กับเรือจากประเทศต่างๆ ไปพร้อมกับควบคุมหนูในเขตที่อยู่อาศัยของคน และตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. ๒๔๙๓ เป็นต้นมา ก็ไม่พบการระบาดในวงกว้างอีกเลย ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยกาฬโรครายใหม่ทั่วโลก ๑,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ รายต่อปี ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีสภาพเสื่อมโทรม แถบเอเชีย แอฟริกา อเมริกาเหนือ และเขตตะวันออกเฉียงใต้ของทวีปยุโรป



ประเทศไทย มีรายงานโรคนี้ครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๔๔๗ บริเวณ  
โกดังเก็บสินค้าที่คลองสาน จ.ธนบุรี ซึ่งเป็นที่อยู่ของพ่อค้าชาวอินเดีย ปี พ.ศ. ๒๔๕๐  
- ๒๔๖๐ มีการระบาดเกิดขึ้นหลายเขตในธนบุรีและพระนคร ก่อนลุกลามไปยัง  
หัวเมืองการค้า เช่น ราชบุรี นครปฐม นครสวรรค์ นครราชสีมา จากหนูที่ติดไปกับ  
รถรถไฟ เรือที่ขนส่งสินค้า ช่วงปี พ.ศ. ๒๔๕๒ ยังมีระบาดจากพม่าเข้ามาทางตาก  
อีกด้วย จนระบาดไปทั่ว มีผู้ป่วยกว่า ๑,๐๐๐ กว่าราย ใน ๓๒ จังหวัด แต่ไม่มี  
จำนวนผู้เสียชีวิตที่แน่นอน และในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ เป็นปีสุดท้ายที่มีรายงานว่ามี  
ผู้ป่วยที่นครสวรรค์ ๒ ราย เสียชีวิต ๑ ราย หลังจากนั้นไม่มีรายงานการเกิดกาฬโรค  
ขึ้นในประเทศไทยจนถึงวันนี้ แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังตามพื้นที่ชายแดนและด่านเข้า  
ออกระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด

# Interview



## ย้อนรอยปรากฏโรคในอดีต

สำหรับวิธีการปราบปรามควบคุมโรคที่ผ่านมานั้น

# เสวก นุชจ่าย

## อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการ สคร.๔ ราชบุรี (ปัจจุบันคือสคร.๕) ผู้เชี่ยวชาญเรื่องกาฬโรค

ได้เล่าย้อนไปถึงสมัยรัชกาลที่ ๕ ช่วงที่มีการระบาดอยู่ ได้ให้พ.เอสแคมเบลล์ ตั้งหน่วยรักษาโรคกาฬโรค นำผู้ป่วยมากักตัวไว้ ๑๐ วัน ป้องกันระยะแพร่เชื้อ และเผาทำลายบ้านสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยที่มีหนูและหมัดหนูแฝงอยู่ แต่วิธีนี้ไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน เพราะกลัวจะถูกจับไปขัง และโดนเผาบ้าน จึงทำให้โรคยิ่งแพร่ระบาด เลยปรับเปลี่ยนใหม่ด้วยการตั้งคลินิกให้ผู้ป่วยหรือผู้ถูกสงสัยว่าเป็นกาฬโรคมารับยา แล้วแนะนำให้ดูแลรักษาความสะอาดบ้านไม่ให้เป็นที่อยู่ของหนูและช่วยกันกำจัดหนู ถึงพอจะป้องกันควบคุมโรคเอาไว้ได้

จนปี พ.ศ.๒๔๙๔ - ๒๔๙๕ รัฐบาลอเมริกัน โดยองค์การบริหารความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทย โดยส่งผู้เชี่ยวชาญการควบคุมโรคมาเป็นที่ปรึกษาพร้อมเครื่องมือเครื่องใช้และเคมีภัณฑ์ เข้ามาช่วยอบรมเจ้าหน้าที่ในการควบคุมกาฬโรค การใช้เครื่องมืออุปกรณ์และกำจัดหนู กำจัดหมัดหนู ให้กับหน่วยควบคุมกาฬโรคที่บ้านโป่ง นครสวรรค์ และนครราชสีมา จนควบคุมโรคได้เอง ปัจจุบัน ไม่มี ๓ หน่วยงานนี้แล้ว และโอนให้ สคร.ต่างๆ ทำหน้าที่แทน กิจกรรมหลักๆ จะเป็นการทำแผนวางกรงดักหนูในเขตที่มีการระบาดลงพื้นที่ดักหนู เอามาasangหมัด ดูดัชนีของหมัดหนูถ้าสูงกว่าที่กำหนดก็ต้องพ่นสารเคมีกำจัดหมัดหนู สมัยก่อนใช้วิธีโรยยาตามทางเดินของหนู แล้ววางยาเบื่อกำจัดหนู จากนั้นค่อยให้คำปรึกษาชาวบ้านเรื่องปรับปรุงความสะอาดสภาพแวดล้อม ไม่ให้บ้านกลายเป็นที่อยู่ของหนู สมัยก่อนจะมียุ่งซ้ำถ้ามีโรคต้องหาอะไรมาอุดอย่าให้หนูเข้า ก็ทำแบบนี้มาเรื่อยๆ

ที่สำคัญต้องคอยเฝ้าระวังดูว่าที่ไหนมีหนูตายโดยไม่รู้สาเหตุใหม่ เพราะอาจมีกาฬโรคระบาด มีผู้ป่วยที่มีต่อมน้ำเหลืองบวมโตเข้ามาใช้บริการหรือไม่ ถ้ามีต้องรีบแจ้งทันที แล้วก็ต้องเฝ้าระวังสัตว์อื่นที่เป็นพาหะนำโรค ไม่ใช่แค่หนูอย่างเดียว สัตว์ฟันแทะอย่างกระต่าย กระรอก กระแต พวกหนูป่าหนูเขา เพราะหมัดหนูที่อยู่ในป่าจะถ่ายมาถึงหนูบ้าน อีกเรื่องก็คือฟังข้อมูลข่าวสารจากพื้นที่ติดประเทศเพื่อนบ้าน พวกทหาร ตำรวจตระเวนชายแดน อสม. กำนันผู้ใหญ่บ้านในท้องที่ เราต้องไปให้ความรู้โรคนี้เป็นยังไง ต้องสังเกตอะไร เป็นหูเป็นตาคอยช่วยเรา ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศทุกด้านเราต้องรู้ ก็เป็นหน้าที่ของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ แล้วคอยประสานกันให้ดี มาเรียนรู้กัน ซึ่งจุดนี้คุณเสวกบอกว่าเป็นข้อดีที่ทำให้เราทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพขึ้น

“พี่ไปทำพี่ไม่ได้ไปทำคนเดียว พี่อยากสร้างเครือข่ายให้เขาช่วยเราทำ คนที่อยู่ในพื้นที่เขามีความชำนาญของเค้า เราก็จะได้องค์ความรู้จากเขา เขาก็ได้ความรู้จากเรา ต่อยอดกันขึ้นไป”

๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในภาวะฉุกเฉิน (EOC)...เตรียมพร้อม รับมือ



ความท้าทายครั้งใหญ่ของกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (ครฉ.) หรือที่คุ้นเคยว่า “กอง EOC” ที่ได้รับการจัดตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้ดำเนินภารกิจสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและส่งผลกระทบอย่างรุนแรง ไม่ว่าจะเหตุจากโรคหรือจากภัย ทั้งเชื้อโรคร้ายเสี่ยงต่อชีวิตสูงที่สามารถแพร่ระบาดข้ามประเทศในพริบตา หรืออุบัติเหตุอุบัติภัยไม่คาดคิด จากสารพิษ สารเคมี ที่อยู่ใกล้ตัว ไปจนถึงภัยพิบัติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานให้เท่าทันกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจพลิกเป็นวิกฤตระดับชาติได้ทุกเมื่อ กอง ครฉ. จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินสถานการณ์ประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในพื้นที่ชุมชน ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด สคร. ๑๒ แห่ง และกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นลักษณะบูรณาการ เช่น เกิดไข้หวัดนก จะมีกระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์เข้ามาร่วมแก้ปัญหาด้วย หรือโรงงานสารเคมีระเบิด จะต้องมีกระทรวงอุตสาหกรรม หน่วยงานบรรเทาสาธารณภัย ไปจนถึงภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ พร้อมกันจัดวางระบบรับมือฉุกเฉิน Emergency Operation Center เพื่อให้มีแนวทาง ขั้นตอน ผู้รับผิดชอบชัดเจน โดยใช้วิธีสั่งการแบบ Channel Direct เพื่อลดความสับสน ให้แต่ละฝ่ายรายงานสถานการณ์กับผู้มีอำนาจตัดสินใจโดยตรง ทำให้เห็นภาพรวมได้ชัดเจน ปฏิบัติงานได้รวดเร็วแม่นยำขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดเตรียมกำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญเรื่องวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ มีการเตรียมพร้อมและซ้อมแผน ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ไปจนถึงการวางระบบ Logistic สนับสนุนอุปกรณ์ปฏิบัติงาน



# Interview



# นพ. อัมภวานต์ รวยอาจิณ

## รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ควบคุม กำกับ กอง EOC

“ตรงนี้ผมคิดว่าประชาชนได้รับประโยชน์แน่นอน เพราะเมื่อภัยเกิดขึ้นแล้ว ทางกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมควบคุมโรคมีวิธีการที่จะแก้ไข ทำให้ประชาชนสามารถปฏิบัติตัว หรือรับมือกับภัยที่เกิดขึ้นนั้นได้ ตรงนี้คือสิ่งที่ประชาชนได้รับ เป็นความปลอดภัยในชีวิตและความเป็นอยู่”



# Interview



# นสพ.พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า

## ผอ. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

“เราคงเน้นอยู่สองเรื่องหลักนะครับ เรื่องของ Biotic กับเรื่อง  
ของ Chemical ตามบทบาทภารกิจ แต่เราจะไปแทรกในเรื่องของ  
ภัยพิบัติที่จะมีโรคติดต่อตามมา งานหลักของเราคือต้องสร้างความ  
เข้มแข็งไม่ใช่เฉพาะของเรา แต่รวมถึงของหน่วยงานข้างเคียงที่ออกไป  
ไปช่วยผู้ประสบภัย แต่มักจะลืมเรื่องของโรคติดต่อ ไม่ว่าจะเป็นตัว  
เขาเองหรือในชุมชนที่ต้องเฝ้าระวัง”



## สถานการณ์วันนี้ของโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

มหันตภัยร้ายแรงที่พร้อมจะคุกคามสุขภาพของคนไทย ใน ๒-๓ ทศวรรษที่ผ่านมาทั่วโลกมีรายงานผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในขนาดตออันใกล้ เช่น อีโบลา เมอร์ส และไข้หวัดนก ซึ่งเป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต สามารถแพร่ระบาดข้ามประเทศได้ง่าย ถ้าไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ดี สำหรับประเทศไทยแล้วยังมีความเสี่ยงที่จะพบโรคเหล่านี้ในระดับต่ำ ส่วนโรคอุบัติซ้ำที่เคยระบาดในอดีตและสงบไปบ้างแล้ว อย่างคอตีบ หัด อหิวาตกโรค อาจกลับมาระบาดและพบมากขึ้นอีกครั้ง จากหลายปัจจัยที่เปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็นสภาพวิถีชีวิตของผู้คน สภาพภูมิอากาศ การเดินทางเข้าออกของผู้คน จากประเทศเพื่อนบ้าน และการค้าขาย

## การระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ นับตั้งแต่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ ที่แพร่ระบาดในประเทศเม็กซิโกและสหรัฐอเมริกา ก่อนจะแพร่ระบาดไปหลายๆ ประเทศ จนสร้างความหวาดวิตกไปทั่วโลก เพราะเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ A/H๑N๑ เกิดจากการผสมของไวรัสสายพันธุ์ของคน หมู และนก ที่ไม่เคยพบมาก่อน และสามารถติดต่อจากคนสู่คน แพร่กระจายผ่านเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ที่ไอหรือจามรดกัน หรือติดจากมือและสิ่งของที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ นอกจากนี้เชื้อยังเข้าสู่ร่างกายทางจมูกและตา จึงเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ง่ายทำให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสชนิดใหม่นี้จะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่แต่จะรุนแรงรวดเร็วกว่า และอาจเสียชีวิตได้

ประเทศไทย พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ไม่นานหลังจากนั้น ได้เกิดการระบาดลูกกลมแพร่เชื้อออกไปในวงกว้างถึงชุมชนในต่างจังหวัด ช่วงเวลาเพียง ๓ เดือน มีผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ประมาณ ๘ แสนคน เป็นผู้ติดเชื้อที่มีการยืนยัน ๘,๐๐๐ คน เสียชีวิต ๑๓๐ ราย ส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพ



อยู่ก่อนแล้ว หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ สร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชนเป็นอย่างมาก ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งให้ความรู้และรายละเอียดในการดูแลป้องกันตนเองจากโรคนี้ ผ่านสื่อมวลชนและสื่อประชาสัมพันธ์มากมายหลายช่องทาง พร้อมทั้งตั้งคณะทำงานติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด มีการออกมาตรการต่างๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ติดตั้งเครื่องตรวจอุณหภูมิร่างกายที่สนามบินและด่านพรมแดนต่างๆ ตั้งทีมแพทย์เพื่อคัดกรองหรือเฝ้าระวังผู้สงสัยว่าจะติดเชื้อ สำหรับยาต้านไวรัสใช้หวัดใหญ่ “โอเซลตามิเวียร์” ที่ใช้รักษา เตรียมวัคซีนผสม ๓ สายพันธุ์ ทั้งใช้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ และใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ๒ สายพันธุ์ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อมาก่อให้เกิดการพัฒนาวัคซีนใช้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาลภายในประเทศ ไปจนถึงแจกหน้ากากอนามัยแก่ประชาชน จนเกิดปรากฏการณ์ปรากฏการณ์ใส่หน้ากากอนามัยกันทั่วประเทศ ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายทุกหน่วยงาน ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ โรคนี้ได้สงบลงแต่ยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องจนทุกวันนี้

# Interview



## ศ. เกียรติคุณ นพ.ประเสริญ ทองเจริญ

### ผู้เชี่ยวชาญด้านไวรัสวิทยา ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และผู้มีบทบาทสำคัญในการรับมือการระบาดไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ 2009

ได้กล่าวถึงสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการระบาดของโรค

“ผมว่าเสี่ยงเพราะโรคนั้นมากขึ้นและคนไม่เข้าใจก็เยอะขึ้น ตอนนั้นผมไปเป็นประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อแห่งชาติ ๒๕๕๘ ผมก็มีบทบาทเข้าไปช่วยได้ง่ายขึ้น มีกรรมการกันอยู่ ๕ คน เลขานุการคืออธิบดีกรมควบคุมโรค จะเป็นคนที่ดูแลประกาศโรคติดต่อ แล้วก็มีการทบทวนวิชาการอีกคณะหนึ่ง ผมก็ไปเป็นประธานวิชาการ เข้าไปดูแลอีกเรื่อง มีปัญหาอะไรก็ช่วยกัน”

ได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้สร้างความหวาดกลัวสับสนให้กับประชาชนทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ท่านเป็นประธานด้านวิชาการให้ความรู้สร้างความเชื่อมั่นกับสื่อมวลชนและประชาชน ท่านเป็นผู้ให้ข่าวเพียงคนเดียวกับสื่อในฐานะตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทีมออกไปให้ความรู้กับประชาชนทุกกลุ่มในที่ทำงานต่างๆทั่วประเทศ จัดทำคู่มือในการรักษา การปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคแพร่ระบาด และส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

“พอเรารู้เราก็บอกกับพวกนักวิชาการ เราก็ไปช่วยเขาเตรียมความพร้อมเรื่องนั้นเรื่องนี้ เราก็ไปกันประชุมที่นี้ออกไปต่างจังหวัด ก็คือไปให้ความรู้และให้ไกด์ไลน์ว่าจะทำกันยังไง แล้วก็ให้ไว้ว่าถ้ามีปัญหาจะสามารถปรึกษาใครได้ ให้เบอร์โทรศัพท์ไว้”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## One Health สุขภาพหนึ่งเดียว ความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ



อีกความร่วมมือปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม ทั้งการเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเริ่มนำมาใช้ พ.ศ. ๒๕๕๘ จากหลักสูตรพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการของกรมควบคุมโรค ขยายไปยังหน่วยงานนอกกระทรวง สู่โครงการอบรมด้านระบาดวิทยาและสอบสวนโรคในพื้นที่แบบบูรณาการ โดยมีศูนย์ One Health ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในการเข้าร่วมเรียนรู้ เช่น THOHUN เครือข่ายมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ซึ่งจะเชื่อมโยงกับ SEOHUN เครือข่ายมหาวิทยาลัยในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ต่อยอดไปยังโครงการจังหวัดสุขภาพหนึ่งเดียว จังหวัดต้นแบบในการทำงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวร่วมกับภาคีในท้องถิ่น เน้นให้ปัญหาเป็นเรื่องที่คนในพื้นที่ต้องช่วยกันแก้ไข ทำให้มีการเฝ้าระวัง รายงานโรคได้ดีขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลขนาดใหญ่ที่จะเป็นเครื่องมือตอบโต้กับโรคระบาดและสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ปัจจุบันการดำเนินงานอยู่ภายใต้แผนปฏิบัติการโรคอุบัติใหม่ EIV พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ และแผนงานตาม พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ทำให้การขับเคลื่อนงาน One Health จากส่วนกลางไปยังภูมิภาค และการจัดตั้งเครือข่าย One Health Model ใน ๑๐ จังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

# Interview



# ดร.สพญ.เสาวพักตร์ ฮั่นจ้อย

## รองผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา

กล่าวถึงทิศทางของ One Health

“เราอยากขับเคลื่อนมากที่สุดก็คือในระดับชุมชน จะเป็นตัว keyword ชุมชนคือโจทย์ใหญ่ เพราะในประเทศเรามีหลายชุมชน ชุมชนเกษตรกร ชุมชนนักธุรกิจ ชุมชนเยอะมาก อย่างกรณีของโรค มือเท้าปาก เราต้องรอเด็กป่วยถึงจะมาหาเรา ก็ไม่ใช่แล้ว เพราะ ว่า One Health ต้องไปถึงพื้นที่ ทำยังไงเราจะขยายกลุ่มไป สมาคมผู้ปกครองให้เขาช่วยรายงาน มีส่วนช่วยเป็น One Health ให้เรา ทำให้รู้ว่าโรคอยู่ตรงไหน เราก็จะใช้ฐานอย่างนี้เจาะไปเรื่อยๆ”

# Interview



# นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ระดับ II ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข

ผู้มีส่วนร่วมทำงานด้านวิชาการกับท่านอาจารย์ นพ.ประเสริฐ และเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ที่มีจุดเริ่มต้นจากการระบาดของไข้หวัดนกปี ๒๕๔๗ ใช้ฉีดป้องกันกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนก เพื่อไม่ให้เชื้อผสมพันธุ์กันกลายเป็นเชื้อตัวใหม่ ซึ่งวัคซีนนี้ยังช่วยลดความรุนแรงของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ด้วย แต่ต้องสั่งซื้อนำเข้าจากต่างประเทศทั้งหมด เพื่อให้ไทยพึ่งพาตัวเองได้จึงมีการวิจัยพัฒนาโดยใช้เทคโนโลยีของบริษัทวัคซีนระดับโลกที่มาร่วมลงทุนกับองค์การเภสัชกรรม คาดว่าจะผลิตเองได้อีก ๒ ปีข้างหน้า

“อย่างน้อยที่สุดมันได้ประโยชน์ เพราะไทยทำเองแล้ว แต่ประเด็นอยู่ตรงความปลอดภัยกับคุณภาพ ผมเป็นคณะกรรมการ Safety board ของการวิจัยวัคซีนตัวนี้ คอยตรวจสอบเรื่องความปลอดภัย มีการส่งรายงานมาให้ผมเรื่อยๆ ๒-๓ เดือนก็ส่งมาที ถ้าเกิดปัญหาขึ้นผมก็จะบอกมาอธิบายอะไรอย่างนี้ ส่วนเรื่องคุณภาพก็มีการเจาะเลือดจากอาสาสมัครที่ใช้วัคซีนอันนี้ไปเปรียบเทียบกับวัคซีนของฝรั่งที่กำลังขายอยู่ ก็ออกมาดีพอๆ กัน เอาเป็นว่าผมกล้ายืนยันให้เขามาฉีดเป็นคนแรกเลย”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## ผลงานเด่นด้านมาลาเรีย รางวัลเอ็นครั้งแรกของกรมควบคุมโรค

มาลาเรีย โรคติดต่อเรื้อรังที่สร้างปัญหาสุขภาพอนามัย มีคนเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคระบาดนี้มากมาย สร้างความเสียหายให้คนทั่วโลกมานานหลายพันปีจนถึงปัจจุบัน โรคร้ายแรงที่มากับพาหะยุงตัวเล็กๆ ที่ยากจะควบคุม จนกลายเป็นวาระสำคัญที่องค์การอนามัยโลกมีมติในปี พ.ศ.๒๕๙๑ (ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2) ให้การควบคุมไข้มาลาเรียเป็นงานสำคัญอันดับแรกที่จะต้องระดมสรรพกำลังช่วยเหลือประชาชนที่กำลังป่วยด้วยไข้มาลาเรียอยู่แทบทุกประเทศ เฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ และเป็นที่มาของ “โครงการกำจัดไข้มาลาเรียแห่งชาติ” ของไทย ที่สร้างพัฒนาการในการบำบัดรักษา ป้องกันควบคุมโรค อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนคนไทยทุกที่ทุกแห่งโดยเฉพาะพื้นที่แพร่ระบาดในท้องที่ห่างไกล

### รางวัล UNPSA ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จากผลงานด้านมาลาเรีย

ในระยะเวลาหลังความพยายามดำเนินงานป้องกันรักษา และควบคุมไข้มาลาเรียในประเทศไทยได้ก้าวหน้าเป็นอย่างมากจนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ โดยกรมควบคุมโรคได้รับรางวัล United Nations Public Service Award หรือ UNPSA จากองค์การสหประชาชาติเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จากผลงานการพัฒนาศักยภาพบริการแบบบูรณาการ โดยได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขาส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจผ่านกลไกนวัตกรรม เพื่อลดความเจ็บป่วยด้วยโรคมมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก ของสำนักงานควบคุมโรคที่ ๙ จ.พิษณุโลก (สคร.๙ ปัจจุบัน คือ สคร.๒) เป็นการบริหารจัดการแก้ปัญหาเชิงรุกในชุมชนพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ที่ยากต่อการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ด้วยเป็นบ้านป่าบนดอยสูง ที่อยู่อาศัยของคนหลายชนเผ่า ทั้งคนไทย กะเหรี่ยง พม่า และกลุ่มคนอพยพเคลื่อนย้ายข้ามแดนไปมาไม่มีหลักแหล่ง ส่วนใหญ่เป็นคนยากจนมีชีวิตอยู่กับป่าและยุงป่า จึงเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมาลาเรียสูง



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



การทำงานเป็นแบบบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย เช่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ ๙.๓ (ศตม.๙.๓) หน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน อาสาสมัครมาลาเรียในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว มีการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย และให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่มีค่าใช้จ่าย การให้ความรู้ป้องกันมาลาเรีย วิธีกำจัดยุง บริการแจกมุ้งชุบสารเคมี ตัดวงจรการแพร่กระจายโรค ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาพยาบาล ทำให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของภาครัฐหลายหน่วยงานข้ามกระทรวงของทุกฝ่ายนี้เอง ทำให้ชุมชนรู้จักดูแลป้องกันตนเองจากมาลาเรียได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ที่เห็นผลชัดเจนคือ สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย มีจำนวนผู้ป่วยลดลง เช่น โรงพยาบาลท่าสองยาง มีอัตราการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วยมาลาเรียลดลงเฉลี่ย ๒ วัน จากปี พ.ศ.๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ ขณะที่งบประมาณจัดซื้อยารักษาไข้มาลาเรียและการให้เลือดแก่ผู้ป่วยมาลาเรียก็ลดลงเช่นกัน

## มาลาเรีย



สำหรับโครงการการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายมาลาเรียแบบบูรณาการ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก เคยได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ (Thailand Public Service Awards: TPSA) ปัจจุบัน กพร.ได้เปลี่ยนชื่อเป็น รางวัลเลิศรัฐ (Public Sector Excellence Awards: PSEA) ประเภทรางวัลบูรณาการบริการที่เป็นเลิศ ระดับดีเด่น จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ก่อนจะคว้ารางวัล UNPSA ในปีถัดมา

# Interview



# พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์

## อดีตรองอธิบดี กรมควบคุมโรค

ผู้มีบทบาทผลักดันโครงการดังกล่าว ได้เล่าถึงเส้นทางสู่รางวัลทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ หลังจากรับรางวัลจาก กพร. ได้ผลักดันไปสู่รางวัล UNPSA มีเกณฑ์ให้รางวัลในตอนนั้นอยู่ ๔ ประเภท คือ การบริการสู่ประชาชนดีเลิศ เรื่องการมีส่วนร่วม participation เรื่องของ gender หญิงชาย ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ คนจน คนชายขอบ และเรื่องดิจิทัล ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาบริการประชาชน เมื่อวิเคราะห์ดูแล้ว สคร.2 พิษณุโลก น่าจะเข้ากับเรื่องการมีส่วนร่วม เพราะจุดเด่นคือ ประชาชน ชุมชน อาสาสมัคร เห็นปัญหาของตัวเอง แล้วเอาปัญหานั้นมาให้เรา ใช้ความรู้ไปแก้ปัญหามา ซึ่งตรงนี้ต้องมีหน่วยที่มาเกี่ยวข้องตามเกณฑ์ไม่ต่ำกว่า ๓ หน่วย ซึ่งเป็นองค์กรท้องถิ่น เป็นอสม. เป็นชนกลุ่มน้อย เป็นชนเผ่า และโครงการนี้ยังส่งผลดีต่อเนื่องไปยังระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวม เป็นการเปลี่ยนจากการโฟกัสเรื่องของการป่วยแล้วรักษา ไปที่ทำไมถึงจะไม่ให้ป่วย เขาจะใช้คำว่า “change for life ปรับเพื่อไม่ป่วย” พญ.วราภรณ์ ยังชี้ให้เห็นหัวใจที่สร้างความสำเร็จ รวมทั้งบทบาทของท่านในโครงการนี้ว่า

“ทำอย่างไรที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ใช้คำภาษาอังกฤษว่า Health Literacy คือไม่ใช่อ่านออกเขียนได้ แต่เป็นการรับรู้เรื่องของคุณภาพ เรื่องของการสาธารณสุข... งานของทำสองอย่าง เป็นการไปสร้างการรับรู้เรื่องสุขภาพในชุมชน พอถึงเวลานี้อุบัติ เขาก็จะลุกขึ้นมาเพื่อที่จะแก้ปัญหามาเอง โดยชุมชนของเขาเอง”

“อันนี้ไม่ใช่อะไรที่เป็นรางวัลสูงสุด ประชาชนสุขภาพดี เป็นอะไรที่คนสาธารณสุขทั้งมวลต้องการมากกว่า แล้วไม่ใช่เราคนเดียว เราเป็นแค่โค้ช คนชี้แนะ มันต้องมีโปรดักต์ ถ้าไม่มีโปรดักต์เราก็ทำไม่ได้ เพราะฉะนั้นเราไม่ได้เป็นอะไรเลย เป็นคนชี้แนะเฉยๆ”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### เมื่อ WHO ประกาศให้เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปลอดโรคโปลิโอ

ประมาณเดือนกันยายน พ.ศ.๒๕๙๕ คนไทยต้องตระหนักกับการระบาดของ  
โปลิโอเป็นครั้งแรก ด้วยความกลัวว่าลูกหลานจะติดโรค เพราะมักจะพบในเด็กเล็ก  
ที่มีภูมิต้านทานโรคต่ำติดเชื้อง่าย โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสโปลิโอในอุจจาระของ  
ผู้ป่วย ติดต่อผ่านทางมือหรือปนเปื้อนในอาหาร เมื่อติดเชื้อจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย  
เบื่ออาหาร เจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ รอยที่อาการรุนแรง แขน ขา จะอ่อน  
แรงเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นอัมพาตทำให้เสียชีวิต

ระหว่าง พ.ศ.๒๕๙๕-๒๕๙๗ ที่มีการระบาดในกรุงเทพฯ แล้วแพร่กระจายไป  
ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ยังไม่มียารักษา ไม่มีวัคซีนป้องกัน ใครเป็นแล้วต้องรักษา  
ตามอาการ ถ้าหายก็ยังเสี่ยงต่อความพิการแขนขาลีบ จนในปี พ.ศ.๒๕๒๐ มีการ  
จัดตั้งแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) เริ่มบริการให้วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ  
รวมทั้งวัคซีนโปลิโอชนิดหยดใส่ปาก (OPV) ช่วงแรกให้เฉพาะในกรุงเทพฯก่อนขยาย  
ไปจนครบทุกจังหวัดเมื่อ พ.ศ.๒๕๒๕ ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๓๑ องค์การอนามัยโลก  
ได้กำหนดเป้าหมายกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลกภายในปี พ.ศ.๒๕๔๓

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขให้ทุกพื้นที่ในประเทศปลอดโรคโปลิโอภายใน พ.ศ.๒๕๓๔ และตั้งเป้าไม่ให้มีผู้ป่วยโปลิโอที่เป็นอัมพาตจากเชื้อไวรัสที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมภายในปี พ.ศ.๒๕๓๗ โดยทำกิจกรรมรณรงค์ให้วัคซีนแก่เด็กทั่วประเทศ (NIDs) ปีละ ๒ ครั้ง ห่างกัน ๑ เดือน ติดต่อกัน ๓ ปี มีการตั้งจุดหยอดวัคซีนตามย่านชุมชนในเมือง และหน่วยหยอดวัคซีนเคลื่อนที่ในชนบทห่างไกล ผลของความพยายามนี้ทำให้เด็กได้รับวัคซีนทั่วถึงและอัตราการป่วยลดลงอย่างมาก

## พ.ศ.๒๕๕๗ WHO ประกาศรับรองให้ไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ “ปลอดโรคโปลิโอ”

องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศเมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๗ ให้ประเทศไทยและอีก ๑๐ ประเทศใน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปลอดโรคโปลิโอ หลังไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ใน ๑๑ ประเทศนี้ เป็นเวลา ๓ ปีติดต่อกัน ตามเกณฑ์ สำหรับไทยเรานั้น ปลอดจากโรคโปลิโอมาเป็นปีที่ ๑๗ นับจากพบผู้ป่วยโปลิโอรายสุดท้าย พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ จ.เลย แต่ไทยยังคงมาตรวจการกวาดล้างโรคโปลิโออย่างเข้มแข็งและต่อเนื่องจนได้รับการรับรองในที่สุด



# Interview



ศ.คลินิก (พิเศษ)

พญ.สุจิตรา นิมมานนิตย์

### ที่ปรึกษากุมโรค

“โครงการโปลิโอ ที่สำเร็จได้เพราะการทำงานร่วมกันของหลายฝ่าย เป็นการสร้างวัฒนธรรมของการทำงานประสานกันเป็นทีม งานด้านป้องกันคือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเองก็ได้รับความสนใจมากขึ้นจากผู้บริหาร มาตรการกวาดล้างโปลิโอ น่าจะเป็นแบบอย่างของการกวาดล้างโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนอื่นๆ ได้”





# Interview



# นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ

## ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

หลังจากประเทศไทยได้รับการรับรองแล้ว นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ ผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กล่าวถึงมาตรการรักษาสถานะปลอดเชื้อของไทยไปจนกว่าทั่วโลกจะปลอดโปลิโอว่า ยังคงให้วัคซีนโปลิโอในเด็กตามปกติ และให้วัคซีนเสริมทุกปีในกลุ่มพื้นที่เสี่ยง เช่น พื้นที่ห่างไกล แนวชายแดน แรงงานเคลื่อนย้าย ชุมชนในพื้นที่ไม่สงบ จนกว่าเชื้อโรคจะหมดไป ช่วงรอยต่อจากเดิมที่ใช้วัคซีนเชื้ออ่อนฤทธิ์แบบหยอดเรียกว่า OPV ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ยังมีชีวิตอยู่ เพื่อความปลอดภัยไม่ให้เชื้อแพร่กระจายและกลายเป็นเชื้อที่มีความรุนแรง ต้องเปลี่ยนไปใช้วัคซีนเชื้อตายแบบฉีดทดแทน วางแผนจะเปลี่ยนแบบหยอดเป็นแบบฉีดทั้งหมดใน ๒-๓ ปีข้างหน้า ที่สำคัญเรื่องระบบเฝ้าระวังโรค ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก อัมพาตเฉียบพลัน (AFP) ต้องรายงานและเก็บอุจจาระเพื่อตรวจยืนยัน ทำการสอบสวนและควบคุมโรคที่รวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาตอบโต้ความผิดปกติทุกอย่างทันเวลา ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง หรือช้าที่สุดภายใน ๑ สัปดาห์

“ภูมิคุ้มกันโรคพอโรคไม่มีแล้วไม่ใช่ทำให้ละเลย เชื้อโรคมียู่กับคนเราอยู่ตลอดเวลา ถ้าเราละเลยเมื่อไรนั่นมันคือเราประมาทแล้ว เราก็จะเกิดโรคนั้นกลับเข้ามาอีกนะ เพราะฉะนั้นทุกคนต้องตระหนักข้อนี้”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## เอดส์ในประเทศไทย... ความสำเร็จจากความร่วมมือ

โรคเอดส์ หรือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่ใครต่อใครรู้จักกันดีในปัจจุบัน อันที่จริงแล้วเป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นมาไม่นาน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกๆ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๔ ที่สหรัฐอเมริกา และพบในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ช่วงแรกทางการแพทย์ยังไม่มีวิธีการรักษา โรคเอดส์จึงคร่าชีวิตคนไปจำนวนมาก จนรับรู้กันว่าเป็นโรคเอดส์แล้วต้องตาย ถึงจะมีการบอกกล่าวให้ความรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ไม่ใช่โรคที่ติดต่อกันง่ายๆ ไม่ใช่อยู่ใกล้ สัมผัสกัน ไอจามแล้วจะติดโรค แต่หลายคนยังหวาดกลัว ไม่อยากเข้าไปใกล้ และผลักใส่ผู้ป่วยเหมือนเป็นตัวเชื้อโรคอันตราย โดนตีตราจากสังคมคนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยต้องปิดบังตนเองแม้แต่กับคนในครอบครัว ทั้งที่โรคเอดส์ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์ เลือด และแม่สู่ลูกเท่านั้น

ถัดมาไม่นานหลังจากประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรก(พ.ศ. ๒๕๒๗) ช่วงทศวรรษ พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๙ เกิดการแพร่ระบาดสูงสุดมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ นับแสนคน ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ จัดตั้งศูนย์ป้องกันโรคเอดส์ ต่อมาเปลี่ยน เป็นกองโรคเอดส์ จนปรับเปลี่ยนกลุ่มโรคเอดส์ในเวลาต่อมา ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๐ - ๒๕๔๙ ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนาแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๓๙ เป็นฉบับแรก และดำเนินการต่อเนื่องทุก ๕ ปี ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ

ตลอด ๓๐ กว่าปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์หลายด้าน ทั้งการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์แก่ประชาชน ป้องกันและลดการแพร่เชื้อในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น กลุ่มชายรักชาย ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด โดยรับการตรวจเลือดและรักษาทันทีถ้าติดเชื้อ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย พัฒนาการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและยาต้านไวรัสได้ง่าย การแก้ปัญหาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยเอดส์ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การดูแลและสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ในประเทศไทย ที่มีกลุ่มตัวอย่างในภาคสนาม ถือว่าจำนวนมากที่สุดในโลก เหนืออื่นใดคือการได้รับความร่วมมือทุ่มเทจากทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน ผลักดันมาตรการควบคุมและป้องกันโรคทุกระดับ ส่งผลให้ป้องกันคนไทยมากกว่า ๕ ล้านคน ไม่ต้องติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มไปกว่าปัจจุบัน และเพื่อยุติการระบาดของเอชไอวีและปัญหาเอดส์อย่างยั่งยืน ได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๓ โดยมีเป้าหมายลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดผู้เสียชีวิตโรคเอดส์ และลดการรังเกียจผู้ติดเชื้อ

## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### วิวัฒนาการของสูตรยารักษาเอ็ดส์

ในช่วง ๓๐ กว่าปีที่ผ่านมา ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้รับการพัฒนาเร็วมาก จนเรียกได้ว่าเป็นก้าวกระโดดของการพัฒนาสูตรยารักษาโรค เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ เริ่มจากช่วง ๑๐ ปีแรกเป็นการใช้ยาชนิดเดียวเพื่อยับยั้งไวรัส ตัวแรกคือ AZT ต่อมาเป็น D4T ซึ่งควบคุมเชื้อได้เพียงระยะสั้นๆ และเกิดการดื้อยา ทำให้ต้องพัฒนาใช้ยา ๒ ชนิดร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของยา แต่ยังไม่ได้ผลในการรักษา ถัดมาช่วง ๒๐ ปีหลัง ได้ปรับใช้ยาต้านไวรัส ๓ ชนิดร่วมกันใน ๑ สูตร ที่เรียกว่า HAART หรือ Highly Active Antiretroviral Therapy ซึ่งได้ผลดีกว่าใช้ยาชนิดเดียวหรือ ๒ ชนิด และปัจจุบันใช้เป็นยามาตรฐานในการรักษา ระยะแรกที่ใช้ยา ๓ ชนิด



ร่วมกันผู้ป่วยเอดส์ต้องกินยาถึงวันละ ๑๕-๒๐ เม็ด ต่อมาเหลือเพียงวันละ ๑ เม็ด พร้อมกับลดผลข้างเคียงลง อย่างอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ทำให้คนไข้ทนกับยาได้มากขึ้น และยังให้ผลการรักษาที่ดีมากถึง ๙๕%

ในอนาคตมีแนวโน้มจะพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสลดให้เหลือ ๒ ชนิด เพื่อลดผลข้างเคียง ปรับให้เป็นยาฉีด โดยฉีด ๑ ครั้ง อยู่ได้นาน ๒-๓ เดือน พร้อมกับพัฒนายาใหม่ๆ กรณีที่ดื้อยากินหลายขนาน ในแบบของยาฉีด ๒-๓ อาทิตย์ ฉีด ๑ ครั้ง รวมทั้งปรับการเริ่มกินยาต้านไวรัสได้ทันทีถ้าผู้ป่วยเริ่มติดเชื้อ เพื่อป้องกันไวรัสไม่ให้เข้าสู่เซลล์บางชนิดในร่างกาย โดยไม่ต้องรอระดับ CD4 ตกจนอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

# Interview



# นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ

## ผู้เชี่ยวชาญในการค้นคว้าวิจัยยารักษาโรคเอดส์ ที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศและนานาชาติ

กล่าวถึงที่มาของงานวิจัยยาหลายโครงการว่าเกิดจากการทำงานที่สถาบันบำราศนราดูร และพบปัญหาผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนจำนวนมาก โดยเฉพาะวัณโรค ขณะนั้นไม่มีข้อมูลในการรักษาคนไข้เอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค ทั้งการเริ่มยา สูตรยาที่เหมาะสม เพราะยารักษาวัณโรคจะมีปฏิกริยากับยาต้านเอดส์ จึงเริ่มทำงานวิจัยเพื่อตอบใจหทัยให้คนไข้ที่รักษาอยู่ ทั้งวัณโรคและโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งผลงานที่ออกมาถือเป็นงานวิจัยชิ้นแรกๆ ของโลกที่ตอบคำถามในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อโรคแทรกซ้อนเหล่านี้ ถูกนำไปอ้างอิงในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ จนได้รับรางวัลมากมาย

“ผมว่าการรักษาโรคเอดส์ อย่างในช่วง 30 ปีมานี้ก็มีการพัฒนาไปมากนะ แต่สิ่งที่เราต้องการต่อไปคือ ทำยังไงคนไข้สามารถที่จะหยุดยารักษาได้ เพราะปัจจุบันการกินยาต้านไวรัสยังต้องกินไปตลอดชีวิต หรือแม้แต่ยาฉีดก็ต้องฉีดไปตลอด ตอนนีเขาก็พยายามทำกันอยู่ ในอนาคตคงจะมีวิธีการรักษาที่จะหยุดยาด้านไวรัสโดยที่คนไข้ไม่ต้องกินยา มีการติดตามโดยไม่ทำให้ระดับไวรัสเพิ่มสูงขึ้น อันนี้เป็นสิ่งที่เราคาดหวังว่าในอนาคตอันใกล้ที่น่าจะเกิดขึ้น และเป็นประโยชน์กับคนไข้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยให้คุณภาพชีวิตของคนไข้ดีขึ้น แล้วก็ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่สังคม”





๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





## ความสำเร็จของไทยในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นปีแห่งความภาคภูมิใจของประเทศไทยที่ได้รับเกียรติบัตรจากองค์การอนามัยโลก รับรองว่า ประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายโลก คือมีอัตราต่ำกว่าร้อยละ 2 ประเทศแรกของเอเชีย และประเทศที่ 2 ของโลกรองจากประเทศคิวบา ซึ่งเกิดจากแนวทางการทำงานที่ครอบคลุมเป็นระบบและมีบริการคุณภาพ ด้วยเห็นความสำคัญในการดูแลแม่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากที่ได้รับรายงานหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ขณะมีเด็กเกิดใหม่ปีละประมาณ ๔ แสนคน รวมสัญชาติไทยและต่างด้าว ในจำนวนนี้มีเด็กราว ๔,๘๐๐ คน เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ถ้าไม่มีการป้องกัน ๒๐-๔๕% ของเด็กกลุ่มนี้จะติดเชื้อไปด้วย

พ.ศ. ๒๕๔๓ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และนำเข้าระบบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาล เน้นให้คำปรึกษาและเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และสามี ให้ยาต้านไวรัสสูตรประสิทธิภาพสูง ๓ ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ให้นมผสมทดแทนนมแม่ วินิจฉัยการติดเชื้อในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ และรักษาเด็กที่ติดเชื้อโดยเร็ว ป้องกันการแพร่เชื้อต่อ และร่วมมือกับสภาทนายความในการดูแลแรงงานต่างด้าวหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อให้การดูแลตรวจรักษา จนปี พ.ศ.๒๕๕๖ ร่วมมือกับภาคเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศวางแผนจัดทำโครงการจัดการเชิงรุกเพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และเริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อขจัดการติดเชื้อรายใหม่และลดการตายของเด็กจากการติดเชื้อ ทำให้ระบบบริการป้องกัน ตรวจรักษาแม่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีครอบคลุม เข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว จนเป็นประเทศในกลุ่มแรกของโลกที่ทำให้การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหมดไปได้สำเร็จ

# Interview



# ศ. นพ. ประพันธ์ ภาณุภาค

## ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเอดส์

ผู้มีบทบาทในการผลักดันดูแลรักษาแม่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ช่วงแรกที่มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อในประเทศไทย โดยสนับสนุนให้ยาต้านไวรัส AZT หญิงติดเชื้อที่มีอายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์ จนกระทั่งถึง ๔๐ สัปดาห์ หลังคลอดแล้วให้ยาอีก ๖ สัปดาห์ ซึ่งจะลดการติดเชื้อได้มากกว่า ๒๕% เหลือ ๗% สมัยนั้น AZT ราคาแพงมาก ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ จึงกราบทูลพระองค์โลมฯ ขอประทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์มาจัดหายาให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อในไทย และเริ่มดำเนินโครงการลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก จัดซื้อยาต้านไวรัส AZT มาไว้ที่สภากาชาดแจกจ่ายให้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ ต่อมาท่านประธานพระราชทรัพย์เพิ่ม เพื่อชื้อนมผงเพราะเด็กกินนมแม่ไม่ได้ ขณะนั้นกำลังขาดแคลนนม ก็ได้นมผงจากสภากาชาดไทยไปช่วย

ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ สภากาชาดไทยปรับยาเป็นสูตร ๓ ตัว เรียกว่าสูตรค็อกเทลสูตร ซึ่งมีประสิทธิภาพลดเชื้อได้ดีที่สุดจนตรวจไม่พบ และผลักดันภาครัฐเปลี่ยนมาใช้สูตรนี้ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศใช้ยาสูตร ๓ ตัว และให้ยาเร็วขึ้นเพราะเป็นผลดีต่อแม่และเด็ก ซึ่งตามหลักการแล้วไม่ว่าหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ชายที่ติดเชื้อทุกคน ถ้ากินยา ๖ เดือนขึ้นไป ปริมาณเชื้อในคนนั้นจะเหลือน้อยมากจนตรวจไม่เจอ และไม่แพร่เชื้อ ประเทศไทยเมื่อได้รับการรับรองจาก WHO แล้วควรติดเชื้อน้อยกว่า ๑ หรือ ๐.๕% แต่ได้ ๑.๗% เพราะฝากครรภ์ช้ามาตอน ๓๒ สัปดาห์ จึงต้องชอกกองทุนพระองค์โลมฯ ช่วยจัดซื้อยาตัวที่ ๔ Raltegravir ซึ่งเป็นยาที่ราคาแพงให้แม่ที่ฝากครรภ์ช้ากินจนกระทั่งคลอด ยาตัวนี้สามารถลดเชื้อลงไม่ถึง ๔% ภายใน ๒ สัปดาห์ และผลักดันจนยาตัวนี้อยู่ในชุดยาบัญชียาหลักของสปสข. ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ จึงเป็นไปได้ว่าในอนาคตจะลดการติดเชื้อน้อยกว่า ๑%

“ที่สำเร็จได้นี้มาจากบริการอนามัยแม่และเด็กที่ดำเนินการมานานแล้วหลายสิบปี มีคุณภาพมีข้อมูลที่ดีมากเป็นพื้นฐานทำให้ลดลงมาเหลือ ๑.๗% นะครับ ตรงนี้ต้องให้เครดิตกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่สองความมีเป้าหมายมุ่งมั่นของกรมควบคุมโรคที่อยากจะลดปัญหาเอดส์จากแม่สู่ลูก พอรัฐบาลเอาปุ๊บก็มีภาคองค์กรเอกชน สภากาชาดไทยเข้ามาร่วมแก้ปัญหา ช่วยกันผลักดัน และเรามีพระราชวงศ์ซึ่งมองเห็นความสำคัญตรงนี้ ขณะนี้ทางยูเอ็นเอดส์ได้ทูลเชิญพระองค์โลมฯ เป็นทูตสันถวไมตรีของ ยูเอ็นเอดส์ ในการป้องกันเอชไอวี ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก นับเป็นชื่อเสียงเกียรติยศของเมืองไทยครับ และที่ผมอยากให้เครดิตความสำเร็จนี้ก็คือภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ที่มีส่วนช่วยทำให้บรรลุผลสำเร็จ อย่างสภากาชาดไทยก็ผลักดันด้านนโยบาย ทำเป็นตัวอย่างให้เห็นว่ามันดีนะ มันปลอดภัยนะ”

## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### โครงการถุงยางอนามัย 100%

โครงการนี้นับเป็นโครงการที่เห็นผลสำเร็จมากที่สุดในการป้องกันประชาชนจากการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ โดยให้มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ๑๐๐% ที่มีการซื้อขายบริการทางเพศเพื่อลดการแพร่เชื้อในหมู่คนทั่วไป โครงการถุงยางอนามัย ๑๐๐% เริ่มเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๒ ที่จ.ราชบุรีและขยายไปทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากฝ่ายปกครอง ตำรวจ และสาธารณสุข โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้นำในการดำเนินงาน สามารถลดการติดเชื้ออย่างเห็นได้ชัด และยังได้ขยายโครงการไปยังประเทศอื่นๆ ในเอเชีย แต่ภายหลังประชาชนใช้ถุงยางลดลงเพราะมีความเข้าใจและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป จึงมีการให้ความรู้ใหม่ ช่วยให้เข้าถึงถุงยางได้ง่ายขึ้น ด้วยการจัดหาถุงยางอนามัยมาตรฐานราคาถูก โดยคณะอนุกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาเอดส์มีมติเห็นชอบให้เป็นยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓



## โครงการทดลองวัคซีนเอดส์ในประเทศไทย

ถึงจะมียาต้านไวรัสเอชไอวีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ แต่แนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอดส์ในวัยรุ่นและวัยแรงงานที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันกลับขยายตัว การลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของประเทศ จึงต้องฝากความหวังไว้กับการพัฒนาวัคซีนเอดส์ ซึ่งประเทศไทยเป็น ๑ ใน ๕ ประเทศ ที่ได้รับการคัดเลือกให้วิจัยวัคซีนโรคเอดส์โครงการแรกของโลก หรือ “โครงการวิจัยทดสอบวัคซีนโรคเอดส์ชนิดปูพื้น-กระตุ้น ระยะที่ ๓” ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๖- ๒๕๔๙ โดยร่วมกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารกองทัพบกสหรัฐอเมริกา (AF-RIMS) ศึกษาใน ๘ อำเภอของ จ.ชลบุรีและระยอง มีอาสาสมัคร ๑๖,๒๐๐ คน นับเป็นการวิจัยภาคสนามที่มีขนาดใหญ่ที่สุดที่เคยมีมาในประเทศไทย และในวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้สรุปผลจากการวิจัยไว้ว่า “วัคซีนมีประสิทธิภาพลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ๓๑.๒%” ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความหวังในการพัฒนาวัคซีนโรคเอดส์ที่ผลิตและใช้ได้จริงต่อไป

# Interview



# นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

**อดีตผอ.ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์คนแรก  
ของกระทรวงสาธารณสุข  
ผอ.ศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ  
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี ม.มหิดล  
ที่ปรึกษา สสส. ด้านโรคเอดส์**

ขณะนั้นสังกัดอยู่กับกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้ปลุกปั้น  
โครงการรณรงค์ ๑๐๐% มาตั้งแต่เริ่มแรกจนสำเร็จ

“ ผมว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของประเทศไทยนะ ถ้าไม่มี  
โครงการรณรงค์ ๑๐๐% จะมีคนติดเชื้อเอดส์มากกว่า ๔-๕ ล้าน  
คน คนจะต้องตายอีกมหาศาล แล้วเรามองกลุ่มหญิงบริการอย่าง  
เดียวเลยกับลูกค้า เพราะเป็นแหล่งแพร่โรค ปี ๒๕๓๒ มีผู้ป่วยติด  
โรคทางเพศสัมพันธ์มาจากกลุ่มนี้ถึง ๙๗% เลยมีผลกับการลด  
จำนวนผู้ติดเชื้อต่อประชากรชัดเจน เห็นตัวเลขนี้ผมก็คิดเรื่องรณรงค์  
๑๐๐% ก่อนจะย้ายไปราชบุรีอีก ... ผมพยายามไปเสนอใครต่อใคร  
ก็ไม่มีใครคิดว่าจะทำได้ มีหมอคนนึงบอกผมว่าพี่วิวัฒน์พี่อย่าพูด  
ได้ไหมเรื่องรณรงค์ ให้เขาไปมีพฤติกรรมดีๆ ดีกว่า ดีๆ ก็หมายถึง  
ไม่มั่ว เพราะพูดถึงรณรงค์ที่ใครคนเขาจะไปมั่วกันมากกว่า ”





# Interview



# นพ.ศุภชัย ฤกษ์งาม

## อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค และหัวหน้าโครงการวิจัยฯ

ได้กล่าวถึงที่มาของความสำเร็จนี้ว่า

“การวิจัยภาคสนามครั้งนี้ การได้รับความร่วมมือจากชุมชน เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจำนวนอาสาสมัครที่มีนับหมื่นคน ต่อจำนวนเจ้าหน้าที่ประมาณ ๖๐๐ คน จึงเป็นเรื่องที่ยากมากที่จะเข้าไปพูดคุยทำความเข้าใจกับอาสาสมัครได้ครบทุกคน ถ้าไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน และองค์กร NGO ที่ทำหน้าที่และคุ้นเคยอยู่กับชุมชนเป็นเวลานาน การวิจัยครั้งนี้อาจจะไม่สำเร็จลุล่วงก็เป็นได้ ซึ่งทีมผู้วิจัยสามารถรักษาค่าการคงอยู่ของอาสาสมัครไว้ได้มากถึง ๙๕% เกินกว่ามาตรฐานขององค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาที่ได้ตั้งเกณฑ์ไว้ นับว่าประสบความสำเร็จอย่างมาก ทั้งหมดนี้ก็เกิดจากความร่วมมือกันของทุกฝ่ายด้วยความเข้าใจกัน”



# Interview



# นพ.สมสิทธิ์ ต้นสุภาสวัสดิ์กุล

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านอายุรกรรม กรมควบคุมโรค แพทย์ผู้อุทิศตนให้แก่การทำงานดูแล ผู้ป่วยโรคเอดส์มายาวนาน

ในวันที่หมอลหลายคนไม่พร้อมสำหรับการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ท่านเป็นคนที่ยืนหยัดดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง จนได้รับการขนานนามจากสื่อมวลชนว่า “พ่อพระของผู้ป่วยเอดส์ที่ยากไร้” เป็นแพทย์ที่อยู่เคียงข้างผู้ป่วยโรคเอดส์และสถาบันบำราศนาคูมาตั้งแต่มีผู้ป่วยเอดส์รายแรกถูกนำส่งเข้ามาเป็นผู้หลักผู้ใหญ่ที่เป็นขวัญกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่เอดส์ของสถาบันฯ มาโดยตลอด ท่านมองเห็นพัฒนาการความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน

“ถ้าเรามาดูตอน HIV ในบ้านเรานับถึงตอนนี้ก็ประมาณ ๓๐ กว่าปี ในขณะนั้นโรคนี้เป็นโรคค่อนข้างใหม่ ในเมื่อมันมีปัญหาอย่างที่เล่ากัน คนก็กลัวก็รังเกียจ หรือแม้แต่ในโรงเรียนแพทย์ก็ยังไม่ยอมรับผู้ป่วยไม่รับรักษา มันมีปัญหามากมายในช่วงเวลานั้น ทั้งยังเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อก็เลยเป็นนโยบายที่ต้องให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ขณะนั้นเริ่มมีผู้ป่วยเอดส์เป็นข่าวลงหนังสือพิมพ์แทบทุกวัน แต่มีอยู่แค่ ๒-๓ คน คงเพราะโรงพยาบาลบำราศฯอยู่ภายใต้สังกัดของกรมควบคุมโรคติดต่อก็เลยให้โรงพยาบาลบำราศฯมีหน้าที่ ดูแลรักษาผู้ป่วย HIV ผู้ป่วยเอดส์เป็นการเริ่มต้นตั้งแต่สมัยนั้น จึงมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเกิดขึ้น”





## โรคเท้าช้าง เป้าหมายที่ต้องกวาดล้าง ภายในปี ๒๕๖๓

เมื่อ ๕๐-๕๐ ปีก่อน เราคงคุ้นกับการเห็นคนขาโตอยู่บ่อยครั้ง จนเคยชินเห็นเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ทั่วไป ทั้งที่เป็นโรคติดต่อที่สร้างความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยพิการมานานกว่า ๓,๐๐๐ ปี โรคเท้าช้าง หรือ ฟิลาเรีย เป็นโรคที่เกิดจากพยาธิ มียุงเป็นพาหะ ในประเทศไทยเป็นกันมากในพื้นที่ภาคใต้และภาคตะวันตก เล่าต่อกันถึงที่มาของชื่อ “โรคเท้าช้าง” ว่าในปี พ.ศ.๒๔๙๒ เมื่อจอมพล ป.พิบูลสงคราม ไปตรวจราชการที่ภาคใต้ ขณะรถไฟหยุดเติมน้ำเติมน้ำมันอยู่ที่สถานีชะอวด จ.นครศรีธรรมราช ท่านเห็นแม่ค้าอ้อยควั่นขาโตมาก จึงถามกรมการเมืองว่า “คนนั้นเขาเป็นอะไร ทำไมขาโต” กรมการเมืองคิดไม่ทัน รีบตอบไปว่า “เป็นโรคเท้าช้าง ขอรับ” จึงเป็นที่มาของชื่อโรคเท้าช้างนับแต่นั้น

## โรคเท้าช้าง



ต่อมาได้สั่งการให้มีการสำรวจผู้ป่วยที่พบมากแถบภาคใต้ และขอความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งได้ส่ง Dr. Iyenga และคณะเข้ามาสำรวจโรคเท้าช้างแบบสากลครั้งแรกในประเทศไทย พื้นที่ดำเนินงานอยู่ใน ๔ จังหวัดภาคใต้ พบผู้ป่วยที่มีเชื้อ *Brugia malayi* ถึง ๒,๗๑๒ ราย ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเท้าช้างลดลงมาก จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขสุข แต่ยังพบอยู่บ้างในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ทาง WHO ยกย่องไทยในการควบคุมโรคได้รับผลสำเร็จดีมาก จึงตั้งเป้าหมายกวาดล้างโรคเท้าช้างให้หมดไปจากประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓

# Interview



# ดร.นพ.สุวิช ธรรมปาโล

ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา

ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านโรคเท้าช้างมายาวนานตั้งแต่เป็นแพทย์ใช้ทุน

ได้เล่าถึงโรคเท้าช้างในภาคใต้ว่า จะพบมากแถวพรุและพรุที่เป็นแหล่งโรคเท้าช้างเก่าแก่ เป็นพรุใหญ่ ชื่อ พรุควนเค็ง กินพื้นที่หลายอำเภอ รวมทั้ง อ.ชะอวด ใน จ.นครศรีธรรมราช พบคนป่วยสูงมากและมีทุกระยะอาการของโรค จากนั้นมาพบแหล่งใหม่ที่เพิ่งเริ่มชุกชุมคือ พรุบาเจาะ จ.นราธิวาส

การจะควบคุมโรคได้ ต้องลงไปในพื้นที่ที่อยู่ในชานาสงสัย มีคนป่วยแสดงอาการอยู่บ้าง มียุงพาหะนำโรคเท้าช้าง และสภาพพื้นที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง อย่างพรุ เราต้องบุกป่าฝ่าดงกันเข้าไปค้นหาผู้ป่วย ใช้วิธีเจาะเลือดหาพยาธิไมโครฟิลลาเรียส่วนใหญ่จะออกมาตอนกลางคืน ถ้าพบไมโครฟิลลาเรียในเลือด จะเป็นระยะแพร่โรคแล้ว จะให้กินยารักษา และพยายามตรวจหาเชื้อทุกคนปีละ 1 ครั้ง เพราะระยะแพร่โรคจะไม่มีอาการอะไร แต่ชาวบ้านไม่เข้าใจ ไม่ยอมกินยา เราต้องให้เขากินยาให้ได้ อีกเรื่องคือโรคนี้ทางภาคใต้มีแมลงเป็นรังโรค แล้วชาวบ้านส่วนใหญ่เป็นมุสลิมจะเลี้ยงแมว โอกาสติดโรคจากแมลงมีมาก เลยต้องหาวิธีควบคุมโรคในแมว โดยใช้วิธีฉีดยารักษาแมวจนสำเร็จเป็นครั้งแรกและประเทศเดียวในโลก

เมื่อเข้าร่วมโครงการขจัดโรคเท้าช้างให้หมดไปภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ก็เริ่มกวาดล้างมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ มี ๒ มาตรการ คือ กำจัดการติดเชื้อ พื้นที่เป้าหมายจะจ่ายยาทุกปี สุ่มเจาะเลือดทุกปี พื้นที่นอกเป้าหมาย ก็ไม่ทิ้ง มีการเจาะเลือดทุกปีแต่ไม่จ่ายยา ส่วนอีกมาตรการคือลดความฟิการ ความทรมาณของผู้ป่วย สำหรับการจ่ายยาพื้นที่เป้าหมายต้องให้ติดต่อกัน ๕ ปี แล้วเจาะเลือดประเมินในกลุ่มเด็กอย่างน้อย ๓ ครั้ง ครั้งสุดท้ายให้องค์การอนามัยโลกประเมินเอง

“ที่นี้ความยากอยู่ที่ การจ่ายยารักษา ผมเล่าในพื้นที่นราธิวาสนะครับ ซึ่งเป็นพื้นที่หลังสุด คือที่อื่นเขาสามารถที่จะจ่ายยาได้ สำเร็จไปตั้งแต่ปีต้นๆ แล้ว เหลือแต่นราธิวาสพื้นที่เดียวที่ไม่ผ่าน เพราะมีพื้นที่พรุเยอะ แล้วยังเป็นพื้นที่ไม่สงบมาตั้งแต่ปลายปี ๒๕๔๗ เราทำงานกันยากขึ้น เพราะโรคเท้าช้างต้องเจาะเลือดเวลากลางคืน เราเลยให้ชาวบ้านเป็นอาสาสมัครโรคเท้าช้างขึ้น อบรมให้เขาเจาะเลือดโรคเท้าช้างได้ คอยติดตามเคสและสำรวจในเวลากลางคืนให้เรา อันที่สอง ให้ชาวบ้านช่วยจับแมงให้ แต่เวลารักษาเนี่ย เจ้าหน้าที่จะเป็นคนฉีดให้ เราเข้าพื้นที่ได้ตอนเวลากลางวัน ก็ไม่มีปัญหา แต่มีปัญหาบ้างในพื้นที่หมู่บ้านมุสลิม เรื่องภาษา เรื่องผลข้างเคียงของยา บางรายคลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อย เลยไม่ยอมกินยา ต้องหาวิธีให้เขากินยา มาช่วงหลังก็ให้ความร่วมมือดี สุดท้าย... ตอนนี้นราธิวาส ไม่มีโรคเท้าช้างแล้ว”

“ถ้าเราสามารถกำจัดให้ได้ซักโรคหนึ่งเนี่ย อันนี้ก็มีความภูมิใจที่สุดแล้ว ที่จะกำจัดให้ได้ เพราะฉะนั้นเป็นสิ่งที่ผมคิดในใจมาตลอดว่า ยังไงเราก็จะต้องพยายามทำให้โรคเท้าช้างให้หมดไปให้ได้ ก่อนที่เราจะเกษียณ อย่างน้อยก็เป็นความภาคภูมิใจของการทำงานในชีวิตราชการ”

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการกวาดล้างโรคเท้าช้าง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ แต่ยังคงมีการเฝ้าระวังต่อไปอย่างน้อย ๑๐ ปี



# Interview



# สุมาศ ลอยเมฆ

## นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้าสำนักงานโครงการงานควบคุม ปราบปรามโรคติดต่อและสาธารณสุข ศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิกุลทอง อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จ.นราธิวาส

เล่าถึงความชุกชุมของโรคเท้าช้าง เฉพาะปี พ.ศ. ๒๕๓๖-๓๗ พื้นที่นราธิวาสมีผู้ป่วยติดเชื้อพันกว่าคน ทำให้มีมาตรการควบคุมโรคเท้าช้างอย่างเร่งด่วน โดยใช้วิธีค้นหาแล้วรักษาเป็นกลุ่ม เวลาลงพื้นที่จะเจาะเลือดหมดทุกคนเพื่อให้รู้ผล ๑๐๐% และยังมี การเจาะเลือดแมว จับยุง แบ่งทีมทำงานประสานกับอสม. ผู้นำชุมชน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำตามวางแผนงานที่วางไว้แต่ละปี ถ้าเจาะเลือดพื้นที่ไหนพบเกิน ๑% จะจ่ายยารักษาทั้งหมู่บ้าน แต่ถ้า 0.6 จะจ่ายยารักษากลุ่มเล็กๆ รอบบ้านของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ยาที่จ่ายก็คือ Diethylcarbamazine หรือ DEC ที่เน้นคือต้องให้ทุกคนได้กินยา เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ ช่วงนั้นตรวจพบผู้ติดเชื้อเดือนละหลายสิบราย และจะพบมากขึ้นถ้าเป็นพื้นที่รอบๆ พรุ ซึ่งเป็นพื้นที่แพร่เชื้อมีความเสี่ยงสูง จนในปี พ.ศ.๒๕๔๔ ที่เข้าโครงการกำจัดโรคเท้าช้าง ผู้ติดเชื้อเหลืออยู่ประมาณร้อยละ ๑๐ ก็มีการกำจัดควบคุมเข้มข้นขึ้น จนปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการกำจัดโรคเท้าช้าง

*“พี่คิดว่าสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ เท่าที่เราสู่มเจาะเรายังไม่เจอคนไข้ ไม่ว่าแอนตี้ โฟซิทิฟ หรือ ไมโครฟิลาเรีย เรายังไม่เจอ แต่สภาพแวดล้อมของเราเหมาะสม แล้วเราเองก็ยังมีแหล่งรังโรคอยู่ เราก็ต้องเฝ้าระวังต่อไป ในคน ในยุง ในแมว เหมือนเดิม โดยการสู่มเจาะเลือด ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก”*



# Interview



# ลุ้งลาย มโนภักดิ์

## ผู้ป่วยโรคเท้าช้าง จ.นราธิวาส อายุ ๘๔ ปี

อยู่ในพื้นที่โรคเท้าช้างชุกชุม ทำให้ป่วยเป็นโรคนี้มาตั้งแต่ ๓-๔ ขวบ แต่ไม่รู้ตัว ต้องทนกับอาการเจ็บข้างขาหนักลงมาถึงเท้า และต่อมาเท้าเหลืองอักเสบมาตลอด ทรมาณเวลามีไข้จะแพ้ไม่รู้สึกรู้สึ ตัว ขาบวมใหญ่ตอนอายุ ๑๔-๑๕ เริ่มรู้ว่าเป็นโรคเท้าช้าง แต่ไม่มี ยารักษา พออายุ ๓๐ กว่าๆ ถึงแน่ใจเพราะเห็นคนตัดยางเป็น เหมือนกัน ช่วงนั้นมีเจ้าหน้าที่มาจ่ายยาโรคเท้าช้าง แต่ไม่มีใครกิน คุณลุงเลยเก็บมากินเอง แต่พอกินกลับมีบวมและคัน ต้องไปหา หมอ เพราะกินยาเกินขนาด จากนั้นเวลาเจ้าหน้าที่มาเจาะเลือดก็ ไม่เจอเชื้ออีกเลย แต่ขาที่โตขึ้นก็ไม่มีโอกาสกลับไปมีสภาพเหมือน เดิมอีกแล้ว คุณลุงทิ้งท้ายไว้ว่า “จะบอกลูกบอกหลาน บังคับให้เขา กินยา เวลาเขาเอามาแจก จะได้ไม่เป็นเท้าช้าง”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## ไข้เลือดออก

### ความท้าทายในการปราบให้หมดไป

โรคติดต่อใกล้ตัวที่คนไทยรู้จักกันดีอีกโรคก็คือ ไข้เลือดออก ที่กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้นๆ ของไทยมานานกว่า ๖๐ ปี จากที่พบคนไข้รายแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๙ และเริ่มมีการระบาดครั้งแรกปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ในพื้นที่กรุงเทพฯ ธนบุรี ขยายไปยังหัวเมืองใหญ่ กระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ จนกลายเป็นโรคประจำถิ่นของไทย โดยมีผู้กลายเป็นพาหะ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ มีการระบาดครั้งใหญ่ ผู้ป่วยสูงถึง ๑๗๔,๒๔๕ ราย เสียชีวิต ๑,๐๐๗ ราย

ปัจจุบันการระบาดของไข้เลือดออกมีผู้ป่วยมากน้อยต่างกันไป เฉลี่ยปีละ ๖๐,๐๐๐ - ๗๐,๐๐๐ ราย ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน เมื่อมีการเจ็บป่วย ยังไม่มียารักษาโรคไข้เลือดออกได้แต่รักษาตามอาการเท่านั้น ส่วนการแก้ปัญหาแพร่ระบาดของโรคต้องประสบกับอุปสรรคหลายเรื่อง จากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป อุณหภูมิสูงขึ้น ฤดูกาลไม่แน่นอน ทำให้ชนิดของเชื้อเปลี่ยนไป ยุงตัวงานสารเคมีได้มากขึ้น ขณะที่การคมนาคมมีความสะดวกรวดเร็ว คนไทยและแรงงานต่างด้าวมีการเดินทางไปตามเมืองใหญ่ ทำให้โรคแพร่ระบาดได้เร็วกว่าเดิม แม้จะมีการรณรงค์ป้องกันยุงกัด พ่นสารเคมีทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และกิจกรรมอื่นๆ ก็ยังยากต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอาไว้ได้ ไข้เลือดออก จึงเป็นโรคที่ทำลายต่อการปราบปรามมาตลอด โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการป่วยลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ และอัตราการตายไม่เกินร้อยละ ๐.๐๗ ภายในปี พ.ศ.๒๕๖๔

# Interview



# ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี

## ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออันตราย

ได้ขยายความถึงนวัตกรรมสำคัญที่ทำให้ได้รับรางวัล คือ การสร้างระบบฐานข้อมูลแบบเรียลไทม์ “มาลาเรียออนไลน์” มาช่วยให้ประชาชนในท้องถิ่นห่างไกลเข้าถึงการรักษามาลาเรียได้ทันทั่วทั้งมากที่สุด

“สคร.๙ พิษณุโลก เขาก็พยายามขยายไปหลายพื้นที่ แต่ความที่บริเวณชายแดนมันมีทั้งชนกลุ่มน้อย คนข้ามพรมแดน เข้าถึงการรักษาดูแลน้อย เราเลยพยายามพัฒนาสิ่งที่เรียกว่าขยายได้ทุกพื้นที่ คือมีระบบฐานข้อมูลที่เป็นเรียลไทม์ เราเรียกว่า มาลาเรียออนไลน์ ทำให้ทุกพื้นที่สามารถลงข้อมูล เขาลงข้อมูลทุกอย่าง ทั้งเคส ทั้งการทำงาน แล้วแชร์กัน ทำเป็นมาลาเรียออนไลน์ และเรียลไทม์ ทุกคนสามารถเห็นด้วยกันหมดว่า เอ๊ะ! มันมาจากที่นี้ละ แล้วไปที่ไหนๆ คนที่จะลงข้อมูลในมาลาเรียออนไลน์ คือ มาลาเรียคลินิก ซึ่งเราได้ไปสร้างไว้ อยู่ตามชายแดนก็มี เป็นประชาชนที่เราไปอบรมให้เขามีศักยภาพในการตรวจมาลาเรีย เขาก็จะเจาะเลือดตรวจมาลาเรียได้ เสร็จแล้วพอเขาเจอเชื้อ เขาก็เก็บข้อมูลแล้วก็อัปออนไลน์เข้ามา”

ควบคู่กับมาลาเรียออนไลน์ ยังมีมาลาเรียโพสต์ เป็นมาลาเรียคลินิกขนาดเล็กลงไปอีก เอาไว้ดูแลรักษามาลาเรียในชุมชนห่างไกลเข้าถึงยาก เราจะไปตั้งในบ้านชาวบ้าน แล้วโทรชวนชาวบ้าน และให้เขาทำงานเก็บข้อมูลส่งมาให้เรา ซึ่งมาลาเรียโพสต์เราก็ผลักดันส่งไปรับรางวัล UNPSA ถึงจะไม่ได้ แต่เราก็เป็นต้นแบบให้ลาว เขมร และพม่า เอาไปใช้ในพื้นที่ชายแดน และคนที่ทำมาลาเรียโพสต์นี่เองที่ส่งข้อมูลมาลาเรียออนไลน์ เป็นคนดีเข้าไปเอง เก็บข้อมูลแล้วส่งให้เจ้าหน้าที่ช่วยเคสให้ หรือเข้ามาเคสที่ไซท์ อาจจะเป็น รพ.สต. ถ้าอยู่ไกลมากๆ ก็เก็บเป็นรายงานธรรมดา

ถึงวันนี้ ด้วยระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปที่มีความเข้มแข็งขึ้น มีการทำงานที่ชุมชนชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วม มีเจ้าหน้าที่ที่ทุ่มเทเต็มที่ และมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น มุ่งขุดสารเคมีสำเร็จรูป ชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว จะช่วยให้โครงการกำจัดโรคไข้มาลาเรียภายใต้กรมควบคุมโรค สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ประเทศไทยปลอดภัยจากโรคไข้มาลาเรียภายใน พ.ศ.๒๕๖๗

“ผมมั่นใจว่าเราทำได้ เพราะเราวางสแต็ป วางขั้นตอนไว้อย่างดี สมมุติว่า แอเรียนี้มันปิดแล้ว เราก็พยายามย้ายกองกำลังที่เรามีอยู่ เพราะเรามีกองกำลังที่มันเป็น vertical program ของเรา พวกหน่วย นคม. ศตม. เป็นกองกำลังของเรา ซึ่งเขาก็อาจจะใกล้เกษียณแล้วนะ แต่ว่าเราจะจ้างเขาต่อในการที่จะเมนเทน แต่ว่าถ้าพื้นที่ไหนหมด เราก็ใช้การรวมกำลัง ย้ายจากส่วนนี้เข้าไปจัดการอีกส่วน... และผมเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำเต็มที่ ทำเต็มร้อย เป็นหน้าที่ที่เราจะต้องดูแลประชาชน”



# Interview



# พญ.ดารินทร์ อารีย์โชคชัย

## รองผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อनाโดยแมลง หัวหน้าคณะทำงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก

กล่าวถึงอุปสรรคใหญ่ในการกำจัดไข้เลือดออกซึ่งมาจากยุงลายที่เป็นพาหะ แฝงตัวอยู่ใกล้คน มีแหล่งเพาะพันธุ์อยู่บริเวณบ้านอย่างแจกัน ชาม อ่าง โถงที่ใส่น้ำใช้ ยางรถยนต์ไม่ใช้แล้วมีน้ำขัง วิธีการที่ใช้จะเน้นเรื่องลดแหล่งเพาะลูกน้ำ ใช้สารเคมีกำจัดยุงตัวแก่ ขณะนี้เราอยู่ระหว่างพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ อย่างทำหมันยุง การใส่เชื้อแบคทีเรียให้ยุงวางไข่ไม่ได้ อีกด้านก็พยายามพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกไปด้วย ส่วนมาตรการไข้เลือดออกหลักๆ มีอยู่ 5 เรื่อง อย่างแรกคือเฝ้าระวังโรค เราใช้ software เข้ามาช่วย เป็นโปรแกรมทันระดับและโปรแกรมพิชิตลูกน้ำยุงลาย จะใช้ข้อมูลผู้ป่วยซ้อนทับกับแผนที่ GIS เรื่องที่สองคอยควบคุมยุงลายพาหะ สามเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงให้กับประชาชนได้ทราบ สี่ การตรวจวินิจฉัยและรักษา และสุดท้ายเป็นเรื่องการวิจัย

“มาตรการที่ทำอยู่พิสูจน์มาแล้วว่าได้ผล มีชุมชน มีพื้นที่ที่ผู้ป่วยลดลงได้จริง เพราะเราทุ่มเททำงานกันจริงจังมาก ไม่ใช่แค่นโยบาย ถ้าจะปราบยุงลายต้องลงไปทำจริงในพื้นที่”





# วีระวิทย์ สงวนศักดิ์

## รองพนักงานพ่นสารเคมี สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง

วีระวิทย์ สงวนศักดิ์ พนักงานพ่นสารเคมี สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง ผู้ปฏิบัติงานกำจัดยุงลายในพื้นที่มานานกว่า ๒๐ ปี เล่าเรื่องการทำงานในช่วงแรกจะใช้เครื่องพ่น Hughson Expert ก่อนเปลี่ยนมาใช้เครื่องพ่นหมอกควันและฝอยละออง ปกติจะลงพื้นที่เดือนละ ๑-๓ ครั้ง เป็นการพ่นเพื่อป้องกันควบคุมโรค แต่ถ้าช่วงไหนไข้เลือดออกระบาด ก่อนพ่นจะสำรวจลูกน้ำยุงลายก่อน แล้วค่อยพ่นตามพื้นที่ระบาดหรือพื้นที่ที่ขอให้ช่วยเป็นทีมสนับสนุน ทุกครั้งที่จะทำงานจะต้องเตรียมตัว ทั้งทีมงาน อุปกรณ์ที่ใช้ มีการประสานงานกับทีมที่ขอสนับสนุนและประสานงานกับพื้นที่ที่ลงไปปฏิบัติงาน

“ความยากในการทำงานก็มีบ้าง ที่เจอบ่อยเวลาลงพื้นที่ ชาวบ้านไม่ค่อยให้ความร่วมมือ ทีมพ่นเคมีต้องควบคุมลูกน้ำเอง ทั้งพ่นทั้งสำรวจลูกน้ำยุงลายไปด้วย ที่ไหนที่เป็นฟาร์มเลี้ยง กุ้ง ปู ปลา หรือเพาะเลี้ยงแมลงไว้ขาย พวกนี้จะไวต่อสารเคมี ก็ต้องคอยระวังกัน บางทีก็เดินพ่นกันกลางแดดร้อนๆ ไกลๆ ถ้าถามว่ากลัวไหมที่สารเคมีอาจจะสะสมในร่างกาย ก็กลัวนะแต่เป็นความรับผิดชอบของเรา อย่างน้อยก็ลดคนที่ป่วยจากโรคนี้”



# ทองใส หาญเสนา

จ.นครพนม อสม.ดีเด่นระดับชาติ ปี.พ.ศ.๒๕๖๑  
สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ



ทองใส หาญเสนา จ.นครพนม อสม.ดีเด่นระดับชาติ ปี.พ.ศ.๒๕๖๑ สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ เป็นอีกคนที่มีจิตอาสาเข้ามาช่วยงานไข้เลือดออก โดยเริ่มที่บ้านของตนเองก่อนใช้หลัก “หน้าบ้านสวย ในบ้านงาม หลังบ้านสวน จะปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้เอาไว้” เพื่อให้ไม่เป็นที่แพร่ระบาดของยุง ส่วนในชุมชนตั้งแต่เข้ามาเป็น ผสส. - อสม. กว่า ๒๐ ปี มีการประชุมหารือกับคณะทำงานควบคุมโรคติดต่อในตำบลเพื่อให้การทำงานเป็นแนวเดียวกัน ร่วมจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพ” มาใช้เป็นเครื่องมือ ข้อตกลงร่วมกันของคนในชุมชน เน้นสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พัฒนาสิ่งแวดล้อมพร้อมกันทุกหมู่บ้าน ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน มีการนำทีมลงสำรวจบ้านที่พบว่ามีลูกน้ำยุงลายหลังจากประกาศเตือนในเสียงตามสาย และคอยเฝ้าระวังโรค จะมีกลุ่ม Line และใช้เทคโนโลยี google earth map มาช่วยให้ทำงานง่ายขึ้นเร็วขึ้น

“เรื่องของปัจจัยที่ทำให้งานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสำเร็จ สิ่งสำคัญต้องทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วม พัฒนาตัวเองตลอดเวลา มีเครือข่ายคนสนับสนุน เน้นการใช้มาตรการทางสังคม ให้คิดว่าเป็นปัญหาของตัวเอง เป็นปัญหาของชุมชน ต้องช่วยกัน การป้องกันควบคุมโรคถึงจะยั่งยืน”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



## กามโรค อดีตอันลือลั่น และผลงานที่โดดเด่น

ในอดีตประเทศไทยมีบันทึกประวัติ “กามโรค” มาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาและเป็นโรคที่แพร่หลายสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ หมอบรัดเลย์ที่คนไทยรู้จักดีบันทึกไว้ว่ามีผู้ป่วยมากสัมพันธ์กับการค้าประเวณี จนทางการออก พ.ร.บ.ป้องกันสัญจรโรค และ พ.ร.บ.การค้าประเวณี ในเวลาต่อมา พ.ศ.๒๔๓๒ สมัยรัชกาลที่ ๕ มีพระบรมราชานุญาตให้ นพ. ที เฮเวิร์ด เฮย์ ใช้บ้านหลวง ที่ปากถนนสีลมต่อถนนเจริญกรุง ตั้งเป็น Nursing Home ดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติ



ย่านบางรักถึงสี่พระยา มีชื่อเป็นทางการว่า “โรงพยาบาลบางรัก” เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่เก็บเงินค่ารักษา ดำเนินกิจการได้ปีเศษ จึงโอนให้กรมพยาบาล และปรับเปลี่ยนย้ายสังกัดหลายครั้ง จนในปี พ.ศ.๒๔๘๘ ยกฐานะเป็น “กองควบคุมกามโรค โรงพยาบาลบางรัก” สังกัดกรมสาธารณสุข จากนั้นโอนย้ายไปยังกรมและกระทรวงอีกหลายแห่ง จนปัจจุบันสังกัดกรมควบคุมโรคในชื่อ “กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ส่วนโรงพยาบาลบางรักย้ายไปอยู่ที่ถนนสาทรใต้ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๑๗ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการทុบอาคารเดิม เพื่อสร้างอาคารใหม่รองรับการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศบางรัก คาดว่าจะแล้วเสร็จในปี พ.ศ.๒๕๖๐

## หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านนรีเวช

กว่าจะเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวชที่เชี่ยวชาญได้ ต้องผ่านการฝึกฝนมากมาย และหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านนรีเวชของโรงพยาบาลบางรักเป็นอีกหลักสูตรที่แพทย์ด้านนี้ให้ความสนใจเข้ามาร่ำเรียนเมื่อหลายสิบปีก่อนจนถึงปัจจุบัน เดิมใช้เวลาฝึกอบรมประมาณ ๑ เดือน แล้วลดลงมา ๑๕ วัน จนเหลือ ๑ สัปดาห์ เนื่องจากช่วงหลังแพทย์ด้านนรีเวชมีหลักสูตรที่ต้องเรียนเพิ่มขึ้น ขณะที่บางรักมีแพทย์น้อยลง ไม่สามารถสอนได้เต็มที่ และยังมีหลักสูตรให้ต่างประเทศเข้ามาดูงาน สำหรับหลักสูตรในประเทศตอนแรกจะเป็นแพทย์สูตินรีเวชแล้วเริ่มมีแพทย์ผิวหนัง เพราะ Diploma course จะมีเรื่องผิวหนังกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากนั้นจะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาเรียนเพิ่ม

จุดแข็งที่ทำให้บางรักแตกต่างจากที่อื่น เพราะมีโอกาสตรวจพบกามโรคได้มากกว่า มีห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับกามโรคที่ใหญ่ที่สุดในประเทศ เป็น Lab จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เลี้ยงเชื้อหนองในได้ และเป็นศูนย์สอบการติดยาหนึ่งในสองของเอเชีย การสอนตรวจคนไข้ต่างจากสูตินรีเวชทั่วไปที่อาจตรวจแค่ช่องคลอดกับปากมดลูก แต่กามโรคจะสอนตรวจทอปัสสาวะด้วย และตรวจละเอียดทุกอย่างทุกเชื้อ เพื่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ที่สำคัญแพทย์สูตินรีเวชต้องเรียนรู้กามโรคทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย การป้องกันติดตามผู้สัมผัส การให้ความรู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ซึ่งสำคัญมากในช่วงที่เอดส์ระบาด ทางบางรักจะเน้นการตรวจคนไข้กามโรค ต้องตรวจ HIV ทุกคน หากตรวจพบให้ทำการรักษาต่อ และทำความเข้าใจกับคนไข้ เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงไม่ให้รับเชื้อเพิ่มและไม่เอาเชื้อไปแพร่ต่อ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การกินยาต้านสม่าเสมอไม่ให้เกิดการติดยาซึ่งจะเป็นภาระของประเทศอย่างมาก

# Interview



# พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย

## รท.นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ ด้านกามโรคและผู้สอนหลักสูตรนี้

มีมุมมองว่า “เราจบแพทย์มา ส่วนใหญ่เขาไม่ค่อยเน้นเรื่องป้องกันควบคุม จะสอนเกี่ยวกับโรคมากกว่า แต่พออาวุโสขึ้น ทำงานมากขึ้น ก็รู้แล้วว่าต้องสอนอะไรเขา หมายถึงว่าต้องสอนเวชกรรม การป้องกัน จะต้องเอาตัวโรคมาประกอบเพื่อให้เขารู้อะไรต่างๆ มากขึ้น เพราะส่วนใหญ่เขาจะรักษา อย่างเดียว ไม่ได้ติดตามผู้สัมผัสโรค ไม่ได้คิดถึงการป้องกันควบคุม พอผ่านไปคนไข้จะติดโรคซ้ำอีก”

### มาตรฐานการรักษาการกามโรค

เรื่องของมาตรฐานการรักษาการกามโรค กองกามโรคจะจัดทำมาตรฐานการรักษาเอาไว้ใช้ทั้งประเทศ และมีการปรับปรุงแก้ไขทุก ๔-๕ ปี หลักๆ จะมีข้อบัญญัติ ๑๐ ประการของแพทย์ เป็นขั้นตอนการตรวจรักษาตั้งแต่สอบถามประวัติให้รู้พฤติกรรมเสี่ยง เสนอบริการตรวจกามโรค และ HIV ตรวจร่างกายและเก็บสเปกซิเมนทีในคนไข้ผู้หญิง ผู้ชาย จากนั้นทำการรักษาโรคที่พบ รวมทั้งให้ความรู้ให้คำปรึกษา ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน ๔ ข้อ คือ โรคต้องหายต้องมารักษาอย่างต่อเนื่อง มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คู่ของคนไข้ต้องเข้ารับการรักษาด้วย รวมทั้งต้องมีการปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และตรวจเลือดเพิ่มเติม ที่สำคัญเน้นให้ดูอย่างถูกต้องปลอดภัย

ส่วนหลักการที่ใช้สร้างมาตรฐานและทุกครั้งที่มีการแก้ไข พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย (รท.นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ) ซึ่งเป็นผู้จัดทำมีแนวคิดว่าเป็นการปรับให้เข้ากับยุคสมัย ง่ายกับการทำงาน ตอนหลังมาตรฐานการรักษาการกามโรคจะมีแผ่น Flow chart ขั้นตอนทำงาน ให้รายละเอียดทุกเรื่อง อย่างยารักษา ดูยาง สอบถามประวัติ เก็บข้อมูล ติดตามคนไข้ แพทย์ที่รักษาได้ในกระดาษแผ่นเดียว ระหว่างการนำมาตรฐานไปใช้มีการประเมินเป็นระยะ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ และ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙ ครั้งหลังนี้นำมาจัดทำมาตรฐานการประเมินและการดำเนินงานด้านผู้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสาธารณสุขปี ๒๕๖๐ การประเมินทำให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าไม่ถึงบริการ นับจากโครงสร้างสาธารณสุขถูกปรับเปลี่ยนในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ต้องโอนงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ไปยังโรงพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ถูกเตรียมพร้อมให้รับคนไข้เหล่านี้

เกิดการตีตราและไม่เข้าใจถึงการควบคุมกามโรค ล่าสุดได้จัดทำมาตรฐานการรักษาการกามโรคที่ครอบคลุมกว้างขึ้น ไม่ว่าจะมาตรฐานของสถานบริการ มาตรฐานในการคัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ขายบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์บ่อย และมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกามโรคและ HIV รวมไปถึงการทำงานเชิงรุก ส่งตรวจรักษา ส่งต่อ มีระบบรายงานการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแม้จะไม่ใช่ว่าพร้อมทั้งหมด เพราะคนไข้บางส่วนช้อยากินเอง ไม่อยากมาโรงพยาบาล กลัวถูกมองไม่ดี โดยมาตรฐานใหม่นี้ จะมี CD มีโปรแกรมให้สามารถทำงานได้ง่าย และจัดอบรมเรื่องมาตรฐานใหม่นี้อีกด้วย



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย

### คลินิกกามโรคจังหวัดจากยุคเฟื่องฟูจนถึงล่มสลาย

เรื่องราวของคลินิกกามโรคจังหวัดมีจุดเริ่มต้นหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ เมื่อประชาชนในท้องถิ่นหลายภูมิภาคของประเทศป่วยเป็นกามโรคมากขึ้น ทางกรมจึงได้จัดให้มีหน่วยป้องกันและบำบัดกามโรคตามจังหวัดต่างๆ ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะในภาคเหนือ และพัฒนาเรื่อยมา ราวปี พ.ศ.๒๕๑๘ จัดตั้งกองกามโรค เกิดสถานกามโรคในกรุงเทพฯ ส่วนในภูมิภาคมีศูนย์ควบคุมกามโรคเขตคอยดูแลหน่วยกามโรคตามจังหวัดต่างๆ ที่เปิดคลินิกรักษาคนไข้กามโรค ควบคู่ไปกับการควบคุมกามโรค ค้นหา ตรวจรักษา ติดตามผู้สัมผัส ให้ความรู้ และควบคุมแหล่งแพร่กามโรค จนปี พ.ศ.๒๕๑๖ โอนงานของหน่วยกามโรคในภูมิภาคไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งยังให้บริการคลินิกกามโรคในหน่วยกามโรคจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขหลายภาคส่วน

การเปิดคลินิกกามโรค ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะสำหรับให้บริการผู้ป่วยหญิงชาย และหญิงบริการที่ติดเชื้อมืออาชีพหรือมีอาชีพการป่วยด้วยโรคนี้ได้รับความนิยมมาก เพราะยุคนั้นกามโรคยังถูกตีตราสังคมรอบข้างรังเกียจ ทำให้คนไข้ไม่ยอมรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป คลินิกกามโรคบางแห่งมีคนไข้มากนับร้อยคนต่อวัน ด้วยบริการของเจ้าหน้าที่ที่เป็นมิตรอัธยาศัยดี เชี่ยวชาญในการดูแลรักษา ให้คำแนะนำ ติดตามคนไข้ และเข้าถึงแหล่งโรค กลายเป็นจุดดีที่โดดเด่นในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่อย่างใกล้ชิด ง่ายต่อการเก็บข้อมูลรวบรวมไปยังกองกามโรค จัดทำเป็นสถิติรายงานโรคทุกปี เกิดระบบรายงานที่มีข้อมูลด้านลึก นำไปพัฒนาวิชาการ การตรวจรักษา การควบคุมโรคที่สามารถตรวจ สอบเฝ้าระวังได้จริงจากส่วนกลาง และเมื่อมีการประชุมเครือข่ายกามโรคประจำปี ผู้ทำงานกามโรคทั่วประเทศได้มาอบรมความรู้เพิ่มเติม มาพบปะ แลกเปลี่ยน สะท้อนผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสัมพันธภาพ ยิ่งทำให้การก้าวเดินของเครือข่ายเข้มแข็ง ทำให้แผนงานต่อไปสำเร็จโดยง่าย



หากความเฟื่องฟูของคลินิกกามโรคจังหวัดกลับต้องสิ้นสุดลง เมื่อมีการเปลี่ยนโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ จากนโยบายปฏิรูประบบราชการของรัฐบาลในขณะนั้น ทำให้มีการรวมหน่วยงานอย่างกามโรค งานเอดส์ งานวัณโรค เข้าด้วยกัน โดยเฉพาะส่วนกลาง สสจ. ในส่วนภูมิภาคก็ต้องโอนย้ายงานกามโรคเข้าสู่โรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ และเข้าระบบหลักประกันสุขภาพ ๓๐ บาท เจ้าหน้าที่ที่ทำคลินิกต้องย้ายไปอยู่ตามโรงพยาบาล คลินิกกามโรคระดับจังหวัดหายไปเกือบทั้งหมด และเมื่อย้ายไปโรงพยาบาล บางแห่งเอาไปรวมกับงานปกติ เท่ากับไม่มีบริการกามโรคเฉพาะ บางแห่งได้ทีมจาก สสจ. มีความมุ่งมั่นสูงที่จะทำงานกามโรคต่อ แต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนโดยเฉพาะ เพราะการตรวจหญิงบริการจะเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรค ต้องมีการตรวจ LAB ตรวจเลือด มีค่าใช้จ่ายออกเยี่ยมแหล่งโรค ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่เข้าใจ และมีปัญหาเบิกไม่ได้เพราะหญิงบริการไม่มีบัตรประชาชน หรือไม่มีทะเบียนบ้านในเขตนั้น ทำให้เกิดปัญหามากมายในการเข้าถึงหญิงบริการ รวมทั้งกลุ่มของชายบริการด้วย

# Interview



# พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ อดีตผู้อำนวยการกองกาโรค

ที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงได้ให้ข้อคิดเห็นว่า

“เมื่อคลินิกกาโรคจังหวัดต้องปิดไป ตอนนั้นก็พยายามจะ  
ทักท้วง เพราะถ้าคลินิกกาโรคปิดก็รอเวลาที่โรคจะระบาดใหม่พอหยุด  
ไปแล้วจะกลับคืนมาไม่ใช่ของง่ายหรืออาจจะเป็นไปได้ ตอนนั้นก็  
พิสูจน์แล้วว่านอกจากปัญหากาโรคจะกลับมาก็มมีปัญหาเชื้อดื้อยา  
ด้วย เชื้อดื้อยาแบบไม่มียารักษาอีก เป็นเชื้อดื้อยาแบบ XDR ซึ่งกำลัง  
คุกคามอยู่ตอนนี้”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





## การลงพื้นที่สำรวจแหล่งแพร่โรคในอดีต

สมัยก่อนการเที่ยวหญิงบริการเป็นสิ่งที่ชายไทยนิยม แต่ถ้าหญิงบริการมีโรคก็จะแพร่กระจายโรคไปให้คนอื่นในสังคม การค้นหาผู้ป่วยและผู้สัมผัสตรวจเยี่ยมแหล่งแพร่โรคตามสถานบริการต่างๆ จึงเป็นเรื่องจำเป็นต่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างมาก ต้องอาศัยทักษะเฉพาะตัวของเจ้าหน้าที่ในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับหญิงบริการและเจ้าของสถานที่จนได้รับความไว้วางใจเข้าไปแล้วเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของหญิงบริการ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับธุรกิจของเขา เมื่อหญิงบริการไม่ป่วย ลูกค้าก็ไม่ติดโรค เจ้าของกิจการก็ได้ประโยชน์ไม่เสียชื่อ

การไปเยี่ยมแหล่งบริการแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่จะเตรียมไปดูสถานที่ว่าเป็นแบบไหน เป็นสถานขายบริการ คาราโอเกะ โรงน้ำชา ร้านอาหาร บาร์ อาบอบนวด ฯลฯ แล้วมาเตรียมตัวและเตรียมทีม แบ่งงานกันทำ ให้ความรู้ สุขศึกษา แจกถุงยางอนามัย สัมภาษณ์เก็บข้อมูล ติดตามนัดหมายให้หญิงบริการเข้ามาตรวจสุขภาพที่คลินิกกามโรค เพื่อไม่ให้ใช้เวลามากเกินไป แต่ถ้าติดตามเป็นรายบุคคลอาจไปคนเดียว ส่วนใหญ่จะลงพื้นที่นอกเวลางานโดยไม่ได้รับเบี้ยเลี้ยง แต่เป็นการทำด้วยใจ ถือเป็นกำลังสำคัญช่วยลดการแพร่เชื้อและติดโรคได้มาก ในยุคที่คลินิกกามโรคเฟื่องฟูมีการทำงานป้องกันควบคุมโรคครบวงจรและได้ผลมากที่สุด โดยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานกามโรคเหล่านี้จะมีเคล็ดลับในการค้นหาและเทคนิคแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแตกต่างกันไป

# Interview



# สมโภชน์ ป้องกัน

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโรคเอดส์

ผู้มีประสบการณ์ลงพื้นที่แหล่งแพร่โรคในสมัยนั้น ได้เปิดเผยเคล็ดลับว่า

“เวลาลงพื้นที่ให้ถึงตัวเขา อย่างแรกเลยถ้าไม่เอารถยนต์ไปจะดีกว่า ยิ่งรถมีตราหน่วยงานราชการเขาจะกลัวกัน แล้วอย่าพูดวางตัวเป็นเจ้าหน้าที่ ก็จะได้ข้อมูล ไม่ได้ได้รับความร่วมมือ ต้องตามใจเขาอันนี้สำคัญ ประสานกันก่อนว่าจะไปวันไหน ต้องเป็นเวลาของเขาหมายความว่า เวลาที่เขาสะดวก ดูเรื่องผลประโยชน์ของเขาด้วย แล้วก็ต้องมีลีลา อ้อมก่อน มาเที่ยวมาเยี่ยมครับ มาจากกระทรวงสาธารณสุขนี้พูดได้ไม่ได้มาจับนะครับ มาให้บริการด้านสุขภาพ คุยเรื่องอื่นไปเรื่อย พอสนิทกันแล้วค่อยเอาถุงยางไปแจกเขา ให้ฟรี”





# Interview



# สมบัติ วัจนะ

## เจ้าหน้าที่อีกท่านที่ลงพื้นที่ติดตามเยี่ยมคนไข้

“ลงพื้นที่เมื่อก่อน ถ้าคนไข้ไม่มาพืก็ไปตาม บ้านเลขที่ไม่ค่อยแน่นอน พืก็มีเทคนิคอย่างหนึ่ง ไปหาไปรษณีย์ที่ส่งจดหมาย เค้าจะเขียนแผนที่ให้เพราะบางที่เป็นสวนลี้กเลย จะไปก็กับคนขับรถ ถ้าเข้าไปสลัมพืจะบอกคนรถไม่ให้เข้าไปนะ เพราะพืใส่สีฟ้า พืรู้เข้าไปเขาไม่ทำอันตรายพื แต่ถ้ามีคนรถมีผู้ชาย เขาอาจคิดว่าเป็นสาย เพราะพืเคยไปเจอคนไข้คุณนาน อย่างนี้ต้องบอกกันก่อนไว้ก่อน”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





## Bangrak I Medium นวัตกรรมเด่น ของห้องปฏิบัติการ Lab โรงพยาบาลบางรัก

ด้วยความโดดเด่นของห้องปฏิบัติการ Lab โรงพยาบาลบางรักที่ได้การยอมรับเรื่องของการพัฒนาที่ไม่เคยหยุดนิ่ง และหนึ่งในนวัตกรรมที่ได้รับรางวัลขวัญรู้จักระดับโลกก็คือ Bangrak I Medium อาหารเพาะเลี้ยงเชื้อหนองในแบบขวด ที่ทาง Lab คิดค้นและผลิตใช้งานเป็นครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ทดแทนการผลิตอาหารเลี้ยงเชื้อแบบจานที่ใช้เนื้ออาหารมาก ค่าใช้จ่ายสูง แต่ Bangrak I Medium ใช้เนื้ออาหารบรรจุขวดแค่ ๓-๕ ซี.ซี. เพียงขวดละ ๔๕ สตางค์ ช่วยประหยัดไปได้มาก ภายในขวดบรรจุก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ๕-๑๐% พร้อมนำไปใช้ได้ทันที และยังสะดวกต่อการขนย้าย เก็บรักษาในอุณหภูมิห้องได้นานถึง ๓ เดือน โดยผลิตให้สถานกามโรคในส่วนกลาง หน่วยกามโรคจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน พร้อมจัดอบรมวิธีการใช้ Bangrak I Medium แก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย

# Interview



# ธีระ พันธุ์มณี

## อดีตเจ้าหน้าที่ Lab รพ.บางรัก

หนึ่งในทีมผู้คิดค้นพัฒนาอาหารเลี้ยงเชื้อ Bangrak I Medium เล่าถึงจุดเริ่มต้นว่ามาจากการผลิตจานอาหารเพาะเลี้ยงเชื้อหนองใน ซึ่งต้องผสมสารบางตัวเพื่อให้เชื้อขึ้น เรียกกันว่า เอ็นลิสมেন্ট และต้องใส่ Inhibitor ยับยั้งเชื้ออื่นไม่ให้ขึ้น นอกจากเชื้อหนองในอย่างเดียว เป็นน้ำยาที่เรียกว่า VCN Inhibitor ทั้ง ๒ ตัว ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศ เลยหาวิธีประหยัดค่าใช้จ่ายส่วนนี้ โดยได้ไอเดียจากรุ่นพี่ว่าแถวอีสานมีการฆ่าม้าเอาเนื้อกิน เลยคิดว่าเลือดม้ามีซีรัม เชื้อน่าจะขึ้นดี เลยไปขอซื้อเลือดม้า ลองเอามาผสม พอเพาะดูเชื้อก็ขึ้น จึงตั้ง Lab ที่หน่วยกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้ชาวบ้านเอาเลือดม้ามาส่ง เป็น Lab ทำเอ็นลิสมেন্টจากน้ำเหลืองของซีรัมเลือดม้าโดยเฉพาะ เวลาเอามาผลิตอาหารเพาะเชื้อ ๕๐๐ ซี.ซี. ใช้เอ็นลิสมেন্টตัวนี้แค่ ๕๐ ซี.ซี. แล้วก็ปรับจากแบบจานเป็นแบบขวดเล็กๆ อัดคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไป เพาะเชื้อในขวดได้เลย เหมาะสำหรับ Lab เล็กๆ แล้วเอาไปใช้งานที่ไหนก็ได้ ง่ายด้วย ประหยัดด้วย แล้วยังช่วยวินิจฉัย รักษาโรคได้แม่นยำขึ้น

“สำหรับวินิจฉัยเชื้อแบคทีเรีย *Neisseria gonorrhoeae* ที่ทำให้เกิดโรคหนองในแท้ อย่างพัทธยารักษาไม่ได้เป็นแลปใหญ่ เราก็เอาบางรักมีเดียไปยืนยันการตรวจเชื้อจากเสมียร์ ย้อมแกรม เพื่อรักษาได้ถูกต้อง เพราะบางที่อาจจะพลาดไป แลปอันเดิมมองไม่เห็น อันนี้จะช่วยยืนยันอีกครั้ง ก็จะประหยัดงบประมาณไปมาก”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### วัณโรค โรคเก่าแก่ ที่ยังระบาดจนถึงวันนี้

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเก่าแก่มีหลักฐานจากมัมมี่ที่เป็นโรคนี้เมื่อ ๔,๐๐๐ ปี ส่วนในประเทศไทยมีการระบาดมาตั้งแต่อดีตเรียกกันว่า “ผีในท้อง” หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ ปี พ.ศ. ๒๔๙๐ มีประชาชนเสียชีวิตจากวัณโรคสูงเป็นอันดับ ๒ รองจากมาลาเรีย ในปี พ.ศ. ๒๔๙๒ จึงมีการก่อตั้งงานควบคุมวัณโรค เปิด “สถานตรวจโรคปอด” สังกัดกองควบคุมโรค ที่ถนนบำรุงเมือง ยศเส ให้บริการตรวจปอดด้วยเครื่องเอ็กซ์เรย์ทรงวงกลมใช้ฟิล์มเล็กเป็นเครื่องแรกในประเทศไทย และเปิดคลินิกรักษาผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ.๒๔๙๔ ยกฐานะสถานตรวจโรคปอดเป็น “กองควบคุมวัณโรค” สังกัดกรมอนามัย มีนพ.สมบุญ ฝ่องอักษรเป็นผู้อำนวยการคนแรก ท่านยังเสนอแผนการควบคุมวัณโรคครบวงจร ทั้งวินิจฉัย รักษา ค้นหาผู้ป่วย และฉีดวัคซีน พ.ศ.๒๔๙๔-๒๔๙๗ จัดหน่วยฉีดวัคซีนบีซีจีเคลื่อนที่ไปตามจังหวัดต่างๆ และหน่วยเอ็กซ์เรย์เคลื่อนที่ตรวจหาผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

พ.ศ.๒๔๙๕ WHO และ UNICEF ให้ความช่วยเหลือด้านผู้เชี่ยวชาญ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์การแพทย์ และตั้งหอชั้นสูงตรวัณโรคกลางที่สามารถหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์และเพาะเลี้ยงเชื้อเป็น

## วัณโรค



ครั้งแรกในประเทศไทย พ.ศ.๒๕๐๓-๒๕๐๗ มีการสำรวจด้านระบาดวิทยา วัณโรคเป็นครั้งแรก เริ่มดำเนินงานในรูปแบบของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ มีการขยายงานควบคุมวัณโรคสู่ภูมิภาค โดยตั้งศูนย์วัณโรคในภาคต่างๆ เพื่อรักษาผู้ป่วย และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ต่อมา สถานตรวจโรคปอดที่ยศเส เปลี่ยนชื่อเป็น “สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ” และย้ายไปอยู่ที่ บางโคล่ โดยเปิดอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.๒๕๔๓ ปัจจุบันสถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ สังกัดสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค





วันนี้ สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย มีผู้ป่วยวัณโรคประมาณปีละ ๑๒๐,๐๐๐ คน เสียชีวิตปีละ ๑๒,๐๐๐ คน และเป็น ๑ ใน ๑๔ ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงคือ มีเชื้อวัณโรคสูง มีเชื้อวัณโรคดื้อยาสูง และมีเชื้อวัณโรคร่วมกับเชื้อเอชไอวีสูง และมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่หายได้ป้องกันได้แต่ทำไม่สำเร็จ จนมีนโยบายยุทธศาสตร์ของวัณโรคออกมา และกำหนด Ending TB ในประเทศไทยให้ได้ภายในปีค.ศ. ๒๐๓๐ ตามแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี เรื่องแรกคือ ค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบสาธารณสุขให้มากที่สุด เพื่อตัดวงจรแพร่เชื้อวัณโรคในทุกกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ นักโทษในเรือนจำ บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมต่างๆ โดยการเอ็กซ์เรย์ ตรวจเสมหะ เรื่องที่ ๒ รักษาผู้ป่วยให้สำเร็จตามเป้า ๘๕% ขององค์การอนามัยโลก โดยคนไข้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีผู้ดูแลกำกับการกินยาและทุกๆ ด้าน สรุปลงเป็นทิศทางดำเนินงานคือ “ค้นให้พบแล้วจบด้วยหาย” พร้อมกันนั้นได้ผลักดันวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรงเข้าสู่พบ.โรคติดต่อ ทำให้สามารถนำคนไข้กลุ่มนี้เข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาลไม่ให้แพร่เชื้อ ช่วยตัดวงจรแพร่เชื้อได้ดีและเร็วที่สุด



## พ.ศ.๒๕๓๖ ทำ DOTS ครั้งแรกในประเทศไทย

ความจำเป็นอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคหายเป็นปกติได้ ต้องกินยาต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลานานหลายเดือน แต่บางคนอาจหลงลืม กินยาไม่สม่ำเสมอ สิ่งที่มาคือการดื้อยา รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นหลายเท่าตัว บางรายอาจยากต่อการรักษา และอาจถึงกับเสียชีวิต ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้การรักษาวัณโรคแบบ DOTS ให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ดูแลที่เป็นพี่เลี้ยง ในประเทศไทย

# Interview



# นพ. ยุทธิชัย เกษตรเจริญ

## อดีต ผอ.สำนักวัณโรค

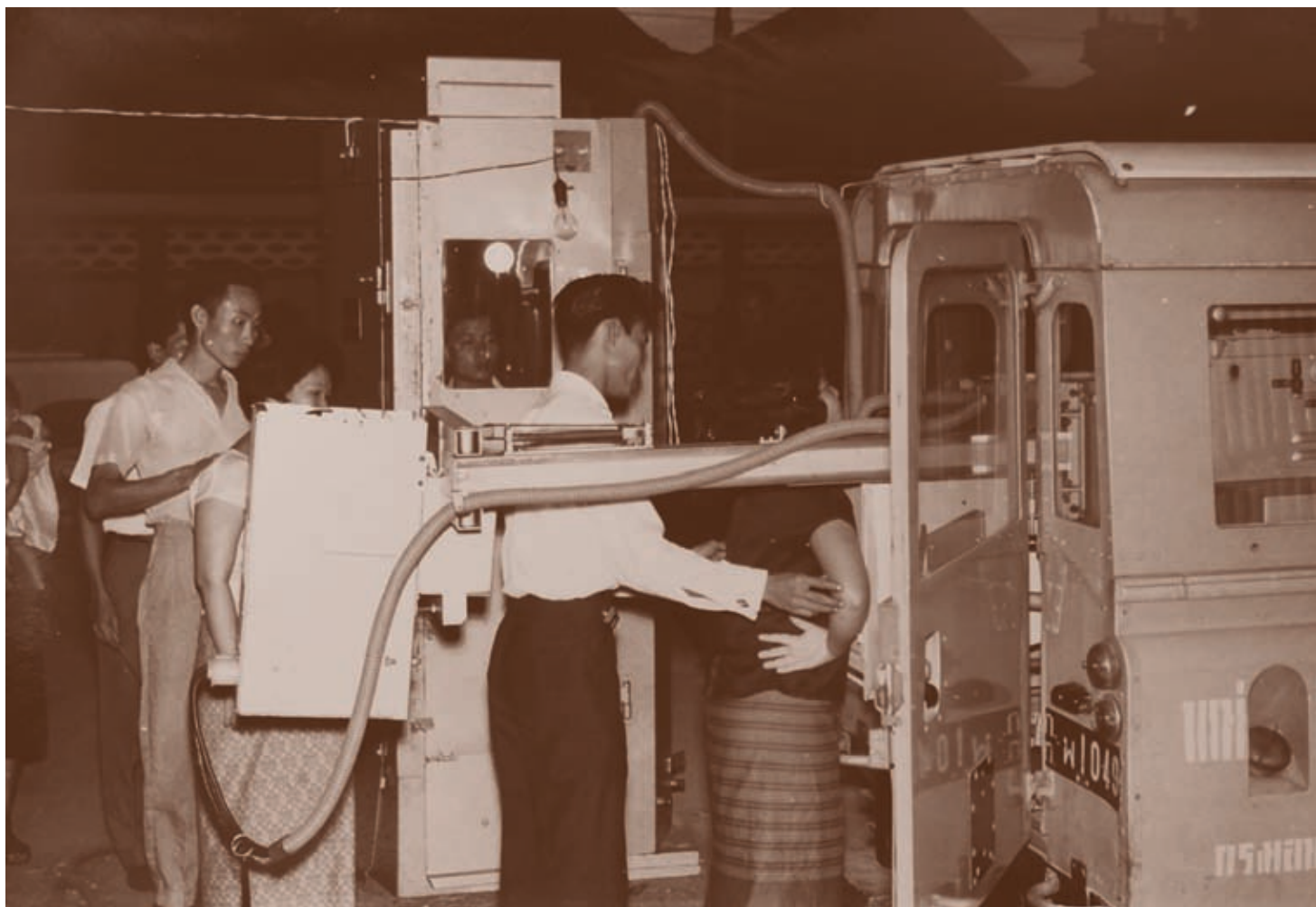
นายแพทย์ผู้อยู่กับงานวัณโรคมากกว่า ๓๐ ปี เป็นผู้ริเริ่มทำ DOTS ครั้งแรก ขณะที่ เป็นผอ.ศูนย์วัณโรคยะลา เมื่อปี พ.ศ.๒๕๓๖ จากการอ่านบทความของ ออสเตอร์เลีย มีแพทย์ทำเรื่อง DOTS ให้คนไข้กินยาโดยมีพยานรู้เห็น จึงลองทำรีเสิร์ชเล็กๆ ขึ้น ให้คนไข้วัณโรคมาทำระบบ DOTS ใช้ญาติคนไข้ดูแลให้กินยาต่อหน้า เกิดผลสำเร็จกว่า ๙๐% จาก ๑๐๐ กว่าเคส ขณะที่สถิติทั่วประเทศคนไข้กินยาเองสำเร็จแค่ ๖๐% เวลานั้น DOTS ยังไม่ได้บรรจุอยู่ในแนวทางรักษาของ องค์การอนามัยโลก คุณหมอ ยุทธิชัย เป็นคนแรกที่เอามาลองใช้ในเมืองไทย

เมื่อรายงานผลไปที่กรมควบคุมโรคติดต่อ ทางกรมฯ จึงเชิญให้ไปนำเสนอ ในปี พ.ศ.๒๕๓๗ ถูกต่อต้านไม่เห็นด้วยจากที่ประชุม นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดบางรายถึงกับพูดว่า “บ้าหรือไง มาทำเรื่องนี้ มีอย่างไหนให้คนไข้มากินยาต่อหน้า” เพราะยุคนั้นเน้นให้คนไข้ดูแลตัวเอง แต่อาจารย์ นพ.นัตตา ศรียาภัย (ผู้อำนวยการกองวัณโรค พ.ศ.๒๕๑๒-๒๕๑๘) ให้กำลังใจคุณหมอว่า “มาถูกทางแล้ว” ถัดมาอีก ๓ ปี ทางกองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ นำ DOTS มาใช้ในการดำเนินยุทธศาสตร์ใหม่ควบคุมวัณโรค ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และใช้มาจนถึงปัจจุบันเช่นเดียวกับประเทศอื่นที่มีปัญหาวัณโรค หากการทำ DOTS ที่ได้ผลขึ้นอยู่กับ การคัดเลือกพี่เลี้ยงที่มาดูแลคนไข้ ไม่ว่าจะ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ ที่จะคอยดูแล กำกับให้กินยา และ จดบันทึกการกินยา รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงและให้กำลังใจผู้ป่วยจนหายขาด ไม้ดี้อยา เป็นปัญหาใหญ่ของประเทศต่อไป คุณหมอ ยุทธิชัย ให้ข้อคิดต่อการฝ่าฟัน เสนอการทำ DOTS ไว้ว่า

“ประมาณปี 1996 กระทรวงสาธารณสุขก็ประกาศว่า เรื่องของ DOTS Strategy เป็นเรื่องหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เห็นไหมโดนตำว่าบ้านหลายคนอาจคิดว่าเป็นอุปสรรค แต่จริงๆ ถ้าคิดว่าทำถูกต้องแล้ว ลุยต่อเลย”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





## โครงการสำรวจหาความชุกของผู้ป่วย วัณโรคในประเทศไทย

ด้วยความที่วัณโรคเป็นปัญหาเรื้อรังในวงการสาธารณสุขมานาน การควบคุมวัณโรคให้บรรลุเป้าหมาย ด้วยการกำจัดให้หมดไปจากประเทศ สำคัญที่แผนดำเนินงานต้องมีข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา ทั้งสถานการณ์โรค สามารถควบคุม ลดปัญหา ลดความชุกในการเกิดวัณโรคได้หรือไม่ ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดประมาณให้ ซึ่งได้จากรายงานที่ทางสำนักวัณโรคส่งไปแต่ละปี ประกอบกับฐานข้อมูลเดิมที่สำนัก เคยทำสำรวจไว้ ซึ่งจะสำรวจหาความชุกของผู้ป่วยวัณโรคทั้งประเทศ อย่างน้อย ๑๐ ปีต่อครั้ง ที่ผ่านมามีการสำรวจแล้ว ๓-๔ ครั้ง ข้อมูลอาจนำไปใช้อ้างอิงได้บางส่วน ครั้งหลังสุดคือปี พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๕ ก่อนเริ่มโครงการสำรวจหาความชุกของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๖ ซึ่งมีขอบเขตการทำงานขนาดใหญ่ ใช้ทั้งงบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และกำลังคนมากกว่าทุกครั้งที่ผ่านมา

# Interview



# พญ.ศรีประพา เนตรนิยม

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ เชี่ยวชาญด้านวัณโรค

และทำงานอยู่ในแวดวงด้านวัณโรคมายาวนาน รวมทั้งเกี่ยวข้องในโครงการนี้ มาตั้งแต่แรกได้ถ่ายทอดจุดเริ่มต้นจากการที่องค์การอนามัยโลกต้องการสนับสนุน ๒๒ ประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูงในตอนนั้น ให้มีการสำรวจหาความชุกวัณโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ใช้อ้างอิงทำประโยชน์ได้ โดยฝึกอบรมวิธีการสำรวจตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และช่วยเราขอเงินทุนจากกองทุนโลก จากนั้นมาเขียนโครงการการวิจัยหาคณะที่ปรึกษา ทีมผู้วิจัย แล้วเขียนขอจริยธรรมจากกระทรวงสาธารณสุขและกทม. เมื่อได้รับงบประมาณแล้วต้องเตรียมจัดซื้อรถเอ็กซ์เรย์เคลื่อนที่ เครื่องมืออุปกรณ์ในห้อง Lab แบบฟอร์มเก็บข้อมูล คู่มือสำหรับทำงานในพื้นที่ และเตรียมทีมให้สามารถเก็บข้อมูลจาก ๑๐๐ Cluster ๙๐,๐๐๐ ตัวอย่างทั่วประเทศเป็นมาตรฐานเดียวกัน ตอนแรกจะเป็นทีมจากส่วนกลาง แต่ทางกรมฯ ให้ สคร.ในพื้นที่เข้าร่วมด้วยทั้ง ๑๒ เขต ทั้งหมดนี้เป็นขั้นเตรียมการก่อนลงพื้นที่ประมาณ ๑ ปี

เราลงพื้นที่จริง ปี พ.ศ. พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๖ จะมีการประชุมกันก่อนลงพื้นที่ทั้ง ๒ ทีมจากส่วนกลาง ๒ ทีมจาก สคร. ใน ๑ Cluster ใช้เวลา ๑ สัปดาห์ในการออกไปนัดหมายล่วงหน้าบ้านที่เราสุ่มไว้ และทำการสัมภาษณ์ เอ็กซ์เรย์ เก็บเสมหะ ส่งตรวจตาม สคร. แต่ละเขต ถ้าสกรีนแล้วผิดปกติไม่ว่าจากเอ็กซ์เรย์ สัมภาษณ์แล้วมีอาการน่าสงสัย จะเก็บเสมหะตรวจหมด เราจะยึดผล Lab เป็นตัวชี้ว่ามีเชื้อหรือไม่มีเชื้อ เก็บมาประมาณ ๖-๗ พันตัวอย่าง ใช้เวลาเก็บข้อมูลปีกว่า ซึ่งการสำรวจข้อมูลระดับต้องเสร็จสิ้นภายใน ๑ ปี แต่เราติดปัญหาหลายเรื่องทั้งพื้นที่ ความร่วมมือของคนในชุมชน งบประมาณ กำลังคน แต่ผลที่ได้สามารถไปใช้ได้จริง เป็นมาตรฐานเดียวกับทั่วโลก และยังพบผู้ป่วยวัณโรค ๑๔๒ ราย ที่ต้องติดตามมารักษาต่อไป

“ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกเอาข้อมูลของเราไปคำนวณออกมา ทำให้รู้ว่าอัตราความชุกของวัณโรคบ้านเราเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงกว่า และทำให้รู้สภาพความเป็นจริงของสถานการณ์มากขึ้น จะวางแผนดำเนินงานแม่นยำกว่าเดิม”



# Interview



# พญ.ผลิน กมลวัฒน์

## ผอ.สำนักวัณโรค

ได้กล่าวถึงก้าวต่อไปของการแก้ปัญหาวัณโรคในประเทศไทย

“นโยบายจะยั่งยืนได้ระบบต้องดี เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราทำอยู่วันนี้เราจะต้องวางระบบของวัณโรคให้ดีทุกเรื่อง ตั้งแต่เรื่องการค้าหน้าเรื่องการรักษา เรื่องฐานข้อมูล เรื่องการลงทุนในทรัพยากรต่างๆ ทั้งโลจิสติกส์ในเครื่องมือเครื่องมือที่ตรวจหรือในการดูแลคนไข้ ถ้าระบบเหล่านี้มั่นคง แม้ผู้บริหารจะเปลี่ยนก็ยังอยู่ในระบบถ้าเราทำอย่างนี้ไปเรื่อยๆ ในอนาคตวัณโรคก็จะเป็นปัญหาของประเทศไทย”



## จากห้องปฏิบัติการ Lab วัณโรค สู่การเป็นศูนย์ปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูงโรคนานาชาติ

พัฒนาการของห้องปฏิบัติการ Lab มาพร้อมกับปัญหาของวัณโรคที่ทวีความรุนแรงและแพร่ระบาดมานาน การวินิจฉัยโรคได้แม่นยำส่งผลต่อการรักษาคนไข้ให้หายได้ ซึ่งต้องอาศัยผลตรวจพิสูจน์จากห้อง Lab ที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีคุณภาพได้มาตรฐาน บทบาทของ Lab ในการวินิจฉัยวัณโรคเริ่มจากการตั้งหอชั้นสูงตรวัณโรคกลางที่ยศเส ในปี พ.ศ. ๒๔๙๕ เป็นปีแรกที่มีการตรวจวินิจฉัยด้วยการเพาะเชื้อและกล้องจุลทรรศน์ แล้วพัฒนาประสิทธิภาพเรื่อยมาตามเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำขึ้นเรื่อยๆ จนปัจจุบันการวินิจฉัยวัณโรค มีการใช้กล้องจุลทรรศน์ศักยภาพสูง การเพาะเลี้ยงเชื้อใช้ Phenotypic DST ทดสอบความไวโดยเพาะเลี้ยงบนอาหารหรือผสมยา หรือเป็น Genotypic ค้นหาการกลายพันธุ์ เพื่อพิสูจน์เชื้อดื้อยา โดยมีนวัตกรรมการเพาะเลี้ยงเชื้อด้วยเครื่อง Auto Mate สามารถวิเคราะห์ถึงการมีเชื้อ ไม่มีเชื้อ และดื้อยาได้รวดเร็ว ก้าวไปถึงการดูโดยใช้ Molecular techniques ซึ่งตรวจจับ DNA ของเชื้อได้ง่ายและเร็วขึ้น แล้วยังมีทิศทางที่จะพัฒนาต่อไปในขั้น Sequencing เพื่อดู Target gene ของเชื้อวัณโรคที่มีความจำเพาะในการดื้อยา เพื่อบรรลุเป้าหมาย Ending TB ทั้งนี้ ไม่ว่าเทคโนโลยีจะพัฒนาก้าวหน้าแค่ไหน แต่ห้องปฏิบัติการ Lab วัณโรคยังยึดมั่นวิธีการค้นหาที่เป็นมาตรฐานมีคุณภาพและมีระบบประกันคุณภาพ มุ่งให้ผล Lab ถึงมือแพทย์ผู้รักษาและผู้ดูแลเร็วที่สุด พร้อมกับเริ่มตรวจหาวัณโรคระยะแฝงอีกด้วย

การควบคุมวัณโรคทุกประเทศทั่วโลก หลักการที่ใช้เหมือนกันคือ ค้นหาด้วย Lab รักษาด้วยแพทย์ และระหว่างการรักษา Lab ประเมินได้ว่ารักษาหายหรือไม่ กลไกสำคัญของ การรักษาแบบ DOTS ในเมืองไทย ทั้งค้นหาผู้ป่วย Lab ต้องยืนยันได้ว่าเป็นวัณโรค เมื่อรักษาครบ ๖ เดือน Lab ต้องยืนยันการหายป่วยอีกครั้ง ปัจจุบันใช้ GeneXpert เป็น Real-time

PCR ช่วยตรวจจับเชื้อได้อีกวิธี ทำให้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น หากพบการติดยา ต้องให้แพทย์คอนเฟิร์ม แต่ทาง Lab จะคอนเฟิร์มด้วยวิธีเดิม Pro Standard ไม่ว่าจะเป็นเพาะเลี้ยงเชื้อ ทดสอบความไวด้วยการผสมยาในอาหาร ระหว่างรอผลแพทย์สามารถทำการรักษาด้วยยาปกติไปก่อน จะเป็นผลดีต่อคนไข้มากกว่ารักษาแบบเชื่อตัวยาทั้งแต่แรก ที่เสี่ยงต่อการติดยา เสียค่าใช้จ่ายสูง สร้างปัญหาเรื้อรังในการรักษาระยะยาว

ที่น่าภาคภูมิใจคือ ห้อง Lab ปฏิบัติการวัคซีนโรค ได้รับการยอมรับจากนานาชาติ จนเป็น Supranational Reference Laboratory คุณแลประเทศภูฏานกับประเทศพม่าเป็นหลัก ซึ่งมาจากความร่วมมือศักยภาพ ทั้งการเป็น Training Center ฝึกอบรมให้บุคลากรทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีนวัตกรรมอย่างห้อง Negative Pressure ที่เหมาะสมต่อการป้องกันเชื้อ มีความรู้ทักษะความเชี่ยวชาญ การจะดำรง Supranational reference laboratory ไว้ ส่วนหนึ่งต้องใช้การประเมินมาตรฐานในระดับ International อีกส่วนหนึ่งต้องประเมินตามมาตรฐานของประเทศ ซึ่งระดับ Laboratory Accreditation ไม่เพียงพอที่จะประเมินระดับนานาชาติ จำเป็นต้องใช้ระบบ ISO ๑๕๑๗๗ จนผ่านประเมินทุกตัว และปรับเป็น Excellent Lab คุณแลงานของประเทศด้วย ถึงวันนี้จากห้องปฏิบัติการ Lab วัคซีนโรค มาสู่การเป็นศูนย์ปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูงโรคแห่งชาติ ที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็งในการค้นหา ตรวจพิสูจน์ที่ถูกต้องรวดเร็ว ลดการตรวจซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น เผื่อระวังควบคุมวัคซีนโรคในประเทศได้ดีขึ้น โดยการรวมทีมกลุ่มงานเครือข่าย Lab ทั้งหมด แล้วสร้างโปรแกรมลิงค์เข้าไปใน TBCM ทำให้รู้ได้ทันทีอย่าง เคสตรวจซ้ำ เคสพิเศษที่ต้องใช้ Sequence ช่วยตัดสินใจ การทำงานจะมีประสิทธิภาพขึ้น

# Interview



# สมัครคดี เหยี่ยงทอง

## อดีตนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักวัณโรค

ผู้คร่ำหวอดในแวดวงงานวัณโรคมาตลอดชีวิตการทำงาน ได้ถ่ายทอดข้อคิดเมื่อต้องพบกับอุปสรรคการทำงาน

“ผมบอก sample มาทำเลย ไม่ต้องรอ บอกลูกน้องทำเลย นะไม่ต้องรอ ประวัติมาไม่มา หมอก็กี่ไปดูเคสนี้ ดี้อไม่ดี้อว่ากันไป แต่ว่าประวัติเราได้มาเพราะอะไร เพื่อป้องกันสิทธิที่จะเบิกค่าตอบแทน แต่บางที่ไม่มา Lab ต้องการรู้ว่าคนไข้คนนี้ใหม่หรือเก่า ไม่ใช่ใหม่ที่เราก่อนอื่น ต้องมีระบบที่ตรวจเช็คได้ ไม่อย่างนั้นจะรักษาผิด เราเอาประโยชน์ของคนไข้เป็นที่ตั้ง”



# Interview



# สายใจ สมितिการ

## หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการอ้างอิงชันสูตรโรคแห่งชาติ สำนักวัณโรค

กล่าวถึงทิศทางต่อไปของห้องปฏิบัติการ Lab วัณโรค

“ห้องปฏิบัติการตอนนี้กำลังทำแผนพัฒนางานด้านวัณโรค  
อยู่ ที่สำคัญคือ การสร้างทีมน้องๆ คนรุ่นใหม่ ถ้าเรายังอยู่อีกสัก  
๔-๕ ปี เราต้องสร้างแล้วล่ะ ก่อนจะไม่ทัน คนที่เรามองไว้เค้าต้อง  
ทำงานเป็นทีม กระตือรือร้น และมีใจที่จะทำ เพราะยังมีงานอีก  
เยอะที่ต้องถ่ายทอด เรียนรู้กันไป”





## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### อหิวาตกโรค ในวันที่เปลี่ยนไป

สมัยก่อนอหิวาตกโรคเป็นโรคระบาดที่มีความรุนแรงมาก แต่ครั้งมีผู้เสียชีวิตนับหมื่นนับพันคน จนชาวบ้านในอดีตเรียกกันว่า “โรคห่า” เป็นโรคระบาดติดต่อกันทางน้ำและอาหาร เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Vibrio Cholerae* ที่ลำไส้เล็ก ผู้ป่วยจะมีอาการท้องร่วงเป็นน้ำและอาเจียน ในอดีตมีการระบาดครั้งใหญ่หลายครั้ง หลักฐานการระบาดของอหิวาตกโรคครั้งแรกในโลกพบเมื่อ พ.ศ.๒๓๖๐

ในเมืองไทยเจ้าพระยาทิพากรวงศ์ได้บันทึกเล่าถึงการระบาดรุนแรงของอหิวาตกโรคช่วงต้นกรุงรัตนโกสินทร์ สมัยรัชกาลที่ ๒ พ.ศ.๒๓๖๓ มีผู้เสียชีวิตถึง ๓ หมื่นคน ภายในเวลา ๑๕ วัน ต่อมาในรัชกาลที่ ๓ พ.ศ.๒๓๙๒ เรียกว่า “ห่าลงปรีะกา” ผู้คนล้มตายมากถึง ๒ หมื่นคน จนเผาศพไม่ทัน ทำให้ฝูงแร้งลงมารุมกินซากศพตามวัด เป็นที่มาของ “แร้งวัดสระเกศ” สมัยรัชกาลที่ ๕ เกิดระบาดครั้งใหญ่ พ.ศ.๒๔๑๖ มีการจัดการป้องกันอหิวาตกโรคตามหลัก

วิชาการเป็นครั้งแรก ด้วยการจัดตั้งกรมพยาบาล จัดการระบบประปาและการจัดสุขาภิบาลขึ้น แต่ยังคงมีการระบาดใหญ่อีกหลายครั้ง จวบจนในรัชกาลที่ ๙ มีการระบาดใหญ่ พ.ศ.๒๕๐๑-๒๕๐๒ ได้ทรงพระกรุณาให้ตั้ง “ทุนปราบอหิวาตกโรค” เพื่อจัดหาวัคซีน น้ำเกลือ และเครื่องมือที่ขาดแคลนให้ทันกับความต้องการ พร้อมทั้งหาแนวทางปราบปรามโรคนี้อีกให้หมดไป ส่วนวิธีป้องกันควบคุมโรคสมัยนั้นใช้การทำลายเชื้อให้เร็วที่สุดและฉีดวัคซีนป้องกันโรค

ครั้งนั้นเป็นการระบาดครั้งสุดท้ายของอหิวาตกโรคชนิดเชื้อรุนแรง Classical Vibrio cholerae ปัจจุบันเชื้อสายพันธุ์แท้ Classical ได้หายไปจากประเทศไทยและเอเชียแล้ว มีแต่สายพันธุ์ El Tor Vibrio cholera หรืออหิวาต์เทียม ที่เข้าสู่ประเทศไทยทางภาคใต้ก่อนระบาดในกรุงเทพฯ และหลายจังหวัดทั่วประเทศ ระหว่าง พ.ศ.๒๕๐๖-๒๕๐๗ จนกลายเป็นโรคระบาดประจำถิ่น แม้เชื้อ El Tor จะมีความรุนแรงน้อยกว่า แต่แพร่ระบาดง่าย นอกจากนี้ยังเกิดโรคโรตาไวรัสหรืออุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้นในภายหลัง ปัจจุบันการป้องกันควบคุมโรคจะเน้นการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ” การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และควบคุมการระบาดขั้นต้นได้ทันที โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าว และการจัดการระบบสุขาภิบาลชุมชนให้มีความปลอดภัย

### ความท้าทายของอหิวาตกโรคและโรตาไวรัสในวันนี้

สถานการณ์ของอหิวาตกโรคได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หลังปี พ.ศ.๒๕๓๕ นอกจากอหิวาต์เทียม El Tor Vibrio cholera ซึ่งเป็น Serogroup O1 ที่มีความรุนแรงลดลง ได้เกิดเชื้อสายพันธุ์ใหม่คือ Vibrio cholerae O139 ที่ยังอยู่ในช่วงวิวัฒนาการไม่แน่ชัดถึงความรุนแรงในการเกิดโรค นอกจากนี้แหล่งแพร่โรคจนทำให้เกิดการระบาดใหญ่ได้เปลี่ยนไปเป็นแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้าน หลักๆ คือ พม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งมีสุขนิสัยในการกินอยู่ ขับถ่ายที่ไม่ดี เสี่ยงต่อการก่อโรคและติดเชื้อปนเปื้อนจากอาหารและน้ำ ที่เห็นเด่นชัด คือ แรงงานประมงชาวพม่า ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดอหิวาตกโรคครั้งใหญ่ทั่วประเทศใน พ.ศ. ๒๕๕๐ มีผู้ป่วยเกือบพันราย ถัดมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เกิดระบาดใหญ่อีกครั้งจากแรงงานชนกลุ่มน้อยที่ข้ามชายแดนตามช่องทางธรรมชาติ บริเวณอุ้มผาง แม่สอด ทำสองยาง จ.ตาก เข้ามารักษาตัวที่โรงพยาบาลฝั่งไทย แล้วเกิดการกระจายแพร่เชื้อไปทั่วประเทศ มีผู้ป่วยกว่า ๑,๓๐๐ คน

๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



<http://www.nationtv.tv/main/content/378620606/>

ภาครัฐจึงกำหนดมาตรการควบคุมโรคแรงงานต่างด้าวมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีส่วนร่วมการตรวจสุขภาพแรงงานเหล่านี้ใน One Stop Service โดยกรมควบคุมโรคให้สำนักโรคติดต่อทั่วไป และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จัดทำแนวทางป้องกันควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ที่สำคัญคือ แนวทางเฝ้าระวังป้องกันควบคุม อหิวาตกโรคและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มประมงแรงงานต่างด้าว โดยปี พ.ศ. ๒๕๖๒ จะมีการนำไปฝึกซ้อมเตรียมการ รวมทั้งจัดให้มีหน่วยงานตรวจจับการระบาดของที่รวดเร็วขึ้น ป้องกันการแพร่กระจายในวงกว้าง

เมื่อย้อนดูภาพรวมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุจจาระร่วงในเมืองไทย ก่อนหน้านี้นี้ ๑๐-๒๐ ปี มีแนวโน้มลดลงและทรงตัวเรื่อยมา โดยมีจำนวนผู้ป่วยต่อปีประมาณ ๑.๒ ล้านคน ที่เป็นอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากทุกสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่หลายชนิด และส่วนหนึ่งเกิดจากโรค ไรต้าไวรัส หรืออุจจาระร่วงจากไวรัส โดยปี พ.ศ.๒๕๔๐ พบไรต้าไวรัสในโรงพยาบาลมากกว่าในชุมชน ซึ่งให้เห็นถึงการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องไปโรงพยาบาล ขณะนั้นพบในเด็กจึงมีแนวทางผลิตวัคซีนป้องกันในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยเริ่มทำโครงการนำร่องที่ จ.เพชรบูรณ์ และจ.สุโขทัย ผลที่ได้สามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการเจ็บป่วยรุนแรงลงได้ จึงมีแผนเตรียมความพร้อมในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และนำมาใช้ปี พ.ศ.๒๕๖๓

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีการค้นพบผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคไรต้าไวรัส เกิดการระบาดครั้งแรกในกรุงเทพฯ ปริมณฑล และจ.นครปฐม ในช่วงการแข่งขันกีฬาของนักเรียนหลายโรงเรียนทั่วประเทศ รวมทั้งค่ายลูกเสือ จ.สระบุรี เมื่อมีการตรวจพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อมีตั้งแต่อายุ ๑ เดือนจนถึง ๘๓ ปี แต่จะพบในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นมีการพบผู้ป่วยโรคนี้ในทุกภูมิภาค ไรต้าไวรัส จึงเป็นอีกโรคประจำถิ่นของไทยที่เกิดขึ้นมานานแล้ว โดยมักจะระบาดในช่วงหน้าหนาว ส่วนมาตรการที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรค นอกจากการกินร้อนช้อนกลางล้างมือ การแยกทิ้งผ้าอ้อมเด็กที่ใช้แล้วให้มิดชิดกำจัดให้ถูกต้องป้องกันการแพร่เชื้อ และงดบริโภคน้ำแข็งที่ทำให้เสี่ยงต่อโรค ในเรื่องนี้ต่อไปอาจปรับกฎระเบียบให้ผลิตภัณฑ์น้ำแข็งต้องมีการตรวจไรต้าไวรัสก่อนจำหน่าย



# Interview



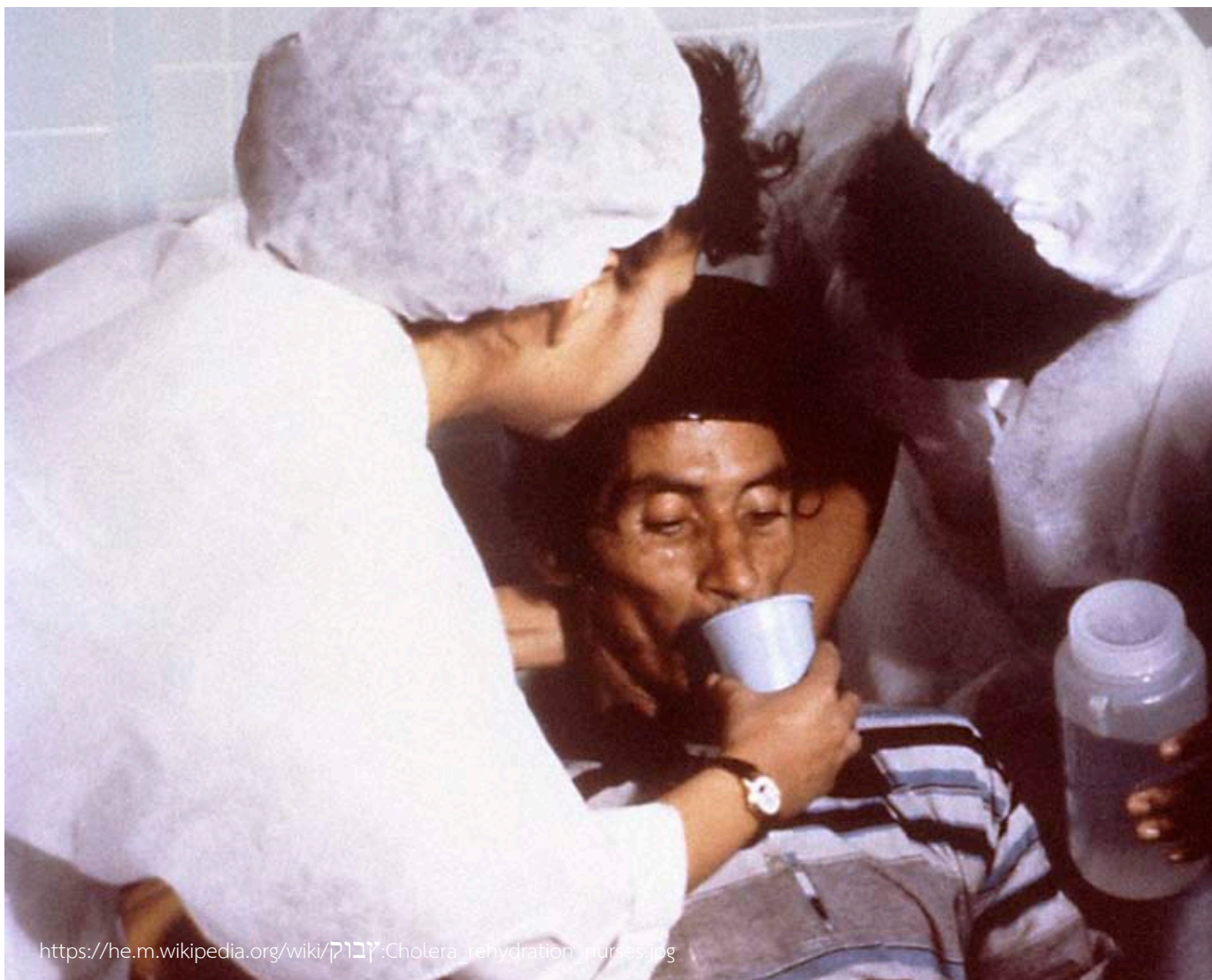
# นพ.พรชนิก รัตน์ดิลก ณ ภูเก็ต

## รองผู้อำนวยการด้านการบริหาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป

“ด้วยความที่ตอนนี้หวัดเปลี่ยนสายพันธุ์ ความรุนแรงลดลง แล้วแหล่งโรคที่สำคัญคือแรงงานประมงต่างด้าว เราเลยใช้ประสบการณ์จากอดีตมาทำเป็นแนวทางตรวจสุขภาพ ควบคุมโรคขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวใน One Stop Service จะเอาไปใช้ปี ๖๒ ส่วนโรคตัววัคซีนจะนำมาใช้ เด็กทุกคนมีสิทธิ์จะได้ใช้ แต่เรารออีกนิดนึง มาตรการที่ออกมาเนี่ย ก็จะช่วยป้องกันควบคุมโรคได้ไม่เป็นปัญหาเหมือนที่ผ่านมา ”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



[https://he.m.wikipedia.org/wiki/קובץ:Cholera\\_rehydration\\_nurses.jpg](https://he.m.wikipedia.org/wiki/קובץ:Cholera_rehydration_nurses.jpg)



## รายงาน El Tor อหิวาต์เทียมครั้งแรก ของประเทศไทย

เรื่องราวของอหิวาต์เทียมในประเทศไทยนั้น บุคคลแรกที่ค้นพบและ  
สอบสวนโรคจนสามารถเขียน “รายงานเรื่องอุจจาระร่วงระบาดที่จังหวัด  
อุบลราชธานี พ.ศ.๒๕๐๓” ได้คือ นพ.สุชาติ เจตนเสน โดยเขียนเป็น  
บทความลงในวารสาร แถลงการณ์สาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง  
สาธารณสุข ในปี พ.ศ.๒๕๐๔ กล่าวได้ว่าเป็นรายงานทางระบาดวิทยาของ  
โรคอุจจาระร่วงจากเชื้อ El Tor Vibrio cholera ที่เป็น Ogawa subtype  
เป็นครั้งแรกในประเทศไทย และยังเป็นกรรายงานเกี่ยวกับโรคระบาดที่ใช้  
ความรู้ด้านการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาเป็นครั้งแรก  
ของประเทศไทยอีกด้วย



# Interview



# นพ.สุชาติ เจตนเสน

## คนไทยคนแรกที่ค้นพบการระบาดของ El Tor Vibrio Cholerae ในประเทศไทย

ได้เล่าเหตุการณ์ครั้งนั้นไว้ในหนังสือ “หนึ่งในร้อย”

“ตอนพบระบาดครั้งแรกไปสอบสวนที่จังหวัดอุบลราชธานี ชาวบ้านให้การว่าไปกินน้ำแช่ปอ คือปอที่เอามาทำเสื่อทำกระสอบ แล้วคนเอาน้ำไปกินไปใช้แล้วเกิดท้องเดิน พอเราไปตรวจพบว่าไม่ใช่ กลายเป็นเชื้อ El Tor ตอนชาวบ้านเขาท้องร่วงก็ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอาไปรักษาจนหาย แต่ไม่มีใครตรวจเจอ EL Tor มันระบาดที่อุบลราชธานีเป็นที่แรก จำได้ว่าพบผู้ป่วย El Tor ๑๔ ราย “



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย

### หนอนพยาธิ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่น

ตั้งแต่อดีตการใช้ชีวิตของคนไทยอยู่กับวิถีธรรมชาติ อาหารการกินของชาวบ้านในบางท้องถิ่นยังไม่สะอาด กินอาหารดิบปรุงไม่สุก การขับถ่ายก็แค่เดินออกไปปล่อยทุกซ์ตามชายป่า ท้องทุ่ง ริมคลอง ไม่มีส้วมหรือไม่ใช้ส้วมเดินเท้าเปล่าไปไหนมาไหน จนปัจจุบันก็ยังใช้ชีวิตเช่นนี้กันอยู่บ้าง เป็นสาเหตุให้ เป็นหนอนพยาธิกันมาก ทำลายสุขภาพร่างกายจนเสี่ยงกับการเกิดโรคภัยอื่น ๆ จนปี พ.ศ. ๒๕๙๕ มีการสำรวจพยาธิทั่วประเทศทุกจังหวัดเป็นครั้งแรก(นพ.สุชาติ เจตนเสน เป็นหัวหน้าทีมฝ่ายไทยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ) ระหว่างนั้นได้ดำเนินควบคุมโรคหนอนพยาธิให้ครบทุกด้าน ตั้งแต่สำรวจ รักษา ป้องกันการติดเชื้อ และให้ความรู้สุขภาพการกินอยู่และการใช้ส้วม โดยสร้างส้วมให้ประชาชนขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ ต่อมาเริ่มมีแผนพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศ จึงกระจายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เข้ามาทำหน้าที่สำรวจและตรวจรักษาประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเน้นดูแลรักษาเด็กนักเรียนก่อนขยายไปยังผู้ใหญ่กลุ่มผู้ปกครอง

นับจากมีการสำรวจหนอนพยาธิระดับประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๙๕ ผ่านมาเกือบ ๗๐ ปี สถานการณ์โรคหนอนพยาธิมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากที่เคยมีคนเป็นโรคหนอนพยาธิเป็นจำนวนมาก พบความชุกร้อยละ ๖๒.๙ มาถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เหลือความชุกเพียงร้อยละ ๘.๒ โรคพยาธิที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างพยาธิใบไม้ตับ ในปัจจุบันยังพบมากที่สุดในพื้นที่ภาคอีสานและภาคเหนือ บางพื้นที่พบสูงเกินร้อยละ ๕ ส่วนพยาธิปากขอที่เคยพบมากในภาคใต้ร้อยละ ๑๙.๘ ปัจจุบัน กลับพบกระจายทั่วทุกภาคของประเทศ ในขณะที่พยาธิไส้เดือนพบมากในพื้นที่ภูเขามากกว่าร้อยละ ๕๐ กรมควบคุมโรคได้มีแผนงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในประเทศ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหรือจำนวนผู้ป่วยและลดความรุนแรงของโรคในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิสูง โดยการตรวจหาผู้เป็นโรค ให้การรักษาทุกราย ป้องกันการติดโรคซ้ำด้วยการให้ความรู้ถึงอันตรายของโรคแก่ประชาชน เพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมไม่กินดิบ ขับถ่ายอุจจาระในส้วม ไม่เดินเท้าเปล่า รวมทั้งเปิดโอกาสให้คนไทยและชุมชนมีส่วนร่วมแก้ปัญหาและพึ่งพาตัวเองได้

## โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

โรคพยาธิใบไม้ตับ นับเป็นภัยเงียบที่อยู่ในวิถีชีวิตของคนไทย บางพื้นที่ โดยเฉพาะภาคอีสานและภาคเหนือ ที่มีพฤติกรรมการ กินปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ หรือกินดิบจากแหล่งน้ำที่ ปนเปื้อนพยาธิ จนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับซ้ำๆ หลายครั้ง กลายเป็น สาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในที่สุด ด้วยจำนวนผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดีในภาคอีสานที่สูงที่สุดในโลก รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ จ.สระแก้ว รวม ๒๗ จังหวัด มีสถิติผู้เสียชีวิต จากมะเร็งในท่อน้ำดี ตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประมาณ ๖๐-๗๐ คนต่อวัน และเกือบ ๑๐๐% นั้น เกิดจากพยาธิใบไม้ตับทั้งสิ้น กระทรวงสาธารณสุข จึงมุ่งลดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยวางยุทธศาสตร์ให้ประชาชนทุกหมู่บ้านปลอดจากโรคพยาธิ ใบไม้ตับในปี พ.ศ.๒๕๖๘ มีการรณรงค์สร้างความรู้ ความเข้าใจ ให้คนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็น “โรคพยาธิใบไม้ตับ” ซึ่งนำไปสู่ “มะเร็งท่อน้ำดี” ผ่านหน่วยงานด้านสาธารณสุข นักวิชาการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๙ เริ่มโครงการรณรงค์กำจัด ปัญหาพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อน้อมถวายเป็น พระราชกุศล พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงครองราชย์ครบ ๗๐ ปี และถวายเป็นพระราชกุศล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมายุครบ ๘๔ พรรษา เพื่อลดอัตราผู้ป่วยโรคพยาธิ และลดอัตราเสียชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะในพื้นที่ ๒๗ จังหวัด ที่มีการ แพร่ระบาดสูง



# Interview



# พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์

## ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น หนึ่งในแกนหลักขับเคลื่อนโครงการในพื้นที่

ได้เล่าถึง ๕ มาตรการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยงทั้ง ๒๗ จังหวัด เริ่มจากมาตรการป้องกันไม่ให้กินปลาดิบที่เสี่ยงกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการพัฒนาหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอนร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ให้ความรู้เรื่องนี้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนทุกแห่ง ควบคู่ไปกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ไม่ให้ทิ้งอุจจาระในแหล่งน้ำ และจัดทำระบบบำบัดกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้อง มาตรการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในคนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป หากพบผู้ติดเชื้อพยาธิจะทำการรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน รวมทั้งคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในคนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วย Ultrasound และ X-Ray คอมพิวเตอร์ เพื่อดูอาการและเฝ้าระวัง ในรายที่ต้องรักษา นำเข้ามารักษาต่อไป คือการผ่าตัดในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ จุดนี้ทำให้มีการพัฒนาแพทย์ผ่าตัด และแพทย์ Ultrasound แก่โรงพยาบาลใน ๒๗ จังหวัดขึ้นมา หลังจากนั้นเป็นมาตรการการดูแลระดับประคอง เช่น เป็นมะเร็งระยะ ๓-๔ ผ่าตัดไม่ได้แล้ว อาจแค่ผ่าตัดทำท่อระบายน้ำดีให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่สุขสบาย หรือมีทีมสหวิชาชีพไปดูแลที่บ้าน และมาตรการสุดท้ายคือ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงจากโรคนี้ ด้วยการไม่กินดิบ ชับถ่ายในสวมไม่เดินเท้าเปล่า เพื่อตัดวงจรของโรคไม่ให้ติดต่อและแพร่กระจายออกไป การดำเนินงานทั้งหมดนี้ต้องอาศัยทุกภาคส่วน ทุกหน่วยงานเข้ามาช่วยจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คณะแพทย์ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การฝึกอบรมในการผ่าตัด โรงเรียน หน่วยงานท้องถิ่น ชุมชนในพื้นที่ สื่อมวลชน ฯลฯ

ปัจจุบัน ผู้ป่วยลดลงมากทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดจากพยาธิใบไม้ตับ ที่น่ายินดีคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด หายขาดจากโรคนี้เกือบพันคน รวมทั้งมีอีก ๒ จังหวัดทางภาคเหนือที่เห็นความสำคัญของโรคนี้เข้าร่วมโครงการเป้าหมายต่อไป ต้องทำให้ต่อเนื่องทั้ง ๕ มาตรการ หาเครือข่ายความร่วมมือในท้องถิ่นชุมชนมาช่วยป้องกัน คัดกรอง ไม่ให้ปลาติดพยาธิ คนติดพยาธิ พยายามทำให้เป็นเรื่องที่ประชาชนต้องมาร่วมช่วยกันแก้ไข ภาครัฐให้ความสนับสนุนต่อเนื่อง ทั้งชุดความรู้ นวัตกรรมที่อาจพัฒนาเป็นชุดตรวจง่าย ๆ

“โครงการที่มีลักษณะคล้ายๆ กันแบบนี้จะคาดหวังของการทำงานให้สำเร็จ คือการมีเครือข่ายร่วมทำงาน จะทำให้งานมีแรงผลักดันได้มากแล้วก็เคลื่อนได้เร็ว ตัวอย่างโครงการนี้จะเป็นการทำงานเป็นทีม ทีมทั้งในกรมเราเองและกับนอกกรมและกับนอกกระทรวงไปด้วยค่ะ”

๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





### โครงการควบคุมโรคหนองพญาธิใน นักเรียนและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร ตาม พระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

จุดเริ่มต้นมาจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ทรงห่วงใยปัญหาสุขภาพอนามัยของเด็กที่เป็นโรคหนองพญาธิ ทำให้ร่างกายและสติปัญญาไม่เติบโตสมบูรณ์ตามวัย ซึ่งเป็นเด็กที่อยู่ในพื้นที่ตามแผนงานพัฒนาในพระราชดำริ ปี พ.ศ.๒๕๔๔ กรมควบคุมโรคจึงเริ่มดำเนินโครงการควบคุมโรคหนองพญาธิ ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ตั้งแต่แผนงานพัฒนาเด็กและเยาวชนถิ่นทุรกันดาร ระยะที่ ๓ พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๔๙ มีเป้าหมายลดอัตราโรคหนองพญาธิร้อยละ ๒๐ ต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนถิ่นทุรกันดาร ฉบับที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๙ ลดอัตราโรคหนองพญาธิให้ได้ร้อยละ ๕



# Interview



# อรณารถ วัฒนวงษ์

## หัวหน้ากลุ่มโครงการพระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป

ผู้รับผิดชอบโครงการโรคหนองพยาธิ ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ได้ถ่ายทอดการดำเนินงานดูแลเด็กในพื้นที่ ๕๕ จังหวัด ซึ่งมีโรงเรียนทั้งหมด ๘๘๔ แห่ง โดยทำการตรวจคัดกรองหาพยาธิ แล้วให้ยารักษาทุกคนที่ติดพยาธิ ขณะเดียวกันต้องดูแลชุมชนในพื้นที่ของโรงเรียนด้วยการสนับสนุนเรื่องของยา วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจอุจจาระ และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้เป็นพนักงานจุลทรรศน์ สามารถตรวจอุจจาระให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้ แม้แต่osome. ที่มาช่วยทำงานตรวจคัดกรองสถานการณ์ปัจจุบัน ก็มีการติดพยาธิประมาณ 10% ที่เป็นปัญหาคือทางภาคเหนือบนพื้นที่สูงของจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก เพราะเป็นหมู่บ้านชาวเขาที่ขาดแคลนทั้งน้ำและส้วม ซึ่งทางปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้บริหารก็ให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานในโรงเรียนไว้ใช้จัดกิจกรรมเรื่องหนองพยาธิ โดยทางจังหวัดต้องกำหนดพื้นที่เป้าหมายลงไปปฏิบัติงาน แต่ทางโครงการพยายามจะเข้าไปพื้นที่ที่เกิดปัญหาพื้นที่ศูนย์ในจังหวัดต่างๆ เพื่อให้ พชอ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ) และ พชพ.(คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่) เข้าไปมีส่วนร่วมช่วยกันทำงาน เนื่องจากพื้นที่ ๓ จังหวัดนี้ จัดเป็นพื้นที่สีแดงมีปัญหาติดพยาธิอยู่มาก บางโรงเรียนสูงถึง ๘๐% จำเป็นต้องทุ่มเทสรรพกำลังมากกว่าปกติเพื่อให้งานตรงนี้สำเร็จ ส่วนพื้นที่อื่นจะมีการดำเนินงานปกติในความดูแลของ สคร.แต่ละเขต

“เราทำงานโครงการพระราชดำริ โครงการในพระบรมวงศานุวงศ์ทุกเรื่องเลยนะ เพราะฉะนั้นเราจะต้องเป็นคนดี คนดีทำได้ด้วยหัวใจ”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย



### ศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค

จุดเริ่มต้นของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคมาจากการระบาดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ของโรคมือเท้าปาก ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๕ ปี การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคให้เด็กๆ ปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินงาน จึงทำโครงการนำร่องต่อยอดโครงการ “ศูนย์เด็กเล็กน่าน้อยปลอดโรค” ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๒ - ๒๕๔๓ ใน ๔ จังหวัด คือ เชียงราย สุราษฎร์ธานี พระนครศรีอยุธยา และ อุบลราชธานี ดำเนินการในศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อหารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคมือเท้าปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทำให้เกิดมาตรการคัดกรองเด็กทุกเข้าก่อนเข้าเรียน การแยกเด็กป่วย การทำความสะอาดเครื่องใช้และดูแลสภาพแวดล้อมที่ดี มีการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖ ได้ขยายโครงการไปทั่วประเทศ โดยมีแนวทางดำเนินการ ๑๐ มาตรการ เน้นการบริหารจัดการ ยุทธศาสตร์ ๓ ดี มุ่งสู่การปฏิบัติ คือ ดี 1 = ครุมีสุขภาพและความรู้ดี ดี 2 = การบริหารจัดการดี ดี 3 = สภาพแวดล้อมดี

### โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย เพื่อเด็กไทยปลอดภัยแข็งแรง

สำหรับการดำเนินงานของโครงการฯ คุณสมนึก เลิศสุโภชนิษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคติดต่อทั่วไป ผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันโครงการได้เล่าถึงเรื่องนี้ว่า นอกจากจะมีมาตรการให้ครูปฏิบัติแล้ว ได้จัดอบรมสนับสนุนสื่อการเรียนการสอน ให้กับครูและผู้ดูแลเด็ก ทางโครงการฯ จัดให้มีทีมประเมินในพื้นที่ลุ่มประเมินศูนย์เด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง และถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินรับรองศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สามารถตรวจรับรองเองได้ และยังติดตามผล ให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ก้าวหน้า พร้อมกับมอบเกียรติบัตรอายุ ๓ ปี ให้ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมิน โดยกรมควบคุมโรคเป็นผู้มอบรางวัล ซึ่งโครงการฯ ประสบความสำเร็จด้วยดี สามารถควบคุมโรคไม่ให้แพร่ระบาดได้

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้บูรณาการแนวทางการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพร่วมกับกรมอนามัย และร่วมลงพื้นที่เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้กับกรมอนามัยผ่านการประชุมในระดับประเทศ แต่การดำเนินงานด้านโรคมือเท้าปากได้ถดถอยลงด้วยเรื่องของงบประมาณ คนทำงาน ที่เป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน หากการพัฒนางานศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยของกรมควบคุมโรคยังต้องดำเนินต่อไป โดยพัฒนาระบบ E-learning และฐานข้อมูลศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยออนไลน์ ให้ครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล หาความรู้ ประเมินตนเอง และขอใบเกียรติบัตรจากกรมควบคุมโรคได้ตลอดเวลา และมีเป้าหมายลดโรค มือเท้าปากไปยังชุมชน ในเด็กต่ำกว่าอายุกว่า ๒ ปีที่อยู่กับครอบครัว ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ กำลังดำเนินการจัดทำโครงการนำร่อง ในเรื่องนี้ ๔ ภาค ๔ จังหวัด ให้เป็นชุมชนต้นแบบต่อไป

# Interview



# สมนึก เลิศสุโภชวณิชย์

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

คุณสมนึกได้ให้ข้อคิดการทำงานโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคที่ผ่านมามาจนถึงวันนี้ว่า

“ในด้านของการระบาดของโรคก็ยังมีอยู่ ทำอย่างไรจะเฝ้าระวังควบคุมโรคได้ ในวิกฤตต้องมีโอกาสพัฒนาเสมอ ทำให้คนทำงานต้องหันกลับมามองตัวเอง ทบทวนบทบาทของกรมควบคุมโรค เป้าหมายคือ เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



<https://www.uteeni.com/en/listings/2092913>



<https://www.uteeni.com/th/listings/1490717>

### ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยดีเด่น

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลบางม่วง จ.นนทบุรี เป็นอีกตัวอย่างของความพยายามผลักดันให้ก้าวเดินจากผู้บริหาร การทุ่มเทแรงกายแรงใจของคุณครู และผู้ดูแล รวมทั้งความสนับสนุนจากผู้ปกครอง สังคมในชุมชน ที่ต้องการเห็นคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กๆ โดยมีการดำเนินงาน บริหารจัดการให้อยู่เกณฑ์ประเมินของการเป็นศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยดีเด่นจนประสบความสำเร็จ และผู้มีบทบาทสำคัญอย่างมากก็คือ คุณพรเทพ ประดับพลอย นายกเทศมนตรี ตำบลบางม่วง จ.นนทบุรี ผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศูนย์แห่งนี้มาตั้งแต่ต้น ในช่วงแรกของการพัฒนา พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ ได้พยายามผลักดันนำเข้ารับการประเมินให้ได้รับการรับรองต่างๆ ทุกเรื่อง อาทิ ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ทันตกรรม อาคารสถานที่ ห้องน้ำ โดยมีการติดตาม สอบถาม คณะกรรมการที่มาทำการประเมิน เพื่อเรียนรู้ ปรับปรุงแก้ไขศูนย์เด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนั้นยังสนับสนุนเรื่องจัดหางบประมาณ จัดการอาคารสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสร้างขวัญกำลังใจแก่ครูและคนทำงาน โดยมีโครงการจัดหาทุนไว้เป็นเงินกองกลาง เช่น รับบริจาคเหรียญสลึง การรวบรวมขยะไปขาย เพื่อใช้เป็นเงินฟรีแฮนด์ ช่วยให้การดำเนินงานคล่องตัวไม่ต้องรอนงบประมาณ ในการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้จำเป็น เช่น บิ๊มน้ำ คอมพิวเตอร์ ฟิวเจอร์บอร์ดจัดงาน ฯลฯ ไปจนถึงจัดทำโครงการต่อยอด “โครงการบ้านหนูอยู่ไหนครูจะไปหา” ด้วยการนำเหรียญสลึงไปแลกซื้อนมให้คุณครูเอาไปเยี่ยมเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหาร และอีกหลายโครงการ

ปัจจุบัน มีการจัดการเรียนการสอนส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและอนุบาล ๑-๓ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค ๒๓ มาตรฐาน ๙๔ ตัวบ่งชี้ ที่ไม่ได้เน้นเรื่องปลอดภัยอย่างเดียว แต่พัฒนาร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา ไปพร้อมกัน สร้างการยอมรับไว้วางใจจากพ่อแม่ผู้ปกครองในชุมชนถึงมาตรฐานการศึกษา สุขอนามัยที่ดี มีความปลอดภัยสูง



# Interview



# พรเทพ ประดับพลอย

นายกเทศมนตรีตำบลบางม่วง อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี

“ทุกเวทีจะส่งเข้าประกวด แต่วัตถุประสงค์ของเราคือ ไม่ต้องการรางวัล สิ่งที่ยากได้คือ คำแนะนำ คำชี้แนะจากคณะกรรมการเพื่อมาปรับปรุง เพราะไม่นั้นเราจะไม่รู้เลยว่าเราขาดอะไร สิ่งที่จะก้าวกระโดดคือ ต้องส่งเข้าประกวดเพื่อให้คณะกรรมการมาประเมิน ถ้าเราไม่ส่งเข้าประกวดเราจะไม่รู้เลยว่าตัวชี้วัดที่เป็นเล่มๆ เป็นอย่างไรแล้วเราจะตีโจทย์ไม่แตก”



# Interview



# คุณครูปรียา ส้าแหยม

## หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลบางม่วง จ.นนทบุรี

“ที่มีส่วนสนับสนุนอย่างมากคือ ผู้บริหาร ส่วนหนึ่งก็มาจากทีมงานของผู้บริหาร ทีมงานครู ผู้ปกครองและชุมชน เรามีความได้เปรียบกว่าศูนย์เด็กเล็กที่อื่น เพราะได้อยู่ใกล้ชิดผู้บริหาร และผู้บริหารให้ความสำคัญโดยเฉพาะกับเด็กๆ”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย

### ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

ด้วยการเดินทางข้ามพรมแดนของผู้คนที่เพิ่มขึ้นตามยุคสมัย การสกัดกั้นไม่ให้เชื้อโรคร้ายแพร่กระจายตามเข้ามาในบ้านเมืองได้เป็นเรื่องจำเป็นอันดับแรก กลายเป็นจุดกำเนิดของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศแห่งแรกของประเทศไทย จากการตั้งด่านตรวจโรคขึ้นที่ เกาะไผ่ อยู่ห่างจากพัทยา ๘ กิโลเมตร เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๔๑ เพื่อกักและตรวจโรคก่อนอนุญาตให้เรือโดยสารระหว่างประเทศ เข้ากรุงเทพฯ ซึ่งขณะนั้นเกิดกาฬโรคระบาดตามเมืองท่าต่างๆ ทั่วโลก จากนั้นย้ายมาที่ เกาะพระ จนมาตั้งด่านกักตรวจโรคที่สมุทรปราการ ต่อมากกรมอนามัย (ชื่อเดิมกระทรวงสาธารณสุข) ได้จัดตั้งแผนกการอนามัยด้านและการกักโรคขึ้นในกองควบคุมโรค เพื่อควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่แพร่เชื้อจากการเดินทาง พ.ศ. ๒๕๐๐ กรมอนามัยเริ่มโครงการด่านกักโรค ต่อมาเปลี่ยนเป็นแผนกค่ายกักโรค สังกัดกองควบคุมโรคติดต่อ เวลานั้นใช้ พ.ร.บ.คนเข้าเมืองเป็นเครื่องมือห้ามผู้ต้องสงสัยแพร่กระจายโรค เช่น อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้เหลือง

พ.ศ. ๒๕๑๒ ประเทศไทยได้รับรองและนำกฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับแรกมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของด่านกักโรค ทำให้การทำงานป้องกันควบคุมโรคมีระบบและได้มาตรฐานมากขึ้น จนปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ได้มีการแปลงกฎอนามัยระหว่างประเทศเป็นภาษาไทย เพราะเห็นว่าเจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (เดิมชื่อ ด่านกักโรค) ควรมิ่วศึกษาอ้างอิงคู่กับ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๓๓ จนเกิดความแพร่หลายใช้เป็นคู่มือการทำงานมากกว่าที่ผ่านมา และเป็นจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญต่อบทบาทของด้านควบคุมโรคติดต่อ หลังจากนั้นได้มีการผลิตเอกสารคู่มือปฏิบัติงาน วารสาร ประชุมวิชาการ จัดฝึกอบรมเป็นประจำ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ กรมควบคุมโรคได้จัดตั้ง สำนักงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ และเปลี่ยนเป็น กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อ



ทั่วไป ภายหลังมีการนำ ๓ มาตรการหลักมาใช้ในการทำงาน  
ของทุกด้านคือ กฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๒ ปี พ.ศ.  
๒๕๕๐ คู่มือการติดตามการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎ  
อนามัยระหว่างประเทศเฉพาะทางเข้าออก และพ.ร.บ.  
โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๔ ปัจจุบันด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง  
ประเทศ ทั้ง 3 ประเภท มี ๖๘ แห่ง สังกัดกรมควบคุมโรค ๖๑  
แห่ง (ส่วนกลาง ๓ แห่ง ส่วนภูมิภาค ๕๘ แห่ง) และสำนักงาน  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๗ แห่ง

# Interview



# อัญชณา ประศาสน์วิทย์

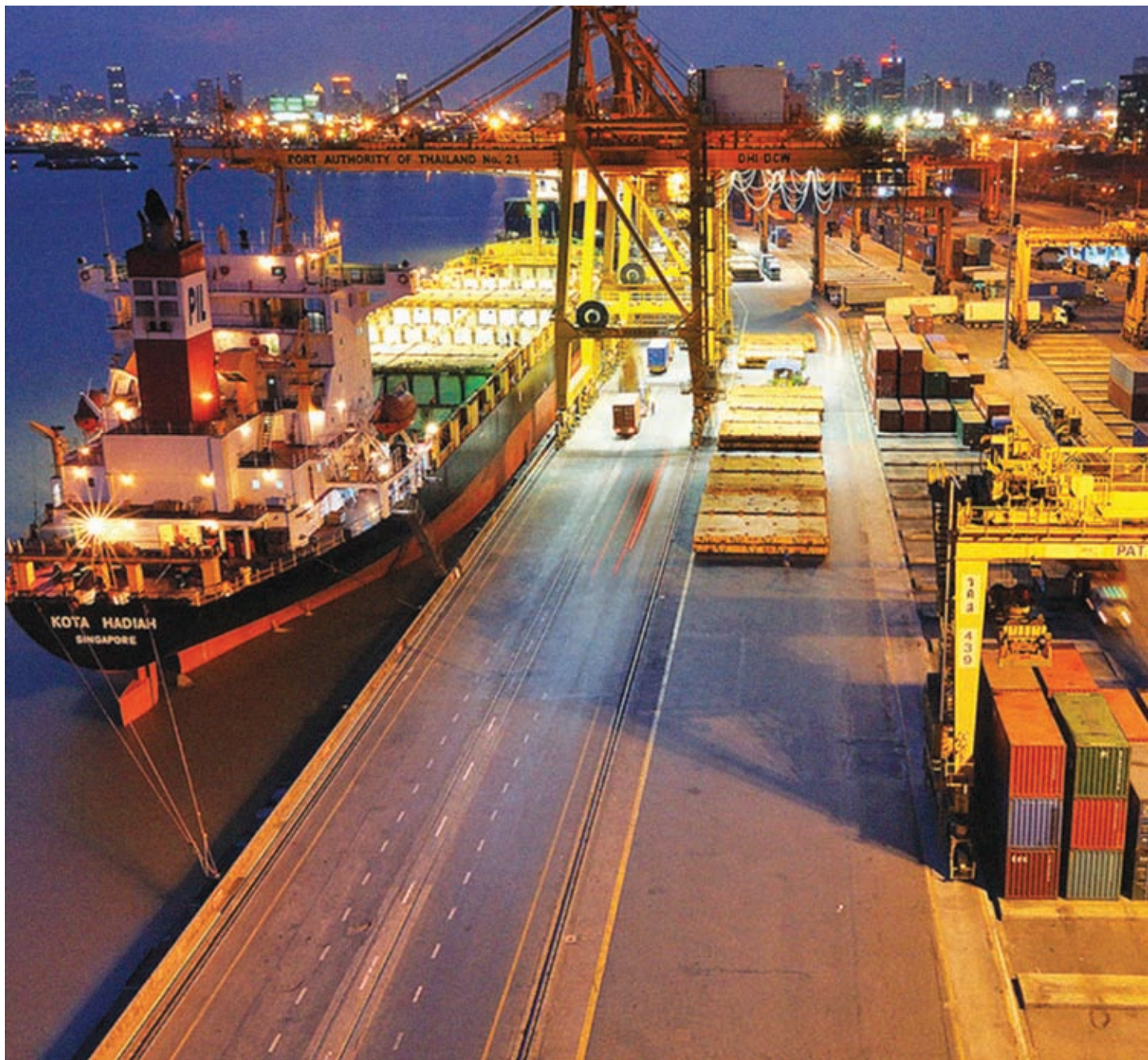
## อดีตนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป

“WHO เห็นความยุ่งยากของการควบคุมโรคติดต่ออันตรายใหม่ๆ อย่าง  
ซาร์ส เลยปรับปรุงกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR ขึ้นใหม่ เป็นฉบับที่ ๒  
แล้วประกาศใช้ในปี ๒๕๔๘ ทางสาธารณสุขเอามาใช้ปี ๒๕๕๐ เปลี่ยนจาก  
เดิมเยอะมาก หน่วยงานที่อยู่ตรงด้านสากลจะเป็นระบบ QIC คือศุลกากร  
ตรวจคนเข้าเมือง และกักกันซึ่งกินความถึงคน สัตว์ พืช โรคที่ต้องเฝ้าระวังก็  
มากขึ้น ยังรวมเรื่องสารพิษ รังสี กัมมันตภาพรังสี ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม อาหาร  
ในพื้นที่นั้น แต่ละเรื่องบอกรายละเอียดมาหมด เราก็เลยจัดอบรมเจ้าหน้าที่  
ด้านทั้งคนเก่าคนใหม่ ทำหนังสือแนวทางปฏิบัติงานแต่ละเรื่อง ที่น่าเป็นห่วง  
คือ เรื่องความสนใจ คนทำงานด้านนี้จะเอาไปใช้มากน้อยแค่ไหน”





๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



## ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ความท้าทายของวันนี้

ในฐานะปรากฏการณ์แรกที่ยกย่องกันควบคุมโรคจากนอกประเทศไม่ให้เข้ามาแพร่เชื้อระบาด ทั้งทางบก น้ำ และอากาศ จากอดีตได้พัฒนารากฐานการทำงานมาตลอดตามหลักสากล จนถึงวันนี้ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ มีการเตรียมพร้อม ตรวจสอบเฝ้าระวังป้องกันโรคจากชาวต่างชาติ สินค้า พาหนะ ที่ผ่านเข้าออก ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่มาพร้อมความท้าทายใหม่ๆ ในวันที่โลกไม่เหมือนเดิม

### ท่าเรือกรุงเทพฯ เรียนรู้จากอดีตสู่การพัฒนาในปัจจุบัน

ในยุคแรกของการสัญจรด้วยเรือข้ามประเทศ การตรวจโรคติดต่อทางเรือมีความสำคัญมาก เมื่อมีการระบาดโรคร้ายอย่าง อหิวาตกโรค กาฬโรค เจ้าหน้าที่จะตรวจตราค้นหาผู้ป่วย รักษาและป้องกัน เฝ้าระวัง เข้มขันรัดกุมไม่ให้เทียบท่าจนกว่าจะมั่นใจ เจ้าหน้าที่ประจำด้านควบคุมโรค ท่าเรือกรุงเทพฯ ได้เรียนรู้แนวทางการทำงานนี้มาตั้งแต่ต้นและพัฒนาเป็นระบบไปตามกฎข้อบังคับขององค์การอนามัยโรค ที่เน้นจัดการป้องกันโรคอย่างระมัดระวังพร้อมกับให้ความสะดวกผู้โดยสาร หากเรือมีใบรับรองได้รับการตรวจตราจากท่าเรือก่อนหน้านี้ และผู้โดยสารได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้ว อาจตรวจดูความสะดวก สุขาภิบาลเรือเพิ่มเติม ไม่กักเรือไว้นานเหมือนในอดีต นอกจากนี้มีรายงานลูกเรือป่วยเข้ามา จะทำตามขั้นตอนแยกรักษาและป้องกัน แต่สิ่งสำคัญที่ท่าเรือต้องเฝ้าระวังเป็นประจำตลอดมาคือหนู พาหะของกาฬโรค ทั้งบริเวณท่าเรือ โกดังเก็บสินค้า และบนเรือ มีการถ่ายทอดความรู้ความชำนาญในการค้นหาและดักหนู จนรับมือได้ดีเมื่อกาฬโรคระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ต่อมาทางท่าเรือกรุงเทพฯ ได้พัฒนาปรับปรุงงานป้องกันควบคุมโรคตามมาตรการทั้ง ๓ ที่กำหนดไว้เช่นเดียวกับทุกท่าเรือในประเทศ แม้ภารกิจจะมากและครอบคลุมหลายเรื่อง แต่ทำให้เกิดการร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่มากกว่าเดิม มีการเตรียมความพร้อมในภาวะปกติ ฉุกเฉิน ตอบโต้ และซ้อมแผน ที่ตอบรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป



# Interview



# สมเกียรติ ศรทรง

## อดีตหัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าเรือกรุงเทพ

“ตอนนั้นต้นปี ๒๕๓๗ ทางท่าเรือกรุงเทพ จัดอบรมกันเรื่องเทคนิคการเฝ้าระวังกาฬโรค เพราะเห็นว่าคนเก่าที่เก่งๆ จะเกษียณกันหมดแล้ว ถ้าไม่ถ่ายทอดเอาไว้ คนใหม่จะทำกันเป็นไหม เราก็เลยจัดสอน เชิญพี่ๆ รุ่นเก่าจากนครสวรรค์มาสอนวิธีดูร่องรอยหนู วางกรงดักหนู สางหมัด ย้อมเชื้อ ดูเชื้อกาฬโรค สอนทุกอย่าง อบรมเสร็จได้ ๖ เดือน เกิดกาฬโรคระบาดจากเมืองสุรรัต ที่อินเดีย คนของเราได้เอาวิชามาใช้กันเลย ตรวจเรือตรวจคนที่มาจากอินเดีย ป้องกันตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศได้เร็วแล้วก็ได้ผลด้วย”



## ๑ ศตวรรษของ การต่อสู้โรคติดต่อ เพื่อคนไทย

# ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปรากฏการณ์ใหญ่ของ ประเทศไทยวันนี้

ตั้งแต่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิเปิดบริการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๙ คนทั่วโลกเดินทางเข้าออกแต่ละวันพันกว่าเที่ยวบินแต่ละปีหลายล้านคน มากกว่าทุกท่าอากาศยานในประเทศไทย ด้านควบคุมป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศของท่าอากาศยานแห่งนี้เสมือนเป็นปราการใหญ่คอยเฝ้าระวังโรคภัยไม่ให้หลุดรอดเข้ามาสร้างความเสียหายกับชาติบ้านเมือง บนมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองตรวจจับได้ ติดตามได้ ทั้งผู้ป่วยและกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด มีการสุ่มตรวจครึ่งหนึ่งของเที่ยวบินทั้งหมดที่เข้าออก และตรวจตราเที่ยวบินที่มาจากเขตติดโรคใช้เหลือง ๔๒ ประเทศ ๒ ทวีป แอฟริกาและอเมริกาใต้ ซึ่งมี ๒ เที่ยวบินทุกวันจากแอฟริกา โดยทำการตรวจรับรองเอกสารฉีดวัคซีน ตรวจสุขภาพลบนเครื่องบิน การตรวจใช้เหลืองเป็นมาตรการที่ใช้เฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่อื่นๆ เช่น อีโบล่า นอกจากตรวจคัดกรองคนเข้าออก ก็คือ การตรวจตราสุขภาพลบนานาชาติ ทุกๆ ไป มีการควบคุมจัดการน้ำเสีย ชยะควบคุมคุณภาพอากาศ เสียง แม้แต่เคมีรังสี ตรวจสุขภาพลบนานาชาติ ส่วนอาหารจะสุ่มตรวจการปนเปื้อนอาหารกล่องระหว่างลำเรียงขึ้นเครื่อง

ในภาวะฉุกเฉินจะมีระบบเฝ้าระวังที่ดี มีระบบการตรวจตราสามารถควบคุมการกระจายโรคได้ และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในสนามบิน เช่น การท่าอากาศยาน ผู้แทนสายการบิน เพื่อแยก คัดกรอง ตรวจตรา จะแยกคัดกรองผู้โดยสารด้วยการวัดอุณหภูมิร่างกาย ส่วนผู้ป่วยจะสอบถามประวัติ ดูอาการเพิ่ม และนำข้อมูลทั้งหมดปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรคเพื่อพิจารณาส่งต่อ และทำข้อมูลกลุ่มคนสัมผัสใกล้ชิดไว้ติดตามควบคุมโดยสังเกต เข้าประเทศได้แต่ต้องรายงานตัวกับด่านหรือให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ติดตาม



ด้านควบคุมป้องกันโรคแห่งนี้ใช้แนวทางการทำงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับที่ ๒ ปี พ.ศ.๒๕๕๐ คู่มือการติดตามการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศเฉพาะทางเข้าออก พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ และ ICAO โดยมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่หลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นหลักสูตร CDCU หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคซึ่งยกระดับจาก SRRT ให้มีความรู้ความเข้าใจหลักระบาดวิทยาแม่นยำในการตรวจจับโรค การพัฒนาด้านภาษาอังกฤษ จีน และอาหารับที่จำเป็นกับการใช้งาน การป้องกันตนเองจากความเสี่ยงต่อโรคที่มีอยู่สูง การพัฒนาระบบไอทีให้มีความคล่องตัวรวดเร็วกว่าที่เป็นอยู่ จนสามารถใช้ข้อมูลร่วมของหน่วยงานตามระบบ CIQ ได้ การพัฒนาตรวจตราสุขภาพีบาลเครื่องบินแบบคิดค่าธรรมเนียม ที่ก่อให้เกิดรายได้ขึ้นนำไปสู่การที่จะปฏิรูประบบองค์กร และที่สำคัญที่สุดคือ จัดสร้างอาคารในสนามบินเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจะแล้วเสร็จใน ๒ ปีข้างหน้า

# Interview



# ปฏิคม วิวัฒนาการ

## หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ

“พ.ร.บ. โรคติดต่อ ๒๕๕๘ ฉบับนี้เขียนไว้ดีมาก ง่ายต่อผู้ปฏิบัติงาน เพราะหัวหน้าด้านควบคุมโรคทุกด้านเป็นเลขานุการการของช่องทาง มีประธานคือเจ้าบ้าน ตรงนี้ประธานคือการทำ มีหน่วยงานรัฐในพื้นที่เป็น คณะทำงาน ทำให้ผมนำเสนอคณะทำงานสุวรรณภูมิได้ถึงปัญหาที่พบจากการซ้อมแผนควบคุมป้องกันโรค และเขียนแผนตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน ภายใต้บริบทของ IHR กฎอนามัย ปี ๖๐ ถึงปี ๖๔ มาแถลงในที่ประชุมของ คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดสมุทรปราการ ทางผู้ว่าเห็นชอบด้วย ผลักดันให้ทางการทำอากาศยานอนุมัติเงิน ๙๕ ล้านบาท มาทำในสิ่งที่ด้านควบคุมโรคต้องการ ก็คือ สร้างอาคาร ๒ ชั้น พร้อมเครื่องมือแพทย์ ในลานจอดสุวรรณภูมิ ไว้ respond public emergency รองรับปัญหาโรคติดต่อ คัดกรอง isolate ผู้สงสัยป่วยได้ ส่งเข้าอาคารนี้เลย ถ้าเป็นโรคติดต่อจบ อยู่ในนั้นเลยไม่ต้องมาออกมา space ช้างนอก ซึ่งตอบโจทย์ที่จะป้องกันควบคุมโรคไว้ให้ได้”





# Interview



# คุณภาพ คงใจ

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

“ปัจจุบันถามว่าทำไมเราถึงอยู่ตรงนี้ได้ ทั้งที่เสี่ยงมาก  
เสี่ยงทุกวัน แต่ด้วยความตั้งใจเพราะเราทำเพื่อชาติ เวลาทำเพื่อ  
ชาติ เราไม่นึกถึงปัญหาอุปสรรคอะไรทั้งนั้น เราทำเพื่อชาติ  
เพราะว่าถ้าเคสหลุดเข้าไปในประเทศเหมือนกับเราปล่อย  
สงครามเข้ามาในประเทศ ถ้าเราทำตรงนี้ได้เราติดเชื้อเราเสีย  
ชีวิต แต่ถ้าเราสามารถควบคุมโรคให้มันอยู่ในตรงนี้ได้ เราถือว่า  
เราทำหน้าที่เพื่อประเทศแล้ว”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



<http://www.konlannanews.com/2018/07/20/1482/>

## ท่าอากาศยานดอนเมือง ในวันที่คนไทยเริ่ม สัญจรทางอากาศ



การเดินทางข้ามประเทศทางอากาศเริ่มเข้ามาแทนที่การเดินทางทางเรือ เมื่อมีการจัดตั้งกองการบินพลเรือนในปี พ.ศ.๒๔๘๓ ทำการบินพาณิชย์ขึ้นที่ สนามบินดอนเมือง ผู้คนต่างชาติหลังไหลเดินทางเข้าเมืองไทยไม่ขาดสาย นำเชื้อโรคหลากหลายเข้ามาสู่ประเทศไทยเร็วขึ้นกว่าเดิม พ.ศ.๒๔๙๑ ยกฐานะ กองการบินพลเรือนเป็น กรมการบินพลเรือน เพื่อควบคุมดูแลกิจการของท่าอากาศยานดอนเมือง ต่อมาเมื่อมีแผนการอนามัยด่านและการกักโรคขึ้น จึงส่งนายแพทย์มาประจำตรวจตราเฝ้าระวังผู้โดยสารที่สงสัยว่าเป็นโรคอันตราย พ.ศ.๒๔๙๗ ไทยเข้าร่วมเป็นภาคีองค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ ICAO เกิด พ.ร.บ.เดินอากาศ พ.ศ.๒๔๙๗ บังคับกิจการการบินพลเรือนตาม ICAO

พ.ศ.๒๔๙๘ เปลี่ยนชื่อเป็น ท่าอากาศยานกรุงเทพ และเติบโตเป็นท่าอากาศยานพาณิชย์สากลสำคัญของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จนมีการย้ายเที่ยวบินพาณิชย์ไปยังท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ พ.ศ.๒๕๔๙ หากด้วยปัญหาหลายประการของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ จึงมีการเปิดท่าอากาศยานกรุงเทพอีกครั้งใน พ.ศ.๒๕๕๐ ส่วนใหญ่จะเป็นเที่ยวบินภายในประเทศ ต่างประเทศเป็นส่วนน้อย ปัจจุบันด่านควบคุมป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ มีการตรวจคัดกรอง แยกรักษา เฝ้าระวัง ป้องกันโรค ตามกฎหมายและมาตรการที่กำหนด รวมถึงแนวทาง ICAO ปกติด่านท่าอากาศยานระหว่างประเทศจะตรวจคัดกรอง ไข้เหลือง ไข้ และสุซาภิบาล แต่ความที่ไม่มีเที่ยวบินตรงจากประเทศเขตติดโรค ผู้เดินทางจะแวะที่อื่นทำให้โดนคัดกรองมาก่อนแล้ว และส่วนใหญ่จะมีสมุดรับรองการฉีดวัคซีน งานในส่วนนี้จึงมีไม่มากนัก อีกโรคที่เฝ้าระวังควบคู่กันคือ ไข้หวัดนก เพราะมีผู้โดยสารจากจีนเข้ามามาก ที่ผ่านมามีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย งานจึงคล่องตัวขึ้น ส่วนโรคอื่นจะติดตามข่าวสารจาก WHO การเฝ้าระวังทุกวันนี้อาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ถ้าป่วยมีอาการน่าสงสัยเป็นโรคติดต่ออันตราย ๑ ใน ๑๓ โรค หรือโรคอุบัติใหม่ จะส่งต่อไปสถาบันบำราศนราดูร ส่วนคนอื่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ปานกลาง และเสี่ยงต่ำ อาจมีการกักตัวหรือติดตามคุมโดยสังเกต โดยประสานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิด

# Interview



# ปรัชญาพล ปึ้งผลพูล

## หัวหน้าด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานดอนเมือง

“งานของด่านที่ดอนเมืองเราไม่ได้เน้นเคส แต่เน้นเรื่อง การประสานงานกับเครือข่ายมากกว่า เช่น จะตรวจเครื่องบินลำนี้ มีผู้โดยสารที่เป็นเมอร์ส เราก็ขอความร่วมมือไปยังท่า ไปที่สาย การบินว่าช่วยจอดที่เกทนี้ ประชาสัมพันธ์ให้เยอะหน่อย ให้เขา เข้าใจว่านี่คือการคัดกรอง เป็นการช่วยเหลือเขาจะถ้าเขาป่วยขึ้นมา แล้วคนรอบข้างเขาก็สบายใจว่า คุณตรวจแล้วคุณก็ปลอดภัย แล้วเราก็ประสานกับตม.ว่าไฟล์ทนี้เปิดช่องพิเศษเลยไม่ต้องไป ปะปนกับคนอื่น”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย





## ภารกิจเฝ้าระวังโรคคนต่างด้าว วันที่ทำการแพทย์ตรวจคนเข้าเมืองสวนพลู

ในเวลาที่การเดินทางเข้าออกประเทศกลายเป็นเรื่องง่าย จะด้วยเหตุผลด้านการท่องเที่ยว หรือนโยบายด้านเศรษฐกิจ ความเสี่ยงจากโรคระบาดที่มากับคนต่างชาติก็ยิ่งสูงตาม ยิ่งเป็นผู้อพยพหลบหนีเข้าเมือง แรงงานต่างด้าว ผิดกฎหมาย ยิ่งต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ รวมทั้งผู้ต้องขังได้รับโทษครบกำหนดแล้ว ระหว่างรอส่งกลับประเทศ หรือส่งต่อไปประเทศที่ ๓ บางส่วนจะถูกส่งมายังสถานกักตัวคนต่างด้าว สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ที่สวนพลู และมีหน่วยงาน "ที่ทำการแพทย์ตรวจคนเข้าเมืองสวนพลู" ของกรมควบคุมโรคคอยดูแลเฝ้าระวังโรคประจำอยู่ โดยเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่เข้ามาร่วมกันทำงานอย่าง UN หน่วยงานแพทย์ของ NGO สถานทูตประเทศต่างๆ ฯลฯ



# Interview



# วชิรพันธ์ ชัยนนธ์

## หัวหน้าที่ทำการแพทย์ตรวจคนเข้าเมืองสวนพลู กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป

ได้เล่าถึงการทำงานจะเป็นการดูแลให้การรักษาตามอาการเบื้องต้น และเฝ้าระวังโรคไปด้วย ที่นี้แบ่งห้องกักตามโซนสัญชาติใกล้เคียงกัน เช่น โซนฝรั่ง เกาหลี แอฟริกา อินเดีย และประเทศเพื่อนบ้าน แยกเป็นชายหญิง เด็กเล็กเราให้อยู่กับแม่ จะมีการตรวจสุขภาพทุกอาทิตย์ มีแพทย์มาช่วย คัดกรองคนเจ็บป่วย ติดตามดูอาการ และแยกรักษา เราจะทำงานร่วมกับ หน่วยแพทย์จาก NGO ที่เน้นโซนฝรั่งจะมีไม่ค่อยมาก เราจะรับผิดชอบทาง เอเชียเป็นหลักอย่างลาว เขมร พม่า

ที่นี้การดูแลจะยึดหลักจากคู่มือโรคติดต่อทั่วไป คู่มือเฝ้าระวังโรค ในเรือนจำ อีกเล่มเป็นคู่มือในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เราเน้นเรื่อง วัณโรคเป็นหลัก ถ้าผู้ต้องกักอยู่เกิน 6 เดือน เราจะเอ็กซเรย์ทุกราย ถ้าผิดปกติเราก็ให้การักษา ส่งไปโรงพยาบาล พอช่วงกักก็ให้หัวหน้ากักดูแล ให้กินต่อหน้าตามมาตรฐาน ถ้าผู้ต้องกักเป็นพม่าเข้ามาแบบผิดกฎหมาย ทุกรายเราให้กินยาป้องกันโรคเท้าช้างทุก 6 เดือน เป็นการป้องกันเอาไว้ก่อน อีกเรื่องคือสุขาภิบาล ห้องที่อยู่รวมกัน ห้องน้ำ ของผู้ต้องกัก เราจะให้ เขาช่วยกันทำความสะอาด จะป้องกันควบคุมโรคได้อีกชั้น ที่สำคัญเราดูแล ในฐานะเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ให้อะไรที่เราให้ได้ ช่วยในสิ่งที่ช่วยได้

“นอกจากจะดูแลเรื่องร่างกาย ก็ต้องดูแลเรื่องจิตใจ สังคมรอบข้างเค้า เราต้องคอยดูแล บางทีก็ต้องคอยมอง ต้องให้ผู้ต้องกักชั้นดีช่วยดูแล เคลสไหนที่เสี่ยงๆ มีโอกาสที่จะทำร้ายตัวเอง เราก็ฝากเขาช่วยดูแล ยังดีที่อยู่กันหลายคน เวลาทำอะไรก็เห็นง่าย”

# Interview



# เบญจาทะพีศิริ

## หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าเรือกรุงเทพ

“สิ่งอยากพัฒนาให้ขึ้นไปตามมาตรฐานหลัก และกฎ  
อนามัยระหว่างประเทศ อยากให้มีแผนงานที่สามารถทำงานได้เป็น  
รูปธรรม บุคลากรอยากให้ได้มีความรู้ความสามารถ เก่งภาษา  
พัฒนาต่อยอดกันไปเรื่อยๆ เราพยายามพัฒนา คิดเองทำเอง  
แล้วก็ไปเชิญวิทยากรข้างนอกมาช่วยคิด อย่างวิธีปฏิบัติการฉุกเฉิน  
จะอย่างไร พยายามหาแนวทางออกมา เราซ้อมแผนอยากเอาแผน  
มาปรับปรุง ก็ได้อาจารย์มาช่วยถอดบทเรียน เป็นแนวทางไว้ให้  
ตอนนี้เรากำลังปรับปรุงการทำงานกันอยู่”



# Interview



# หาญพล วิสุทธีรักษ์

## อดีตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าเรือกรุงเทพ

“ช่วงซาร์สระบาด เวลาเรือจะเข้าเทียบท่า ถ้ามีลูกเรือมีไข้สูง เขาจะแจ้งมา เราจะให้เขาทิ้งสมอรอด้านนอก ไม่ให้เทียบท่า แล้วเตรียมอุปกรณ์ขึ้นไปตรวจ ไปกับนาร์่อง ตม. ศุลกากร ทางตม. เค้าจะมีรายชื่อลูกเรือทุกคน ก็เรียกมาเช็คชื่อ ส่งต่อให้เราตรวจ ก็เอาเครื่องส่งวัดอุณหภูมิ ใครไข้สูงก็แยกไว้ดูอาการต่อ แต่ลูกเรือจะไม่ให้ลงจากเรือเลย ใช้ส่งเสบียงเอา สินค้าก็ขนขึ้นลงกัน กลางแม่น้ำ ป้องกันตามกฎอนามัยทุกอย่าง ปลอดภัยไว้ก่อน ที่ตรวจมาก็ไม่เจอนะโรคซาร์ส”



๑ ศตวรรษของ  
การต่อสู้โรคติดต่อ  
เพื่อคนไทย



REFERENCE NO. \_\_\_\_\_

**CERTIFICATE OF FRUIT, FOOD, VEGETABLES QUARANTINE**  
**DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL**  
**MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**  
**NONTHABURI, THAILAND**

<p>1. <i>Products consigned from (Exporter's business name, address, country)</i></p>	<p>2. <i>Products consigned to (Consignee's name, address, country)</i></p>
<p>3. <i>Description of products</i></p> <p>3.1 <i>Name</i></p> <p>3.2 <i>Quantity</i></p> <p>3.3 <i>Kind of packages</i></p>	<p>4. <i>Description of transport</i></p> <p>4.1 <i>Means of transport and route</i></p> <p>4.2 <i>Date of departure</i></p> <p>4.3 <i>Port of entry</i></p>
<p>5. <i>Origin of products</i></p> <p>5.1 <i>District / Province or Rural</i></p> <p>5.2 <i>Province</i></p>	<p>6. <i>Certification: It is certified that the samples of products above were investigated on</i></p> <p><i>(date) _____ and</i>  <i>found to be collected from manufacturers under and in</i>  <i>satisfactory condition for export</i></p>

(Signature) \_\_\_\_\_

*The Director General, Department of Disease Control*

(Date) \_\_\_\_\_

*Place and date, signature and stamp of certifying authority*

ATTN: \_\_\_\_\_

REMARK: *This certification is based upon epidemiologic situation of product origin. It makes no reference of chemical or biological properties of the products.*

## Pinkforms เมื่ออาหารไทยโกอินเตอร์

เมื่อต้องส่งสินค้าอาหารไปต่างประเทศ ความมั่นใจในคุณภาพสินค้าของผู้ซื้อ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ไม่เพียงแต่ทำให้สินค้าขายได้ แต่ยังเปิดโอกาส ขยายตลาด ให้เติบโตต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้กรมควบคุมโรคจึงให้ความสำคัญกับการออกใบรับรองแหล่งผลิตแหล่งกำเนิดอาหารปลอดภัย หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า Pinkforms แก่ผู้ประกอบการที่ส่งออกสินค้าประเภทอาหารไปขายต่างประเทศ โดยมีงานออกใบรับรองแหล่งผลิตแหล่งกำเนิดอาหารปลอดภัย สำนักโรคติดต่อทั่วไปเป็นผู้ดำเนินการและออกใบรับรองให้สินค้าอาหารที่บริโภคได้ทุกชนิด ไม่ว่าจะอาหารของคนหรืออาหารสัตว์ เฉพาะสินค้าจากแหล่งปลอดภัยอหิวาตกโรคเท่านั้น ส่วนการรับรองปลอดภัยโรคอื่นหรือเรื่องทีนอกเหนือจากนี้ จะมีอีกหลายหน่วยงานที่ออกใบรับรอง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมปศุสัตว์ ฯลฯ สำหรับข้อมูลที่ใช้ตรวจสอบสินค้าที่ให้ออกใบรับรอง จะได้รับจากกลุ่มงานอาหารและน้ำ สำนักระบาดวิทยา ทำให้รู้รายละเอียดว่าวันที่ พื้นที่ จังหวัดไหนที่มีผู้ป่วยอหิวาตกโรค ถ้าตรงกับสินค้าที่ยื่นมาจะไม่สามารถออกใบรับรองได้ ซึ่งขณะนี้ผู้ประกอบการสามารถตรวจสอบข้อมูลสินค้าได้เองผ่านเว็บไซต์ก่อนยื่นเอกสาร

สำหรับบริการออกใบรับรอง Pinkforms นับตั้งแต่ให้บริการมาประมาณ ๔๐ ปี ทางกรมฯ ได้มีการพัฒนาระบบการบริการมาตลอด จากช่วงแรกเป็นการยื่นเอกสารที่กรมฯ ใช้เวลาในการดำเนินงานออกใบรับรอง ๗ วันทำการ ถ้าแหล่งผลิตแหล่งกำเนิดนั้นผ่าน และยังใช้เอกสารจำนวนมากในการยื่นตรวจสอบแต่ละครั้ง ต่อมาได้พัฒนาเป็นกึ่งระบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถลดเวลาลงเหลือ ๓ วันทำการ แต่ยังไม่สะดวกเท่าที่ควร

ปัจจุบันเป็นการให้บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ ยื่นแบบขอใบรับรองผ่านทางระบบที่พัฒนาขึ้นมาโดยเฉพาะ ซึ่งประเทศไทยมีการจัดทำระบบ National Single Window (NSW) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลแบบบูรณาการสำหรับการนำเข้า-ส่งออก การนำผ่าน และโลจิสติกส์ที่อำนวยความสะดวกด้านการค้าให้กับภาครัฐและเอกชน แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้สะดวก รวดเร็ว ลดต้นทุนการจัดการ ลดความซ้ำซ้อนในการกรอกข้อมูลและจัดส่งเอกสาร ซึ่งได้รับการตอบรับจากผู้ประกอบการเพิ่มขึ้น ขณะนี้มีบริษัทเข้ามาจดทะเบียนรับบริการประมาณ ๔,๐๐๐ ราย



# Interview



# จรรยา แจ่มสาคร

## พนักงานธุรการระดับ ๓ งานออกใบรับรองแหล่งผลิตแหล่งกำเนิด อาหารปลอดภัย สำนักโรคติดต่อทั่วไป

“ตอนนี้ระบบน่าจะช่วยให้ส่งออกได้เยอะ เพราะของเราแค่วันเดียวก็ออกใบรับรองได้แล้ว แต่ที่อื่นจะใช้เวลานานกว่านี้ ตอนนี้เราน่าจะเร็วที่สุดแล้วนะ แค่วันเดียว อย่างยี่วันนี้ พรุ่งนี้ป้ายเค้มาได้รับแล้ว ช่วยทำให้เรื่องส่งออกเร็วขึ้น ลดขั้นตอนไปเยอะ แล้วยื่นได้ตลอดผ่านเว็บไซต์ ๒๔ ชั่วโมง ช่วยขยายตลาดได้นะ จะเห็นมีประเทศคู่ค้าใหม่ๆ มากขึ้น”



๓

ภัยร้ายที่ต้องระวัง  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ



<http://www.healthandtrend.com/healthy/health-food/6-ultimate-food-allergy-against-the-city>

## ภัยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภัยสุขภาพ

วิถีชีวิตสมัยใหม่ทำให้คนไทยมีพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพตนเอง จนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากขึ้น ไม่ว่าจะชอบรับประทานอาหารมันเค็ม กินผักผลไม้ น้อย ขาดการออกกำลังกาย เครียดง่าย สูบบุหรี่และดื่มเหล้าจัด ปล่อยตัวให้อ้วน มี น้ำตาลในเลือดสูงและความดันเลือดสูงกว่าปกติ เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน และอีกหลายโรคที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน มะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ภัยร้ายที่ต้องระวัง  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ  
ภัยสุขภาพ





นอกจากนี้ คนไทยยังต้องเผชิญกับโรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ได้รับบาดเจ็บ จากเครื่องจักรหรือสารเคมี ในที่ทำงาน ป่วยเพราะได้รับมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม พิษจากสารเคมีตกค้างในเรือกสวนไร่นา รวมไปถึงภัยที่เกิดขึ้นกับลูกหลานเด็กเล็กจมน้ำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพจึงเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งของประเทศ ที่ทุกคนทุกฝ่ายในประเทศต้องช่วยกันดูแลแก้ไข ไม่ให้กลายเป็นปัญหาใหญ่ที่ลูกหลานจะรับมือและเยียวยาในวันหน้า

## โครงการป้องกันเด็กจมน้ำ

การจมน้ำในเด็กเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นของเด็กไทย โดยมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากถึง ๑,๕๐๐ คนต่อปี เฉลี่ยวันละ ๔ คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โครงการการป้องกันเด็กจมน้ำจึงได้เริ่มต้นขึ้นมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙

จากสถิติพบว่าเด็กจมน้ำสูงในช่วงปิดเทอม ทั้งปิดเทอมใหญ่และปิดเทอมเล็ก นั่นคือช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม และเดือนตุลาคม ส่วนสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การดำเนินงานจึงต้องใช้หลายมาตรการ โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญ คือการสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ที่รวมเอามาตรการป้องกันด้านต่างๆ มาใช้ร่วมกัน โดยใช้ทรัพยากรและความร่วมมือของทุกคนในพื้นที่ เช่น จัดการแหล่งน้ำให้เกิดความปลอดภัย การสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดให้แก่เด็ก การสอน CPR ให้คนในชุมชน การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก

กลยุทธ์ผู้ก่อการดีจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในระดับพื้นที่ เพราะคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาภายใต้ต้นทุนที่มีอยู่ของตนเอง ทั้งยังมีการจัดทำแผนป้องกันการจมน้ำระดับชาติ ซึ่งเป็นกลไกให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในทุกภาคส่วน

# Interview



# สุชาดา เกิดมงคลการ

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ผู้เริ่มต้นดำเนินงานโครงการป้องกันเด็กจมน้ำตั้งแต่แรก มาจนถึงปัจจุบัน

“การทำงานโครงการป้องกันเด็กจมน้ำ เป็นการทำงานที่เริ่มจากศูนย์ ผู้บริหารทุกระดับ ทั้งในระดับ ประเทศ กระทรวง ภาค ประชาชน สื่อมวลชน ไม่เคยรู้เรื่องเด็กจมน้ำมาก่อน แต่เราเริ่มจากการมีข้อมูลและทบทวนอย่างเป็นระบบ ก่อนนำเสนอผู้บริหารของบประมาณ ซึ่งปี ๒๕๕๐ เป็นปีแรกที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ หลังจากนั้นเริ่มมีการทดลองดำเนินงานมาตรการต่างๆ มาตลอด แต่ค่อนข้างเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ต้องเริ่มนับหนึ่งใหม่เสมอ เพราะผู้บริหารหลายท่านไม่ให้ความสนใจ แต่ที่ผ่านมามาได้จนถึงวันนี้เพราะเราไม่ยอมแพ้ ล้มแล้วลุกหลายครั้ง ปัญหายังมีอยู่เราจะถอยไม่ได้ ถ้าเราเลือกที่จะเลิกทำ เราก็แค่ไปทำงานอื่น แต่เด็กๆ ไม่มีสิทธิเลือก ถ้าเราเลิกทำต่อ นั่นหมายถึงเราจะสูญเสียเด็กไปทั้งที่เราป้องกันได้ โชคดียังเข้าข้างเรา ความตั้งใจของเรา ยังมีผู้บริหารบางท่านเห็นและให้ความสำคัญ จึงให้การสนับสนุน”





## เริ่มต้นก่อตั้งสำนักแอลกอฮอล์

งานควบคุมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ก่อนหน้าที่จะเกิดสำนักคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) ขึ้นมานั้น ได้กระจัดกระจายไปอยู่ในส่วนต่างๆ ของรัฐบาล เช่น ในงานอุบัติเหตุและปัญหาสุราของกรมการแพทย์ เมื่อมีการปฏิรูประบบราชการ ในปี พ.ศ.๒๕๔๕ งานป้องกันควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงได้ย้ายมาอยู่ในกรมควบคุมโรค

ในช่วงต้นของงานควบคุมแอลกอฮอล์ ได้มีการทำวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการควบคุมที่ได้ผลต้องอาศัยมาตรการ ๓ มาตรการ คือ การควบคุมโฆษณา, การควบคุมการเข้าถึงที่ง่ายเกินไป และการควบคุมด้านภาษีและราคา ซึ่ง ๓ มาตรการนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการออกเป็นพระราชบัญญัติเพื่อควบคุมแอลกอฮอล์ตราไว้ในรัฐธรรมนูญนำไปสู่การพยายามร่าง พรบ.ควบคุมแอลกอฮอล์ฉบับนี้ขึ้นมา โดยมีการทบทวนงานวิชาการเข้ามาสนับสนุนและผลัก ดันนโยบาย มีศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เข้ามาช่วยต่อสู้เชิงวิชาการในการอภิปรายในรัฐสภา และมีแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดการตัดสินใจกร่างพรบ.ฉบับนี้ขึ้นมา ก็คือการเคลื่อนไหวต่อต้านการนำบริษัทไทยเบฟเวอเรจ หรือเบียร์ช้าง เข้าตลาดหลักทรัพย์ฯ โดยมีการล่ารายชื่อประชาชน ๑๓ ล้านกว่ารายชื่อเพื่อสนับสนุนพรบ.ควบคุมแอลกอฮอล์ และในที่สุดที่ประชุมคณะรัฐสภาได้มีมติเห็นชอบให้มี พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ขึ้นมา หลังจากนั้นจึงมีพระราชกำหนดให้มีสำนักงานเพื่อรองรับการใช้กฎหมายตามพรบ.ฉบับนี้ จึงได้เกิด สำนักงานคณะกรรมการควบคุมแอลกอฮอล์ (สคอ.) ขึ้นมา เมื่อวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๑ เป็นหน่วยงานทางวิชาการส่วนกลางของกรมควบคุมโรค ทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับภารกิจเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ อันจะทำให้การปฏิบัติภารกิจตามอำนาจหน้าที่มีประสิทธิภาพ

## การต่อสู้เพื่อออกกฎหมายควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พรบ.ควบคุมแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ ฉบับนี้กว่าจะคลอดออกมาได้ ต้องผ่านอุปสรรคมากมาย เพราะเป้าหมายหลักของการออกกฎหมายฉบับนี้ ต้องการลดจำนวนคนดื่ม ซึ่งจะไปกระทบต่อยอดขายในธุรกิจแอลกอฮอล์ เป็นการขัดผลประโยชน์ของกลุ่มธุรกิจแอลกอฮอล์ขนาดใหญ่ ในการผลักดันให้เกิด พรบ.แอลกอฮอล์ ฉบับแรกขึ้นมาให้ได้นั้น ได้อาศัยความร่วมมือ ๓ ฝ่าย คือ ภาควิชาการที่ต้องใช้ข้อมูลทางวิชาการชี้ให้เห็นถึงอันตรายของแอลกอฮอล์ รวมทั้งข้อมูลวิชาการด้านกฎหมาย ที่ต้องเพินหาวิธีเขียนกฎหมายให้ง่ายต่อการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาครัฐ ต้องช่วยผลักดันนโยบายนี้ให้เกิดขึ้น และภาคประชาสังคม ช่วยสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ มีการล่ารายชื่อสนับสนุน ๑๐ ล้านกว่ารายชื่อ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากกลุ่มมวลชนทางศาสนาต่าง ๆ ด้วยพลังจาก ๓ ภาคส่วนนี้ร่วมมือร่วมใจกัน จึงสามารถผลักดันให้กฎหมายฉบับนี้เกิดขึ้นได้สำเร็จ

ช่วงเวลานั้นมีการต่อสู้กันในเชิงเทคนิคระหว่างผู้พยายามออกกฎหมายมาควบคุม กับฝ่ายธุรกิจแอลกอฮอล์ มีความพยายามต่อรองให้ลดทอนเนื้อหาของกฎหมายจากภาคธุรกิจเป็นอย่างมาก ทำให้ พรบ.ฉบับร่าง กับ พรบ.ฉบับจริง มีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยเฉพาะในประเด็นหลัก คือ การห้ามโฆษณา แต่ในที่สุดประเทศไทยก็มีพรบ.ออกมาใช้ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในระดับหนึ่ง

# Interview



# นพ.สมาน พุตระกูล

## ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จ.ราชบุรี อดีตผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) คนแรก

เป็นผู้มีบทบาทในการขับเคลื่อนกฎหมายเพื่อการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“ภาคประชาสังคมนี้ช่วยเราเยอะในการช่วยกันล่ารายชื่อ ๑๐ ล้านกว่ารายชื่อ แล้วก็กิจกรรมระดับจังหวัดขึ้นมาผลักดันในเรื่องนี้เป็นกฎหมายระดับต้นๆ ในรัฐบาลปวิวัติ (นายกรัฐมนตรี พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์) ช่วงนั้น แต่ว่าเป็นฉบับสุดท้ายที่ออกมา คือจากหลัง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีมติผ่านก็ปิดสถานิติบัญญัติเลย เพราะฉะนั้นเรียกได้ว่าแทบจะฉิวเฉียดนะครับ เพราะว่าหลายคนในช่วงนั้นมองว่ายังไงก็ไม่ผ่าน”

“ตอนแรกเราคิดว่าทำทางจะแห้ง แต่ภาคประชาสังคมเขาช่วยเต็มที่ครับ สะท้อนว่าเป็นกฎหมายที่ประชาชนต้องการ ไม่ว่าจะทางภาคธุรกิจจะมีการล็อบบี้อะไรๆ ก็ตาม อันนี้จะทำให้คนโหวตให้เรา ทำให้รัฐบาลสมัยนั้นรู้ว่า ถ้าให้ผ่านแล้วคนสนับสนุนมากกว่าคนคัดค้าน ซึ่งอันนี้ต้องเรียกว่า เป็นการร่วมไม้ร่วมมือกันอย่างเต็มที่ในการที่จะผลักดัน”



# Interview



# เกิ้ลซักร สงกรานต์ ภาคโชคดี

## ผอ.สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.) สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)

มีบทบาทในการรณรงค์ลดการดื่มเหล้ามาโดยตลอด ในการผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สคล.ที่เข้าบทบาทของเครือข่าย ประสานงานกลุ่มภาคีที่คิดเห็นตรงกันเรื่องการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ เป็นพลังทางภาคประชาสังคม หนึ่งในทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของอาจารย์ประเวศ วะสี” ก็คือมีมวลชนที่ออกมาเห็นด้วยมากมายที่จะผลักดันมติ ครม. ฉบับนั้น นั่นคือครั้งแรกที่ใช้ “พลังมวลชนมาสนับสนุนการให้มั่นนโยบาย”

“กว่าจะได้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต้องทำอะไรกันเยอะเยาะทีเดียว ก่อนที่จะมาผลักดัน พ.ร.บ. แอลกอฮอล์ เราก็เริ่มรณรงค์ตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ และก็ทำต่อเนื่องมา ที่จริงแทบทุกเทศกาลตั้งแต่ เข้าพรรษา-ออกพรรษา งานกฐิน ทำเพื่อปุกระแสลังคมว่าแอลกอฮอล์เนี่ยมีปัญหาขณะเดียวกันก็ทำให้มีทางออกด้วยและก็ทำงานต่อเนื่องกันมา เป็นการเตรียมสังคม ขณะเดียวกันมีโอกาสไปไหน แนนอนเราก็ต้องใช้ครับ ก่อนจะมี พ.ร.บ. ก็มี มติครม. เรื่องห้ามโฆษณา เราก็ใช้โอกาสนั้น ๆ ในการรณรงค์ นอกจากนั้นก็เรื่องห้ามขายรอบสถานศึกษาที่มีในมติ ครม.”

“ในสามมุมของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เราตกลงกันแล้วนะครับว่าเราต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่นั้นคือเหตุผลที่ทำให้เราต้องสู้อย่างหนักที่จะให้ได้มาตรการห้ามขายเหล้ารอบสถานศึกษา ถึงยังไม่ได้ในประกาศก็จริง นะครับ แต่ว่าคสช.ออกมาใช้มาตรา ๔๔ ก็ดีระดับหนึ่งแต่เราก็เกรงว่าไม่ยั่งยืนเพราะฉะนั้นประกาศนี้ยังต้องสู้ต่อไปนะครับ ทำให้สำเร็จและมาตราอื่นๆ ที่จะทำให้เราป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ได้”



## วิถีแห่งการต่อสู้ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยในปัจจุบัน สถิติผู้บริโภคแอลกอฮอล์ หากเทียบกับในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา เคยมีแนวโน้มว่าคนไทยลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงมาแล้ว แต่ปัจจุบันกลับมีทิศทางที่จะเพิ่มขึ้นจากการที่บริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายสุรพยายามสร้างลูกค้ากลุ่มเป้าหมายหลักใหม่ ๆ ขึ้นมาทดแทน คือ กลุ่มเยาวชน และกลุ่มนักดื่มผู้หญิง ที่มีกำลังซื้อมากขึ้น การตลาดและโฆษณาของธุรกิจเหล้าเปียร์จึงมุ่งเป้าที่ส่งกลุ่มเป้าหมายนี้

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(สคอ.) มีความพยายามสร้างการรับรู้ถึงปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งในewnักดื่ม ครอบครัวของนักดื่ม ร้านค้าผู้จำหน่ายสุราต่าง ๆ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการรณรงค์ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในระดับตัวบุคคล และระดับชุมชน เช่น จัดโครงการชุมชนไร้อัลกอฮอล์ดีเด่น เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน สคอ. ไม่ได้มุ่งหมายไปที่การห้ามดื่มหรือห้ามขาย แต่ต้องการให้ปัญหาแอลกอฮอล์ไม่ไปกระทบกับปัญหาสุขภาพ พยายามสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มคนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจถึงปัญหาและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

## ชุมชนไร้แอลกอฮอล์ดีเด่น

โครงการชุมชนไร้แอลกอฮอล์ดีเด่น เป็นแนวทางการดำเนินงานในชุมชนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ที่มีต่อสุขภาพ เป็นปัญหาครอบครัวและสังคมในวงกว้าง ทำลายชีวิต ครอบครัวและชุมชน

โครงการฯ นี้ต้องการแก้ปัญหการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในระดับชุมชน หรือระดับตำบล โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายสุรา หน่วยงานปกครองท้องถิ่น เช่น อบต. ฯ ภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง เข้ามาพูดคุยหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเปิดให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ศึกษาผลดีผลเสียจากการลดเลิกแอลกอฮอล์ด้วยกัน จนเกิดความเข้าใจและเห็นปัญหาที่เกิดขึ้น จึงจัดทำโครงการลดการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง ตัดสินใจด้วยกัน เกิดเป็นโครงการที่ชุมชนร่วมกันทำ โดยมี สคอ. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักด้านการควบคุมแอลกอฮอล์ เช่น พื้นที่ อบต.ลำภาฐาน อ.บัวเขต จ.สุรินทร์ มีปัญหาว่าชาวบ้านชอบจัดงานเลี้ยงด้วยการเลี้ยงเหล้าจนสิ้นเปลือง เมื่อ สคอ.ได้ลงพื้นที่ไปร่วมกันพูดคุย ร่วมคิด กับชาวบ้าน จนทำให้ชาวบ้านเห็นว่า งานแบบเดียวกันถ้าไม่เลี้ยงเหล้าจะประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึงครึ่งหนึ่ง จึงตกลงรณรงค์จัดงานบุญปลอดเหล้า



# Interview



# นพ.นิพนธ์ ชีวานนท์เวช

## ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

“ข้อเท็จจริงอันหนึ่งคือเขาพบสถิติว่า ร้านค้าขายสุราในเมืองไทยเดินไม่เกิน ๕ นาทีก็ถึงแล้ว มันเข้าถึงสะดวก มันก็เลยทำให้เกิดการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย ที่ไม่สามารถทำได้อย่าง ๑๐๐% จริง เพราะถ้าจะบังคับได้ มันต้องอาศัยความร่วมมือของคนที่มีอำนาจซื้อ รู้กฎหมายแล้วไม่ทำ คนที่ขายรู้กฎหมายแล้วจะไม่ขาย เหมือนเครพซึ่งกันและกัน มันคือวินัย มันไม่ใช่เพียงบังคับใช้กฎหมาย แต่จะทำยังไงให้ทุกคนเข้าใจกฎหมายและปฏิบัติตามกฎหมาย เหมือนมีวินัยทางกฎหมายด้วย เลือกที่จะมีวินัย เพราะรู้ว่าถ้าทำไปแล้วมันจะมีผลกระทบอะไรตามมา เพราะฉะนั้นมันคือการเครพซึ่งกันและกัน เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ จะทำเรื่องนี้ได้มันต้องมันต้องสร้างกันทุกด้าน”

“วัฒนธรรมต่างจังหวัดเราไปเราจะเห็นใช้ไหมครับ งานศพเลี้ยงเหล้า งานบวชเลี้ยงเหล้า โอ้โหได้บุญได้บาปหรือป่าวไม่รู้แน่ เพราะฉะนั้นที่เราทำงานร่วมกับภาคประชาชน สังคมที่ไปทำรวมถึงชุมชนต่างๆ เราจะเอาประเด็นพวกนี้มานั่งคุยกัน จะแก้ปัญหาคือมันต้องแก้อย่างครบวงจรก็คือทำทุกกิจกรรมที่จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาทุกส่วน แล้วก็ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แท้จริง มันก็เลยเป็นกลไกที่ตำบลลำภาฐาน เพราะตอนนั้นที่ตำบลลำภาฐานที่เข้าไปทำมันมีปัญหาว่าชาวบ้านเวลาจัดงาน เจ้าภาพจะชอบเลี้ยงเหล้า ต่อมาเขาพบว่างานแบบเดียวกันถ้าไม่เลี้ยงเหล้า ค่าใช้จ่ายหายไปถึงครึ่ง และวิธีการแบบชุมชน มันเริ่มต้นด้วยเรื่องรายจ่ายรายได้ คือทำให้เขาเห็นประเด็นที่ใกล้ตัวเขามากๆ”

“ในมาตรการต่างๆ เราต้องทำงานไปควบคู่กัน กฎหมายก็ต้องบอกเขานะ ผิดถูกเพื่อให้เขารู้เขาจะได้ไม่ทำผิด ขณะเดียวกันก็มีมาตรการกินเหล้าแล้วมีผลเรื่องเศรษฐกิจด้วย ใครยังกินเหล้า ก็ไม่เป็นไร แต่จะมากู้ ไม่ให้กู้ เพราะว่าคณยังมีรายจ่ายที่ไม่ได้ก่อให้เกิดรายได้ คือต้องให้หลายมาตรการ อยู่ที่การคิดของแต่ละพื้นที่จะใช้มาตรการแบบไหน”

## รณรงค์คนไทยให้พ้นภัยจากบุหรี่

งานควบคุมยาสูบ เริ่มต้นครั้งแรกอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาหลังการปฏิรูปราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่ง กรมควบคุมโรคติดต่อได้ปรับเปลี่ยนเป็น กรมควบคุมโรค และมีการปรับเปลี่ยนย้ายงาน NCD เข้ามาเป็นสำนักโรคไม่ติดต่อ สังกัดกรมควบคุมโรค ซึ่งมีกลุ่มงานยาสูบอยู่ในสำนักโรคไม่ติดต่อนี้ด้วย ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๕๑ ในระหว่างที่มีการร่าง พรบ.ควบคุมป้องกันเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งานควบคุมยาสูบมีการแบ่งชัดเจนเป็นกลุ่มการควบคุมบริโภคยาสูบและกลุ่มแอลกอฮอล์ ต่อมาเมื่อมีงานเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ กรมควบคุมโรค จึงมีคำสั่งยกสถานะกลุ่มยาสูบ จัดตั้งเป็น สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (สคส.) งานยาสูบภายใต้สังกัดกรมควบคุมโรคนี้ มีแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติที่ชัดเจน มีภาคีเครือข่ายทั้งจากภาครัฐและเอกชนเข้ามาร่วมกันทำแผนยุทธศาสตร์ชาตินี้ขึ้นมา และให้ความสำคัญกับเรื่องกฎหมายมากขึ้นมากกว่าสมัยที่ยังอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์

สคส. เป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย ตาม พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งปัจจุบันมีมาแล้ว ๒ ฉบับ คือ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งเป็นฉบับแรก และฉบับล่าสุดที่เพิ่งประกาศใช้ไม่นาน คือ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ อย่างไรก็ตาม สคส. เป็นหน่วยงานที่ประสบปัญหาด้านกำลังคนมาตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นหน่วยงานระดับกลุ่ม ในกรมการแพทย์ โดยเฉพาะกำลังคนที่เป็นนักกฎหมายที่มีไม่พอและไม่ทันกับการขับเคลื่อนดำเนินงาน สคส. ได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สนับสนุนงบเพื่อการดำเนินงาน รวมถึงด้านบุคลากร ทำให้เกิดความสะดวกรในการทำงานขึ้น และยังมีมุ่งมั่นในการติดตามบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนให้พ้นพิษภัยจากบุหรี่ ซึ่งเป็นยาเสพติดเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การเสพติดยาชนิดที่ร้ายแรงขึ้น จนทำให้เกิดทั้งปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม

## ฝ่าฟันผลิตภัณฑ์ออกกฎหมายควบคุมบุหรี่

การเคลื่อนไหวครั้งสำคัญซึ่งนำมาสู่การผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบขึ้นมา เริ่มต้นในปี พ.ศ.๒๕๓๐ เมื่อชมรมแพทย์ชนบทจัดวิ่งทั่วประเทศเพื่อล่ารายชื่อประชาชนให้ได้ ๖๐ ล้านชื่อ เอาไปเสนอนายชวน หลีกภัย ประธานสภาผู้แทนราษฎรในขณะนั้น ให้สภาฯ สนับสนุนการออกกฎหมายควบคุมยาสูบ ต่อมาในปี พ.ศ.๒๕๓๑ มีการต่อต้านการอนุมัติงบประมาณในการขยายโรงงานผลิตของโรงงานยาสูบ เป็นผลให้ พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรี ยกเลิกมติ ครม. นั้น พร้อมมีคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขไปพิจารณาร่างแผนควบคุมยาสูบมาเสนอ ครม. ซึ่งในร่างฯ ฉบับนั้นมีข้อเสนอที่สำคัญ คือ ให้มีการตั้งคณะกรรมการควบคุมยาสูบแห่งชาติ มีการห้ามโฆษณา ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

ปี พ.ศ.๒๕๓๒ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ประกาศห้ามโฆษณาบุหรี่ ในขณะที่ ครม.มีมติให้ตั้งคณะกรรมการยาสูบแห่งชาติ ขึ้นมา และในปีเดียวกันนี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ยกกฎหมายการค้ามาตรา ๓๐๑ เข้ามาเจรจาบีบให้รัฐบาลไทยต้องเปิดตลาดยาสูบ อ้างว่าไทยไม่สามารถห้ามนำเข้าบุหรี่ยาสูบได้ เพราะไทยเองก็ผลิตบุหรี่ ทำให้รัฐบาลไทยจำเป็นต้องยอมเปิดตลาดให้อเมริกา โดยกลุ่มผู้ยกร่าง พรบ.ควบคุมยาสูบ นำโดย ศ. เกียรติคุณ นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ จากคณะแพทย์ รพ.รามาธิบดี ได้เสนอให้ ครม.เห็นชอบในร่าง พ.ร.บ.ควบคุมยาสูบและแผนจัดตั้งสำนักงานควบคุมยาสูบ เพื่อปกป้องประชาชนไทยจากพิษภัยบุหรี่ที่เป็นผลจากการเปิดตลาดบุหรี่

ในที่สุดในปี พ.ศ.๒๕๓๕ รัฐบาลได้ผ่านกฎหมายควบคุมยาสูบฉบับแรกขึ้นมา คือ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๓๕ และได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายให้ทันสมัยขึ้น เป็นพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ ที่เพิ่งประกาศใช้ไปใน วันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๐ ไม่นานมานี้

# Interview



# เศรษฐี จุฬาลงกรณ์

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

“งานของเราต้องต่อสู้และรู้เท่าทันกับธุรกิจยาสูบไปด้วย จะไม่ได้ทำงานเหมือนกับกองหรือสำนักอื่น ซึ่งค่อนข้างจะเป็นมิติเชิงบวก ไปช่วยให้คนหายเจ็บหายไข้ แต่งานของเราจะต้องทำอย่างไรไม่ให้เขามาสูบ หรือคนสูบแล้วสูบน้อยลง หรือทำยังไงที่จะควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งที่นำเข้ามาและที่อยู่ในประเทศ คือจะต้องสอดคล้องกับตัวกฎหมาย”

“เป็นความภาคภูมิใจเพราะว่าการที่เราช่วยคนไม่ให้สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ได้ มันทำให้คุณภาพชีวิตของเขาดีขึ้น ถ้าสมมติไม่มีหน่วยงานภาครัฐที่ทำเรื่องนี้จริงจึงร่วมไปกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ตรงนี้ประเทศไทยเราแย่นะ เพราะจากข้อมูลการศึกษาวิจัยต่างๆ เกือบทั้งหมดบอกว่าคนเริ่มต้นจากการสูบบุหรี่ก่อน แล้วนำไปสู่การเสพยาเสพติดหรือพฤติกรรมเสี่ยงอย่างอื่น รวมทั้งการก่ออาชญากรรมการอะไรต่างๆ ฉะนั้นการที่เราป้องกัน โดยเฉพาะไม่ให้คนรุ่นใหม่มาสูบบุหรี่ได้ มันเลยเป็นเป้าหมายหลักของเราควบคู่กันไปกับการทำให้คนสูบบุหรี่แล้วเลิกให้ได้ค่ะ”



# Interview



# นพ.หทัย ชิตานนท์

## ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย อดีตรองอธิบดีกรมการแพทย์

ผู้มีบทบาทในการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่และควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นหัวแถวในการผลักดันพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

“ผมเป็นคนขี้เขลื่อนกฎหมายฉบับแรกขึ้นมา เป็นตัวอย่างให้เห็นว่า การทำงานการควบคุมยาสูบเป็นงานที่ต้องใช้พลังกาย พลังใจเข้มแข็งมาก ต้องต่อสู้หลายเรื่อง ต่อกู้กับยักษ์ใหญ่บุหรี่ เหนื่อยที่สุด ถ้าประเทศจะควบคุมมาลาเรีย คุณมียากำจัดยุง ยาแก้โรคมาลาเรีย คุณสบายแล้ว แต่บุหรี่ไม่ใช่อย่างนั้น บุหรี่มันออกมาจากคน คนที่ทำบุหรี่ขึ้นมาแล้วมันร่ำรวยมหาศาล สามารถมีเงินไปจ้างนักการตลาดที่ดีที่สุดในโลก ใช้เงินมหาศาลเพื่อทำการโฆษณาส่งเสริมการขาย เอาคนเก่งที่หนึ่ง มันมีเงิน เงินมันได้มา ด้วยบนความตายของผู้คนเยอะแยะ”





# Interview



# ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย

## ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนากำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

“ในขบวนการที่แบบผลักดันกฎหมายเข้าสู่สภา รายละเอียดการผลักดันเยอะมาก บริษัทบุหรี่มาล็อบบี้โน่นนี่นี่ พอตั่งสำนักงานแล้ว เขาก็มาเข้าพบบ่อย เวลาเข้าพบแต่ละที่ตอนช่วงเราจะออกกฎหมาย บริษัทุหรือนำเข้า ๗-๘ บริษัท ก็จะมาเจรจาต่อรองว่าห้ามโฆษณาได้ไง เขาเป็นสินค้าถูกกฎหมายนะ”

“โรคควบคุมง่ายแต่นี้มันควบคุมบริษัทุหรี่ใช้ไหม คือมันมีคำพูดของนักระบาดวิทยาว่าถ้าอยากควบคุมมาลาเรีย โรคมาลาเรีย เราต้องควบคุมยุงกันปล่อยให้ได้ ถ้าอยากควบคุมโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ก็คือ NCDs คุณต้องควบคุมพาหะนำโรคก็คือบริษัทุหรี่ ซึ่ง strategy ในการควบคุมบริษัทุหรี่มันเป็นเรื่องใหม่ของกรมควบคุมโรค”



# Interview



## ศ.เกียรติคุณ นพ.ประกิต วาทีสารกกิจ

**เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่,  
คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ  
กระทรวงสาธารณสุข,  
ที่ปรึกษาสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**

“ตอนนั้นยังไม่มีเครือข่ายอะไรเออะแยะ เราก็สร้างนักรณรงค์  
หานักรณรงค์ให้มาช่วยกัน เราเริ่มทำเราก็เห็นว่าองค์การอนามัยโลก  
เขาแนะนำไว้เออะว่าต้องมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ ต้องมี  
กฎหมายคุ้มครองสุขภาพ ต้องมีกฎหมายภาพคำเตือน ต้องมีการ  
ขึ้นภาษี แล้วต้องมีการรักษาให้เลิกบุหรี่ แต่ตอนนั้นเนื่องจากเราไม่มี  
เงิน มีคนทำงานอยู่ไม่กี่คน เพราะฉะนั้นเราผลักดันนโยบายอย่างเดียว  
แล้วให้ข้อมูลพิษภัยผ่านสื่อ สมัยนั้นข่าวส่วนใหญ่ที่เราส่งไปได้รับการ  
ลงพิมพ์ เพราะสำหรับเมืองไทยแล้วมันยังเป็นเรื่องใหม่ไง สูบบุหรี่  
ทำให้เกิดโรคนี้แบบนี้ ๆ นะ มันได้ลงพิมพ์หมดเลย เราไม่ต้องเสีย  
เงินจัดกิจกรรม

“ตอนที่ไปวิ่งเต้นให้ขึ้นภาษี รัฐบาลได้เงินมาเออะก็เลยต่อ  
เนื่องไปจนผลักดันสสส. เพราะว่าสิ่งที่เราทำ ทำให้เขามีรายได้เพิ่ม  
ขึ้น เพราะถ้าเราไม่รณรงค์ เขาขึ้นภาษีไม่ได้ บริษัทบุหรี่มันค้าน  
ชาวบ้านก็บ่น แต่พอเราณรงค์ไปรณรงค์มาเขายิ่งดีใจใหญ่ มันทำให้  
เขาขึ้นภาษี แล้วคนไม่บ่น คนไปบ่นว่าเนี่ยกระทรวงสาธารณสุขมัน  
อยากให้ขึ้น หมอเนี่ยมันอยากให้ขึ้น ภาษีขึ้นไปๆ อัตรารายได้ก็เพิ่ม  
ขึ้นๆ ของบุหรี่ราคาก็แพงขึ้น การสูบบุหรี่มันก็ลดลง”



ภัยร้ายที่ต้องระวัง  
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ  
ภัยสุขภาพ



## ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

เรื่องของความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและประสพภัยจากการทำงานของแรงงานในระบบและนอกระบบ ทั้งภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และบริการ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาและบางทีก็ค่อยๆ สะสมจนเกิดผลกระทบภายหลัง เช่น ป่วยเป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคพิษโลหะหนัก โรคการได้ยินเสื่อม หรือบาดเจ็บจากการทำงาน แล้วยังมีโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น ขยะอันตราย ของเสียอุตสาหกรรม ซากขยะอิเล็กทรอนิกส์ มูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาล ฝุ่นละอองจากการเผาไหม้ที่ทำให้เกิดปัญหาผิวหนังอักเสบ ตาอักเสบ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของคนทำงานจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากการทำงาน รวมทั้งปกป้องประชาชนคนไทยจากมลพิษสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วยการเฝ้าระวังวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพหลายด้าน เช่น แผนยุทธศาสตร์บริหารและจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม วางเป้าหมายให้ภายใน ๒๐ ปี

ประชาชนมีสุขภาพดี ลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดป่วย ลดการบาดเจ็บ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการพิการ โดยดำเนินงานตามแผน เช่น ฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มคนวัยทำงาน โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข และแผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม “บูรณาการกลุ่มวัยทำงาน” ฯลฯ

## ก่อตั้งสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จุดเริ่มต้นของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ย้อนกลับไป พ.ศ. ๒๕๑๓ เมื่อ “ศูนย์ชีวอนามัยภาคกลาง” ได้รับการจัดตั้งขึ้นเป็นศูนย์บริการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและโรคทั่วไป ทำการรักษาโรคอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน ใช้เป็นสถานที่วิจัยและทดลองด้านชีวอนามัย รวมทั้งเป็นสถานที่ฝึกอบรมศึกษาดูงานของผู้ที่ปฏิบัติงานอาชีพอนามัยและผู้สนใจ

ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๑๕ ศูนย์ชีวอนามัยภาคกลาง ได้ทำโครงการเสนอต่อสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๑๙) ขอเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและวิธีดำเนินงานให้ตรงกับปัญหาต่างๆ ที่พบ พร้อมทั้งขอจัดตั้งโครงการชีวอนามัยขึ้นเป็นหน่วยงานระดับกอง รับผิดชอบงานในภาพรวมของประเทศ คือ กองชีวอนามัย สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจสำคัญ คือ วิจัย พัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านชีวอนามัย ถ่ายทอดเทคโนโลยีและความรู้ สนับสนุน ให้คำปรึกษาและจัดระบบบริการชีวอนามัยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนเพื่อให้มีพฤติกรรมอนามัยที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ

ภายหลังได้มีการออกพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงได้โอนกองชีวอนามัย กรมอนามัย (เดิม) ไปสังกัดกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ เปลี่ยนชื่อจากกองชีวอนามัย เป็นสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

# Interview



# นพ.อุดม เอกตาแสง

## ที่ปรึกษामาคมส่งเสริมความปลอดภัย และอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย)

ในอดีตท่านเป็นผู้อำนวยการคนแรกของโครงการอาชีวอนามัย หรือศูนย์อาชีวอนามัย ซึ่งต่อมาเป็นสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ท่านเล่าว่า งานอาชีวอนามัยช่วงเริ่มต้นจะทำงานเกี่ยวกับการวิจัย อย่างการศึกษาวิจัยพิษจากท่อไอเสียของรถยนต์บนถนน โดยใช้ห้องแล็บของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และลงพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น การออกสำรวจโรงงาน ประเภทโรงงาน หลอมตะกั่วใน จ.สมุทรปราการ โรงงานทอผ้า และโรงงานผลิตถ่านไฟฉาย มีการสอบถามประวัติการทำงาน อาการและตรวจร่างกายคนงานโดยแพทย์ ให้บริการตรวจวัดเสียงในโรงงาน งานอาชีวอนามัยเป็นที่รู้จักมากขึ้น เพราะประชาชนตื่นตัวให้ความสนใจจากประเด็นที่มีคนป่วยโรคพิษสารตะกั่วในโรงงานแบตเตอรี่

“ที่จริงกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อโรคจากการประกอบอาชีพจะมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายโรคอื่นๆ อยู่แล้ว แต่ตอนนี้งานอาชีวอนามัยได้รับความสนใจและความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นเพิ่มขึ้นกว่าสมัยก่อนมาก การพัฒนางานอาชีวอนามัยจึงต้องทำกันต่อเนื่อง อาศัยสถานการณ์มาเป็นตัวเดินเรื่อง เป็นวิทยาทานในการพัฒนางาน เช่นเดียวกันที่การพัฒนาแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ก็มีความสำคัญต่อการทำงานดูแลสุขภาพให้กับคนทำงาน”





## ทิศทางการดำเนินงานของสำนักโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

งานของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ส่วนหนึ่งคืองานหลักดั้งเดิมที่ทำมาตั้งแต่เป็นกองอาชีวอนามัย คือ สอบสวนควบคุม ป้องกันโรค จากการประกอบอาชีพ เช่น คณงานตามโรงงานอุตสาหกรรม กับอีกส่วนหนึ่งที่เชื่อมโยงกับคำว่า “สิ่งแวดล้อม” คอยดูแลเรื่องการป่วยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ทำหน้าที่ลงไปพื้นที่เพื่อสอบสวนหาสาเหตุโรค รวมถึงเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม ไม่ให้เกิดขึ้น ในกรณีมีคนป่วยจากมลพิษในสิ่งแวดล้อม เช่น บริษัทเหมืองตะกั่วปล่อยน้ำเสียปนเปื้อนตะกั่วลงลำธารในหมู่บ้านคลิตี้ล่าง ทำให้ชาวบ้านกะเหรี่ยงป่วยจากพิษตะกั่ว กรณีอย่างนี้ทางสำนักฯ ต้องลงไปหาสาเหตุ ตรวจสอบดูความเป็นไปได้ที่คนในพื้นที่จะป่วยเป็นโรคจากมลพิษนี้มากน้อยแค่ไหน แล้วทำการรักษา และหาทางควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นต่อไป แล้วยังมีหน้าที่ป้องกันประชาชนไม่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากมลพิษที่มาจากการสร้างโครงการพัฒนาทั้งของรัฐและเอกชน ด้วยการทำงานร่วมกับเครือข่ายด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจสร้างหรือไม่สร้างโครงการพัฒนานั้นๆ สร้างแล้วจะมีผลกระทบด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่มากน้อยแค่ไหน

## Reactive paper ชุดตรวจหาสารกำจัดศัตรูพืชในผักผลไม้

เครื่องมือสุดเรียบง่าย แต่ประสิทธิภาพการทำงานเต็มเปี่ยมอย่าง Reactive paper ชุดตรวจหาสารกำจัดศัตรูพืชในผักผลไม้ ที่พัฒนาโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมชุดนี้ เกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๐ นพ.ชินโอสถ ชินบำเรอ ผู้อำนวยการกองอนามัยคนแรก ได้เสนอโครงการขอทุนจากองค์การอนามัยโลกมาใช้ในการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือทางสาธารณสุขอย่างง่าย ๆ โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินแพง ๆ ไปซื้อมาจากต่างประเทศ ซึ่งกองอนามัยในเวลานั้นต้องการดูแลสุขภาพของพี่น้องเกษตรกรที่ต้องอยู่กับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกวัน ได้ใช้เงินทุนนี้มาพัฒนาชุดกระดาษทดสอบ Test kit ให้ประชาชนใช้เก็บตัวอย่างอากาศและทดสอบหาสารเคมีในการทำเกษตร ช่วงแรกทดลองให้ อสม.นำไปใช้ ต่อมากองชีวนามัยได้ถ่ายทอดความรู้เรื่องชุดทดสอบนี้ให้แก่องค์การเภสัชกรรมได้นำไปพัฒนาต่อเป็นกระดาษทดสอบ Reactive paper ชุดนี้อย่างแพร่หลาย และจัดจำหน่ายทั่วไปในเวลาต่อมา

# Interview



# ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ

## ผอ.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

“กรมควบคุมโรคนี้มีภารกิจชัดเจนนะ คือ ฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม เราก็มองว่าศักยภาพของเราคือระบบฝ้าระวัง หน้าที่ของเราคือตรวจเจอคนเสี่ยงอย่างนี้แทนที่เราจะยอมให้กราฟมันขึ้น เราต้องมีมาตรการที่จะไปจัดการทำให้กราฟมันลง แล้วขณะเดียวกันถ้ามีคนป่วย ก็จะทำให้ไม่ป่วย หรือถ้าป่วยก็จะป่วยนิดเดียว ถ้าเป็นภาษาทางการเขาก็เรียกว่าเป็นระบบสุขภาพ หมายถึงว่าเราต้องมีการประเมินจุดแรกก่อนว่ามีคนรับสัมผัส มีผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน เสร็จแล้วเราถึงจะตามดู เป็นระยะเวลายาวนานมากกว่าเกิดอะไรขึ้น”

“ที่ผ่านมามีวิเคราะห์แล้วว่าเราต้องทำงานแบบคนน้อยแต่เราต้องได้งานพื้นที่อิมแพ็คสูง ก็ใช้วิธีนี้มาตลอด คือคนน้อยแต่ต้องอิมแพ็คสูง จริงๆ แล้วนโยบายประเทศน่าจะทบทวนกันถึงจุดสมดุลระหว่างเรื่องเศรษฐกิจกับปัญหาสุขภาพ ถ้าเอาความยั่งยืนก็คือมันต้องอยู่ร่วมกัน ต้องปกป้องสิ่งแวดล้อม ต้องปกป้องสุขภาพ ซึ่งทุกวันนี้มันทำได้ เพียงแต่ต้องการความเข้มแข็งของคนที่กำหนดนโยบายเศรษฐกิจ ความเข้มแข็งของคนที่เป็น Regulator และการทำให้ประชาชนเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น”



# Interview



# ประกาศรี เต็มวิซชการ

## อดีตนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ

“กระดาษทดสอบตัวนี้จะแบ่งออกมาเป็นการตรวจด้วยสี ซึ่งเราจะใช้เจาะเลือดเอา แล้วเอาส่วนที่เป็นของน้ำเหลืองมาหยดใส่กระดาษทดสอบของเรา ในช่วงเวลาหนึ่งแล้วแต่อุณหภูมิ โดยปกติแล้วก็จะประมาณ ๕-๗ นาที แล้วมันก็จะเปลี่ยนสี แล้วเอามาเทียบสี สีมันก็จะบอกระดับตั้งแต่ระดับปกติ ปลอดภัย มีความเสี่ยง หรือจะเป็นอันตราย นะคะ 3 สีแค่นี้ ซึ่งอันนี้ดูได้ง่าย กับการทำงาน ในภาคสนามมันไม่มีปัญหาเท่าไร เมื่อเทียบกับจะต้องเจาะเลือด แล้วเอาเข้ามาในห้องแล็บต้องใช้เวลามากกว่าจะรู้ผล”





๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพิชิตโรค



## สถาบัน บำราศนราดรุ

ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๐๑-๒๕๐๒ ที่เกิดโรคคอหิวด์ระบาดรุนแรงนั้น “โรงพยาบาลโรคติดต่อพญาไท” (ต่อมาเป็นที่ตั้งของรพ.ปัญญาอ่อน และเป็นสถาบันราชานุกูลในปัจจุบัน) ไม่สามารถรับสถานการณ์ได้ และยังมีที่ต้งอยู่ใกล้ชิดชุมชนมากเกินไป จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์นายกรัฐมนตรีขณะนั้นมีความเห็นให้ย้ายไปสร้างโรงพยาบาลใหม่ในเขตจังหวัดนนทบุรี และยกระดับเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น เปิดอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2503 แล้วเปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลบำราศนราดรุ ก่อนที่จะเปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น “สถาบันบำราศนราดรุ” ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน



๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพิชิตโรค



ตึก 9 รพ.บำราศนราดูร ในปีพ.ศ.2529 เป็นตึกดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ยุคแรก



บทบาทหน้าที่ของสถาบันบำราศนราดูรที่สำคัญ คือ การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง โดยเฉพาะมีระบบคัดกรอง คัดแยกผู้มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ เช่น อหิวาตกโรค โรคพิษสุนัขบ้า โรคโปลิโอ และโรคเอดส์ ตลอดจนร่วมสร้างงานวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐาน มีการตรวจจับความผิดปกติและประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ อยู่ตลอดเวลา

สถาบันบำราศนราดูร ผ่านสถานการณ์โรคติดต่อที่มีทั้งโรคระบาดอันตรายร้ายแรง โรคอุบัติใหม่ มาหลายครั้งหลายยุคสมัย จาก โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ที่เกิดจากเชื้อ AH1N1 โรคอีโบล่า จนถึงโรคเมอร์ส ทุกครั้งเป็นบทเรียนที่ช่วยให้สถาบันฯ มีพัฒนาการการดำเนินงานตรวจคัดกรองผู้ติดเชื้อ ประยุกต์การปรับปรุงแนวทางการทำงานหลายครั้ง จนมีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ

## แรกมีผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ.๒๕๒๗ รักษาตัวที่โรงพยาบาลรามาธิบดี กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้โรงพยาบาลบำราศนราดูร(ชื่อเดิมเวลานั้น) เป็นหน่วยงานดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เมื่อมีผู้ป่วยรายแรกถูกส่งมาจากเรือนจำเข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ในปีพ.ศ.๒๕๒๙ บรรยากาศมีแต่ความรังเกียจ หวาดกลัว ไม่มีใครอยากเข้าใกล้ผู้ป่วย ต้องจัดตั้งหอผู้ป่วยขึ้นมาเป็นพิเศษ มีพยาบาลเพียงคนเดียวที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล ซึ่งสวมใส่เสื้อผ้ามิดชิดปิดทึบทุกส่วน ด้วยกลัวติดเชื้อ ก่อนที่จะค่อย ๆ ปรับตัว ลดความหวาดกลัวลงได้

ในวันเริ่มต้นที่มีผู้ป่วยเอดส์ปรากฏในประเทศไทย ไม่มีสถานพยาบาลไหนต้อนรับผู้ป่วยเอดส์ผู้เคราะห์ร้าย มีเพียงสถาบันบำราศนราดูรแห่งนี้ ที่เป็นที่พักหนึ่งเดียว ณ เวลานั้น

๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพืชโรค



## การดูแลผู้ป่วยโรคซาร์สสายแรกของประเทศไทย

ปี พ.ศ.๒๕๔๖ นพ.คาร์โล เออบานิ แพทย์ชาวอิตาลีวัย ๔๗ ปี นักระบาดวิทยาแห่งองค์การอนามัยโลก ติดเชื้อไวรัสซาร์สจากการเข้าไปสอบสวนโรคในโรงพยาบาล French Hospital ที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม เข้ารับการรักษาที่ประเทศไทย โดยอยู่ในห้องกักกันโรคของสถาบันบำราศนราดูร คณะแพทย์ไทย ทั้งแพทย์ด้านการป้องกันและติดเชื้อ อายุรแพทย์ ฯ คอยให้การดูแลรักษาเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด มีการสร้างห้องมีแรงดันอากาศต่ำกว่าภายนอก (Negative pressure) เพื่อป้องกันการระบาดของโรค คอยเฝ้าตรวจเช็คอุณหภูมิของอุณหภูมิคาร์โลเป็นระยะ หมอและพยาบาลเองต้องสวมหน้ากากและเสื้อผ้าปิดกั้นป้องกันการติดและแพร่เชื้อออกสู่ภายนอก

# Interview



# พญ.อัจฉรา เข้าวะณิษฐ์

## อดีตผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุ

ผู้ที่มีประสบการณ์การรับมือโรคภัยแรงที่อุบัติขึ้นใหม่ในเวลานั้นอย่าง ชาร์ส ขณะที่ท่านอยู่ในตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันฯ ท่านได้ถ่ายทอดเขียนเป็นหนังสือ “ประสบการณ์โรคซาร์สสายแรกของประเทศไทย” ซึ่งประเทศไทยประสบความสำเร็จในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคซาร์สได้ เพราะมีปัจจัยที่ช่วยเกื้อหนุนความสำเร็จครั้งนี้

“ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. มาจากแผนที่เรามี ทำให้เรารู้ว่าให้เราต้องโทรหาใครอยู่ห้องไหน แล้วเรารู้จักวิธีที่จะคุมแล้ว

๒. ตัวดีออกเตอร์คาร์โลเขาเป็นหมอ เพราะฉะนั้นเขาก็คุมของเขาเองได้จากจิตสำนึกของเขา

๓. องค์การอนามัยโลกส่งหมอมาร่วม

๔. ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ

๕. เทคโนโลยี: ทุกๆ เย็นตัวหมอมที่รักษาก็จะมาคุย ไปที่ห้องงกกับเวียดนามและที่ที่เยอรมันว่าเป็นยังไง ต้องใช้ยาอะไร คือความรู้ตรงนี้ที่สำคัญ พี่वलันต์ (นพ.वलันต์ ภิญญโณ วิวัฒน์) เขาเป็นหมอระบาดมาก่อน เขามีทักษะตรงนี้หมอก็ได้ความรู้จากเขา มีการอัปเดตข้อมูล

๖. ระบบ IC ส่วนนี้เราสะสมมา ตั้งแต่เรารักษาอหิวาต์จนกระทั่งรักษาเอเดส มันผ่านร้อนผ่านหนาวมาแล้วเรานำมาใช้ได้ เรายังรู้ว่าอะไรควรใช้ แล้วก็เรื่อง cleansing ซึ่งสำคัญมาก กับการล้างมือ เพราะว่างานวิจัยของฮ่องกง เจ้าหน้าที่ติดไป ๓๐๐ กว่าคน มีอยู่โรงพยาบาลที่แมรีนะติดแค่ ๒ คน แล้วเขามาทำ two by two ดูเทียบกัน ส่วนใหญ่เป็นเบสิกของการดูแล เรื่องล้างมืออย่างนี้ ก็รายงานออกมาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่เขา มีมากกว่าใครอื่น เจ้าหน้าที่เขาติดแค่ ๒ คน ๐.๕ เปอร์เซนต์จากทั้งหมด

๗. เรามีการอบรมเจ้าหน้าที่ของเรา คือเราก็สอนเขาทุกคนในสิ่งที่เขาต้องรู้ต้องปฏิบัติ



# Interview



# ถนอมจิตต์ ดวนด้วน

## อดีตรองหัวหน้ากลุ่มพยาบาลด้านคลยกรรม สถาบันบาราศนราดรุร

หนึ่งในทีมดูแลรักษาคุณหมอคาร์โล่เข้าออกห้องกักกันโรค  
ของผู้ป่วย ที่มีโอกาสสัมผัสโรคมากที่สุด

“พยาบาลเราจะมีคอนเซ็ปต์อยู่แล้วว่าเราจะดูแลผู้ป่วย  
อย่างไร อันนี้เน้นโรงพยาบาลเรา (บาราศนราดรุร) ตั้งแต่มีเอดส์มา  
เราใช้ *Standard Precautions* คือคิดว่าทุกคนมีโอกาสติดเชื้อหมด  
เราต้องป้องกันโดยพื้นฐานใช้ *Standard Precautions* หมด แล้ว  
มาเข้มงวดเรื่องช่องทางของการแพร่เชื้อว่ามันเป็น *airborne* หรือ  
ฝอยละออง หรือว่าเป็น *contact* คือสัมผัส เคสนี้ตอนแรกๆ อย่าง  
ที่ท่านผู้อำนวยการบอกว่าไม่รู้หรือเป็นอะไรก็ *contact* ทำตาม  
ธรรมดาอยู่แล้ว ไปดูดเสมหะต้องระวังเพราะฝอยละอองเยอะ แต่  
พวกเรามองไปถึง *airborne* เลยเพราะความกลัว คนก็ว่าเว่อ เขา  
ไม่ได้เป็นคนทำไงคะ แต่พวกเรามีความอุ่นใจว่าฉันเว่อไว้แต่ฉัน  
ปลอดภัย”





# Interview



# พุทธิพร ลิมปนดุขฎี

## หัวหน้าตักอัยกรรรมหญิง สถาบันบาราศนราดुर

หนึ่งในทีมพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของสถาบันฯ มาตั้งแต่ยุคเริ่มต้น ทำหน้าที่พยาบาลด้วยความเอาใจใส่ หมั่นคิดกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ เพื่อสร้างกำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยเหมือนญาติพี่น้องจนเป็นที่รักใคร่ของผู้ป่วยและญาติรางวัล “ทีมดูแลผู้ป่วยเอดส์ดีเด่น” จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่เธอได้รับ สะท้อนให้เห็นถึงจิตใจที่เสียสละต่อผู้ป่วยเอดส์ได้ดี

“สมัยก่อนไม่ค่อยมีคนมาทำงานกับเรา แต่สมัยนี้ทุกคนมาช่วยกันหมด เพราะฉะนั้นด้านจิตใจถามว่าสำคัญไหม อ้อคิดว่าสำคัญไม่ต่างจากร่างกาย เพราะว่าถ้าใจไม่ดีร่างกายก็ไม่หาย ทุกคนจะเอามอร์ฟินตลอดเลยเพราะอะไร เพราะว่าอยากจะนอนหลับมีปัญหาความเครียด ถ้ากลับไปเงินค่าเช่าบ้านที่ค้างอยู่ จะทำยังไง เพราะฉะนั้นการดูแลจิตใจคนไข้สำคัญ ถ้าจิตใจหาย ร่างกายก็ดีขึ้น ทำอย่างไรให้คนไข้เอดส์รู้ว่า เขาไม่โดนทอดทิ้งให้เขามั่นใจว่าเขาได้รับการดูแลที่ดีเหมือนกับโรคอื่นๆ”



# Interview



# ศุภลักษณ์ หิริวัฒนวงศ์

## อดีตหัวหน้าห้องผ่าตัด สถาบันบาราศนราดูร

มีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษดีจนผอ.พญ.อัจฉรา ให้มาร่วมดูแล  
คุณหมอคาร์โล อย่างใกล้ชิดอีกคน

“ชาร์ลถือว่าเป็นบทเรียนที่แลกมาด้วยชีวิตนายแพทย์ที่ท่านเสียสละ  
ต้องเรียนว่าเสียสละตนเองในการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจาย  
เชื้อ อีกอย่างหนึ่งคือด้วยความที่ท่านเป็นคนรอบรู้เกี่ยวกับโรคอย่างดี  
ท่านก็ Alert เตือนให้ ไม่ใช่เฉพาะบาราศ แต่เตือนทั้งโลก ทำให้การปฏิบัติ  
งานของกระทรวงสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคนี้ทำด้วยความระมัดระวัง  
และรวดเร็ว หลายชีวิตที่รอดมาได้ทุกวันนี้ เป็นเพราะว่า ถ้าไม่ใช่ท่าน มัน  
อาจจะยิ่งกว่าวิกฤต สับสนยิ่งกว่านี้อีก ในฐานะที่เราเป็นคนหนึ่งที่มี  
ประสบการณ์ตรงนี้ เราก็กเกิดการภาคภูมิใจ ว่าอย่างน้อยเราก็เป็นส่วนหนึ่ง  
ที่ทำให้ประเทศไทยผ่านพ้นวิกฤตมาได้ เป็นเพราะด็อกเตอร์คาร์โลแท้ ๆ  
ต้องขอบพระคุณท่าน”



๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพิชิตโรค



## ห้องแยกโรค Negative Pressure ห้องแรกของสถาบันบำราศนราดูร

สิ่งหนึ่งที่ทำให้สถาบันบำราศนราดูรเป็นที่น่าเชื่อถือในงานตรวจวิเคราะห์ผู้สงสัยติดเชื้อโรคร้ายแรง เพื่อการป้องกันการระบาด คือ ห้องแยกโรค Negative Pressure ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกจากการรับผู้ติดเชื้อไวรัสซาร์สคนแรกของไทยเข้ามารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๖ คือ คุณหมอคาร์โล เออบานิ เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งไปติดเชื้อจากการไปสอบสวนโรคที่เวียดนาม

ในขณะนั้น สถาบันบำราศนราดูร มีเพียงหอผู้ป่วยพิเศษที่ใช้เป็นห้องดูแลและกักตัวคุณหมอคาร์โล ยังไม่มีการจัดการอากาศเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อใดๆ ทั้งสิ้น แต่มีการปิดตึกทั้งตึกให้ท่านอยู่เป็นคนไข้เพียงคนเดียวของตึก ในการเข้าไปตรวจรักษาท่านในห้องที่จัดไว้ต้องสวมใส่ชุดป้องกันที่มิดชิดมีหน้ากากปิดปากปิดจมูก รวมถึงมีมาตรการอื่นๆ ที่ตั้งขึ้นมาเพื่อให้การป้องกันการแพร่เชื้อรัดกุมที่สุด เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการสร้างห้องแยกโรคผู้ติดเชื้อแพร่ทางอากาศ Negative pressure ขึ้นมา เป็นห้องแรกของสถาบันฯ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ หลังจากที่คุณหมอคาร์โล ได้เสียชีวิตลงไปแล้ว แต่ประเทศไทยสามารถยับยั้งการแพร่เชื้อโรคซาร์สลงได้

ห้อง Negative pressure เป็นห้องที่มีแรงดันอากาศต่ำกว่าภายนอก เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคที่ผู้ป่วยจามหรือไอออกมากระจายออกไปภายนอกห้อง มีการออกแบบให้ห้องปิดสนิท เหลือช่องให้อากาศออกไปข้างนอกให้น้อยที่สุด เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง

จากปี พ.ศ. ๒๕๔๗ ถึงปัจจุบัน สถาบันบำราศนราดูร มีห้อง Negative pressure ขึ้นมาอีกหลายห้อง พร้อมรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น และเป็นห้องที่ทันสมัยได้มาตรฐานมากขึ้น พร้อมรับสถานการณ์ป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ประชาชน



# Interview



# พรรณิ ฤทธิ์สำเร็จ

## หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค สถาบันบำราศนราดูร

“เรื่องคนไข้ที่เป็นเมอร์สเคสแรก ที่เรารับรีเฟอร์มาจาก บำรุงราษฎร์ ประมาณเดือนมิถุนา ปี ๕๘ นั้นแหละ เคสแรกเลย คือทุกคนกลัวมาก แต่เพราะเรามั่นใจในระบบการป้องกันการแพร่กระจาย เชื่อว่าถ้าเกิดเราใส่เครื่องป้องกัน ถ้าเราทำตามมาตรฐาน การป้องกันการติดเชื้อ เราจะไม่วันติดโรคนี้แน่นอน ถ้าเกิดเรา เผลอเมื่อไหร่เนี่ย เราอาจจำเป็นต้องระมัดระวังตรงนี้ ก็ต้องมีการ เซ็นต์ชื่อเข้าห้องคนไข้ว่าคนไข้เข้าไปทำอะไรนานกี่นาที ออกมา กี่โมง เพื่อเป็นการติดตามคนของเราว่าเขาได้รับเชื้ออะไรไหม ก็จะมีระบบอยู่แล้วนะคะว่าคนกลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวัง





## ๒ สถาบันหลัก พลิกชีวิตพิชิตโรค



### วิวัฒนาการห้องปฏิบัติการ และงานด้านเทคนิคการแพทย์ สถาบันบําราศนราดूर

ห้องปฏิบัติการและงานด้านเทคนิคการแพทย์ นับเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับงานตรวจวิเคราะห์ผู้ต้องสงสัยติดเชื้อโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง เพื่อสกัดกั้นการระบาด ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของสถาบันบําราศนราดूर มาตั้งแต่เริ่มต้นก่อตั้ง งานห้องปฏิบัติการของสถาบันฯ ผ่านยุคสมัยของโรคระบาดทั้งที่เป็นโรคเก่าที่คนไทยรู้จักกันดีเช่นอหิวาตกโรค ไปจนถึงโรคอุบัติใหม่ ๆ เช่น เอดส์ ซาร์ส เมอร์ส ฯ แต่ละคร้งมีพัฒนาการที่ก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ จนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

จากจุดเริ่มต้น เมื่อครั้งที่ยังเป็น “โรงพยาบาลบําราศนราดूर” ช่วงปี พ.ศ.๒๕๐๓-๒๕๑๘ เป็นยุคของโรคอหิวาตกโรคระบาด Lab หรือห้องตรวจวิเคราะห์ต่าง ๆ ยังอยู่กระจายอยู่ในตึกแรกของโรงพยาบาล การตรวจยังทำได้แค่เบื้องต้น งานหลักที่ทำกันยังเน้นด้านโรคติดต่อชนิดต่าง ๆ เช่น อหิวาตกโรค โรคพิษสุนัขบ้า โปลิโอ จากนั้นเริ่มมีการปรับปรุงขยายงานมากขึ้น เช่น งานตรวจหาความไวหรือดื้อต่อยา (Sensitivity test) จนกระทั่งถึงยุคโรคเอดส์ระบาด ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๒๘ งานห้องแล็บ



ปฏิบัติการของโรงพยาบาล จึงเกิดการพลิกโฉมครั้งใหญ่ จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งให้โรงพยาบาลบำราศนคราตุรเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวของกระทรวงที่ใช้สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้มีเครื่องมือใหม่ๆ เพิ่มเข้ามามากมาย เช่น ตู้ป้องกันการติดเชื้อ เพื่อใช้ใส่ตัวอย่างจากผู้ป่วยเอดส์ มีการพัฒนาวิธีตรวจวิเคราะห์เพื่อรองรับงานเอดส์ เช่น การตรวจทางจุลชีววิทยาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การวินิจฉัยการติดเชื้อ HIV ด้วยวิธี ELISA จนเป็นที่ยอมรับจากหน่วยงานภายนอก

จากนั้น งานห้องปฏิบัติการของสถาบันบำราศนคราตุรยังก้าวหน้าต่อไปเพื่อรองรับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ต่างๆ เช่น โรคซาร์ส โรคเมอร์ส อีโบลามีห้องกักกันโรคที่ได้มาตรฐาน จัดให้มีพื้นที่เฉพาะ (Designation Receiving Area :DRA) ในห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจวิเคราะห์ผู้สงสัยติดเชื้ออีโบล่า ปัจจุบันงานห้องปฏิบัติการและงานตรวจวิเคราะห์ด้านเทคนิคการแพทย์ของสถาบันบำราศนคราตุรเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

# Interview



# ภาวิตา สุวรรณวิฒนะ

## หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ และอ้างอิงด้านเชื้อโรค

เป็นเจ้าหน้าที่ทำงานคู่มือห้องแล็บของสถาบันฯ มาตั้งแต่ยุคโรคเอดส์กำลังเริ่มระบาด รั้งงานที่ทำมาก แม้รู้ว่าเสี่ยง แต่ด้วยหน้าที่ก็พร้อมทุ่มเททำงาน และภูมิใจในความเป็นบาราคนราครุฑที่มีห้องปฏิบัติการเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีความพร้อมที่สุดของประเทศแห่งหนึ่ง

“ถามว่ากลัวไหม มันเป็นที่น่ากลัวนะ เราเหมือนทหารนะ เอาจริงคือบุคลากรของแล็บบาราคเนี่ย ทุกคนเนี่ยมันอยู่ในอินเนอร์แล้วนะ เราเหมือนทหารชายแดนที่กันไม่ให้เชื้ออันตรายมันเข้ามาในประเทศเราได้ มีอุดมการณ์ฝังกันไว้แบบนี้แล้วค่ะ... ทุกคนกลัวหมดแต่เรากล้าที่จะทำ เพราะว่าเป็นหน้าที่ เรามีหน้าที่ที่สำคัญ เราเข้าใจบทบาทของตัวเองชัดเจน เพราะถ้าเมื่อไหร่ที่บาราคเข้มแข็ง ห้องแล็บบาราคสามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้เร็วที่สุด คนไข้ก็จะไม่แพร่เชื้อออกไปสู่สิ่งแวดล้อมและไม่กระจายเชื้อให้กับคนในประเทศเรา หน้าที่ของเรามันยิ่งใหญ่ นะ เราก็เลยภูมิใจในหน้าที่ของเรา นั่นแหละภูมิใจมาก กลัวไหมก็กลัว แต่เรามั่นใจ มั่นใจว่ามีการฝึกอบรมที่ดี เรามีอุปกรณ์กันการติดเชื้อที่ดี และเราก็มีเครื่องมือที่ทำงานได้ง่ายขึ้นคะ ก็เลยมั่นใจ”



๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพิชิตโรค



## เมรุเผาศพ ในสถาบันบำราศนราดูร

สถาบันบำราศนราดูรอาจจะเป็นสถานพยาบาลแห่งเดียวในประเทศไทย ที่มีเมรุเผาศพอยู่ในรั้วเดียวกัน ความจริงแล้วงานเผาศพเข้ามาเกี่ยวข้องกับทางสถาบันฯ มาตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นโรงพยาบาลโรคติดต่อพญาไท บนถนนดินแดง ช่วงปี พ.ศ.๒๔๙๐-๒๔๙๔ ที่มีมือหิวตักโรคระบาดหนัก มีคนป่วยถูกส่งมาที่โรงพยาบาล และตายกันมาก ถูกส่งไปเผาที่วัดสะพาน ย่านราชวิถี แต่ก็เผากันไม่ทัน จนโรงพยาบาลต้องสร้างเตาเผาขึ้นมาเอง เป็นจุดเริ่มต้นของเตาเผาของสถาบันฯ มาตั้งแต่ยุคนั้น

จนกระทั่งมีการย้ายโรงพยาบาลมาสร้างที่ถนนพสุธรี่ ตั้งชื่อใหม่เป็น โรงพยาบาลบำราศนราดูร ก็ยังสร้างเมรุใช้เผาศพในโรงพยาบาลต่อไป เตาเผาเตาแรกจึงสร้างขึ้นมาพร้อมๆ กับสร้างโรงพยาบาล และได้ใช้เผาศพ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาอย่างต่อเนื่อง เป็นจำนวนมาก เผากันแทบไม่ทัน โดยเฉพาะช่วงที่โรงพยาบาลรับผู้ป่วยเอดส์เข้ามารักษา นับแต่นั้นมีผู้ป่วยเอดส์ตายกันไม่เว้นวัน ศพแล้วศพเล่าทั้งที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลและผู้ป่วยเอดส์จากที่อื่น ซึ่งวัดไม่ยอมรับเผาให้ เพราะรังเกียจโรคเอดส์ ศพเหล่านั้นถูกส่งลงมาเผาที่เมรุนี้จนแทบไม่ได้พักเตา เผาต่อเนื่องจนท่อปล่องร้อนแตกและพังไป ต้องสร้างเมรุหรือเตาใหม่ขึ้นมาแทนจนให้เห็นภาพหน้าเวทนาของผู้ป่วยเอดส์ในช่วงเวลานั้นได้ดี

# Interview



# ลุงหั่น นาคประกอบ

## สลิปหรือคนสุดท้ายของสถาบันบำราศนราดูร

ในบรรดาเจ้าหน้าที่ของสถาบันฯ คงไม่มีใครที่รับรู้เห็นการตายของผู้ป่วยโรคติดต่อได้มากไปกว่า ลุงหั่น ผู้นี้ ที่รับหน้าที่เฝ้าศพผู้ป่วยมาตั้งแต่สมัยโรงพยาบาลโรคติดต่อพญาไท รวมทั้งศพของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่คุณลุงเฝ้าศพให้เขาเหล่านั้นโดยไม่รังเกียจ คิดแต่ว่าได้ช่วยเหลือเขา การได้อยู่ดูร่างไว้วิญญาณมอดไหม้ถ้าผ่านไปทุกวัน ทำให้ลุงเชื่อว่าคนเราเท่ากัน จะเป็นโรคอะไรเมื่อเฝ้าแล้วเชื้อโรคก็ตายไปไม่แตกต่างกัน

“เมรุหลังแรกมันเฝ้ากันก็ไม่เยอะเท่าไรนะ มาเยอะเมื่อ HIV แล้วก็ศพที่คลอດตาย แท้งลูก พ่อแม่ไม่เอา ลุงเป็นคนนิมนต์พระให้ญาติที่ต้องการเฝ้า เป็นมรรคทายกให้เสร็จสรรพ อารานาศิลให้เสร็จ โรคเอดส์นี่มันก็กลัวกันอยู่พักนึงนะ แต่เดี๋ยวนี้เป็นโรคธรรมดาไปแล้ว กลัวกันหรือเกิน HIV กลัวกันน่าดู ตอนนั้นนะ แล้วไอนัดยาศพก็แพงนะ ๑,๕๐๐-๒,๐๐๐ เขาถือเป็นเรื่องติดต่อ ความจริงมันก็ได้ติดกันง่ายตายขนาดนั้นหรอก เมื่อคนไข้ถึงแก่กรรม เชื้อตัวนี้มันก็จะตายไปไซ้ไหมละ HIV เนี่ย ก็ไม่เห็นมีอะไร ผ่าศพ HIV ก็ผ่า หลังจากคนไข้ถึงแก่กรรมเชื้อตัวนี้มันจะหายตายไป”





## ๒ สถาบันหลัก พลิกชีวิตพิชิตโรค



### สถาบันราชประชาสมาสัย

ในประเทศไทย การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์เข้ามาแทนที่การรักษาด้วยความเชื่อ ที่แฝงด้วยความรังเกียจของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยและคนรอบข้าง เริ่มต้นขึ้น เมื่อ พ.ศ.๒๓๔๐ ที่ “หมู่บ้านโรคเรื้อน” ซึ่งริเริ่มโดยนายแพทย์เจมส์ ดับบลิว แม็คเคน และคณะแพทย์มิชชันนารีอเมริกัน จ.เชียงใหม่ ก่อนจะพัฒนามาเป็น “สถาบันโรคเรื้อนแม็คเคน”

แนวคิดการรักษาโรคเรื้อนสมัยใหม่ ได้ถูกส่งต่อสู่ทางการไทยในเวลาต่อมา โดยสภาอากาศไทย จัดตั้งเป็น “สำนักคนเป็นโรคเรื้อน” บริเวณรอบป่าอมปู้เจ้าสุมิงพราย อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ รู้จักกันโดยทั่วไปว่า “โรงพยาบาลโรคเรื้อนพระประแดง” ช่วงเวลานั้นสังคมยังรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อน จึงจำเป็นต้องแยกกักผู้ป่วยให้อยู่ในสถานพยาบาลโรคเรื้อนและนิคมโรคเรื้อน ต่อมาจึงเปลี่ยน



๒ สถาบันหลัก  
พลิกชีวิตพิชิตโรค





นโยบายเป็นวิธีสำรวจค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่บ้านแทน มีการเริ่มต้นกลุ่มสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อนในประเทศเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.๒๔๙๖ โดยกรมอนามัย ตามมาด้วยการจัดตั้งโครงการควบคุมโรคเรื้อนทดลอง ที่โรงพยาบาลโรคเรื้อน อ.ศรีฐาน จ.ขอนแก่น

ต่อมา พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงรับเป็นโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามพระราชดำริ จัดตั้งเป็น “สถาบันราชประชาสมาสัย และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์” ในปี พ.ศ.๒๕๐๓ พร้อมตั้งโรงเรียนราชประชาสมาสัย ในปี พ.ศ.๒๕๐๗ ทำให้สามารถขยายโครงการควบคุมโรคเรื้อนนี้ไปยังพื้นที่อื่นๆ จนครอบคลุมทั่วประเทศในปี พ.ศ.๒๕๐๙ กระทั่งประเทศไทยสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข สำเร็จในปี พ.ศ.๒๕๓๗ ก่อนเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ในปี พ.ศ.๒๕๔๘

ปี พ.ศ.๒๕๔๕ กรมควบคุมโรค ได้รวมเอาโรงพยาบาลโรคเรื้อน พระประแดง เข้ากับกองโรคเรื้อน จัดตั้งเป็นองค์การระดับสำนัก ภายใต้ชื่อ “สถาบันราชประชาสมาสัย”

## ๒ สถาบันหลัก พลิกชีวิตพิชิตโรค



### จากนิคมโรคเรื้อน คินสู่ชุมชน

การสลายนิคมโรคเรื้อน คือ การคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์แก่อดีตผู้ป่วยโรคเรื้อน ให้กลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติ และทำให้นิคมโรคเรื้อน กลับคืนสู่การเป็นชุมชนปกติทั่วไป เพราะพวกเขาต่างเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับผู้อื่นในสังคม

กรมควบคุมโรคมอบหมายให้สถาบันราชประชาสมาสัยเตรียมการและวางแผนถ่ายโอนภารกิจ นิคมโรคเรื้อน ทั้ง ๑๓ แห่ง ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการถ่ายโอนฯ และบรรจุเป็นแผนงานของกรมควบคุมโรค โดยเริ่มต้นการถ่ายโอนและบูรณาการที่นิคมฯ ที่มีความพร้อมก่อน แล้วจึงค่อยขยายไปยังนิคมฯ อื่นต่อไป ซึ่ง นิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เป็นนิคมฯ แรก ของการเริ่มต้นนโยบายสลายนิคม และเป็นแห่งแรกที่ได้รับการประกาศยกเลิกจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ.๒๕๕๕

การสลายนิคมฯ ต้องมีการสร้างความพร้อมให้ชาวนิคมนมีความเข้มแข็ง พร้อมเผชิญกับสิ่งใหม่ ๆ ภายนอก เพื่อที่จะกลับคืนสู่สังคมปกติที่พวกเขาไม่ถูก ตีตรารังเกียจเด็ดจันท์อีกต่อไป ซึ่งกฎเกณฑ์สำคัญในการสลายนิคมฯ ให้สำเร็จ คือ การบูรณาการ การร่วมกันทำงานด้วยกันหลายฝ่าย ตามหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน เช่น กรมธนารักษ์จัดการเรื่องที่ดิน ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ช่วยดูแลเรื่อง ระบบบริการสุขภาพ โดยมีขั้นตอนในการสลายนิคมฯ ขั้นตอนแรก คือ การเข้าไป พุดคุยทำความเข้าใจกับชาวบ้านในนิคมฯ ให้เห็นผลดีของการสลายนิคมฯ ให้เป็น ชุมชนปกติ ขั้นตอนที่สอง จึงทำประชาพิจารณ์ ขั้นตอนที่สาม คือ การทำ MOU และสุดท้าย คือ ขั้นตอนการประเมินเพื่อประกาศให้เป็นชุมชนปกติ

ในการพุดคุยให้ชาวบ้านในนิคมฯ ยอมรับการสลายนิคมฯ คือ การแสดงให้เห็นถึงสิทธิที่เขาและลูกหลานจะได้รับ หากนิคมฯ เปลี่ยนเป็นชุมชนปกติแล้ว ทั้งตัวผู้ป่วยโรคเรื้อนและลูกหลานยังสามารถอยู่อาศัยทำกินต่อไป โดยสามารถ ทำสัญญาเช่าที่ดินเป็นส่วนตัวได้ ซึ่งมีราคาถูกมากเมื่อเทียบกับที่ดินอื่น ๆ นอก พื้นที่นิคมฯ และยังสามารถถ่ายโอนต่อให้ลูกหลานในอนาคตได้อีกด้วย ในขณะที่ เดียวกันสิทธิอื่น ๆ ที่เคยได้รับ เช่น ค่าอาหาร ก็ยังคงได้รับต่อไป เพียงแต่เปลี่ยน จากเงินสงเคราะห์ เป็น เงินเบี้ยเลี้ยง แทน เนื่องจากความซ้ำซ้อนในข้อกำหนด ว่าถ้าได้เงินสงเคราะห์จากรัฐ เงินส่วนนี้จะได้ไม่ได้

ปัจจุบัน งานสลายนิคมโรคเรื้อนได้รุดหน้าไปมาก เหลืออีกไม่กี่เพียงนิคมฯ ที่รอความพร้อมที่จะสลาย ถึงวันนั้นประเทศไทยจะไม่หลงเหลือนิคมโรคเรื้อนให้ เป็นสัญลักษณ์ของการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้เป็นโรคเรื้อนอีกต่อไป

## รองเท้าเพื่อผู้ป่วยโรคเรื้อน

ในหน้าประวัติศาสตร์การควบคุมโรคเรื้อน ต้องนับเอาชายผู้ประดิษฐ์ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยที่เกิดแผลที่เท้าจากโรคเรื้อนหรือโรคเบาหวาน “คลินิก สุขภาพเท้า”

# Interview



# โกเมศ อุรัตน์

## อดีตนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันราชประชาสมาสัย

ผู้คร่ำหวอดกับงานควบคุมโรคเรื้อนมาตั้งแต่เริ่มแรก มีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดนโยบายการสลายนิคม และเป็นบุคคลที่ทุ่มเทให้กับงานสลายนิคมโรคเรื้อนในประเทศไทยให้บรรลุผลสำเร็จลงได้ นับตั้งแต่นิคมโรคเรื้อนปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่กลายเป็นชุมชนปกติแห่งแรกของประเทศ ผ่านเรื่องราวฝ่าฟันอุปสรรคของงานสลายนิคมโรคเรื้อนมาอย่างมากมาย เพื่อคืนคุณค่าความเป็นมนุษย์คืนกลับมาสู่ชีวิตของผู้ป่วยหรืออดีตผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกคน

“งานโรคเรื้อน นอกจากจะเป็นงานรักษาทางด้านร่างกายให้หายจากโรคแล้ว เรายังคืนคนที่เคยเป็นโรคเรื้อนสู่สังคมด้วย มันไม่ควรจะมีกำแพงแบ่งระหว่างคนทั่วไปกับคนเป็นโรคเรื้อน ต้องไม่มีอะไรมาแบ่งกันระหว่างคนโรคเรื้อนและคนปกติ นี่คือ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คุณเป็นโรคอะไรก็ตาม ศักดิ์ศรีเท่ากัน มันไม่ควรถูกแบ่งว่า เป็นโรคเรื้อนต้องไปอยู่ในรั้ว เขาไม่ได้เลือกที่จะเป็นนี้ แต่คนข้างนอกต่างหาก ที่ไปบอกว่า คุณเป็นแล้ว คุณต้องเข้าไปอยู่ในนิคมโรคเรื้อน”

“ถึงตอนนี้ผมภูมิใจได้เลย ผมว่าผมตายได้ ล่าออกได้ ผมช่วยคนเป็นพันคนที่อยู่ในนิคมเป็นพัน เฉพาะคนไข้ ไม่รวมลูกเต้าเขา สิบนิคมนี้มีอดีตคนไข้เป็นพันคน แล้วลูกเต้าเขา ครอบครัวหนึ่งอีกสี่ห้าคน คุณเข้าไป ปลอดภัยราบรื่น ทลายกำแพงตราบาปเลยนะ เอาคนมาหลอมรวมกันซะให้เป็นชุมชนเดียวกัน วันนี้อาจจะมีการพูดถึงโรคเรื้อนน้อย ๆ เพราะมันยังเพิ่งใหม่ ๆ อยู่ แต่ในอนาคตสิบปียี่สิบปี มันก็จะค่อย ๆ เลือนหายไป เพราะเราเริ่มต้นมาเมื่อห้าปีที่แล้ว แต่ถ้าไม่เริ่มต้นเลย มันเลือนยาก ป้ายก็ยังอยู่ รั้วก็ยังอยู่ ซักวันหนึ่งมันจะเลือนหายไป”





# Interview



# สมเกียรติ มหาอุดมพร

## สถาบันราชประชาสมาสัย พระประแดง

คุณสมเกียรติ ปลุกปั้นขึ้นมา ไม่เพียงเยียวยาความเจ็บปวดทางร่างกาย แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนเท่านั้น แต่ยังช่วยลดความรู้สึกด้อยให้พวกเขาด้วย รongเท้าที่ประดิษฐ์จากคลินิกแห่งนี้ จะออกแบบโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเรื้อน เคารพในความเป็นมนุษย์ของพวกเขา การยอมรับของผู้ป่วย คือ รางวัลที่น่าภาคภูมิใจ จากการทุ่มเททำงานเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

“คู่แรกประสบการณ์นี้ประทับใจสุดเลย ผมทำเสร็จ คนไข้ด้วยความเจตนา...ดี เราทำเสร็จได้ให้เขาไปเลย อ้าว...วันนี้กลับบ้านได้ เขาได้ข้ามแม่น้ำเจ้าพระยา คู่แรกของผม...ล่อยไปอยู่ที่ทะเล คนไข่นั่งข้ามไปแม่น้ำเจ้าพระยาบั้งทิ้งรองเท้าผมลงแม่น้ำเจ้าพระยา ผมก็โมโหนะ โอโห! กว่าจะทำได้นะ ทั้งของเราไปได้ เขาก็ให้คำตอบผมว่า “หมอ...ใส่เข้าบ้านไม่ได้หรอก มันเป็นสัญลักษณ์คนพิการ” เอ้า...ต้องรับฟังนะ มันคือเรื่องจริง อ้อ...มันจริงนะ มันดูน่าเกลียดมันไม่เหมือนใครในท้องตลาดเลยนะ ใส่ไปนี่ทุกคนมองแน่นอน เราก็พยายามคิดคล้ายตาม ก็เป็นที่มา ถือว่าเขาได้ให้ข้อคิดเรานะ เราจะต้องมาพัฒนาต่อ ถ้าอย่างนั้นทำอย่างไรให้รองเท้าดูเหมือนคนปกติ เป็นที่มาที่ต้องนำมาพัฒนาต่อ คือเราต้องไม่คิดแทนเขา ไม่ยึดยึดสิ่งที่เราคิดให้เขา ฟังให้เยอะฟังจากเขาแล้วนำมาพัฒนา”

“ผมมีความสุขนะ มีความสุข เออ...โดยมากเวลาคนไข้มารับรองเท้าผมก็จะสังเกตสีหน้า เราจะไม่ถามนำ เพื่อที่จะให้คนไข้ตอบว่าดีแล้ว เราจะดูจากสีหน้าเขา ถ้าเมื่อคนไข้สีหน้ายังไม่เผยยิ้มออกมา เราก็จะถามให้เขาตอบเลย เพราะว่า “ไม่มีงานไหนที่ทำแล้วสมบูรณ์ 100%” เรายินดีที่จะรับผิดชอบและแก้ไขให้”



# Interview



# ป้าสุรี อ่อนอรรถ

## วัย 72 ปี อดีตข้าราชการกรมอุทยานแห่งชาติ

ที่ทุกข์ทรมานเพราะแผลเบาหวาน เวลาเดินมีแต่ความเจ็บปวด ได้รับการแนะนำจากคุณสมเกียรติให้ตัดรองเท้าสำหรับเท้าที่มีแผล ทำให้เป็นแผลน้อยลง ลดความทุกข์ทรมานลงได้ เดินเห็นได้สะดวกขึ้น ชีวิตมีความสุขมากขึ้น

“ตอนนั้นเป็นแผลที่ฝ่าเท้าเนี่ยเราก็กไม่รู้อ เรามาตลาดไปตัดเชื้อ พอตัดเชื้อกลับมาสักอาทิตย์หนึ่งเราก็บอกลูกว่าแม่เป็นไรไม่รู้ นอน ๆ อยู่ๆ ขาดๆ นอนไม่ได้ เขาก็เลยบอกให้มาหาหมอเกียรตินี้ ผลปรากฏว่าหมอบอกตัดเชื้อ พอบอกตัดเชื้อปั๊บก็ไปเลย มาดูปุ๊บก็รักษา เจาะ (เท้า) นี่แล้วก็ล้างจนหาย แล้วที่นี้หมอนแนะนำให้ตัดรองเท้าใส่ เราก็กใส่รองเท้าที่นี้ หนึ่งมันก็ไม่หนา หมอกรักษา มันก็ดีขึ้นเรื่อยๆ เดียวนี้ปกติ เดียวนี้ไม่มีแผลไม่มีอะไรคะ แต่ที่นี้เราเป็นเบาหวานเท้ามันจะช้ำอย่างเดียวนะ ตอนนี้เป็นปัญหาเท้าช้ำแต่เรื่องแผลเรื่องอะไรเราไม่มี ถือว่าช่วยได้ ช่วยได้เยอะเลย”



# Interview



# ลุงนิคม เพียงताल

## วัย 70 ปี อดีตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ชีวิตดีขึ้น เพราะรองเท้าสุขภาพจากคลินิกสุขภาพเท้า

ได้ทดลองใช้รองเท้าของคลินิกเมื่ออายุกว่าสามสิบปี การสวมใส่รองเท้าที่ออกแบบมาเป็นพิเศษช่วยลดเท้าที่เปราะบางและเจ็บปวดด้วยบาดแผลของคนเป็นโรคเรื้อน ทำให้ชีวิตของคุณลุงดีขึ้น ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ

“ครั้งแรกที่ผมเป็น (โรคเรื้อน) เมื่อก่อนผมไม่ได้ใส่แบบนี้ ผมใช้รองเท้าปกติรองเท้าสวมปกติของบاجาที่มันโชนี่ว เมื่อก่อนนี้ยังอยู่ครบ แต่พอหลังๆ นี่ต้องใส่แบบปกปิด สมัยก่อนจะไปข้างนอกอายุเขาคับ ต้องปกปิดต้องกลับมิดๆ เดียวนี้ไปไหนเขาไม่รู้หรือกว่าเราเป็นโรคเรื้อน”

“รองเท้าที่ใส่อยู่นี้หนานุ่มกระชับกว่า แผลจะไม่มาก แผลจะดีขึ้น พอเราเดินมาก รองเท้าธรรมดาแผลมันไปกดอะไรแบบนี้ บางทีมันเป็นหนังแข็งก็ต้องไปให้หมอเขาขีด บางทีก็ต้องแช่เท้าให้นิ่ม หรือถ้าไม่แช่เท้าก็ต้องเอาสำลีชุบน้ำเกลือมาโปะไว้ที่เท้าเราที่หนังแข็ง พอมันจะเนียนง่ายปาดง่ายมันจะไม่เจ็บ ถ้าแข็งเดินมันจะเจ็บถึงใส่รองเท้าถ้าไม่ปาดนะก็ไม่เจ็บ ถึงเวลาวัดเนี่ย สมมุติเรามีแผลยั้งก็จะเอาแผ่นดำไปลดความร้อนแต่ก็จะเอาผ้ามาคลุมอีกทีนะ กันเท้าพอ พอมีแผลมีอะไรมันก็จะไม่ไปสิ”





เรื่องราวงานขับเคลื่อน  
นำไปสู่ความสำเร็จ



# สถาบันวิจัย

## จัดการความรู้ และมาตรฐาน การควบคุมโรค

การจะขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศให้ก้าวไปข้างหน้าได้อย่างเข้มแข็งยั่งยืน เรื่องสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามไป ก็คือการพัฒนางานวิจัย สร้างสรรค์องค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่อยู่เสมอ กรมควบคุมโรคจึงปรับโครงสร้างสำนักจัดการความรู้ให้เป็น สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๕๙ โดยมุ่งสนับสนุนงานศึกษา



## เรื่องราวงานขับเคลื่อน นำไปสู่ความสำเร็จ



วิจัยเพื่อการพัฒนา นโยบายงานวิจัย หรือการประเมินมาตรการต่างๆ ด้านการป้องกันควบคุมโรคที่ใช้อยู่ในปัจจุบันว่า ก่อให้เกิดผลและคุ้มค่าในเชิงเศรษฐกิจสังคม มีจริยธรรมในการทำวิจัย รวมทั้งการบริหารจัดการงานวิจัยของกรมควบคุมโรคอย่างเป็นระบบครบวงจร ไปจนถึงรวบรวมข้อมูลเรื่องราวเอกสารหลักฐานสิ่งของต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมป้องกันโรคในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งการจัดตั้งพิพิธภัณฑ์และงานจดหมายเหตุของกรมควบคุมโรค เพื่อเป็นฐานข้อมูลความรู้ให้ผู้ที่สนใจได้ค้นคว้าในวงกว้างต่อไป

## บทบาทของสถาบันวิจัยฯ วันนี้

กว่า ๒ ปีที่สถาบันวิจัยฯ สนับสนุนการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค เรามีบทบาทในการดูแลงานวิจัยของกรมควบคุมโรค ด้วยระบบบริหารงานวิจัยที่ครบวงจร ทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ เริ่มตั้งแต่ ต้นน้ำ กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ กรอบการวิจัยให้สอดคล้องกับนโยบายชาติ และยุทธศาสตร์การวิจัยของประเทศ มีการ

เชิญผู้เชี่ยวชาญทั้งภายนอกและภายในมาตั้งประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้ได้งานวิจัยที่ตรงความต้องการของหน่วยงานและประเทศ และการพัฒนาโครงร่างงานวิจัยให้มีคุณภาพ *กลางน้ำ การกำกับติดตามสนับสนุนระหว่างทำวิจัย* มีผู้เชี่ยวชาญลงพื้นที่เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันกับหน่วยงานวิจัย หรือโครงการวิจัยที่กรมฯ อนุมัติ รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ โปรแกรมการวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป และอื่นๆ จนได้ผลงานวิจัยก็จะเข้าสู่ ปลายน้ำ เรื่องของการนำไปใช้ประโยชน์และเผยแพร่ผลงาน มีการจัดเวทีวิชาการเผยแพร่ผลงานวิจัย การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้จากผลงานวิจัย การจัดอบรมต่อยอดวิจัยสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรม การอบรมเขียนบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ในวารสาร ซึ่งปัจจุบันในระดับประเทศ เน้นย้ำเรื่องของการใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย เศรษฐกิจ สังคมชุมชน แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผลงานวิชาการที่ต่อยอดในการออกนโยบายและมาตรการมากกว่าในเรื่องอื่น

ตลอดการทำงานในภารกิจหลักนี้ได้รับความสำเร็จ เป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งในและนอกกรมฯ เรายังทำงานเชิงรุกประสานความร่วมมือกับองค์กรวิจัยระดับชาติ โดยมีบันทึก MOU กับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ต่อยอดให้เป็นที่รู้จักของหน่วยงาน สถาบัน มหาวิทยาลัย และภาคีเครือข่ายภายนอกในวงกว้าง ขณะที่ในกรมฯ เราเป็นแกนกลางจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมการวิจัยด้านควบคุมโรค พัฒนาบุคลากรของกรมฯ ให้มีศักยภาพทำวิจัยได้ดีมีคุณภาพ บริหารจัดการงบประมาณงานวิจัยลดปัญหาการเบิกจ่ายให้น้อยลง ไปจนถึงสนับสนุนให้เกิดการยกระดับในการเผยแพร่ผลงานให้เป็นสากล เช่น จัดทำวารสารควบคุมโรคออนไลน์ มาตรฐานอาเซียน ฯลฯ

ส่วนงานด้านการรับรองจริยธรรมในการทำวิจัย เรามีคณะกรรมการจริยธรรมของกรมควบคุมโรค ที่จะช่วยพัฒนาโครงงานวิจัยให้มีมาตรฐาน เป็นการันตีระดับหนึ่งว่าโครงงานวิจัยนี้มีการปกป้องสิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร โดยมีหลักจริยธรรมเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณากลับกรอง ที่สำคัญ คือ การเคารพสิทธิ ความเท่าเทียม ความเสี่ยง และผลประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้ นักวิจัยมีมุมมองที่รอบด้านขึ้นก่อนจะทำงานวิจัย เรามีการประชุมสัมพันธิ์ให้นักวิจัยรู้จัก เห็นความสำคัญ กระตุ้นให้ขอการรับรองจริยธรรมก่อนทำวิจัยทุกโครงการ และก็มีการพัฒนา มาเรื่อยๆ ในเรื่องของ SOP version 1 ก็มีกระบวนการทบทวน มีแนวทางที่ชัดเจนในการพิจารณา ปีที่ผ่านมาเริ่มมีการทบทวน version 2 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย

เรื่องราวงานขับเคลื่อน  
นำไปสู่ความสำเร็จ





ของประเทศ ซึ่งตอนนี้เรื่องของ Guideline ออกมาแล้ว มีกระบวนการต่างๆ ช่วยลดขั้นตอน ไม่ต้องรอนาน เช่น กระบวนการ Expedite เป็นการลดขั้นตอนโดยไม่ต้องเอาเข้าที่ประชุม สำหรับโครงการที่มีความเสี่ยงน้อยกว่าในชีวิตประจำวันจะนำเข้าสู่ช่องทางนี้ และมีการพัฒนาโปรแกรมออนไลน์อำนวยความสะดวกให้นักวิจัยที่ขอรับรองจริยธรรมติดตามได้ง่ายขึ้น

สำหรับการรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคในอดีต เตรียมการจัดตั้งเป็นพิพิธภัณฑ์และงานจดหมายเหตุของกรมควบคุมโรคได้เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ท่านอธิบดีคุณหมอบุณยเกียรติ เมฆธน มอบหมายให้สำนักจัดการความรู้เตรียมการจัดตั้งพิพิธภัณฑ์ (เพื่อให้ทันวาระ ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทย ในปีพ.ศ. ๒๕๖๑) ในปี ๒๕๕๘ มีการจัดงาน ๕๐ ปีของกรมฯ และได้จัดทำหนังสือซึ่งมีเนื้อหาเรียบเรียงเป็น Timeline บอกเล่าประวัติศาสตร์งานควบคุมป้องกันโรค ทำให้มีการค้นคว้ารวบรวมข้อมูล เอกสาร ภาพถ่ายในอดีตมาจัดทำ และกลายเป็นจุดตั้งต้นของงานประวัติศาสตร์งานจดหมายเหตุ ในวาระ ๑๐๐ ปีการสาธารณสุขไทยนี้ ถือเป็นจุดตั้งต้นของงานประวัติศาสตร์ป้องกันควบคุมโรค ได้ศึกษา ขอคำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญ อาทิ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้ริเริ่มจัดตั้งหอประวัติศาสตร์และหอจดหมายเหตุสาธารณสุขแห่งชาติ ยังได้เข้าอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับพิพิธภัณฑ์เบื้องต้นกับกรมศิลปากร ได้นำความรู้วิธีการอนุรักษ์ ดูแลรักษาของเก่าที่เป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ นำมาปรับใช้ในการจัดเก็บเอกสาร ภาพถ่าย เครื่องมือเครื่องใช้ และได้ติดตามรวบรวมของเก่าเหล่านั้นจากคนทำงานยุคก่อนในกรมฯ ซึ่งอาจารย์นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ได้ มีส่วนสำคัญมากในการเป็นที่ปรึกษา การคัดแยก ลงทะเบียน จัดเก็บอย่างถูกวิธีไม่ให้เกิดความเสียหาย นอกจากนี้ ยังได้มีงานวิจัยประวัติศาสตร์โรคมลาเรียในประเทศไทย จัดทำหนังสือบอกเล่าประวัติศาสตร์ของสถานที่ในกรมฯ คือ Unseen กรมควบคุมโรค จัดทำชีวประวัติบุคคลของ อ.นพ.สุชาติ เจตนเสน ซึ่งท่านเป็นผู้บุกเบิกวางรากฐานงานระบาด และเป็นผู้อำนวยการกองระบาดวิทยาคนแรก รวมถึงจัดเสวนาผู้รู้เห็นประวัติศาสตร์(witness seminar) ย้อนอดีตของโรคติดต่อต่างๆ การต่อสู้กับภัยสุขภาพอย่าง เหล้า บุหรี่ ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์มาถ่ายทอดเรื่องราวไว้เผยแพร่ และจัดทำภาพยนตร์สารคดีสั้น ๑๐๐ ปีงานป้องกันควบคุมโรคอีกด้วย

# Interview



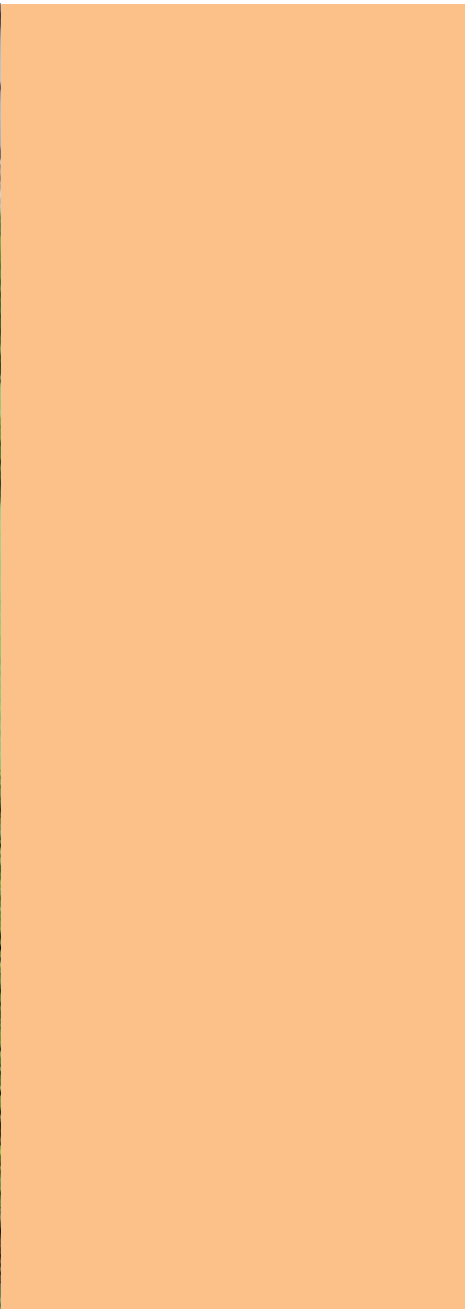
# พญ. ชีวฉันทน์ เลิศพิริยสุวัฒน์

## ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค(คนแรก)

“ตั้งสถาบันมา ๒ ปีกว่าแล้ว ในความเห็นของหมอคิดว่า ประสบความสำเร็จเกินกว่าที่คาดเอาไว้มาก ที่เห็นได้ชัดคือ ภารกิจหลักของสถาบันวิจัยเราจะเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการบริหารจัดการงานวิจัยของกรมฯ ครบวงจร ระบบบริหารงานวิจัยเรามีหลายด้าน ไม่ใช่บริหารจัดการทำวิจัยอย่างเดียว ความสำเร็จที่หมอมเห็นชัดเจนคือ หน่วยงานภายนอกที่เค้าทำงานวิจัยของประเทศอยู่แล้ว เช่น วช. สวรส. งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ หรือสวทช. สกว. หรือมหาวิทยาลัยต่างๆ จะมีองค์กรเครือข่ายระดับชาติทำงานวิจัยอยู่ ๔-๕ สถาบัน เค้ารู้จักเรา ยอมรับเรา แต่ก่อนกรมฯ ไม่มีหน่วยงานกลางแบบนี้ พอกรมฯ มีสถาบันวิจัยขึ้นมา ตอนนีเวลจะประสานงานอะไรเค้าจะมาหาเรา เพราะรู้ว่าเราเป็นศูนย์กลางด้านวิจัยของกรมฯ”



# Interview



# มณี สุขประเสริฐ<sup>๕๙</sup>

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันวิจัยจัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค

“งานรวบรวมข้อมูลข่าวของในอดีตอย่างนี้ คงไม่ได้มีหมด  
หมายความว่าเสร็จเมื่อไร แต่สิ่งที่น่าจะต้องเกิดขึ้นคือระบบการเก็บ  
รวบรวม การลงทะเบียน เพื่อให้คนมาใช้ประโยชน์ อย่างเช่น ตอนนี้มี  
ละครดัง เรื่องบุพเพสันนิวาส ผู้คนก็สนใจว่าในสมัยพระนารายณ์  
มีโรคติดต่ออะไรเกิดขึ้นบ้าง มีมาลาเรียเท่านั้นรีเปลา สิ่งนี้จะรับ  
ใช้เรื่องราวของคนที่ยากู้ ถ้าเราจัดหมวดหมู่ที่ดี ตอนนีเราก็ม  
เรื่องวิจัยประวัติศาสตร์มาลาเรียในประเทศไทยที่พูดถึงจดหมาย  
ลาลาแบร์ คนที่สนใจก็จะเข้ามาค้นคว้าได้ งานประวัติศาสตร์จะ  
ทำให้เราทราบว่าคนสมัยก่อนเขาทำอะไรไว้ การทำงานควบคุม  
โรคในอดีตมีความยากลำบากอย่างไร ทุกวันนี้เรามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น  
เพราะคนในรุ่นก่อนทำไว้ให้ หน้าที่เราต้องสานต่อ ประวัติศาสตร์  
น่าจะต้องรับใช้คนปัจจุบันในรูปแบบนี้”





# Interview



# อภิชาญ ทองใบ

## นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันวิจัยจัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค

“สิ่งที่หวังไว้หนึ่งก็คือ นักวิจัยน่าจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รวมถึงจริยธรรมการวิจัยของนักวิจัย ซึ่งจะมีบอกอยู่แล้วว่านักวิจัยต้องทำอะไรบ้าง สองก็คือรู้แล้วต้องสามารถเอาไปใช้ได้ด้วย บางคนคิดว่าส่งโครง ได้ “stamp” ผ่านเรียบร้อย จบ แล้วไปทำอีกเรื่องหนึ่ง นั่นไม่ใช่ คือคุณไม่ปฏิบัติตามโครงร่างตามที่คุณ “stamp” จริงๆ โครงร่างวิจัยคือ พิมพ์เขียวของแปลนบ้าน ถ้าอะไรที่ไม่ถูกเขียนไว้แสดงว่ายังไม่ถูกสร้าง หรือไม่ถูกต้อง หรือสร้างแล้วไม่ถูกต้อง มันอาจจะทำให้บ้านพังได้ โครงร่างเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงอะไร ต้องเขียนไว้ เพื่อเป็นการบอกล่วงหน้า”



## อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

โครงการนี้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๔ สมัย นพ.มานิต อีระตันติกานนท์ เป็นอธิบดีกรมควบคุมโรค ด้วยเห็นว่าการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน จะช่วยพัฒนาศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ อย่างเห็นผลและจับต้องได้ จากการที่อำเภอเป็นจุดยุทธศาสตร์ของพื้นที่ เป็นหน่วยงานนิติบุคคล มีปัจจัยเอื้อให้การดำเนินงานควบคุมโรคประสบความสำเร็จ ตั้งแต่เรื่องของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอจะมีโรงพยาบาล มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ และมีจำนวนที่เหมาะสมกับประชากร แล้วยังครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ แนวคิดในการดำเนินงานช่วงแรกจะเป็นการสนับสนุนให้พื้นที่ที่มีศักยภาพสามารถพัฒนาต่อไปได้ ด้วยการวางระบบในพื้นที่ให้ขับเคลื่อนไปโดยไม่เพิ่มภาระ งานหลักๆในขณะนั้น จะเป็นการจัดทำรายการกิจกรรมการควบคุมโรคต่างๆ ให้แต่ละอำเภอเลือกไปทำงาน พัฒนาตนเองตามแนวทางที่วางไว้ เสริมด้วยกลยุทธ์สนับสนุนสร้างแรงจูงใจผ่านการดูงาน การประกวด และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การดำเนินงานได้มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทำงาน มาตลอด จนในปี พ.ศ.๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างและมีนโยบายดำเนินงานระบบสาธารณสุขอำเภอ (District Health System) หรือ DHS ซึ่งมีการพัฒนาระบบสุขภาพผสมผสานตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เน้นการทำงานของภาคเครือข่ายระดับอำเภอ โดยมีเป้าหมายให้เกิดอำเภอสุขภาพ และมีโครงการแก้ไขปัญหที่เรียกว่า “หนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ” อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนจึงต้องปรับการทำงาน



ให้สอดคล้องกัน จากที่เคยประเมินคุณลักษณะ ๕ ด้าน คือ คณะกรรมการระบบระบาดวิทยา การทำแผน การระดมทรัพยากร และความสำเร็จในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในระดับประเทศและระดับพื้นที่ เหลือเพียง ระบบระบาดวิทยาที่ดีในระดับอำเภอ และมีผลสำเร็จในการควบคุมโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเป็นปัญหาในพื้นที่ โดยอีก ๓ ด้านที่เหลือจะมีการพัฒนาและประเมินผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) โดยทุกอำเภอสามารถประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ เมื่อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดก็สามารถเข้าสู่การคัดเลือกอำเภอที่มีการทำงานดี (Best practice) เป็นตัวแทนเขตต่อไป

# Interview



# พญ.วรรณ หาญเชาว์วรกุล

## นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม กรมควบคุมโรค

ผู้วางระบบการพัฒนางานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง  
ในยุคเริ่มต้น

“จุดที่เรียกว่าเป็นความสำเร็จจริงๆ ก็คือคนในกรมและกรม  
อื่นๆ เห็นด้วยกับการที่กรมควบคุมโรคเสนอแนวคิดให้อำเภอเป็น  
จุดยุทธศาสตร์ อันนี้เราน่าจะเป็นความสำเร็จที่สุดนะ คือของเดิม  
ที่พวกเราเคยทำงานกัน Best practice อะไรทั้งหลายจะอยู่ที่ระดับ  
หมู่บ้านกับตำบล แล้วกิจกรรมจะเกิดอยู่ในชุมชนซึ่งเล็กมองไม่ค่อย  
เห็น พอมาเป็นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งก็ขยายผล เห็นความ  
สำเร็จที่จับต้องได้มากขึ้น”



## เรื่องราวงานขับเคลื่อน นำไปสู่ความสำเร็จ



## กองทุนโลก (Global Fund) ความช่วยเหลือข้ามชาติ

ก่อนหน้าที่จะมีกองทุนโลก กรมควบคุมโรค เคยได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทุนในการป้องกันควบคุมโรคจากหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอเมริกา ออสเตรเลีย หรือญี่ปุ่น จะสนับสนุนในเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นกรณีไป อีกกลุ่มจะเป็นองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก จนช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ กลุ่มประเทศ G7 มีความเห็นเรื่องการกระจายความช่วยเหลือด้านสุขภาพ จะไม่สามารถสร้างผลสำเร็จ ควรจะเป็นลักษณะเงินกองทุนขนาดใหญ่ถึงจะเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาได้ จึงร่วมกันระดมทุนจากประเทศที่ร่ำรวย มุฉินิธิต่างๆ ตั้งกองทุนโลก(Global Fund) ภายใต้ UN ขึ้นมาเพื่อป้องกันควบคุม ๓ โรคหลักที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ



เอตส์ วัคซีนโรค และมาลาเรีย โดยให้การสนับสนุนระดับประเทศ หลังจากตั้งสำเร็จแล้วได้ประกาศให้ทุนสนับสนุนในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ และเป็นจุดเริ่มของการสนับสนุนในรูปแบบของเงินทุนขนาดใหญ่เพื่อยุติ ๓ โรคหลัก กรมควบคุมโรคในฐานะเป็น National program เขียนโครงการขอการสนับสนุน ต้องบริหารโครงการขนาดใหญ่ที่มีเงินทุนจำนวนมาก และมีภาคีหลากหลายมาร่วมงาน จึงจัดตั้งสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก (Principal Recipient Administrative Office : PR-DDC) เพื่อทำหน้าที่บริหารโครงการนี้โดยเฉพาะในปี พ.ศ.๒๕๔๕

การดำเนินงานขอเงินสนับสนุนจากกองทุนโลกมีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นระยะ จากเดิมกำหนดให้ผู้ขอรับทุนต้องเป็นผู้แทนของประเทศที่ผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างประเทศ เรียกว่าเป็น CCM กรมฯ (คณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) จึงไม่ได้เป็นคนขอทุนโดยตรง แต่ในแง่ของการปฏิบัติส่วนใหญ่ กรมฯ จะเป็นผู้ดำเนินการประสานงานภาคีต่างๆ ในการเขียนโครงการ โดยภาคประชาชนขนาดใหญ่ในพื้นที่สามารถเขียนโครงการขอทุนผ่าน CCM ได้ แต่มักจะติดปัญหาเงื่อนไขหลายประการท้ายที่สุดขณะนี้โครงการต้องผ่านการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาและผ่านกลไกของ CCM แล้วจัดทำเป็นแผนแม่บทในการแก้ไขปัญหาโรคนั้นในประเทศ ทำให้มีทิศทางการทำงานที่ชัดเจน เงื่อนไขการให้ทุนเป็นทุนระยะยาว ๕ ปี มีการประเมินผลงาน ๒ ปีแรก เพื่อพิจารณาให้ทุนต่ออีก ๓ ปีหลัง กลไกนี้เป็นข้อดีที่ช่วยให้ประเทศที่ได้รับทุนควบคุมโรคโดยอิงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง และอิงตามประสิทธิผลของการทำงาน สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลกจะเป็นศูนย์ประสานงานบริหารภาพรวม ที่ทำข้อตกลงไว้กับกองทุนโลก โดยเป็นผู้ผลักดันให้หน่วยงาน องค์กร และภาคีต่างๆ ที่เข้ามาร่วมโครงการแต่ละโรค ทำผลงานตามเป้าหมาย ของเงินทุนตามที่กำหนด และรวบรวมรายงานความก้าวหน้า เพื่อให้มีเงินทุนเข้ามาใช้ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้โครงการที่ได้รับเงินสนับสนุน เป็นประโยชน์ต่อแผนงานของกรมควบคุมโรคมากที่สุด ทั้งเรื่องประสิทธิผลและการใช้เงินได้เต็มตามกำหนด ปราชจากการทุจริต



# Interview



# นพ.ทวิทรัพย์ ศิริประภาศิริ

## ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก

“ผลงานเด่นๆ ที่เราได้จากกองทุนโลก ทางด้านเอดส์ ผมคิดว่าเราทำให้เรื่องการรักษาเป็นสากลได้ ก็ด้วยการสนับสนุน ตรงนี้ เราสามารถเข้าถึงกลุ่มคนที่เราเข้าไม่ถึงด้วยระบบปกติ เป็นจำนวนมาก วัณโรคก็เป็นอีกโรคที่คล้ายๆ กัน เมื่อก่อนวัณโรค มีงบประมาณจำกัด พอช่วงหลังเราได้เงินกองทุนโลกมา ซื้อเครื่องตรวจโมเลกุลแล้ว วางเครื่องได้ทั่วประเทศเลย ส่วนมาลาเรียก็มี ปัญหาในพื้นที่ห่างไกล จะกำจัดมาลาเรียแต่งบของประเทศมีน้อย มาก ถ้าเราไม่ได้เงินกองทุนโลกเข้ามา พวกมาลาเรียโพล พวกกิจกรรมอะไรต่างๆ แจกมุ้งเป็นล้านๆ หลัง เราไม่มีทางทำได้ ยิ่ง เรื่องของเทคโนโลยีใหม่เราก็ต้องอาศัยเงินของกองทุนโลกเข้ามาช่วย อย่างการตรวจวินิจฉัยมาลาเรียแทนที่จะส่งกล้องจุลทรรศน์เจาะ เลือดตรวจ อะไรแบบนี้ ใช้เงินกองทุนโลกดำเนินงานหมด ผมคิดว่า ผลที่ได้จากกองทุนโลก ๓ โรคหลักนี้สูงมาก จนทำให้เรามาถึง วันที่ที่มีโอกาสจะยุติปัญหาทั้ง ๓ โรคได้นะครับ”



## เรื่องราวงานขับเคลื่อน นำไปสู่ความสำเร็จ

### ศูนย์กฎหมาย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคฉบับแรกที่ถูกบันทึกไว้ในประวัติศาสตร์ไทย คือ “พระราชกำหนดสุขาภิบาลกรุงเทพฯ ร.ศ.116” ตราขึ้นในปี พ.ศ.2440 ในรัชกาลที่ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคติดต่อมิให้แพร่ระบาด ต่อมาในปีพ.ศ.2447 พระองค์โปรดเกล้าให้ตรา “พรบ.จัดการป้องกันกาฬโรค ร.ศ.123” บังคับให้เรือทุกลำที่มาจากจีน ต้องทอดสมอที่เกาะไผ่ให้พนักงานตรวจเรือก่อน ในช่วงที่กาฬโรคระบาดหนักที่ฮ่องกง หลังจากนั้นก็มี “พรบ.ป้องกันสัณฺหวโรค ร.ศ.127” “พระราชบัญญัติระงับโรคระบาดทั่ว พ.ศ. 2456 ” ซึ่งกฎหมายป้องกันควบคุมโรคที่ตราขึ้นมา จะมีเหตุจากสถานการณ์บ้านเมืองในช่วงเวลานั้น

งานด้านกฎหมายของกรมควบคุมโรค มีมาตั้งแต่สมัยที่แยกจากกรมอนามัย แล้วมาตั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งงานกฎหมายจะอยู่ในกองการเจ้าหน้าที่ แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนวินัย สอบสวนความประพฤติ ความผิดทางวินัย ละเมิดอุทธรณ์ร้องทุกข์ อีกส่วนเป็นเรื่องกฎหมาย เดิมมีกฎหมายเฉพาะ คือ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๒๓ ฉบับเดียว แต่ไม่ค่อยได้เอามาใช้อย่างเป็นรูปธรรม เพราะการทำงานควบคุมโรคในช่วงเวลานั้นไม่ได้นึกถึงมาตรการทางกฎหมาย ทำให้ไม่มีการพัฒนาและการบังคับใช้กฎหมาย จนมาถึงจุดเปลี่ยนในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ เมื่อกรมฯ มีงานเหล่า นุหรี งานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพิ่มเข้ามา ทำให้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเข้ามาด้วย เช่น พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบปี ๒๕๓๕ ส่วน พ.ร.บ.เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและโรคประกอบอาชีพยังไม่มี แต่มีปัญหาดีความฟ้องร้องมากขึ้นเรื่อยๆ ทางกรมฯ เริ่มเห็นความสำคัญงานด้านกฎหมาย การพัฒนาและการบังคับใช้กฎหมาย ที่จะช่วยแก้ไขปัญหการทำงานขณะนั้น และในระยะยาวจะช่วยส่งเสริมการดำเนินงานของกรมฯ ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างได้ผลเท่าทันสถานการณ์

พ.ศ. ๒๕๕๗ ทางกรมควบคุมโรคได้แยกงานกฎหมายออกจากกองการเจ้าหน้าที่ ตั้งเป็นศูนย์กฎหมายมีฐานะเทียบเท่ากอง สนับสนุนการดำเนินงานของกรมฯ ในเรื่องของกฎหมายเฉพาะและกฎหมายทั่วไป โดยเป็นศูนย์กลางจัดการ พัฒนากฎหมายการบังคับใช้ กฎหมายที่เป็นกฎหมายเฉพาะของกรมฯ

ก็คือ พ.ร.บ. ฉบับต่างๆ เช่น พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ร.บ.ควบคุมแอลกอฮอล์ และส่วนงานกฎหมายทั่วไป มีทั้งงานตอบโต้हारือ งานคดีความ งานนิติกรรมสัญญา แต่งงานส่วนใหญ่จะเป็นงานกฎหมายเฉพาะ เพราะมีกระบวนการ ขั้นตอน และใช้เวลามากถึง ๕-๖ ปี ในการร่างและ ออกกฎหมาย จนบังคับใช้ พ.ร.บ.แต่ละฉบับ และยังต้องออกกฎหมายที่เป็น กฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบตามมาอีก ๒๐-๓๐ ฉบับ รวมทั้งทบทวน กฎหมายที่นำออกมาใช้ทุก ๕ ปี ว่ายังใช้งานได้จริงและง่ายต่อการเอาไปใช้ออยู่ หรือไม่ ขณะนี้กรมฯ มีกฎหมายบังคับใช้ ๓ ฉบับ คือ พรบ.โรคติดต่อปี ๒๕๕๘ พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มปี ๒๕๕๑ และพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบปี ๒๕๖๐ ส่วนที่อยู่ระหว่างผลักดันร่างกฎหมาย คือ พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ

ที่ผ่านมาศูนย์กฎหมายมีผลงานเด่นด้านการพัฒนากฎหมาย คือ พ.ร.บ. โรคติดต่อ ๒๕๕๘ ที่มีมาตรการและการบังคับใช้กฎหมายในการทำงานป้องกัน ควบคุมโรคได้จริง เมื่อต้องทำภารกิจต่างๆ เป็นอำนาจตามหน้าที่ที่มีหลักฐาน ขั้นตอนโปร่งใส ช่วยให้ประชาชนสบายใจกับการปฏิบัติงาน พ.ร.บ.ฉบับนี้ยังมี ประโยชน์ต่อการแจ้งกรณีเกิดโรคติดต่อ มีข้อบังคับและบทลงโทษตามข้อ กฎหมาย จากเดิมเป็นแค่ รง.๕๐๖ คือการขอความร่วมมือ การแจ้งถือเป็น เรื่องสำคัญเพราะต้องการข้อมูลมาใช้วางแผนเฝ้าระวังและป้องกันโรค อีกเรื่อง ที่เด่นไม่แพ้กันคือการบังคับใช้กฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายยาสูบ ซึ่งทางกรมฯ เห็นถึงความจำเป็นต้องบังคับใช้ จับกุมและดำเนินคดีอย่างจริงจังกับประชาชน บางกลุ่มบางคนที่ไม่ปฏิบัติตาม งานควบคุมยาสูบในแง่ของการบังคับใช้ กฎหมายจึงถูกถ่ายโอนจากสำนักยาสูบมาเป็นศูนย์กฎหมาย แต่ทางศูนย์ฯ ไม่ได้ต้องการแค่บังคับใช้กฎหมาย แต่ต้องการให้เกิดการบูรณาการทำงานของทีม ทำงานในพื้นที่ เป็นการรวมเอาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายปกครองท้องถิ่น ปลัดหรือนายอำเภอ สรรพสามิต ตำรวจ สาธารณสุข มารวมลงพื้นที่ด้วยกัน เป็นทีม ATCU ทุกคนทำงานตามหน้าที่ภายใต้กฎหมายของตัวเอง แต่ช่วยสร้างความแข็งแกร่งในการทำงานของกันและกัน ทีม ปัจจุบันได้พัฒนาจนมีทีมใน ระดับจังหวัดครบทุกจังหวัด และมีเป้าหมายจะพัฒนาจนถึงระดับอำเภอภายใน ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

# Interview



# อังคณา บริสุทธิ์

## ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค

“เราทำงานด้านกฎหมายจะมีทั้งคนได้ประโยชน์ คนเสียประโยชน์ เราจะพูดกันเสมอว่าใครจะรักเราหรือจะชังเรา เราต้องอยู่ภายใต้พื้นฐาน ๒ อย่างคือ ถูกต้องไหม ชอบธรรมไหม ถ้าคิดว่าถูกต้องบวกชอบธรรม ทำเลย ถึงแม้จะมีคนชังเราหรือด่าเราก็ตาม หรือถ้าเป็นเพียงแค่ ๑ เสียง ถ้าเสียงนั้นเป็นเสียงที่ถูกต้องชอบธรรมเราต้องยืนยัน เรายึดหลักการนี้ เพราะเราเป็นองค์กรที่เป็นหลักด้านกฎหมายของกรม ๒ อย่างนี้สำคัญมาก”



## เรื่องราวงานขับเคลื่อน นำไปสู่ความสำเร็จ



### ศูนย์สารสนเทศ

สมัยก่อนกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญกับเรื่องเทคโนโลยีการเก็บข้อมูลมาก เพราะต้องใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการควบคุมป้องกันโรค หากในระยะแรกเป็นการรับเอาความรู้จากจากต่างประเทศมาใช้ เช่น มีโปรแกรมที่เราทำงานร่วมกับ องค์การอนามัยโลก ตอนนั้นเราเป็นกลุ่มแผนงานอยู่ในกองแผน และเป็นหน่วยงานแรกที่มีคอมพิวเตอร์ใช้งาน เมื่อกระทรวงสาธารณสุขย้ายมาถนนพหลโยธิน เราเริ่มมีการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล ไม่ใช่แค่ข้อมูลโรค แต่เป็นข้อมูลเรื่องบริหารจัดการด้วย จนสร้างระบบ Report ข้อมูลที่จำเป็น กลายเป็นความแข็งแกร่งของ กรมควบคุมโรคระดับหนึ่ง ในเรื่องของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ภายหลังมีการปรับฐานข้อมูลตามการใช้งาน โดยเฉพาะช่วงที่มีการระบาดของไข้หวัดนก

มีการทำงานบูรณาการต้องลิงค์ข้อมูลจากหลายหน่วยงาน ทั้งปริมาณทั้งความเร็วเพิ่มขึ้นมาก และยิ่งมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมี ข้อมูลโรคใหม่ๆ จากต่างประเทศ ทำให้เราต้องตอบสนองให้ทัน ช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๕ สำนักโรคระบาดวิทยาย้ายมาอยู่กับกรมควบคุมโรค ข้อมูลทุกอย่างย้ายมารวมศูนย์อยู่กับเราด้วย รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ ทำให้ต้องพัฒนาระบบลิงค์ รับส่ง วิเคราะห์ ดึงข้อมูลกับจังหวัดผ่านคอมพิวเตอร์ให้ทำงานได้เร็วขึ้น

พ.ศ. ๒๕๕๑ ตั้งศูนย์สารสนเทศอย่างเป็นทางการ โดยแยก ออกจากกองแผน และขึ้นตรงกับอธิบดีกรมควบคุมโรค เพื่อให้การทำงานด้านไอทีคล่องตัวมากกว่าเดิม ช่วงแรกจะเป็นการทำงานต่อเนื่องจากงานเดิม และพัฒนาระบบให้บริการเพิ่มขึ้น ซอฟต์แวร์หลักๆ คือ Cognos ที่นำมาใช้ประมวลผลโรคภัยสุขภาพ แล้วมาพัฒนาเว็บไซต์ของกรมฯ เริ่มต้น web 2.0 ให้เป็น Interactive มีการเปิดเว็บบอร์ดแสดงความเห็นให้ประชาชนเข้าถึงได้ ขณะนั้นทุกหน่วยงานจะทำเว็บไซต์ให้ประชาชนเข้ามาค้นหาข้อมูล ทางเราดูแลเว็บไซต์ของกรมฯ ที่ทำเป็นแบบรวม แต่ให้สิทธิ์ ทุกหน่วยงานสามารถลงเว็บไซต์กรมฯ ได้เองในทุกเรื่อง

ภายในกรมควบคุมโรค การรวบรวมข้อมูลให้รองรับ Big Data เรามีเซิร์ฟเวอร์และอุปกรณ์รองรับข้อมูลได้มหาศาล เป็นกรมฯ แรกที่เปลี่ยนจากระบบเก่ามาเป็นระบบคลาวด์ ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๔ และได้รับรางวัลการพัฒนาเทคโนโลยี เรื่อง ของ Private cloud ในส่วนของ Platform at the service เป็น ที่แรกของกระทรวงสาธารณสุข แล้วพัฒนาต่อให้ทุกหน่วยงานเอา ไปใช้บริหารจัดการได้เองโดยไม่ต้องพึ่งศูนย์ฯ ขณะนี้อยู่ในระบบ ของเราแล้วประมาณ ๕๐-๖๐ ระบบ เรายังสร้างเครือข่าย อินเทอร์เน็ตเป็นพอร์ตที่ 2 ปัจจุบันรออัปเกรดขึ้นไปถึง ๔๐๐ Mb รวมทั้งพัฒนาผู้ใช้งานให้มีความรู้ความเข้าใจใช้งานอย่างปลอดภัย กับตัวเองและหน่วยงาน มีแนวปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัย สารสนเทศ ผูกอบรมผู้ใช้งานร่วมกับกองการเจ้าหน้าที่ จัดอบรม ในห้องศรัทธาใหม่ๆ เรื่องเครือข่ายไอที สร้างพลังใจแก่เจ้าหน้าที่ ประจำหน่วยงานที่ดูแลเรื่องไอที



## เรื่องราวงานขับเคลื่อน นำไปสู่ความสำเร็จ



เรื่องการบริหารจัดการซอฟต์แวร์ให้ทุกหน่วยงานใช้ร่วมกัน มีการจัดหาโปรแกรมสำเร็จรูปต่างๆ ที่สำคัญคือ โปรแกรมระบบ ARC GIS เป็นระบบ Geographic information system ที่ทางกรม มีความจำเป็นต้องใช้เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่แต่ละแห่ง หน่วยงานสามารถเชื่อมข้อมูลที่ต้องการจาก Big data กับ GIS นี้ไปแสดงแดชบอร์ดได้เลย ซึ่งจะประมวลสรุปข้อมูลเรื่องต่างๆ ให้รู้ถึงสถานการณ์เพื่อการตัดสินใจที่ง่ายขึ้น อย่างที่ EOC ต้องใช้ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพราะช่วย React กับข้อมูลได้เร็ว และยัง Alarm กับ Alert ได้ ปัจจุบันเราก็ตพัฒนาขึ้นมาเรื่อยๆ แต่ขึ้นอยู่กับการเก็บข้อมูลเอามารวมกันจากทุกภาคส่วนทุกหน่วยงาน สร้าง Big Data ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้จริงๆ ที่ผ่านมารพยายามสร้างวัฒนธรรม Sharing information ให้บุคลากรของกรมฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าใจ เห็นความสำคัญของการรวมข้อมูลกัน เพื่อประโยชน์ในการใช้งานร่วมกัน โดยผลักดันยุทธศาสตร์นี้ออกไปให้ได้มากที่สุดเพื่อให้ทันต่อการใช้งานและการเป็น Thailand 4.0

ด้านการเข้าใช้งาน การประสานความร่วมมือสร้าง Big Data ที่ประกอบด้วยข้อมูลมหาศาลจากหลายแห่งมารวมกันนั้น สิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้คือการให้สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและมูลค่าเพิ่มที่ได้จากข้อมูล สร้างประโยชน์ต่อการใช้งาน เช่นโรงพยาบาลให้ข้อมูลเรามา เราก็มียสรุปให้โรงพยาบาลว่า มีผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลต่อปี ต่อเดือน ต่อวัน มากน้อยเท่าไร?ป่วยเป็นโรคอะไรมากที่สุดและอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมปรับปรุงและแก้ปัญหาการทำงานให้โรงพยาบาล เราเองก็ได้เนื้อข้อมูลที่ Real Time มาสร้าง Big Data ที่ทันกับสถานการณ์จริง

## ก้าวไกลไปกับงานไอที

การปรับเปลี่ยนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในโลกที่เทคโนโลยีหมุนเร็ว เพียงเสี้ยววินาทีอาจล้าหลังถ้าหยุดพัฒนา และอาจส่งผลกระทบต่อมากมายในการทำงาน ป้องกันและควบคุมโรคที่เสี่ยงต่อชีวิตของคนไทยและประเทศได้ ในวันที่ต้องก้าวให้เร็วและก้าวให้ทัน เรายังเร่งพัฒนาต่อยอดงานสารสนเทศด้านต่างๆ ทั้งงานบริการให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของกรมฯ ได้ง่ายในปีนี้ (พ.ศ.๒๕๖๑) เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรคจะก้าวสู่ Thailand ๔.๐ คือการรวมข้อมูลหน่วยงานทั้งหมดที่อยู่ในกรมฯ ให้เป็นเว็บไซต์เดียว ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย รู้ข่าวได้เร็วในประเด็นที่กำลังอยู่ในความสนใจ เนื้อหายึดตามโรค ไม่ยึดตามหน่วยงาน มีรูปแบบ One Page ในแต่ละเรื่องในแต่ละโรค โดยมีเว็บไซต์ของ CDC US เป็นต้นแบบ และกำหนดออกโปรอท เริ่มรวมให้สำเร็จในปีนี้ แต่เว็บไซต์ของแต่ละกองจะไม่หยุดทันทีหากจะค่อยๆ ถูกปิดไป เป็นการรวมเรื่องข้อมูลแต่โปรแกรมเฉพาะทาง เช่น เว็บไซต์ของสำนักกระบาด มีโปรแกรมรายงาน ๕๐๖ จะแยกออกไปไม่เอามารวม โดยระบบรายงาน ๕๐๖ ยังคงมีอยู่

ส่วนพัฒนาการบริการภายในกรมฯ มีการวางแผนขยายพื้นที่ติดตั้งเซิร์ฟเวอร์ เรียกว่า ศูนย์รองรับข้อมูล เพื่อแบ็คอัพข้อมูลไว้ในที่มีความเสี่ยงต่ำอีก ๓-๕ ปีข้างหน้า รวมทั้งพัฒนาการจัดเก็บฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น แบบ Blockchain ที่เชื่อมถึงกันได้รวดเร็วสะดวกกับการดึงข้อมูลในส่วนที่ต้องการมาวิเคราะห์ รวมทั้งหาวิธีวางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต สร้างระบบลิงค์ข้อมูลจากส่วนกลางใหญ่ไปยังสคร. ที่มีอยู่ ๑๓ แห่งทั่วประเทศ และขยายต่อไปด้านควบคุมโรค ๑๙ ด้าน ให้หน่วยงานเหล่านี้เห็นข้อมูลที่เป็น real time เหมือนกับที่ส่วนกลางได้ข้อมูลมาและกระจายออกไป เพราะเป็นหน่วยงานส่วนหน้าที่ต้อง Respond กับเรา พร้อมกับจัดทำโปรเจคที่เรียกว่า Data Visualization นำเสนอข้อมูลที่จำเป็นของแต่ละโรคผ่านแดชบอร์ดให้ผู้บริหารพิจารณา เพื่อปรับปรุงให้ได้ชุดข้อมูลที่จำเป็นของโรคนั้นๆ แบ่งเป็น ๕ โรค ๕ มิติ คือจะมี ๕ กลุ่มโรค โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคประกอบอาชีพ โรคจากสิ่งแวดล้อม และโรคเอดส์ แต่ละกลุ่มแบ่งเป็น ๕ มิติปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เอาไปจัดทำแผนตั้งทีมเตรียมพร้อม สนับสนุนการทำงานของกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว แม่นยำ และราบรื่นมากที่สุด

# Interview



# วรวิทย์ พยุงเกียรติบวร

## นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ ศูนย์สารสนเทศ กรมควบคุมโรค

“การสร้าง Big data แล้วเอามาใช้งานได้จริงๆ ต้องบอกว่าหลักการง่ายๆ ให้เห็นแก่ตัวครับ คือคุณไม่ต้องคิดว่าคนอื่นอยากได้อะไรจากเรา เขียนก่อนว่าตัวเองอยากได้อะไร แล้วตัวเองมีอะไร ต่างคนต่างเขียน ไอทีจะจับแม่ทัพซึ่งให้เอง เรายังจะไปดึงมาว่า คนนี้เขามีตรงนี้ไม่ต้องทำแล้วนะ ตรงนั้นคนนี้มีตรงนี้ไม่ต้องทำแล้วนะ แล้วมันจะลดเวลาการพัฒนา นะครับ มันจะลดเวลาการเข้าถึงข้อมูล แล้วข้อมูลตรงกลางที่ได้ก็เป็น Real Time อัปเดตตลอด แล้วมันจะเร็วมาก ทีนี้จะเอาข้อมูลไปใช้ประโยชน์ก็ทำได้มากกว่าเดิม”




เรื่องราวงานขับเคลื่อน  
นำไปสู่ความสำเร็จ

ท.บ. ๑๕๕๓๓ (ฉบับแก้ไข)

กรมการที่ดิน

ที่ดินรวม ๕๐ ไร่  
เลขที่ดิน ๑๓๓ หน้าสำโรง ๒๓๓  
ตำบล หนองเต็ง

โฉนดที่ดิน ๑๐๐๐ ๒๐๓๓  
เลขที่ ๑๓๓ หน้าสำโรง ๒๓๓  
ตำบล หนองเต็ง



โฉนดที่ดินฉบับนี้ ได้ทำโดยพระบรมราชานุญาตใน  
พระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร แห่งประเทศไทย

ให้ไว้แก่ กรมการที่ดิน ตำบล หนองเต็ง อำเภอ หนองเต็ง จังหวัด หนองบัวลำภู

อยู่ที่ยอดเขาค้อ จังหวัด หนองบัวลำภู ในหมู่ที่ ๕ ตำบล หนองเต็ง อำเภอ หนองเต็ง  
จังหวัด หนองบัวลำภู พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ทำโฉนดที่ดิน  
ที่ดินแปลงนี้ ชื่อที่ดินแปลงนี้หรือชื่อโฉนดที่ดิน ตำบลหนองเต็ง อำเภอ หนองเต็ง  
จังหวัด หนองบัวลำภู สำหรับ ตั้งเป็นศูนย์ราชการ  
โฉนดที่ดิน ๑๓๓ มีเนื้อที่ประมาณ ๑๐๕๖๖ ไร่ ๓๓๓ ตารางวา

ทิศตะวันออก	พิกัดดินแดน	<u>๕๖</u>	<u>๕๖</u>	<u>๑๓๒</u>
ทิศตะวันตก	พิกัดดินแดน	<u>๕๖</u>	<u>๑๓๒</u>	ถนนประชาธิปไตย
ทิศเหนือ	พิกัดดินแดน	<u>๑๓๗</u>	<u>๑๓๒</u>	
ทิศใต้	พิกัดดินแดน	<u>๑๓๗</u>	<u>๑๓๒</u>	<u>๕๖</u>

การพระกฤษฎีกาไม่ขัดข้อง ได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตที่ดินแปลงนี้ ให้กรมการที่ดินโดยอยู่ในความจำแนก  
ระต่อประพฤติกฎหมายในพระราชกำหนดกฎหมายสำหรับที่ดินซึ่งมีหรืออยู่ในเวลานี้และที่จะได้แก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือตั้งใหม่  
ในภายหลังสืบไปเป็นทุกประการ

ถ้าที่ดินมีค้ำประกันหรือจำนองที่ดินแปลงนี้ด้วยประการใดๆ มีการซื้อขาย, ถิ่น, เช่า, รับมรดก, ให้เช่า, ฝากเงิน,  
แลกเปลี่ยน, เป็นต้น ต้องมีโฉนดที่ดินให้เจ้าหน้าที่กรมการที่ดินออกหมายขอคืนโฉนดที่ดินก่อนจะดำเนินการซื้อขาย  
เว้นแต่ถ้าเจ้าหนี้ไม่เกิน ๓ ปี จึงมีขึ้นเป็นจะต้องพระนิยมน

ที่ดินแปลงนี้ยกฐานะเป็นพื้นที่สาธารณะ สำหรับ สำนักงานผู้รับราชการ / กองทัพบก  
ให้เป็นสำคัญวันที่ ๑๓๓ เดือน พฤษภาคม พุทธศักราช ๒๕๓๓ ๒๕๓๓

เจ้าพนักงานที่ดิน

## โฉนดที่ดิน

### สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

เรื่องราวของโฉนดที่ดินสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง(สปคม.) เอกสารที่บ่งบอกถึงกรรมสิทธิ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กลายเป็นข้อพิพาทในภายหลังนั้น มีที่มาเมื่อหลายสิบปีก่อน ในอดีตพื้นที่ตรงนั้น(ประมาณ 5 ไร่) เป็นที่ราชพัสดุ โดยกระทรวงสาธารณสุขขอใช้งาน มีหน่วยราชการหลายหน่วยตั้งรวมอยู่ด้วยกัน เช่น ศูนย์ฝึกอบรมกรมอนามัย สถานกามโรคบางเขน คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล รวมทั้งสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน (ชื่อเดิมของ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) ซึ่งเวลาต่อมา คณะสาธารณสุขศาสตร์ได้ขออนุญาต นพ.ประkob ผู้จินดา (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ขอใช้พื้นที่ (ประมาณ 2 ไร่) เพื่อสร้างบ้านพักชั่วคราวของเจ้าหน้าที่คณะสาธารณสุขฯ

จนกระทั่งในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ทางคณะสาธารณสุขฯ จะรื้อบ้านพักเพื่อสร้างคอนโดมิเนียมให้นักศึกษาเวชศาสตร์เขตร้อน และจะทำ MOU กับกรมควบคุมโรคเพื่อสร้างเป็นศูนย์ Env Occ ด้วยกัน แต่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้น เพราะไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ให้ไว้กับ นพ.นิพนธ์ ชินานนท์เวช ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯในเวลานั้น (ต่อมา สคร.1 เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง/สปคม.) ที่ตกลงเรื่องใช้ที่ดินตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๔ -๒๕๕๕ ว่าให้แลกที่กัน โดยทางคณะสาธารณสุขฯ ต้องรื้อบ้านพัก และร่นพื้นที่ให้อาคารของสถาบันฯ ที่จะสร้างใหม่ขยับไปด้านหลัง (อีกประมาณ 5-10 เมตร) เพื่อไม่ให้อาคารสปคม.ติดถนน

ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ เมื่อ สปคม. ได้งบประมาณสร้างอาคารหลังใหม่นี้ ทางคณะสาธารณสุขฯ ไม่ยอมรื้อบ้านพักตามที่ตกลงกันไว้ สปคม. จำต้องสร้างอาคารเพราะได้งบประมาณมาแล้ว หากก่อสร้างล่าช้า จะถูกปรับ ซึ่งต้องสร้างอาคารติดกับถนน พอสร้างเสร็จในปี พ.ศ.๒๕๕๗ คณะสาธารณสุขฯ ได้รื้อบ้านพักและจะสร้างคอนโดมิเนียมสำหรับนักศึกษาแทน แต่ที่บริเวณนั้นเป็นที่ตาบอดต้องขออนุญาตใช้พื้นที่ ซึ่งทาง สปคม.ไม่ยินยอม ตามหลักการแล้ว การตกลงกันไว้ด้วยวาจา ทั้งเรื่องการรื้อบ้านพักและอื่นๆ สปคม.ไม่สามารถกระทำได้โดยลำพัง เพราะเป็นประเด็นข้อกฎหมาย ต้องมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร และอธิบดีกรมควบคุมโรคต้องให้ความเห็นชอบ เป็นผู้อนุมัติทำการแทนกรมควบคุมโรคเท่านั้น

# Interview



# สุวรรณณี ธรรมมีภักดี

## นักวิชาการพิสดขานาญการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ผู้ดูแลจัดการเรื่องนี้ในครั้งนั้น เล่าให้ฟังว่า ทางคณะสาธารณสุขฯ เข้าใจว่า การขออนุญาตใช้พื้นที่ตรงนั้นแล้วจะได้สิทธิทั้งหมด แต่เขาไม่ทราบว่าทางเรามีหลักฐานเป็นโฉนดที่ดิน ที่ระบุว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ครอบครองพื้นที่ทั้งหมด รวมทั้งเอกสารที่ นพ.ประกอบ ได้อนุญาตให้สร้างบ้านพักชั่วคราว ซึ่งคุณสุวรรณณีเป็นผู้ไปค้นพบแฟ้มหลักฐานนี้ หลังจากพยายามค้นหามานานเป็นปี โดยค้นเอกสารทุกชิ้น ในทุกอาคาร ที่คิดว่าน่าจะมี ค้นหาทีละแผ่นๆ จนเจอ และนำโฉนดที่ดินเสนอผ่านหัวหน้าบริหาร นำส่งให้คุณหมอโสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯ ในขณะนั้น

มีการประชุมกับพญ.วารารณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดี (ผู้ดูแลหน่วยงาน สปคม.ช่วงเวลานั้น) เพื่อคลี่คลายประเด็นให้ชัดเจน จนเหตุการณ์ต่อเนื่องมาถึง นพ.สุเทพ เพชรหมาก รองอธิบดีคนต่อมา จนท่านอธิบดีโสภณ เมฆธน เรียกไปพบ เพื่อให้ชี้แจงรายละเอียด โดยมี ผอ.อังคณา คุณย์กัญหมาย ช่วยร่างหนังสือดำเนินการต่อในทางกฎหมาย เมื่อมีการประชุมร่วมกับทางคณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งท่านรองสุเทพเป็นประธาน ทางคณะสาธารณสุขฯ ได้เตรียมหลักฐานมา แต่พอเห็นหลักฐาน(โฉนด) ว่าเราเป็นเจ้าของตัวจริง มีหนังสือขอใช้เพื่อเป็นบ้านพัก จึงกลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ เพราะการรื้อถอนบ้านพัก แสดงว่าวัตถุประสงค์ที่เขาขอใช้ได้สิ้นสุดลง หากจะขอสร้างเป็นคอนโดต้องขออนุมัติจากกรมฯใหม่ แต่ก็ไม่ได้รับการติดต่อขออนุมัติเข้ามา

“เราดีใจนะ ภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในเรื่องนี้ ถึงจะเป็นส่วนเล็กๆ ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้กรมฯไม่ถูกฟ้อง และยังมีกรรมสิทธิ์สมบูรณ์ในที่ดินผืนนี้ เราดีใจเพราะเป็นข้อกฎหมาย เป็นหลักฐานที่ชัดเจน ไม่สามารถให้ใครเข้ามากล่าวอ้างได้เลยว่าไม่ใช่ไม่จริง ภูมิใจมากเลย อย่างน้อยรุ่นลูกรุ่นหลานได้รับรู้ว่า เราได้ปกป้องพื้นที่ที่เป็นของกรมฯ ไม่ให้ตกไปเป็นของคนอื่น ทุกอย่างต้องอยู่ภายใต้กฎหมาย”





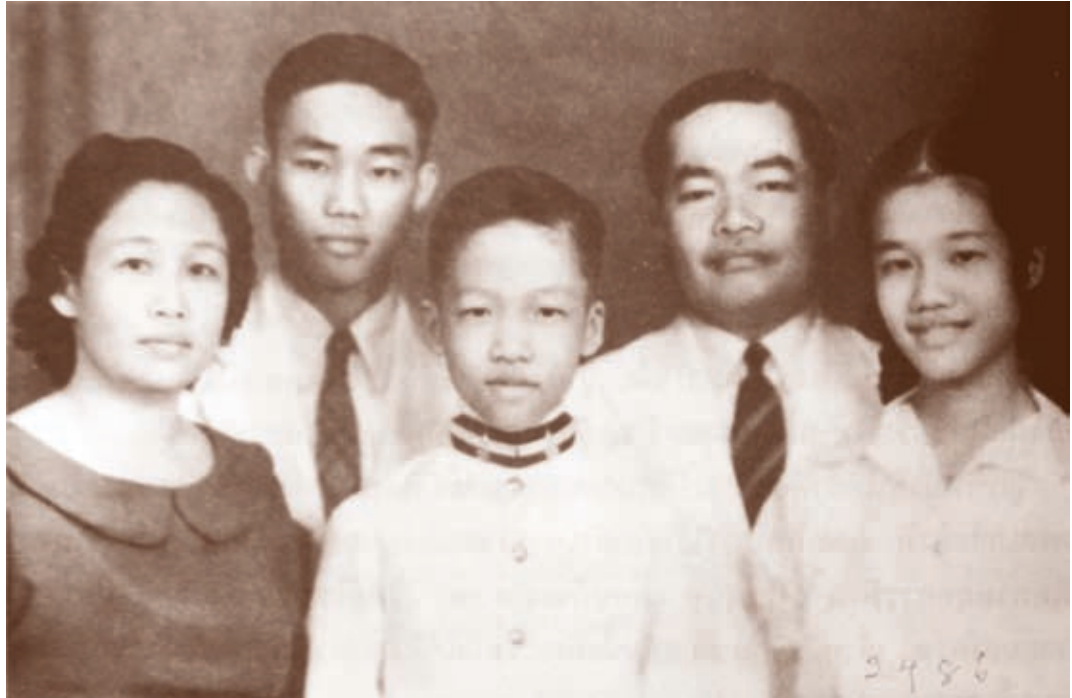
เรื่องราวงานขับเคลื่อน  
นำไปสู่ความสำเร็จ



## รางวัลเกียรติยศเหรียญเชิดชูเกียรติ “ขุนประเมินวิมลเวชช์”

รางวัลเหรียญเชิดชูเกียรติ “ขุนประเมินวิมลเวชช์” เป็นรางวัลที่ กรมควบคุมโรคริเริ่มขึ้นในโอกาสครบรอบ ๔๒ ปี วันสถาปนากรม ควบคุมโรค ๑๙ กันยายน ๒๕๕๙ โดยขออนุญาตทายาทนำนามของ ท่านขุนประเมินวิมลเวชช์ มาเป็นชื่อเหรียญเชิดชูเกียรติ เพื่อระลึกถึง คุณูปการของท่านที่ได้เสียสละตนในการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรค และเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้ทำงานด้านสาธารณสุขได้เจริญรอยตาม

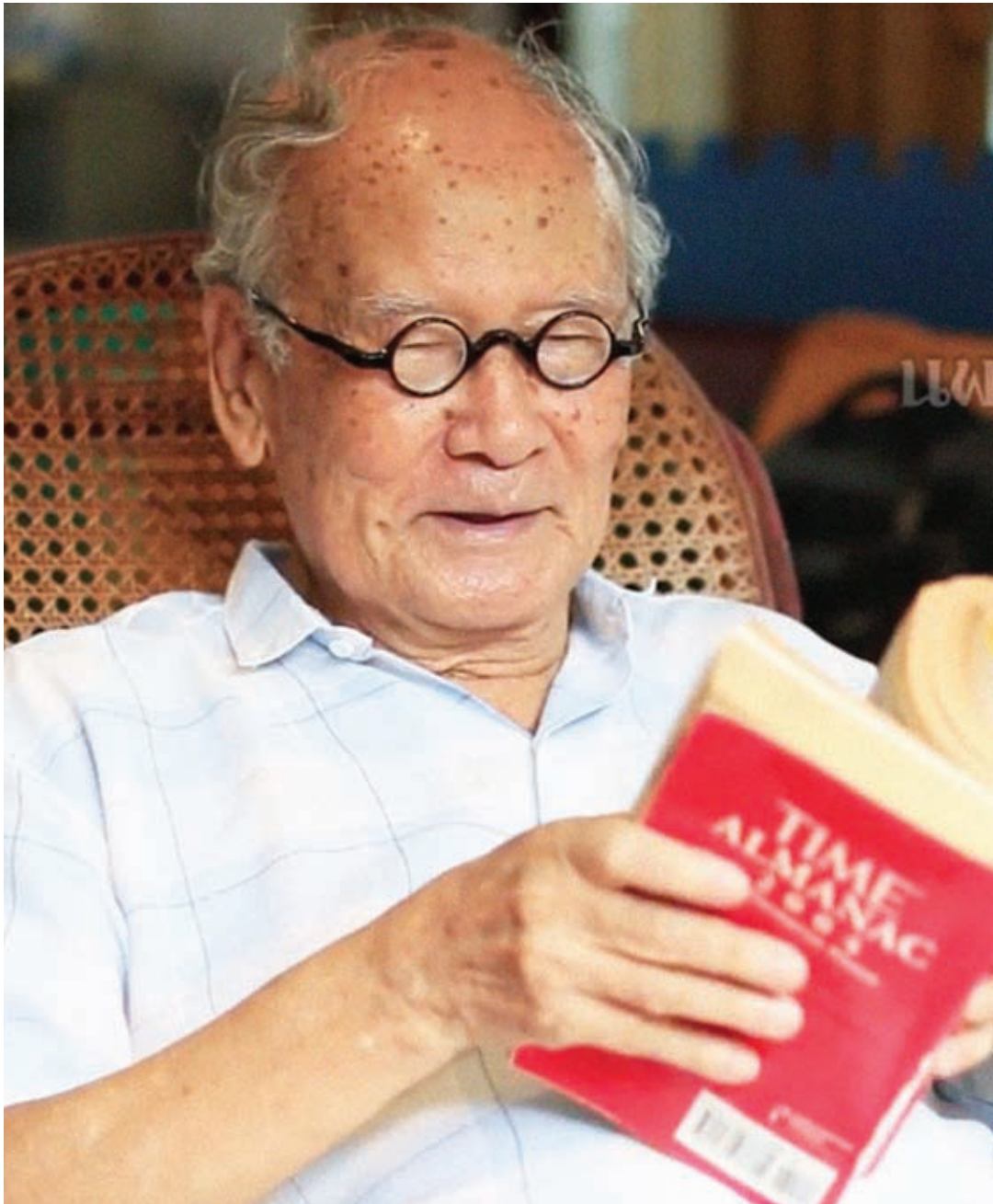
ตลอดชีวิตการทำงานของท่านขุนประเมินวิมลเวชช์ หรือนพ.ประเมิน จันทวิมล ตั้งแต่จบจากโรงเรียนแพทย์ และเข้ารับราชการ ที่กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.๒๔๖๙-๒๕๐๙ กล่าวได้ว่า ท่านเป็นกำลังสำคัญช่วยให้คนไทยและประเทศชาติรอดพ้นจากโรค ระบาดร้ายแรง เช่น กาฬโรค อหิวาตกโรค ไข้ทรพิษ มาตลอด ซึ่งเป็น ผลจากการทุ่มเทปฏิบัติงานปราบปรามโรคอย่างต่อเนื่องยาวนาน เป็นที่ประจักษ์แก่คนรุ่นหลังถึงความเสียสละอุทิศตนเพื่อประชาชน



ด้วยความเทิดทูนพระราชดำรัสของสมเด็จพระบรมราชชนก “ให้เห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นที่หนึ่งประโยชน์ตนเป็นที่สอง” ที่ท่านยึดเป็นหลักใจ และแนวทางการปฏิบัติตน “สัจบุรุษ ผู้ยิ้มและเมตตาต่อคนทุกชั้น” ที่ได้รับการบอกเล่าถ่ายทอดกันมาจนทุกวันนี้

การประกาศเกียรติคุณมอบเหรียญเชิดชูเกียรติ “ขุนประเมิน วิมลเวชช์” นี้ จึงเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้อุทิศตนและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เผยแพร่ชื่อเสียง ผู้ปฏิบัติงานที่มุ่งมั่นใช้ความรู้ความสามารถด้านป้องกันควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่องยาวนานจนประสบความสำเร็จเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติสูงสุด ทั้งด้านบริหาร บริการ วิชาการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และมีผลงานดีเด่นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนคนไทย

# Interview



# นพ.สุชาติ เจตนเสน

## ได้รับรางวัล “ขุนประเมินวิมลเวชช์” ประจำปี ๒๕๕๙

ปี พ.ศ.๒๕๕๙ ผู้ที่ได้รับเกียรติเป็นคนแรกคือ นพ.สุชาติ เจตนเสน ตลอดชีวิตการทำงานของท่าน ทั้งในหน่วยงานของสาธารณสุขในประเทศไทยและงานสาธารณสุขระหว่างประเทศในนามองค์การอนามัยโลก ท่านมีผลงานจำนวนมากเป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณสุขและเป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะเรื่องการจัดตั้งกองระบาดวิทยา และโครงการฝึกอบรมแพทย์ทางระบาดวิทยา (FETP) ซึ่งเป็นการวางรากฐานระบบเฝ้าระวังโรคในประเทศไทย พื้นฐานสำคัญของการควบคุมโรคระบาด สร้างกำลังคนให้มีความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนไทย ท่านได้รับการยกย่องจากผู้อยู่ในแวดวงสาธารณสุขว่าเป็น “ครูใหญ่ทางระบาดวิทยา” ปัจจุบันแม้จะเกษียณแล้ว ท่านยังเป็นที่ปรึกษาอาวุโส โครงการฝึกอบรมนักระบาดวิทยาภาคสนาม (FETP) สำนักระบาดวิทยา และที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

นพ.สุชาติ เจตนเสน จึงเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างทุ่มเท ต่อเนื่องและยาวนาน เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคแก่ประเทศชาติ และยังเป็นตัวอย่างที่ดีด้วยการ ทำให้อู่ อยู่ให้เห็น และไม่เคยหยุดที่จะพัฒนาตัวเอง ซึ่งท่านได้ฝากแนวคิดให้คนรุ่นหลังไว้ว่า

“ทุกสิ่งทุกอย่างในโลกนี้มันเปลี่ยน ไม่มีอะไรอยู่กับที่ ตัวเชื้อโรคเองก็เปลี่ยน เพื่อความอยู่รอดของตัวเองเชื้อโรคเอง มันก็ต้องปรับตัวตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เพราะฉะนั้นไม่ใช่ที่เราศึกษาที่เดียวแล้วใช้วิธีนี้ไปตลอดชาติ ไม่ได้ ถ้าจะสู้กับเขา เราต้องติดตามดูว่าเปลี่ยนไปอย่างไร ต้องรู้เขา รู้เรา ตามให้ทัน”



# Interview



# ศ. นพ.ธีระ รามสูต

## ได้รับรางวัล “ขุนประเมินวิมลเวชช์” ประจำปี ๒๕๖๐

ปี พ.ศ.๒๕๖๐ ศ.นพ.ธีระ รามสูต ท่านได้รับการยอมรับถึงการเป็นผู้เสียสละและอุทิศตนในการทำงานป้องกันควบคุมโรคมายาวนาน โดยเฉพาะงานด้านโรคเรื้อนสนองพระราชดำริและพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ด้วยการผลักดันขยายโครงการโรคเรื้อน พัฒนาคความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้คนทั่วไป ตั้งแต่แรกเริ่มจนเกิดผลสำเร็จในปี พ.ศ.๒๕๓๗ เป็นประเทศแรกในโลกที่ได้ทำก่อนปีเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกวางไว้ (องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายปีพ.ศ.2543) และเป็นประเทศเดียวที่สามารถแก้ปัญหาโรคเรื้อนได้ยั่งยืน ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตในสังคมปกติ ไม่ถูกรังเกียจเหมือนในอดีตที่ผ่านมา ท่านยังทุ่มเททำงานป้องกันควบคุมโรคอีกหลายด้าน และเป็นอาจารย์สอนวิชาการควบคุมโรคเรื้อน โรคติดต่อทั่วไป และโรคเอดส์ คอยประสานงาน ระดมทุนศึกษาวิจัยจากต่างประเทศ ต่อยอดพัฒนาความรู้ใหม่ๆ อย่างกว้างขวาง มีผลงานเป็นที่ยอมรับมากมายในระดับโลก และเป็นแกนหลักในการทำงานด้านจิตอาสาป้องกันควบคุมโรคทั่วประเทศ

หลังเกษียณอายุราชการ ท่านอาจารย์ได้อุทิศตนร่วมดำเนินงานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในตำแหน่งประธานกรรมการบริหาร เป็นที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ท่านเป็นแบบอย่างของคนทำงานที่ทำอะไรต้องรู้จริง บริหารงานต้องมีความรู้ มีวิชาการคู่กันไปด้วย เราจึงเห็นท่านหาความรู้ใหม่ๆ พัฒนาตัวเองอยู่เสมอ และยังเป็นตัวอย่างของความเสียสละทำงานจิตอาสาเพื่อผู้อื่นและประเทศชาติอย่างไม่เหน็ดเหนื่อย

“ถ้าไม่รู้อะไรก็ต้องไปอ่านไปถามคนที่รู้ จะพูดอะไรก็ต้องมีข้อมูลอ้างอิง

“ไปอยู่ที่ไหน ต้องมีผลงาน ต้องมีคุณค่า แล้วก็พัฒนาตัวเอง พอโอกาสพลิกมา เราก็พร้อม

“อยากให้รุ่นหลังๆ อุทิศตนทุ่มเทในงานควบคุมโรคที่แต่ละคนได้รับผิดชอบ ให้เกิดผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ แล้วเราจะเกิดความภาคภูมิใจในงานที่ทำว่ามีประโยชน์ต่อประเทศชาติ เมื่อได้รับรางวัลเราก็ยิ่งภาคภูมิใจ มีกำลังใจมากขึ้นที่จะทำงานควบคุมโรคต่อไป ให้เราทำดีที่สุดแล้วสิ่งดีๆ ก็จะมาเอง”



# Interview



# ศ.เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ

## ได้รับรางวัล “ขุนประเมินวิมลเวช” ประจำปี ๒๕๖๑

ปี พ.ศ.๒๕๖๑ ศ. เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญอย่างสูงด้านโรคติดเชื้อ เฉพาะอย่างยิ่งโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยมีผลงานวิจัยจำนวนมาก เช่น เอดส์ หัดเยอรมัน ไวรัสตับอักเสบบี พิษสุนัขบ้า และโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำอีกมากมาย ท่านยังเป็นผู้ชำนาญใช้หวัดนกและโรคซาร์ส (SARS) ผู้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งสองนี้เป็นรายแรกๆ ของเมืองไทย ที่สำคัญท่านมีคุณูปการต่องานป้องกันและควบคุมโรคในบ้านเราอย่างมาก ด้วยการเป็นผู้ก่อตั้งและเป็นประธานมูลนิธิส่งเสริมการศึกษาไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะช่วยเป็นแกนกลางรวมข้อมูลและรวมพลังผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก มาทำงานวิชาการร่วมกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ ไม่ทำซ้ำซ้อนกัน เชื่อมทั้งฝ่ายปฏิบัติการกับฝ่ายวิชาการและเชื่อมโยงกับต่างประเทศ ทำให้การทำงานพัฒนาไปได้รวดเร็วเข้มแข็ง

ด้วยความที่ท่านเป็นคนทุ่มเท กระตือรือร้น สนุกกับการทำงาน สดใสอารมณ์ดี ท่านอาจารย์หมอประเสริฐจึงเป็นแบบอย่างของอาจารย์ที่สอนเก่ง วิจัยเก่ง บริหารเก่ง เขียนหนังสือแต่งตำราเก่ง เป็นบรรณาธิการเก่ง และยังสังคมเก่ง ได้รับรางวัลทุกด้านจากในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งได้รับพระราชทานเหรียญดุษฎีมาลาเข็มศิลปวิทยา ซึ่งเป็นผลจากการเสียสละอุทิศตนเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของคนไทย ถึงวันนี้ในวัยเกษียณท่านก็ยังทำงานเป็นที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ท่านได้ฝากข้อคิดไว้ให้พวกเราว่า

“ผมอยากจะฝากว่าขอให้เราพยายามมองหาคำถามที่มันเกิดขึ้นเป็นปัญหาของประเทศชาติว่าปัญหามันอยู่ที่ตรงไหน พยายามที่จะหาคำตอบแก้ปัญหาให้รอบด้าน แล้วก็พยายามทำตัวให้เป็นประโยชน์ อย่าไปตั้งข้อแม้ในการทำงาน ทำไปหะอะถ้าหากว่าเราทำได้ ถ้ามันติดขัดค่อยบอกเขาอีกที เขาก็จะแก้ไขให้ อันนี้คือวิธีการทำงาน”





# เอกสารอ้างอิง (ภาพและเนื้อหา)

กรมควบคุมโรค. นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม ๔ ทศวรรษ จุดประกายการรักษาโรคเอดส์ ความพยายามที่ใกล้ความจริง. จากไม่ใหญ่ ถึงต้นกล้า. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

กรมควบคุมโรค. ประวัติชุมชนประเมินวิมลเวชช์. ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

กรมควบคุมโรค. ๕๘ ปี กับสงครามต่อต้านเชื้อโรคทางอากาศของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ที่ระลึกเนื่องในโอกาสเปิดสำนักงานด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานกรุงเทพ สำนักงานได้อาคารผู้โดยสารระหว่างประเทศ ๒. ๒๕๔๐.

กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องโรคหนองพยาธิ. นนทบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ, ๒๕๓๑.

กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี ๒๕๖๐ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์, ๒๕๖๑

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานในชุมชนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตำบล) Tree Model, สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๒๕๖๐. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ. จากเกาะไฟ สู่กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ ๑๑๘ ปีของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ. UNSEEN กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. ๒๕๕๙.

ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ. สำนักคนเป็นโรคเรื้อน นิคมโรคเรื้อน ผู้การเป็นชุมชนปกติ ๙๓ ปี การขจัดโรคเรื้อนในสังคมไทย. UNSEEN กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. ๒๕๕๙.

ขวัญชาย ดำรงค์ขวัญ. เส้นทางของโรงพยาบาลบางรัก... ๘๖ ปีของงานควบคุมกามโรคในประเทศไทย. UNSEEN กรมควบคุมโรค...เส้นทางประวัติศาสตร์และความทรงจำ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์, กรุงเทพฯ. ๒๕๕๙.

จริยา แสงสว่าง, แพทย์หญิง., วราภรณ์ เทียนทอง, อำไพพรรณ พวงกำหยาด. จากโรงพยาบาลโรคติดต่อ...สู่สถาบันฯ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรงอันตราย, ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีตความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

ธีระ งามสุด, ศาสตราจารย์. ๔๒ ปี กรมควบคุมโรคกับความสำเร็จ การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมเด็จพระราชปณิธาน, ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

ประเสริฐ พงศ์พิสิฐสันต์, ว่าที่ ร้อยตรี. ประวัติและวิวัฒนาการงานควบคุมกามโรคของประเทศไทย. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค, ๒๕๔๕.

พีไลพันธ์ พุทธิฉนะ, ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดอกเตอร์., ไวรส์ไขหวัดนก H5N1 การแพร่เชื้อจากสัตว์สู่สัตว์ และจากสัตว์สู่คน. ไขหวัดนก H5N1 Avian influenza A (H5N1) virus at human-animal interface. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : วิ.เจ. พรินติ้ง, ๒๕๕๙.

มณี สุขประเสริฐ. ก้าวสู่ ๑ ศตวรรษงานป้องกันควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๖๐.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, มหาวิทยาลัยมหิดล. สรุปล ๒๕ ปี การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๓๕-๒๕๖๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล. เจริญดีมีนคงการพิมพ์, ๒๕๖๐.

ศิริรัตน์ ลิกานนท์สกุล. ประวัติศาสตร์วิวัฒนาการของงานเทคนิคการแพทย์ สถาบันบำราศนราดูร. ๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และความท้าทายในอนาคต. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

สันติสุข โสภณศิริ. หนึ่งในร้อย ผู้บุกเบิกกระบวนวิชาไทย  
นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน. พิมพ์ครั้งที่ ๑ นนทบุรี:  
กรมควบคุมโรค. อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์, ๒๕๖๑.  
ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ. ๒๕๕๐. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำ  
ของเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์  
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ๒๕๕๒. สถานการณ์  
การตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย : กรุงเทพฯ.  
สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์  
ทหารผ่านศึก.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ  
๒๕๕๙. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของ  
ประชากรไทยพ.ศ.๒๕๕๖ : การสูญเสียสุขภาพ  
(Disability-Adjusted Life Year:DALY) บริษัท เดอะ  
กราฟฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด. กรุงเทพฯ.

อรนารถ วัฒนวงษ์, ณรงค์ ชันตีแก้ว, รองศาสตราจารย์  
นายแพทย์. โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี,  
๔๒ ปี กรมควบคุมโรค...ย้อนอดีต ความสำเร็จ...และ  
ความท้าทายในอนาคต. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค.  
พีเอ็นเอส ครีเอชั่น, ๒๕๕๙.

### ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ธีระ รามสูต, ศาสตราจารย์ นายแพทย์. การบรรยายและ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “ประวัติศาสตร์โรคเรื้อรังใน  
ประเทศไทย” , [ไฟล์ข้อมูล]

มงคล ณ สงขลา, นายแพทย์., บัณฑิต ศรีไพศาล, ด็อกเตอร์.,  
นายแพทย์., สกกรานต์ ภาคโชคดี, เกสัชกร., สมาน  
ฟูตระกูล., นายแพทย์. สัมมนาเรื่อง “ประวัติศาสตร์  
และวิวัฒนาการของกฎหมายควบคุม การบริโภค  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย” วันที่ ๒๘  
สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมประเมิน จันทวิมล  
กรมควบคุมโรค, [ไฟล์ข้อมูล]

ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, นายแพทย์., ศรีประพา เนตรนิยม,  
แพทย์หญิง., เพชรวรรณ พิงค์มี, แพทย์หญิง.  
สัมมนาเรื่อง “เหลียวหลัง...แลหน้า บอกเล่า  
ประวัติศาสตร์วัณโรคในประเทศไทย” วันที่ ๑๘  
พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุมสบายใจ กรม  
ควบคุมโรค, [ไฟล์ข้อมูล]

สุชาติ เกิดมงคลการ. ๒๕๖๐. จำนวน ร้อยละ และอัตราการ  
การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๕๙.

กรุงเทพมหานคร : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุม  
โรค กระทรวงสาธารณสุข, [ไฟล์ข้อมูล]

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.  
๒๕๖๐. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ  
พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๙. กรุงเทพมหานคร. สำนัก  
นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, [ไฟล์  
ข้อมูล]

หทัย ชิตานนท์, นายแพทย์., ลักษณา เต็มศิริกุลชัย,  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ด็อกเตอร์., จุรีย์ อุสาหะ. สัมมนา  
เรื่อง “เหลียวหลังแลหน้าพัฒนาการ...การขับเคลื่อน  
งานควบคุมยาสูบไทย” วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘  
ณ ห้องประชุมประเมิน จันทวิมล กรมควบคุมโรค,  
[ไฟล์ข้อมูล]

อัจฉรา เขาวะณิข., แพทย์หญิง, ถนนอมจิตต์ ดวนด่วน,  
ศุภลักษณ์ ทิวิวัฒน์วงศ์, เสนาทางวิชาการ เรื่อง  
“การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซาร์สสายแรกของ  
ประเทศไทย” วันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๙ ณ  
ห้องประชุมสบายใจ สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง,  
[ไฟล์ข้อมูล]

World Health Organization. ๒๐๑๔. The Global Report  
on Drowning. [http://www.lifesaving.bc.ca/sites/  
default/files/WHO\\_Report\\_on\\_Drowning\\_-\\_  
November\\_๑๗\\_๒๐๑๔.pdf](http://www.lifesaving.bc.ca/sites/default/files/WHO_Report_on_Drowning_-_November_๑๗_๒๐๑๔.pdf) (accessed November  
๘, ๒๐๑๔).

irem.ddc.moph.go.th

[www.ayhosp.go.th/ayh/index.php/jomat-yo2vo2/69-  
jomat-yo2vo2s01](http://www.ayhosp.go.th/ayh/index.php/jomat-yo2vo2/69-jomat-yo2vo2s01)

[www.boe.moph.go.th/news.php?cat=4&id=122](http://www.boe.moph.go.th/news.php?cat=4&id=122)

[www.ryt9.com/S/nnd/2728671](http://www.ryt9.com/S/nnd/2728671)

[www.youtube.com/watch?v=T\\_Nhmd\\_xeQ](http://www.youtube.com/watch?v=T_Nhmd_xeQ)

[www.youtube.com/watch?v=sntKhn6y090](http://www.youtube.com/watch?v=sntKhn6y090)

# ผู้ให้ข้อมูล

## จากงานป้องกันควบคุมโรคมาสู่กรมควบคุมโรค

นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค

## ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ปิดจุดอ่อนสร้างจุดแข็ง

คุณยุทธพงษ์ เกียรติยุทธชาติ ผอ. กองการเจ้าหน้าที่

## รู้เท่า รู้ทัน แนวหน้าทำโรค...งานระบาดวิทยา

พญ.ชุลีพร จิระพงษา หัวหน้ากลุ่มพัฒนานักระบาด

วิทยาภาคสนามและเครือข่าย สำนักระบาดวิทยา

นพ.คำนวน อึ้งชูศักดิ์ อดีตนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ด้านเวชกรรมป้องกัน ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค

คุณนิมาพรรณ สถฤชต์อภิรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุข

เชี่ยวชาญ สำนักระบาดวิทยา

คุณวันชัย อาจเขียน อดีตนักวิชาการสาธารณสุข

ทรงคุณวุฒิ ที่ปรึกษาสำนักระบาดวิทยา

นสพ.ประวิทย์ ชุมเกษียณ ที่ปรึกษาสำนักระบาด

วิทยา กรมควบคุมโรค

ศ.เกียรติคุณ ดร.พีไลพันธ์ พุฒวัฒน์ อดีตอาจารย์

ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ผู้ตรวจราชการกระทรวง

เขตสุขภาพที่ ๕ กระทรวงสาธารณสุข

นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ รองผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลน่าน

คุณมณีนีลปี ศิริมาตย์ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัย

สิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

## ๑ ศตวรรษของการต่อสู้โรคติดต่อเพื่อคนไทย

คุณธีรศักดิ์ สมบูรณ์ อดีตเจ้าหน้าที่บริหารงาน

สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

จังหวัดปัตตานี

คุณแสวก นุชจ่าย อดีตรองผู้อำนวยการ สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรคที่ ๔

นพ.อัมภางค์ รวยอาจิน รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

นสพ.พรพิทักษ์ พันธุ์ล้ำ ผอ. กองควบคุมโรคและ

สุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ศ. เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษา

กรมควบคุมโรค

ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิโรคติดต่อแห่งชาติ

ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘

ดร. สพญ.เสาวพัทธ์ อึ้งจ้อย รองผู้อำนวยการ

สำนักระบาดวิทยา

นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ

ระดับ 11 กระทรวงสาธารณสุข

พญ.วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ อดีตรองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ดร.นพ.ปรีชา เปรมปรี ผอ.สำนักโรคติดต่อฯ โดย

แมลง

ศ.คลินิก (พิเศษ) พญ.สุจิตรา นิมมานันต์ อดีต

ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลก

โครงการกวาดล้างโปลิโอ กรมควบคุมโรค

นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ ผอ. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน

นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ รองผู้อำนวยการสถาบัน

บำราศนราดูร

นพ.ประพันธ์ ภาณุภาค ผอ.ศูนย์วิจัยโรคเอดส์

สภากาชาดไทย

ดร.นพ.สุวิช ธรรมเปา โผ.สำนักงานป้องกัน

ควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา

คุณสุมาศ ลอยเมฆ นักวิชาการสาธารณสุข หัวหน้า

สำนักงานโครงการงานควบคุมปราบปรามโรคติดต่อ

และสาธารณสุข ศูนย์ศึกษาการพัฒนาพิภพทอง

อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จ.นราธิวาส

คุณลุงลาย มโนภักดิ์ ผู้ป่วยโรคเท้าช้าง จ.นราธิวาส

พญ.ดารินทร์ อารีย์โชคชัย รองผู้อำนวยการสำนัก

โรคติดต่อฯ โดยแมลง

คุณวีระวิทย์ สงวนศักดิ์ พนักงานพันสารเคมี สำนัก

โรคติดต่อฯ โดยแมลง

คุณทองใส หาญเสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน จ.นครพนม

คุณธีระ พันธุ์มณี

พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ด้านเวชกรรมป้องกัน อดีตผู้อำนวยการกองกามโรค

คุณสมโภชน์ ป็องกัน นักวิชาการสาธารณสุข

ชำนาญการ กองโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์

คุณสมบัติ ศรีวิจนะ

พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย รักษาการนายแพทย์

ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค

พญ. ผลิน กมลวัฒน์ ผอ.สำนักวัณโรค

**พญ.ศรีประพา เนตรนิยม** นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
 ด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค  
**คุณสมศักดิ์ เจริญทอง** นักวิทยาศาสตร์การแพทย์  
 ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคติดต่อ  
**คุณสายใจ สมบัติการ** หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการ  
 อ่างอิงชันสูตรโรคแห่งชาติ สำนักโรคติดต่อ  
**นพ.พรชนก รัตนดิลก ณ ภูเก็ต** รองผู้อำนวยการ  
 ด้านการบริหาร สำนักโรคติดต่อทั่วไป  
**พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์** ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุม  
 โรคที่ ๗ ขอนแก่น  
**คุณอรนารถ วัฒนวงษ์** หัวหน้ากลุ่มโครงการ  
 พระราชดำริฯ โรคหนองพยาธิ โรคในถิ่นทุรกันดาร  
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป  
**คุณสมนึก เลิศสุโภชนวิทย์** นักวิชาการสาธารณสุข  
 ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคติดต่อทั่วไป  
**คุณพรเทพ ประดับพลอย** นายกเทศมนตรีตำบล  
 บางม่วง จ.นนทบุรี  
**คุณปรียา สาทะยม** หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
 เทศบาลตำบลบางม่วง จ.นนทบุรี  
**คุณอัญชญา ประศาสน์วิทย์** อดีตนักวิชาการ  
 สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มโรคติดต่อระหว่าง  
 ประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป  
**คุณสมเกียรติ ศรีทรง** อดีตหัวหน้าด้านควบคุม  
 โรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำเรือกรุงเทพฯ  
**คุณหาญพล วิสุทธิรักษ์** อดีตเจ้าพนักงานสาธารณสุข  
 ชำนาญงาน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ  
 ทำเรือกรุงเทพฯ  
**คุณเบญจมา เทพศิริ** หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อ  
 ระหว่างประเทศ ทำเรือกรุงเทพฯ  
**คุณปรีชาพล บึงผลพล** หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อ  
 ระหว่างประเทศ ทำอากาศยานดอนเมือง  
**คุณปวิศม วิวัฒนานนท์** หัวหน้าด้านควบคุมโรค  
 ติดต่อบริเวณระหว่างประเทศ ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ  
**คุณคุณภาพ คงเจือ** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
 ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ทำอากาศยาน  
 สุวรรณภูมิ  
**คุณวชิรพันธ์ ชัยนนธ์** หัวหน้าที่ทำการแพทย์ตรวจ  
 คนเข้าเมืองสงวนพลู กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ  
**คุณจรรยา แจ่มสาคร** พนักงานธุรการระดับ ๓ งาน  
 ออกใบรับรองแหล่งผลิตแหล่งกำเนิดอาหารปลอดภัย  
 สำนักโรคติดต่อทั่วไป

## ภัยร้ายที่ต้องระวัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ

**คุณสุชาดา เกิดมงคลการ** นักวิชาการสาธารณสุข  
 ชำนาญการพิเศษ สำนักโรคไม่ติดต่อ  
**นพ.นิพนธ์ ชินานนท์เวช** ผอ.สำนักงานคณะ  
 กรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
**นพ.สมาน พุตระกูล** ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรค  
 ที่ ๕ ราชบุรี  
**พญ.ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์** ผอ.สำนักควบคุม  
 การบริโภคยาสูบ  
**คุณเศรษฐี จุฬาเสริกุล** รองผู้อำนวยการ สำนัก  
 ควบคุมการบริโภคยาสูบ  
**นพ.หทัย ชิตานนท์** ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย  
**ศ.เกียรติคุณ นพ.ประกิจ วาทีสาธกิจ** เลขาธิการ  
 มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนา  
**ที่ปรึกษาสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค**  
**ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย** ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนา  
 กำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ คณะสาธารณสุข  
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
**นายแพทย์อุดม เอกตาแสง** ที่ปรึกษาสมาคมส่งเสริม  
 ความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย)  
**ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ** ผอ.สำนักโรคจากการ  
 ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม  
**คุณประภาศรี เต็มวิชชากร** อดีตนักวิชาการ  
 สาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักโรคจากการ  
 ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

## ๒ สถาบันหลักพลิกชีวิตพิชิตโรค

**คุณภาวิดา สุวรรณวัฒน์** หัวหน้ากลุ่มปฏิบัติการ  
 เทคนิคการแพทย์และอ่างอิงชันโรค สถาบัน  
 บำราศนราดรุ  
**คุณพรรณี ฤทธิ์สำเร็จ** หัวหน้าหอผู้ป่วยแยกโรค  
 สถาบันบำราศนราดรุ  
**คุณสูงหั้น นาคประกอบ** อดีตเจ้าหน้าที่ดูแลเมรุ  
 เผาศพ สถาบันบำราศนราดรุ  
**คุณโกเมศ อุณรัตน์** รองผู้อำนวยการ สำนักงาน  
 ป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ นครสวรรค์  
**คุณสมเกียรติ มหาอุดมพร** อดีตนักกายภาพบำบัด  
 ชำนาญการพิเศษ สถาบันราชประชาสมาสัย  
**คุณสูงนิคม เพียงตาล** อดีตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## ผู้ให้ข้อมูล

คุณป้าสุรี อ่อนอรรถ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
เรื่องราวงานขับเคลื่อนนำไปสู่ความสำเร็จ  
พญ. ชีวันนนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ ผอ.สถาบันวิจัย  
จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค  
คุณอภิชาญ ทองใบ นักวิชาการสาธารณสุข  
ชำนาญการ สถาบันวิจัย จัดการความรู้และ  
มาตรฐานการควบคุมโรค  
คุณมณี สุขประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุข  
ชำนาญการพิเศษ สถาบันวิจัย จัดการความรู้และ  
มาตรฐานการควบคุมโรค  
พญ.วรรณมา หาญเขาว์วรกุล นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
ด้านเวชกรรมป้องกัน กรมควบคุมโรค  
นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ ผอ.สำนักงานบริหาร  
โครงการกองทุนโลก  
คุณอังคณา บริสุทธิ์ ผอ.ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค  
นสพ.พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า อดีตผู้อำนวยการศูนย์  
สารสนเทศ  
คุณวรวิทย์ พยุงเกียรติบวร นักวิชาการคอมพิวเตอร์  
ปฏิบัติการ ศูนย์สารสนเทศ  
คุณสุวรรณี ธรรมมีภักดิ์ นักวิชาการพัสดุชำนาญการ  
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง  
ศ.นพ.ธีระ รามสูต ประธานกรรมการบริหาร มูลนิธิ  
ราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ปรึกษา  
กรมควบคุมโรค  
ศ. เกียรติคุณ นพ.ประเสริฐ ทองเจริญ ที่ปรึกษากรม  
ควบคุมโรค  
ประธานกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิโรคติดต่อแห่งชาติ  
ตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘

# ที่ปรึกษาและคณะทำงาน

## ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
๒. แพทย์หญิงชวีรัตน์ เลิศพิริยสุวัฒน์

อธิบดีกรมควบคุมโรค  
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย จัดการความรู้และ  
มาตรฐานการควบคุมโรค

## คณะทำงาน

๑. นางมณี สุขประเสริฐ
๒. นางญาณี แสงสง่า
๓. นางสาวอรุณทิพย์ อุ๋นเจริญ
๔. นางสาวพรรณพร กะตะจิตต์
๕. นางสาวลาวัณย์ อาท
๖. นางสาวสุจินดา ศิริยั้งยืนสกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุข  
นักวิชาการสาธารณสุข  
นักวิชาการสาธารณสุข  
นักวิชาการสาธารณสุข



กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
88/21 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ  
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 0 2590 3251-3 แฟกซ์ 0 2965 9610  
เว็บไซต์ <http://irem.ddc.moph.go.th>

