

การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข
รองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
ในประเทศไทย

โดย

นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช
รองอธิบดีกรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2557 - 2558

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
ในประเทศไทย

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ชื่อ นายแพทย์ ณรงค์ อภิกุลวณิช หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึง 30 เมษายน 2558 มีวัตถุประสงค์ ประการแรก คือ ศึกษาสภาพทั่วไปและปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย ประการที่สอง ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบฯ ให้มีความพร้อม ประการที่สาม เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบฯ ศึกษาติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศกีนี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักร และ สหรัฐอเมริกา ทบทวนองค์ความรู้ เอกสารวิชาการด้านไวรัสวิทยา ระบาดวิทยา มาตรการขององค์การอนามัยโลก ประเทศที่มีการแพร่ระบาด มาตรการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ นโยบายและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการโรคอุบัติใหม่แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และการนำไปสู่การปฏิบัติระดับเขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยบริการ โรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้พบว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยค่อนข้างมีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทั้งนี้พบปัญหา 5 ประการ ประการแรก กฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายขาดประสิทธิภาพในการควบคุมหรือกักกันผู้ป่วยหรือผู้เข้าข่ายสอบสวนโรค ประการที่สอง ระบบการส่งการยังไม่เป็นเอกภาพที่แท้จริง ประการที่สาม การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติยังขาดประสิทธิภาพ ประการที่สี่ ข้อจำกัดของระบบการเงินการคลัง กฎหมาย ระเบียบและการสนับสนุนทรัพยากรที่ทันต่อสถานการณ์ ประการที่ห้า ระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพ จากการศึกษา สรุปแนวทางการพัฒนาความพร้อมของระบบการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้ ประการแรก ปรับปรุงกฎหมายและการมอบอำนาจหน้าที่ ในการควบคุมผู้ป่วย คัดกรองและติดตามผู้ที่เข้าข่ายสอบสวนโรค ประการที่สอง กำหนดให้มีระบบการส่งการที่มีเอกภาพโดยผู้ส่งการเดียว ประการที่สาม กำหนดกลไกและหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการพร้อมระบบติดตามกำกับและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ประการที่สี่ พัฒนาระบบการเงินการคลังและการสนับสนุนทรัพยากรที่ทันต่อสถานการณ์ ประการที่ห้า พัฒนาระบบข้อมูลและระบบการสื่อสาร การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะดังนี้ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าตลอดจนโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเป็นภัยคุกคามต่อโลก ความมั่นคงของชาติและผลประโยชน์แห่งชาติจำเป็นต้องกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติและระดับนานาชาติ สำหรับประเทศไทยการพัฒนาความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย กองทัพ และกระทรวงสาธารณสุข ความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก นานาประเทศในมิติการศึกษานี้ การพัฒนายาวคืบหน้าตลอดจนระบบการแพทย์และสาธารณสุข และการจำลองฉากทัศน์ต่าง ๆ การออกแบบระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมรองรับแต่ละสถานการณ์ก็จะทำให้ระบบฯ มีความพร้อมได้เป็นอย่างดี

คำนำ

การศึกษาวិจัยได้ทำการศึกษาศถานการณ์การแพร่ระบาดของในอัฟริกาตะวันตก พร้อมติดตามการแพร่ระบาดในพื้นที่อื่นที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตลอดจนมาตรการขององค์การอนามัยโลก มาตรการของต่างประเทศและมาตรการที่นำมาใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดในประเทศดังกล่าว โดยได้ประเมินความเสี่ยงและโอกาสที่ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ศึกษานโยบายและยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการโรคอุบัติใหม่แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค การน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละระดับของการดำเนินการ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ระบบการแพทย์และสาธารณสุขมีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยได้ระดับหนึ่ง โดยมีปัญหาดังนี้ 1) ข้อจำกัดในการบังคับทางกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ไม่สามารถควบคุม คัดกรองและติดตามผู้ที่เข้าข่ายจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ระบบการสั่งการยังไม่เป็นเอกภาพที่แท้จริง 3) การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร 4) ข้อจำกัดของระบบการเงินการคลังรวมทั้งกฎระเบียบ ตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์ 5) สังคมและประชาชนตื่นตระหนก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่นั่นแล้ว ระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจขาดประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์ นำเสนอแนวทางการพัฒนาและข้อเสนอแนะ คาดว่าจะทำให้ระบบการแพทย์และสาธารณสุขมีความพร้อมมากยิ่งขึ้นสามารถรองรับการแพร่ระบาดได้ ลดผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ เศรษฐกิจและสังคมได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณปลัดกระทรวงสาธารณสุข เจ้ากรมส่งกำลังบำรุงทางเรือ อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมวิทย์ การแพทย์ อธิบดีกรมการแพทย์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 6 และผู้บริหารระดับหน่วยบริการทั้งในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค ที่ได้ให้ความกรุณาเสนอแนะ ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีและสามารถนำผลการวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมอย่างดียิ่งสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยได้

(นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช)
นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57
ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตในการวิจัย	2
วิธีดำเนินการวิจัย	2
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 แนวคิด นโยบาย เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิด นโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและ	
กระทรวงสาธารณสุข	5
เอกสารวิชาการเกี่ยวกับไวรัสอีโบล่า จากต่างประเทศ และในประเทศไทย	13
สรุป	33
บทที่ 3 สภาพทั่วไปและปัญหาของระบบการแพทย์และสาธารณสุข	
ในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในปัจจุบัน	34
สถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบัน	34
มาตรการในการเตรียมความพร้อม	42
ผลสรุปการระดมสมองในวาระต่างๆ	51
การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข	52
ข้อมูลสัมภาษณ์ข้อมูลผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงาน	53
สรุป	59
บทที่ 4 แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุข	
ที่มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า	62
นโยบายที่เหมาะสม	63
การติดตามสถานการณ์และการสั่งการ	64
มาตรฐานแนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวินิจฉัยโรค	66
การดูแลรักษา	66
การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	67
การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ	68
สรุป	70
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	71
สรุป	71
ข้อเสนอแนะ	74
บรรณานุกรม	76
ภาคผนวก	78
ผนวก ก แนวทางมาตรการการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตามฉากทัศน์ต่างๆ	79
ผนวก ข ประเด็นสัมภาษณ์	94
ผนวก ค สรุปการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่า	96
ประวัติย่อผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
2 – 1	การแบ่งพื้นที่ปนเปื้อนระหว่างการสอบสวน	22
2 – 2	ทีมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค	26
3 – 1	การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน 3 ประเทศในแอฟริกาตะวันตก คือ กินี ไคบีเรีย และเซียร์ร่าลีโอน ตั้งแต่เดือน มีนาคม 2557 – 30 เมษายน 2558	34
3 – 2	การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน 6 ประเทศ ที่มีการระบาดในวงจำกัด	34
3 – 3	จำนวนบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครที่ติดเชื้อ และเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน 3 ประเทศ ที่มีการระบาดรุนแรง	35

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
2 - 1 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ เป้าหมายและยุทธศาสตร์	10
2 - 2 แสดงการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559) สู่การปฏิบัติ	12
2 - 3 นิเวศวิทยาของเชื้ออีโบล่า	17
2 - 4 แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดต่อ เชื้อไวรัสอีโบล่า	23

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของและการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในพื้นที่แถบแอฟริกาตะวันตก โดยประเทศที่มีการระบาดอย่างรุนแรง ได้แก่ ประเทศ กินี ไคบีเลีย เซียร์ราลีโอน โดยพบรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วรวมถึงพบผู้เสียชีวิตจำนวนมาก (จำนวน ผู้ติดเชื้อไวรัส อีโบล่า ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 13,567 ราย และมี ผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 4,591 ราย (ร้อยละ 36.49) นอกจากนี้ ยังพบการติดเชื้อในกลุ่มแพทย์ พยาบาลและอาสาสมัครที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้มีอาการป่วยจำนวน 450 รายและเสียชีวิตถึง 244 รายหรือร้อยละ 55 (ข้อมูล ณ วันที่ 23 ตุลาคม 2557) อัตราป่วยตายสูงถึง 55-90 ราย การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าข้างต้นนั้น ยังมีรายงานการพบผู้ป่วยในอีกหลายประเทศ ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล DR Kongo สหรัฐอเมริกา สเปนและมาลี ข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชาชนในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อไวรัสอีโบล่า เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรโลกอยู่อย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา โดยทั้งนี้ ประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศที่มีการระบาดจะมีความเสี่ยงสูงที่ประชาชนจะได้รับเชื้อไวรัสอีโบล่า

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งภายในภูมิภาคแอฟริกาและมีแนวโน้มแพร่กระจายและขยายวงกว้างไปยังภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก นับว่าเป็นภัยคุกคามประชาคมโลกอย่างมาก หากการระบาดมีความรุนแรงมากขึ้น จะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายคือ ผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้เอง องค์การอนามัยโลกและประชาคมโลกจึงให้ความสำคัญในการร่วมมือกัน เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าภายในประเทศกินี ไคบีเรียและ เซียร์ราลีโอน โดยสนับสนุนการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ และกำหนดมาตรการระหว่างประเทศเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดรวมทั้ง ขอความร่วมมือให้ประเทศต่าง ๆ กำหนดมาตรการจัดระบบการแพทย์และสาธารณสุขภายในให้พร้อมรองรับสถานการณ์การแพร่เชื้อและการระบาดดังกล่าว

สำหรับประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด รวมทั้งได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ทั้งด้านการเฝ้าระวังป้องกันการติดตามผู้สัมผัสเชื้อ ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วย การพัฒนาระบบการวินิจฉัย การดูแลรักษาและการควบคุมป้องกันการติดเชื้อให้สามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยในฐานะรองอธิบดีกรมการแพทย์ที่รับผิดชอบในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและร่วมพัฒนาระบบทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า จึงมีความสนใจในการวิจัยเพื่อ

พัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในด้านจิตวิทยาและความมั่นคง อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย รวมถึงสามารถป้องกันการแพร่ระบาดและผลกระทบต่าง ๆ ได้
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอบเขตในการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาวิจัยตามบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมนโยบายที่เหมาะสม มาตรฐานและแนวทางการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออีโบล่าการติดตามสถานการณ์การสั่งการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และการแปลงสู่การปฏิบัติ โดยจะศึกษาวิจัยในพื้นที่ประเทศไทยครอบคลุม 12 เขตสุขภาพและกรุงเทพมหานคร
2. ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2558

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลระดับทุติยภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนโยบายการรับมือโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข เอกสารวิชาการ งานวิจัยเกี่ยวกับไวรัสอีโบล่า จากในประเทศไทย และต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. ข้อมูลระดับปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่
 - 2.1.1 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 - 2.1.2 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
 - 2.1.3 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์
 - 2.1.4 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.1.5 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

2.2 ผู้บริหารหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.2.1 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนัก/โรงพยาบาล ในสังกัดกรมการแพทย์

2.2.2 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนัก/โรงพยาบาล ในสังกัดกรม

ควบคุมโรค

2.2.3 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนัก/โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.4 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

นำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางในการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบสภาพทั่วไปด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
2. ทำให้ทราบปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
3. ทำให้ทราบแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย รวมถึงสามารถป้องกันการแพร่ระบาดและผลกระทบต่าง ๆ ได้
4. ได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป

คำจำกัดความ

ไวรัส อีโบล่า (Ebola virus)	หมายถึง	เป็นไวรัส RNA ตั้งตามชื่อของลำน้ำในประเทศคองโกแหล่งโรค ที่พบ ได้แก่ สัตว์ป่า เช่น ลิง ค้างคาว กวาง และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (หรือชื่อย่อ เรียก ผู้ป่วยโรคอีโบล่า) การแพร่กระจายเชื้ออีโบล่า โดยการสัมผัส กับสารคัดหลั่ง เนื้อเยื่อ ละอองฝอย ของผู้ป่วย หรือผู้เสียชีวิต หรือสัตว์ป่า ภายใน 21 วัน
ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	หมายถึง	ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตจากโรคอีโบล่า
ผู้ป่วยโรคอีโบล่า	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสอีโบล่า มีอาการ อาการแสดง ของโรค พร้อมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้ออีโบล่า (ค่านิยามขององค์การอนามัยโลก)

เขตสุขภาพ

หมายถึง พื้นที่กลุ่มจังหวัดซึ่งดำเนินการจัดกลุ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 - 8 จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณ 4 - 6 ล้านคนต่อเขตสุขภาพ

บทที่ 2

แนวคิด นโยบาย เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 มีการทบทวนจากตำรา ซึ่งประกอบด้วยบทความ นโยบาย เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีลำดับการดำเนินการ ดังนี้คือ

1. แนวคิด นโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข
 - 1.1 สถานการณ์โรคและสภาพปัญหา
 - 1.2 แนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559)
2. นโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)
3. เอกสารวิชาการเกี่ยวกับไวรัสอีโบล่า จากต่างประเทศ และในประเทศไทย องค์ความรู้ทั่วไปของโรคติดต่อไวรัสอีโบล่า

แนวคิด นโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข

1. สถานการณ์โรคและสภาพปัญหา

โรคติดต่ออุบัติใหม่ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (Newinfectious diseases) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious diseases) เชื้อก่อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistant organism) และเหตุการณ์จูงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีวะ

การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นผลจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การใช้ยาไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อน ทั้งนี้โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนยากต่อการจัดการ หากขาดระบบและเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้อาจก่อความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่า และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะ การอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น

ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีภาวะอ้วน ประชาชนบางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสโรคมามาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าแหละเนื้อสัตว์ สัตวบาล และสัตวแพทย์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลหรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทย อาจแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

1. โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย เช่น โรคไข้หวัดนก (H5N1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2009
2. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจแพร่มาจากต่างประเทศ เช่น โรคไข้เหลือง (Yellow fever) โรคลิชมาเนีย (Leishmaniasis) โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah viral disease)
3. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตเช่น โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคจากเชื้อดื้อยาชนิดใหม่

1.1 การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภูมิภาคทั่วโลกเป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพในทุกประเทศ

ปัจจุบันภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กำลังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกหันมามองเนื่องจากทุกๆ ปีจะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นซึ่งล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อนส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และมักส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โดยพบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเชื้อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก และมีโรคที่สำคัญได้แก่ โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก และ โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 เกิดขึ้นครั้งแรกในโลก

ดังนั้น ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวัง ป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดอย่างเต็มที่

ความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีมากขึ้น

- 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ
- 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างประชากรและพฤติกรรมมนุษย์
- 3) ปัจจัยด้านการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ
- 4) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ
- 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และระบบการเลี้ยงสัตว์
- 6) ปัจจัยด้านโครงสร้างสาธารณสุข และการบริการทางสุขภาพสัตว์
- 7) ปัจจัยจากภาวะโลกร้อน

ปัจจัยการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ.2558 คาดว่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้มีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของกลุ่มประชากรมนุษย์ สัตว์ พืช และอาหาร ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนอย่างกว้างขวาง ความคล่องตัวด้านการคมนาคม ช่วยให้เดินทางไปมาหาสู่ระหว่างประเทศสะดวกมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ ทั้งแรงงานไทยที่จะไปทำงานในประเทศ เพื่อนบ้านและแรงงานต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในไทยจะเพิ่มมากขึ้น กลุ่มแรงงานนอกระบบจะมีเพิ่มขึ้น อาจจะมีการนำเข้าอาหารและผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน

ไม่เหมาะสมกับบริบท และผิดกฎหมาย ในภาคอุตสาหกรรมจะมีการลงทุนเพิ่มขึ้น กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้โรคในพื้นที่แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนในการจัดการ

1.2 แนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559)

พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดในประเทศและนานาชาติ หลายประการเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมในปัจจุบันและความเคลื่อนไหวของประชาคมโลก กล่าวคือ

1.2.1 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มีแนวทางเพื่อลดผลกระทบจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างความเป็นธรรมในสังคม เพื่อให้มีการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง การสร้างความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาค และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อลดปัญหาผลกระทบทางด้านสุขภาพจากโรคระบาด

1.2.2 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation 2005 ; IHR 2005) ให้ความสำคัญต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่ง และการค้าผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ มุ่งเน้นการเฝ้าระวัง และมาตรการควบคุมโรคบริเวณช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ทั้งทางน้ำ ทางบก และทางอากาศ

1.2.3 ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases ; APSED) เป็นยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นภายใต้กรอบของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เพื่อการรับมือกับภัยโรคติดต่ออุบัติใหม่ และภาวะสาธารณสุขฉุกเฉิน โดยการนำประสบการณ์การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 มาปรับใช้

1.2.4 กรอบความร่วมมืออาเซียน และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (Association of Southeast Asian Nations: ASEAN) ประชาคมอาเซียนประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ 1) ประชาคมสังคม และวัฒนธรรมอาเซียน 2) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และ 3) ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน ซึ่งในเสาหลักประชาคมสังคม และวัฒนธรรมอาเซียนมียุทธศาสตร์และกิจกรรมที่มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคอาเซียน ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ นอกจากนี้การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในอนาคต จะมีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของประชากรทั้งคน และสัตว์ ตลอดจนสินค้าและเทคโนโลยี ที่อาจมีผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทำให้ต้องมีการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจจะตามมา

1.2.5 แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เป็นระบบสุขภาพที่บูรณาการทั้งสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สุขภาพสัตว์ป่า ภายใต้ระบบนิเวศที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี สนับสนุนโดยองค์การระหว่างประเทศ ประกอบด้วย องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (UN Food and Agriculture Organization) องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ(World Organization for Animal Health) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) เป็นแนวความคิดใน

การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อันจะส่งเสริมให้เกิดการทำงานอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพที่ดีของทุกชีวิต

1.2.6 การจัดการปัญหาภาวะโลกร้อน การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศในปัจจุบันที่ทำให้อุณหภูมิของโลกสูงขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น วงจรชีวิตของสัตว์พาหะนำโรค ความคงทนและการแพร่กระจายเชื้อโรคเพิ่มมากขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคใหม่ๆ หรือการเกิดโรคในพื้นที่ใหม่มากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับ ปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยจากการ

1.2.7 ข้อกำหนดด้านสุขภาพสัตว์ (OIE International Animal Health Code 2000) ที่กำหนดขึ้นโดยองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับ สุขอนามัยสัตว์ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิง ร่วมกันในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเข้าสู่ประเทศผู้นำเข้าสินค้าสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ และเพื่อไม่ให้นำหลักสุขอนามัยมาใช้เพื่อกีดกันทางการค้าอย่างไม่เป็นธรรม

1.2.8 แนวนโยบายของสมาคมระหว่างประเทศเพื่อระบบนิเวศและสุขภาพ (International Association for Ecology & Health) ส่งเสริมการศึกษาวิจัย การพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่เชื่อมโยงสุขภาพของมนุษย์ และความยั่งยืนของระบบนิเวศมีเป้าหมาย เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืนของคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม

1.2.9 มาตรฐานขององค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations ; FAO) มีเป้าหมายในการพัฒนา มาตรฐานอาหารและสารอาหาร รวบรวม วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ อาหาร การเกษตร ป่าไม้ และประมง ให้ประเทศสมาชิกร่วมไปใช้กำหนดนโยบายด้านการเกษตร

1.2.10 แนวทางการพัฒนาของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (Office of Agriculture Economics ; OAE) มุ่งสนับสนุนให้เกิดการเจริญเติบโตของภาคเกษตรที่ต่อเนื่องและ ยั่งยืน เพื่อความมั่นคงทางอาหาร และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเกษตรกร

1.3 แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่อ อุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านโรคติดต่อ อุบัติใหม่ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกและภายในประเทศ ประสบการณ์จากสรุปผลการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์โรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของ โรคไข้หวัดใหญ่ ฤดูกาลที่ 2 ข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมติที่ประชุม ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยนำแนวคิดมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11, กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548, ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของภูมิภาคเอเชีย แปซิฟิก, กรอบความร่วมมืออาเซียน, การเตรียมพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและแนวคิดสุขภาพ หนึ่งเดียว ฯลฯ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดการป่วย การตาย และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ นำไปสู่การกำหนดประเด็น

ยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งมาตรการและแนวทางการดำเนินการ เพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละยุทธศาสตร์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556-2559) ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ 25 กลยุทธ์ 140 มาตรการ ดังนี้

1.3.1 ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรคภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ 41 มาตรการ

1.3.2 ยุทธศาสตร์การจัดการระบบการเลี้ยง และสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่า ให้ปลอดภัยประกอบด้วย 8 กลยุทธ์ 36 มาตรการ

1.3.3 ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบจัดการความรู้ และส่งเสริมการวิจัยพัฒนา ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ 19 มาตรการ

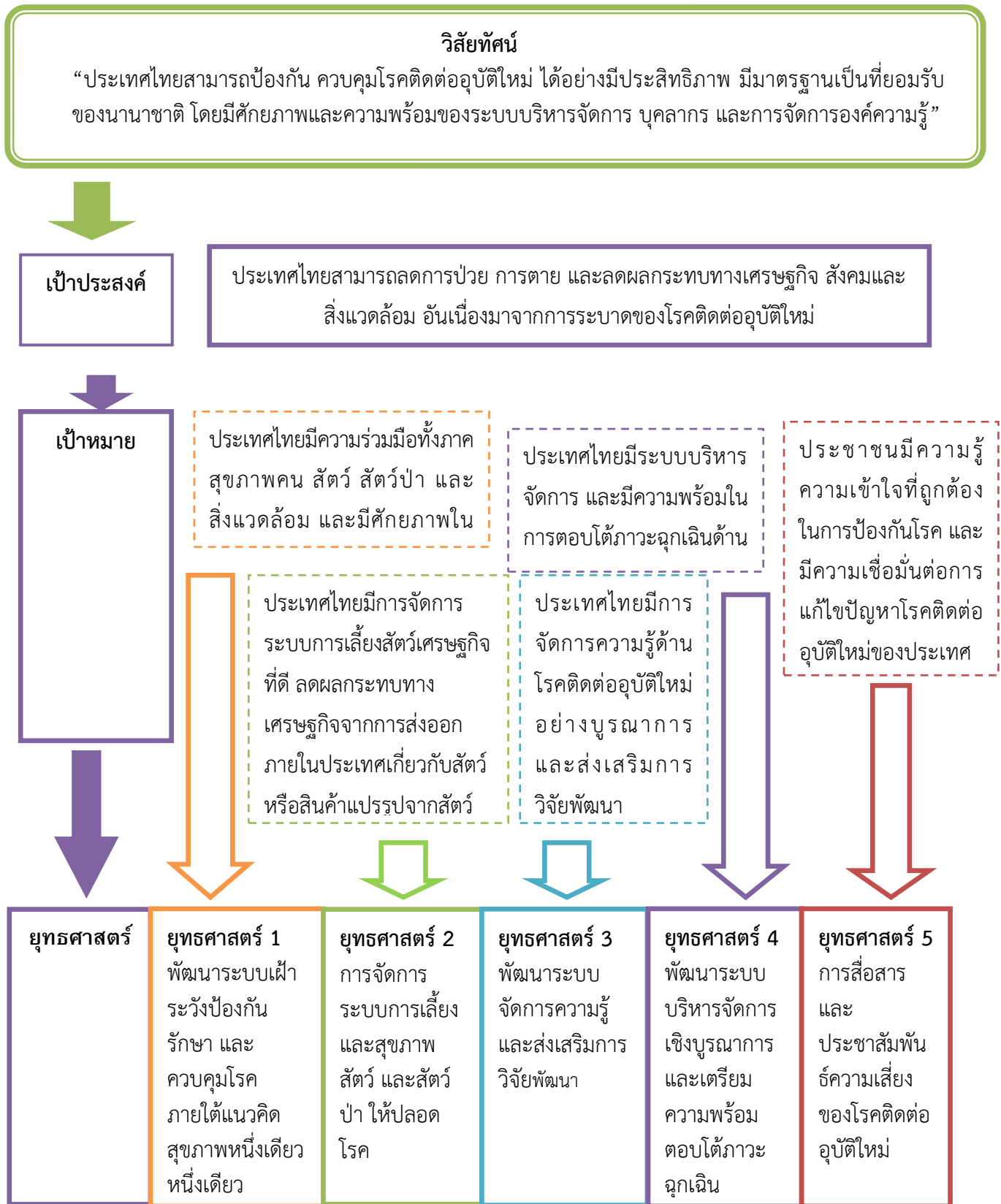
1.3.4 ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงบูรณาการและเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ 26 มาตรการ

1.3.5 ยุทธศาสตร์การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ 18 มาตรการ

ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ แผนภาพที่ 2 - 1 ตั้งแต่การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคในคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ทันการณ์ สร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป ในขณะเดียวกัน ก็มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งจะช่วยสร้างศักยภาพให้ประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางเศรษฐกิจ และสังคม

นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ และกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการจะช่วยให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้ผนึกกำลังเสริมสร้างศักยภาพและองค์ความรู้ในการป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในปัจจุบันโรคติดต่อที่อุบัติขึ้นในประเทศหนึ่งมีโอกาสแพร่กระจายไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว การป้องกันและควบคุมโรค จำเป็นต้องดำเนินการด้วยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากนานาประเทศ

แผนภาพที่ 2 - 1 แสดงความเชื่อมโยงระหว่างวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์



การดำเนินมาตรการอันหลากหลาย ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนยุทธศาสตร์ คือ ประเทศไทยสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของสังคมไทยและสังคมโลก โดยมีแนวทางสำคัญเพื่อการขับเคลื่อนและบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ใช้คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ เพื่อเป็นกลไกระดับชาติในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ โดยหน่วยราชการหลักที่เกี่ยวข้องเป็นผู้เสนอต่อรัฐบาลให้พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ดังกล่าวจะพิจารณาเสนอต่อรัฐบาลให้มอบหมายหน่วยงานที่เหมาะสม ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพื่อกำกับดูแล บูรณาการการจัดทำแผนปฏิบัติราชการและแผนงบประมาณ ดูแลปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้องให้เอื้อต่อการสร้างความร่วมมือ และติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนำข้อมูลผลงานและปัญหาอุปสรรคที่พบมาใช้ปรับปรุงการประสานและสนับสนุนการดำเนินงาน ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์อยู่เสมอ

2. ใช้กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในภาครัฐ โดยบูรณาการวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ เข้ากับภารกิจตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยราชการ รวมทั้งบูรณาการเข้ากับระเบียบวาระงานพิเศษหรือวาระแห่งชาติ ของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลาง ระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

3. ใช้กระบวนการขับเคลื่อนกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR2005) ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (APSED) และกรอบความร่วมมือในปฏิญญาสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Declaration of ASEAN Concord) เป็นกลไกเสริมการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศ และพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยผลักดันให้มีการปรับปรุงแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับแนวทางข้อกำหนด และเกณฑ์ตามกฎบัตร ยุทธศาสตร์ และกรอบความร่วมมือดังกล่าว

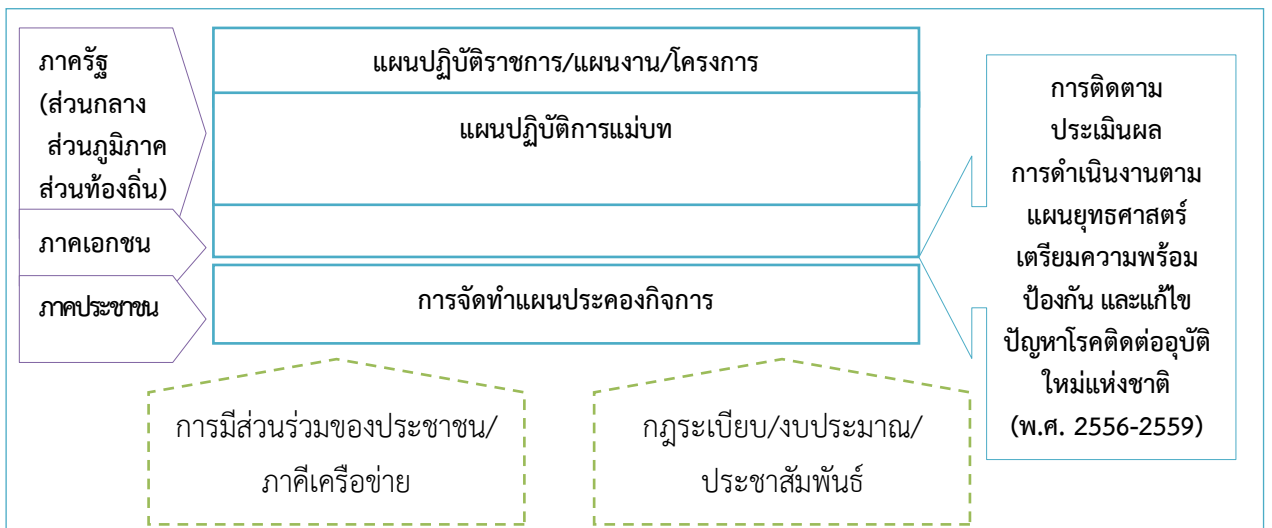
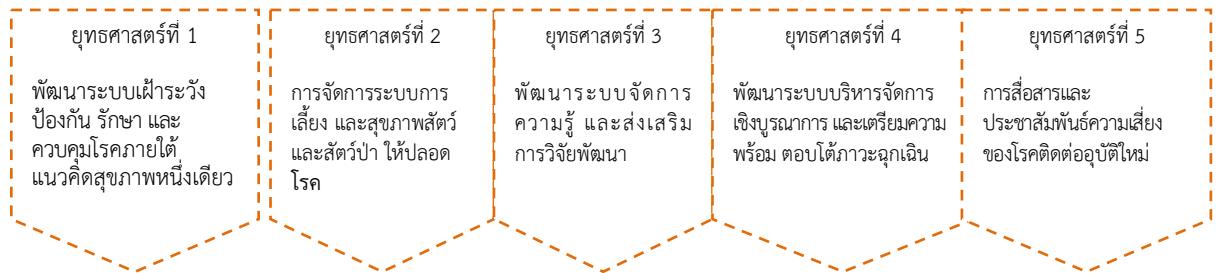
4. รัฐบาล โดยคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมบทบาทและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น เพื่อบูรณาการการดำเนินงานตามภารกิจของตน ให้สอดคล้องรองรับแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการปฏิบัติที่สอดคล้องประสานและส่งเสริมซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม

5. ใช้การจัดทำแผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan ; BCP) เป็นกลยุทธ์เร่งรัดการเรียนรู้และพัฒนาบทบาทของหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่และภัยพิบัติต่างๆ โดยกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐวิสาหกิจ จัดทำแผนประคองกิจการสำหรับสถานการณ์โรคระบาด และให้ซ้อมปฏิบัติการตามแผนดังกล่าวเป็นระยะ โดยสอดคล้องกับกรอบแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชนดำเนินการเช่นเดียวกัน

6. ใช้ระบบการติดตามและประเมินผลปฏิบัติราชการ เป็นกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลการทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ในภาครัฐ เพื่อให้สอดคล้องกับการบูรณาการ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานภาครัฐ เข้ากับกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติราชการในทุกระดับ โดยปฏิบัติภายใต้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ทั้งนี้ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินผลระดับชาติ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี สำนักงบประมาณ เป็นต้น ส่วนการ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในภาคส่วนอื่น สามารถทำได้โดยใช้ข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ ที่เกี่ยวข้อง หรือจากแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง

แผนภาพที่ 2 - 2 แสดงการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และ แก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) สู่การปฏิบัติ

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559)



เอกสารวิชาการเกี่ยวกับไวรัสอีโบล่า จากต่างประเทศ และในประเทศไทย

1. องค์ความรู้ทั่วไปของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1.1 ด้านไวรัสวิทยา

Ebolavirus อยู่ใน family ของ *Filoviridae* ใน family นี้จะมีไวรัสอยู่ด้วยกัน 3 genus คือ Cuevavirus Ebola virus และ Marburg virus และเมื่อแยก species มีการพบไวรัสในค้างคาวที่คล้าย ebolavirus ในยุโรปตะวันตกและต่อมาให้เป็น genus ที่ 3 คือ Cuevavirus

Ebola virus เป็นไวรัสที่มีเปลือกหุ้ม lipid envelope จึงถูกทำลายด้วยน้ำยา สารเคมีต่างๆ ได้ง่าย จีโนมเป็น negative sense single stranded RNA virus ((-) SS RNA) ลักษณะรูปร่างของไวรัสจะเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ (pleomorphic) คือ มีรูปร่างเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ โดยทั่วไปจะเป็นสาย (Filament)

ในส่วนโครงสร้างไวรัสที่อยู่เปลือกนอก จะประกอบไปด้วย glycoprotein (GP), matrix protein (VP 40), และ minor matrix protein (VP 24) เป็นเปลือกหุ้มไวรัสยื่นและโปรตีน ในส่วนนี้จึงเปรียบเสมือนเป็นส่วนที่จะไปเกาะติดกับเซลล์ในการติดเชื้อและยังเป็นแอนติเจน ดังนั้นเพื่อผลการป้องกันโดยเฉพาะแอนติเจน แอนติบอดี เช่น วัคซีนหรือเซรัม มีเป้าหมายในการจับกับโปรตีนดังกล่าวเพื่อยับยั้งไม่ให้ไวรัสเข้าสู่เซลล์ได้หรือป้องกันการติดเชื้อเช่น ZMapp

ไวรัสอีโบล่า เป็น RNA ไวรัส มีวิวัฒนาการ กลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา จึงทำให้มีสายพันธุ์ต่างๆ เกิดขึ้น อัตราการกลายพันธุ์ในการระบาดในปี ค.ศ. 2014 มีการกลายพันธุ์ในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าในอดีต ประมาณ 1 เท่าตัว แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ไม่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะ และความรุนแรงของโรค รวมทั้งการติดต่อการติดเชื้ออีโบล่าเข้าสู่เซลล์ยังไม่ทราบ receptor และโมเลกุลที่เกี่ยวข้อง

1.2 ด้านระบาดวิทยาในคน

1.2.1 โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีการระบาดในทวีปแอฟริกามากกว่า 38 ปี ปรากฏขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ.2519 เป็นการระบาดที่เกิดขึ้นพร้อมกันในสถานที่ 2 แห่ง คือ ที่ทางใต้ของประเทศซูดาน และทางเหนือของประเทศชาอีร์ (ปัจจุบันคือ สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก) มักเกิดการระบาดในชุมชนเล็กๆ ในเขตชนบทใกล้ป่าฝนหรือป่าร้อนขึ้นในทวีปแอฟริกาตอนกลาง ทำให้มีผู้ติดเชื้อในแต่ละครั้งจำนวนไม่มาก (หลักสิบถึงหลักร้อย) แต่มีอัตราตายสูง นับตั้งแต่ พ.ศ.2519-2555 มีรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแล้วมากกว่า 2,403 รายและเสียชีวิตมากกว่า 1,594 ราย (ร้อยละ 66.3) การระบาดครั้งใหญ่สุดเกิดขึ้นที่ประเทศยูกันดา มีผู้ป่วย 425 รายภายในระยะเวลา 3 เดือน (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2543-มกราคม 2544) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดแต่ละครั้งเกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายแรกๆ ที่ไม่ทราบว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทำให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิด เนื่องจากขาดมาตรการป้องกันที่ดี ต่อมาเชื้อได้แพร่กระจายจากโรงพยาบาลมาเข้าสู่ชุมชน การระบาดครั้งแรกที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก พบว่าเกิดจากการใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนร่วมกันและการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การระบาดของไวรัสอีโบล่า พบ 5 สายพันธุ์ ซึ่งแต่ละสายพันธุ์มีรหัสพันธุกรรม (amino acid sequence) ที่ต่างกันค่อนข้างมาก ได้แก่

1.2.1.1 สายพันธุ์ซาร์อี (Ebola-Zaire) พบครั้งแรกในปี พ.ศ.2519 ที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งริมแม่น้ำอีโบล่า ในเมืองยัมบูกู ประเทศซาอีร์ พบผู้ติดเชื้อจำนวน 318 ราย เสียชีวิต 280 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 88)

1.2.1.2 สายพันธุ์ซูดาน (Ebola-Sudan) พบครั้งแรกในปี พ.ศ.2519 ในเขตชนบททางไกลของประเทศซูดาน พบผู้ติดเชื้อจำนวน 284 ราย เสียชีวิต 151 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 53)

1.2.1.3 สายพันธุ์เรสตัน (Ebola-Reston) พบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2532-2533 ในลิงจากประเทศฟิลิปปินส์ในสถานกักกันของห้องปฏิบัติการที่เมือง Reston ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้เกิดโรครุนแรงในลิง มีลิงตายจำนวนมากและมีคนติดเชื้อ 4 ราย แต่ไม่มีใครแสดงอาการเจ็บป่วยจากเชื้อนี้

1.2.1.4 สายพันธุ์ Ebola-cote d'Ivoire พบครั้งแรกในปี พ.ศ.2537 ที่ประเทศโกตดิวัวร์ (cote d'Ivoire) มีลิงป่วยหลายตัวและมีผู้ป่วย 1 รายติดเชื้อจากการฆ่าหาลิง ผู้ป่วยรายนี้มีอาการแสดงของโรคแต่ไม่เสียชีวิต

1.2.1.5 สายพันธุ์บุนดีบูเกียว (Ebola-Bundibugyo) พบครั้งแรกในปี พ.ศ.2550 ซึ่งระบาดในตำบล Bundibugyo ที่ประเทศยูกันดา มีผู้ป่วยจำนวน 149 ราย และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 25

เฉพาะสายพันธุ์ Ebola-Zaire, Ebola-Sudan, Ebola-Bundibugyo และ Ebola-cote d'Ivoire ที่ก่อให้เกิดโรคระบาดในคน ผู้ที่ติดเชื้อสายพันธุ์ Ebola-Zaire จะมีอัตราตายสูงสุด คือ ร้อยละ 80-90 รองลงมาคือ สายพันธุ์ Ebola-Sudan และ Ebola-Bundibugyo มีอัตราการตายร้อยละ 40-60 และ 25 ตามลำดับ สายพันธุ์ Ebola-cote d'Ivoire ก่อให้เกิดโรคในคนได้แต่มีรายงานผู้ติดเชื้อเพียง 1 คนเท่านั้น

1.2.2 การระบาดในปี พ.ศ.2557

การระบาดครั้งนี้เป็นเหตุการณ์ที่มีจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการระบาดครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งสูงกว่าจำนวนผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตทุกครั้งรวมกัน โดยมีลักษณะพิเศษหลายอย่าง ได้แก่

1.2.2.1 เป็นการระบาดครั้งแรกในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก ในขณะที่พื้นที่ระบาดก่อนหน้านี้มักเป็นประเทศแถบแอฟริกากลางสำหรับ 3 ประเทศที่เป็นพื้นที่ระบาดหนักในครั้งนี้เป็นประเทศยากจนมาก ซึ่งมีระบบโครงสร้างทางสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่แล้ว

1.2.2.2 เป็นการระบาดในพื้นที่หลายลักษณะ ทั้งเขตชนบท เขตเมือง และพื้นที่ชายแดนซึ่งติดต่อกันระหว่าง 3 ประเทศ ทำให้การควบคุมโรคมีความยาก และซับซ้อนกว่าการระบาดทุกครั้งที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการระบาดในพื้นที่ชนบทและไม่ได้แพร่ขยายไปยังหลายพื้นที่พร้อมๆ กันเหมือนครั้งนี้

1.2.2.3 เป็นครั้งแรกที่มีการแพร่ออกนอกประเทศที่ระบาด ผ่านการเดินทางโดยเครื่องบิน ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ในประเทศไนจีเรียที่มีผู้ป่วยจากประเทศไลบีเรียเดินทางในขณะที่มีอาการและไปแพร่ให้แก่คนที่มาเกี่ยวข้องอีกหลายรายในประเทศไนจีเรีย โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และอีกเหตุการณ์คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลังจากเข้าไปใน

สหรัฐอเมริกาแล้ว 4 วัน ซึ่งทั้ง 2 เหตุการณ์แสดงให้เห็นว่าโอกาสที่จะมีผู้ติดเชื้อเดินทางไปยังประเทศอื่นๆ ที่อยู่ไกลจากพื้นที่ระบาดมีความเป็นไปได้พอสมควร

1.2.2.4 เป็นครั้งแรกที่มีการแพร่ออกนอกทวีปแอฟริกา (เหตุการณ์ในสหรัฐอเมริกา) และมีการติดเชื้อนอกทวีปแอฟริกา ได้แก่ การป่วยของพยาบาลที่ประเทศสเปน ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลบาทหลวง 2 รายที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และถูกส่งมารักษาที่สเปนในเดือนสิงหาคม และกักกันตามลำดับ โดยที่บาทหลวงทั้ง 2 รายเสียชีวิต หลังจากนั้นไม่กี่วันพยาบาลรายนี้ก็เกิดอาการ

1.2.3 จุดเริ่มต้นของการระบาดและการขยายวงจนกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกเริ่มต้นที่ประเทศกินีวันที่ 26 ธันวาคม 2556 พบเด็กชายอายุ 2 ปีป่วยด้วยอาการมีไข้ ถ่ายดำ และอาเจียนผู้ป่วยเสียชีวิตใน 2 วันต่อมา โดยไม่ทราบสาเหตุการเสียชีวิต เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นที่หมู่บ้าน Meliandou ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งตั้งอยู่ในเมืองGueckedou ทางตอนใต้ของกินี ภายหลังจากการสอบสวนย้อนหลังขององค์การอนามัยโลกจึงพบว่า เด็กคนนี้เป็นผู้ป่วยอีโบลารายแรกของแอฟริกาตะวันตก หมู่บ้าน Meliandou ตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งปัจจุบันได้ชื่อว่าเป็น “hot zone” ของอีโบล่า โดยลักษณะพื้นที่ป่ามีรูปร่างสามเหลี่ยมเป็นที่บรรจบของชายแดนประเทศกินี ไคบีเรีย และเซียร์ราลีโอน

ก่อนหน้านี้ประเทศกินีมีสถานการณ์ความไม่สงบในประเทศเป็นเวลาหลายปี มีการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติของบริษัททำเหมืองแร่ และทำไม้ ทำให้ระบบนิเวศของพื้นที่ป่าที่หนาแน่นเปลี่ยนแปลงไป ค้างคาวผลไม้ซึ่งนักวิทยาศาสตร์ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นรังโรคตามธรรมชาติของไวรัสอีโบล่า ได้ย้ายเข้าใกล้ถิ่นที่อยู่ของมนุษย์มากขึ้น

โครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขของประเทศกินีเสียหายอย่างหนักในระหว่างสงครามกลางเมือง ประชาชนจำนวนมากไม่มีรายได้ที่มั่นคง จึงมีการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามช่องทางชายแดนระหว่างประเทศเพื่อหางานทำ ทำให้ไวรัสดังกล่าวแพร่ระบาดต่อไปอีกหลังจากการเสียชีวิตของเด็กชายดังกล่าว พบการระบาด และเสียชีวิตต่อเนื่องหลายระลอก พื้นที่การระบาดได้ขยายไปสู่ชายแดนไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน นอกจากนี้ยังเข้าสู่ Conakry เมืองหลวงของกินี

ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลกได้ทำการศึกษาย้อนหลังเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มต้น โดยศึกษาข้อมูลของผู้เสียชีวิต 14 รายแรก ผู้เสียชีวิตดังกล่าวส่วนใหญ่เสียชีวิตภายในไม่กี่วันหลังจากเริ่มป่วยมักพบในกลุ่มญาติที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ที่เตรียมศพเพื่อฝัง และผู้ที่ช่วยทำคลอดทารก โดยที่อาการไม่ได้มีลักษณะพิเศษใดๆ ชัดเจน ร่วมกับการที่ทั้งแพทย์ในพื้นที่ และประชาชนไม่เคยรู้จักโรคอีโบลามาก่อนทำให้การระบาดแพร่ขยายกว้างขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่มีผู้ใดทราบสาเหตุ และการที่ประชาชนมีการเดินทางเคลื่อนย้ายระหว่างพื้นที่ค่อนข้างบ่อย รวมทั้งการเดินทางข้ามพรมแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้เกิดการระบาดไปยังหลายพื้นที่อย่างรวดเร็ว กว่าจะเริ่มมีผู้สงสัยว่าการระบาดของโรคกลับที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากนี้อาจเกิดจากโรคอีโบลาก็เป็นเวลา 3 เดือนต่อมา คือ ประมาณกลางเดือนมีนาคม 2557 และในวันที่ 23 มีนาคม 2557 องค์การอนามัยโลกได้มีการประกาศอย่างเป็นทางการว่ามีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในพื้นที่ดังกล่าว

จากการที่ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ใน 3 ประเทศที่ระบาดหนัก ร่วมกับมีการแพร่ไปยังประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะการแพร่ไปยังประเทศที่ไม่ได้มีพื้นที่ติดต่อกันผ่านการเดินทางโดยเครื่องบิน องค์การอนามัยโลกมีการประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern ; PHEIC) ในวันที่ 8 สิงหาคม 2557 เนื่องจากการระบาดครั้งนี้เป็นเหตุการณ์ผิดปกติอย่างมาก และเป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อทุกประเทศทั่วโลก

การประมาณการอัตราการป่วยตายจากการระบาดทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ของผู้ป่วยหลายราย การคำนวณอัตราการป่วยตายใช้ข้อมูลเฉพาะรายที่มีข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่สมบูรณ์ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 46 ของผู้ป่วยทั้งหมด (1737 ราย) โดยมีค่าเท่ากับร้อยละ 70.8 ในกลุ่มผู้ป่วยรวมทุกประเทศ โดยที่อัตราการป่วยตายของประเทศกินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน เท่ากับร้อยละ 70.7, 72.3, 69.0 ตามลำดับ แต่อัตราการป่วยตายของประเทศไนจีเรียต่ำ (ร้อยละ 45.5) โดยคำนวณจากผู้ป่วยจำนวน 11 ราย อัตราป่วยตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 64.3 อัตราป่วยตายของผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์อยู่ระหว่างร้อยละ 56.1 (กินี) ถึงร้อยละ 80 (ไลบีเรีย) อัตราป่วยตายต่ำสุดในกลุ่มอายุระหว่าง 15-44 ปี อัตราป่วยตายสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่าเท่ากับ 45 ปี

ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามีระยะฟักตัว 2-21 วัน (เฉลี่ยประมาณ 11.4 วัน) ไม่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการภายใน 21 วันหลังสัมผัสผู้ป่วย ค่า serial interval (ระยะเวลาระหว่างวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรก (index case) และวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากผู้ป่วยรายแรก) เท่ากับ 15.3 วัน ระยะเวลาเฉลี่ยจากวันเริ่มป่วยจนถึงวันเข้าโรงพยาบาล เท่ากับ 5 วัน (มากที่สุด 40 วัน) ระยะเวลาเฉลี่ยหลังจากเข้าโรงพยาบาลจนเสียชีวิต เท่ากับ 4.2 วัน ระยะเวลาเฉลี่ยจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เท่ากับ 11.8 วัน และระยะเวลาเฉลี่ยที่พักในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในประเทศกินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน เท่ากับ 6.4 วัน

ค่า basic reproduction number (R_0) ของการระบาด (หมายถึงค่าเฉลี่ยของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งเกิดจากผู้ป่วย 1 รายในพื้นที่ที่ยังไม่เคยมีผู้ติดเชื้อมาก่อน ในประเทศกินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน คือ 1.71, 1.83, 2.02 ตามลำดับ ทั้งนี้ค่า R_0 ที่คำนวณได้จากการศึกษานี้ไม่แตกต่างกันนักกับที่เคยมีรายงานในการระบาดที่ผ่านมา (การระบาดในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก พ.ศ.2538 และประเทศยูกันดา พ.ศ. 2543 ค่า R_0 เท่ากับ 2.7 และอยู่ในช่วงระหว่าง 1.34 –3.65)

1.3 ด้านระบาดวิทยาในสัตว์

เชื้อไวรัสอีโบล่าสามารถติดต่อกันจากสัตว์สู่คนได้จากการสัมผัสโดยตรงกับเลือด ซากสัตว์หรือคลุกคลีกับสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยมีค้างคาวกินผลไม้เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ

การสัมผัสซากสัตว์ป่าติดเชื้อในทวีปแอฟริกามีความสำคัญในระยะแรกของการระบาดของเชื้ออีโบล่าในคน ซึ่งมีการติดตามและเฝ้าระวังการระบาดของโรคในสัตว์ป่าบางชนิด และสัตว์อื่นที่อาจเป็นพาหะนำโรค โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ปรากฏในการระบาดแต่ละครั้ง เพื่อหาความสัมพันธ์ของการแพร่ผ่านของเชื้อระหว่างคน และสัตว์ รวมถึงการศึกษาการติดเชื้อในสัตว์ระหว่างที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในคนด้วยโดยมีความคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการคาดการณ์ และป้องกันการระบาดของเชื้อในคน

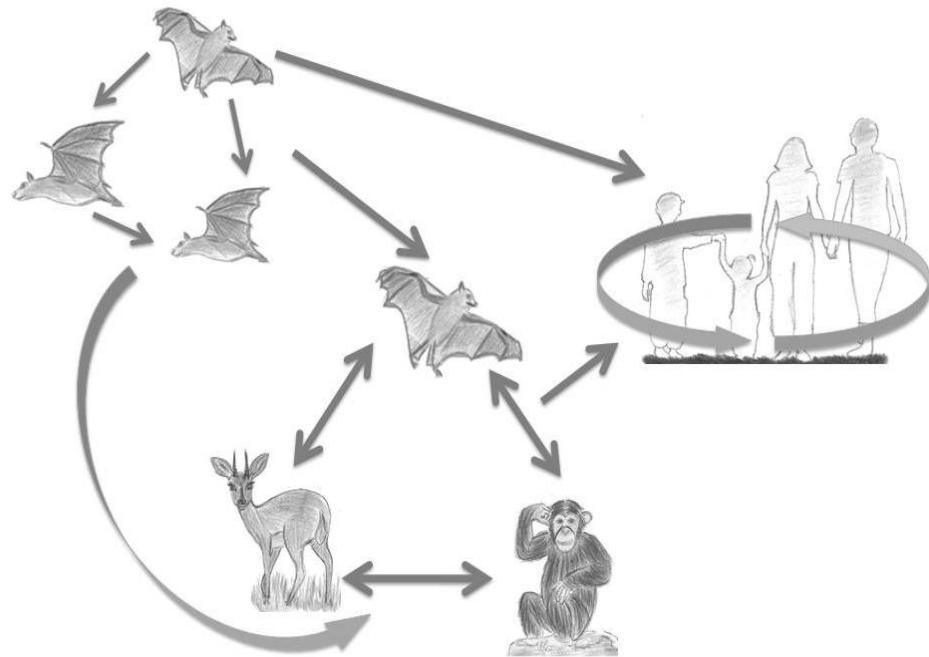
การติดเชื้ออีโบล่าที่พบในสัตว์มีทั้งที่แสดงอาการ และไม่แสดงอาการ โดยขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของไวรัสและชนิดของสัตว์เจ้าบ้าน มีรายงานการติดเชื้อได้ทั้งในสัตว์ป่า ได้แก่ สัตว์ตระกูลลิง ค้างคาวกินผลไม้ แอนทิลอปสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็ก รวมถึงสัตว์เลี้ยง และปศุสัตว์ ได้แก่ สุนัข สุกร เป็นต้น

1.4 การแพร่ผ่านเชื้อไวรัสอีโบลาระหว่างคน และสัตว์

การติดต่อของเชื้อไวรัสอีโบล่าสามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ จากการสัมผัสโดยตรงกับเลือด เครื่องในของสัตว์ป่าที่ติดเชื้อ หรือจากการชำแหละซาก โดยมีรายงานการติดเชื้อจากการชำแหละซากลิงชิมแปนซีเพื่อการบริโภค และการติดเชื้อในผู้ที่ทำการชันสูตรซากลิงชิมแปนซีซึ่งพบอาการเลือดออกในป่าแถบทวีปแอฟริกา รวมถึงรายงานการติดเชื้อในคนจากการสัมผัสซากค้างคาวกินผลไม้ที่ซื้อมาเพื่อบริโภคในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกในปี ค.ศ.2007

นอกจากนี้ยังมีการรายงานการพบแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าสายพันธุ์เรสตันของผู้เลี้ยงสุกรในฟาร์ม ที่พบการระบาดของไวรัสสายพันธุ์นี้ในประเทศฟิลิปปินส์ ดังนั้น การส่งผ่านเชื้อจากสุกรสู่คนจึงมีความเป็นไปได้จากผู้สัมผัสคลุกคลีกับสุกรเป็นประจำ

แผนภาพที่ 2 - 3 นิเวศวิทยาของเชื้ออีโบล่า



ปรับปรุงข้อมูลจาก Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

จากหลักฐานพบค้างคาวกินผลไม้มีแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าสายพันธุ์ซาอีร์ ในบริเวณเดียวกันกับที่พบการระบาดในคน และฝูงลิงกอริลลา และชิมแปนซี ได้แสดงถึงการส่งผ่านของเชื้อระหว่างสัตว์ และการส่งผ่านไปยังคน การหมุนเวียนของเชื้อในประชากรค้างคาวโดยไม่แสดงอาการป่วย จึงจัดเป็นสัตว์รังโรคที่สำคัญของเชื้อไวรัสอีโบล่า ดังรูปที่ 2.3 ในขณะที่การศึกษาในแมลงนั้น ยังไม่พบผลบวกต่อเชื้ออีโบล่า

การแพร่กระจายของเชื้ออีโบล่า แพร่จากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่งโดยการสัมผัสโดยตรงกับของเหลว จากร่างกายของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย เลือด อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระและเหงื่อ ไวรัสเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนังที่เปิดหรือชั้นเยื่อเมือก (ชั้นผิวหนังคล้ายฟองน้ำที่พบได้ในจมูกหรือปาก) นอกจากนี้ อีโบลายังแพร่ระบาดได้ผ่านวัตถุที่ติดเชื้อ อย่างเช่นเข็มฉีดยาที่ได้รับเชื้อจากของเหลวในร่างกายอีโบล่าสามารถแพร่ระบาดหลังการเสียชีวิตได้เมื่อมีการจัดการกับร่างที่เสียชีวิตของผู้ป่วยเพื่อทำพิธีฝังศพอีโบล่าไม่สามารถแพร่ระบาดผ่านทางอากาศ อาหาร หรือน้ำ

อาการของผู้ป่วยอีโบล่า ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไวรัสได้ขณะมีไข้หรืออาการอื่น ๆ บุคคลที่ไม่มีอาการจะไม่สามารถแพร่เชื้ออีโบล่าได้ อาการของผู้ป่วยอีโบล่า ที่พบจากการรายงาน คือ ผู้ป่วยจะมีไข้สูงอ่อนเพลียปวดศีรษะปวดกล้ามเนื้อเจ็บคอจากนั้นจะมีอาเจียนท้องเสียและผื่นนูนแดงตามตัวในรายที่อาการรุนแรงจะมีการเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกายมักเกิดร่วมกับภาวะตับถูกทำลายไตวายหรือเกิดอาการที่ระบบประสาทส่วนกลางช็อกและเสียชีวิตจากอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว (Multiple organ dysfunction syndromes, MODS)

1.5 คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษา

1.5.1 ไม่มีการรักษาเฉพาะในประเทศไทยเพราะยารักษาเฉพาะทางนั้นยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลองยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนยาตามระบบโดยเฉพาะความปลอดภัย ดังนั้นการจะนำยาเข้ามาใช้ต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการด้านการวินิจฉัยดูแลรักษาฯ ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและพิจารณาเป็นกรณีสำหรับรายการยาที่อยู่ในระหว่างการศึกษาทดลอง

1.5.2 การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัยให้การดูแลรักษาตามอาการของผู้ป่วยได้แก่การให้สารน้ำการให้ออกซิเจนการให้เลือดมักพบว่าผู้ป่วยขาดน้ำ (severedehydration) อย่างรุนแรง

1.6 แนวทางการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตามที่กรมวิทยาศาสตร์กำหนด)

1.6.1 การเก็บตัวอย่างเลือดและสารคัดหลั่ง

1.6.1.1 ให้ใช้วิธีปฏิบัติตามคู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการในการจัดการสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้ออีโบล่ากรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (เอกสารอ้างอิง 3 หน้า 7)

1.6.1.2 การเก็บตัวอย่างเพื่อทดสอบต้องยึดหลักความปลอดภัยและความจำเป็นในการรักษาโดยตรวจตามรายการทดสอบเท่าที่จำเป็นและน้อยที่สุด

1.6.1.3 การเจาะตัวอย่างเลือดให้ใช้หลอดชนิด Vacutainer เก็บตัวอย่างเลือด 5 มิลลิลิตรจำนวน 2หลอดไม่ต้องปั่นแยกส่งตัวอย่างไปที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และหรือห้องปฏิบัติการ ที่ผ่านการประเมิน

1.6.1.4 ก่อนทำการทดสอบรายการอื่นใดให้ Inactivate ไวรัสในตัวอย่างจากสิ่งส่งตรวจก่อนทำการทดสอบ(โดยวิธีตามเอกสารอ้างอิง 3) กรณีที่จำเป็นต้องทำการทดสอบกับตัวอย่างผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการinactivate ต้องทำในตู้ BSC class II ในห้องที่จัดไว้เป็นกรณีพิเศษเท่านั้น (Designated RestrictArea)

1.6.1.5 การส่งสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสฮีโบล่าไปยังห้องปฏิบัติการต่างๆเช่นศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/ห้องปฏิบัติการของมหาวิทยาลัยให้แจ้งห้องปฏิบัติการทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 นาทีก่อนส่งเพื่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะได้เตรียมพร้อมทั้งในส่วนพื้นที่เฉพาะและพื้นที่ที่ทำงานประจำ

1.6.1.6 การตรวจเบื้องต้นทางโลหิตวิทยาและอื่นๆ (Routine Lab) ในโรงพยาบาลให้ตรวจตัวอย่างเท่าที่จำเป็นและใช้แนวทางปฏิบัติตามคู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการในการจัดการสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสฮีโบล่า

1.6.1.7 ตัวอย่างเลือดที่จะส่งตรวจได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Rapid test for dengue, Rapid test for malaria

1.7 วัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค

1.7.1 เพื่อเฝ้าระวังเชื้อไวรัสฮีโบล่าในประเทศไทย

1.7.2 เพื่อสอบสวนหาสาเหตุ และวิธีแพร่โรคของผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับเชื้อไวรัสฮีโบล่า

1.7.3 ติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสฮีโบล่า

1.7.4 เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรค ถ้ามีแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรครุนแรงในประเทศไทย

1.8 คู่มือการสอบสวนโรค สำนักระบาดวิทยา

1.8.1 นิยามผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสฮีโบล่า

1.8.1.1 ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI : patient under investigation) ผู้ที่มีไข้ตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไปร่วมกับมีประวัติสัมผัสโรคในช่วง 21 วันก่อนเริ่มป่วยข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- 1) อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค
- 2) สัมผัสผู้ป่วยหรือศพของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวน/สงสัยโรคติดเชื้อฮีโบล่า
- 3) สัมผัสโดยตรงกับสัตว์จำพวกค้างคาวหนูลิงสัตว์ป่าเท้ากึ่งที่มาจากพื้นที่เกิดโรค

1.8.1.2 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)

1) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนที่มีอาการใช้ร่วมกับอาการอย่างน้อย 3 อย่าง จากอาการดังต่อไปนี้ปวดศีรษะปวดข้อปวดกล้ามเนื้อปวดแน่นท้องอาเจียนถ่ายเหลวสะอึกคลื่นลำบากซึม

2) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนที่มีอาการเลือดออกผิดปกติหรือมีอาการรุนแรงที่เกิดกับหลายระบบอวัยวะสำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคฉบับวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557

3) ผู้ที่อาศัยอยู่หรือเดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรคภายใน 21 วันและเสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุอื่นๆ ที่ชัดเจน

1.8.1.3 ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case)

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน/ผู้ป่วยสงสัยที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยหรือศพหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ยืนยัน/น่าจะเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1.8.1.4 ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน/ผู้ป่วยสงสัย/ผู้ป่วยน่าจะเป็นที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่

1) ทั้ง Ebola Realtime และ Conventional RT-PCR ให้ผลบวกจากตัวอย่างเลือดที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่งรวมทั้งมีผล Nucleotide sequencing จากห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 1 แห่ง

2) สามารถแยกเชื้อไวรัสอีโบล่า (viral isolation)

หมายเหตุ ณ ปัจจุบันห้องปฏิบัติการในประเทศไทยยังไม่ทำการแยกเชื้อไวรัสอีโบล่าในห้องปฏิบัติการเนื่องจากต้องการความปลอดภัยสูงในระดับ BSL4 การแยกเชื้อไวรัสอีโบล่าต้องนำส่งห้องปฏิบัติการของ US , CDC กรณีที่เก็บตัวอย่างก่อนวันที่ 5 หลังเริ่มป่วยแล้วมีผลเป็นลบให้เก็บตัวอย่างซ้ำในวันที่ 5 หลังเริ่มป่วยอีกครั้ง การยืนยันผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแต่ละรายจะพิจารณาจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับอาการทางคลินิกและข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาโดยผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิชาการและยุทธศาสตร์ฯโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ

1.8.1.5 การตัดออกจากการเป็นผู้ป่วย (discarded)

ผู้ป่วยที่ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบหลักฐานการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากการตรวจด้วยวิธีมาตรฐาน 2 วิธีที่แตกต่างกันดังเกณฑ์ต่อไปนี้

1) ทั้ง Ebola Realtime และ Conventional RT-PCR ให้ผลลบจากตัวอย่างเลือดที่เก็บในช่วงเวลาที่เหมาะสม (อย่างน้อยวันที่ 5 หลังเริ่มมีอาการ) และตรวจโดยห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 2 แห่ง

2) กรณีที่ไม่สามารถเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาการติดเชื้อได้ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านวิชาการและยุทธศาสตร์ฯโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติร่วมกันพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยอาการทางคลินิกระบาดวิทยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเพื่อลงความเห็นว่าจะตัดออกจากการเป็นผู้ป่วยหรือไม่

หมายเหตุ ตัวอย่างที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจะต้องเก็บตัวอย่างในวันที่เริ่มมีอาการป่วยมาแล้ว 3 วันขึ้นไปในกรณีที่ให้ผลลบในช่วงไม่เกินสามวันหลังมีอาการดังกล่าวต้องทำการตรวจซ้ำอย่างน้อยอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากสามวันแรกหลังมีอาการผลที่ได้ อาจเป็นผลลบปลอมเพราะปริมาณเชื่อน้อย

1.8.2 คำนิยามผู้สัมผัสโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

ผู้สัมผัสได้แก่ผู้สัมผัสใน 3 ข้อต่อไปนี้

1.8.2.1 ผู้สัมผัสผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าด้วยกรณีต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งกรณีภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

- 1) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย
- 2) ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยหรือเสื้อผ้าของผู้ป่วย
- 3) สัมผัสกับร่างผู้เสียชีวิตขณะจัดการศพหรือระหว่างงานศพ

4) ทารกที่ดูคนมารดาที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1.8.2.2 ผู้สัมผัสสัตว์ป่วยหรือตาย หมายถึง ผู้ที่สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตายที่มาจากแอฟริกาหรือสัตว์ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าด้วยกรณีต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งกรณีภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

- 1) สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือตาย (โดยเฉพาะลิงแอนติโลปป่าสัตว์กึ่งอยู่ในวงศ์วัวและควายหนูและค้างคาว)
- 2) สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายของสัตว์ป่วยหรือตาย

3) ซ้ำหละสัตว์ตาย

4) รับประทานเนื้อสัตว์ป่าดิบ

1.8.2.3 ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อก่อโรค หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อก่อโรคและได้สัมผัสตัวอย่างส่งตรวจด้วยกรณีต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งกรณีภายใน 21 วันก่อนมีอาการป่วย

- 1) สัมผัสตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- 2) สัมผัสตัวอย่างส่งตรวจจากสัตว์ป่วยที่มาจากแอฟริกาที่สงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าหรือสัตว์ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1.8.3 นิยามพื้นที่ปนเปื้อนระดับต่างๆ

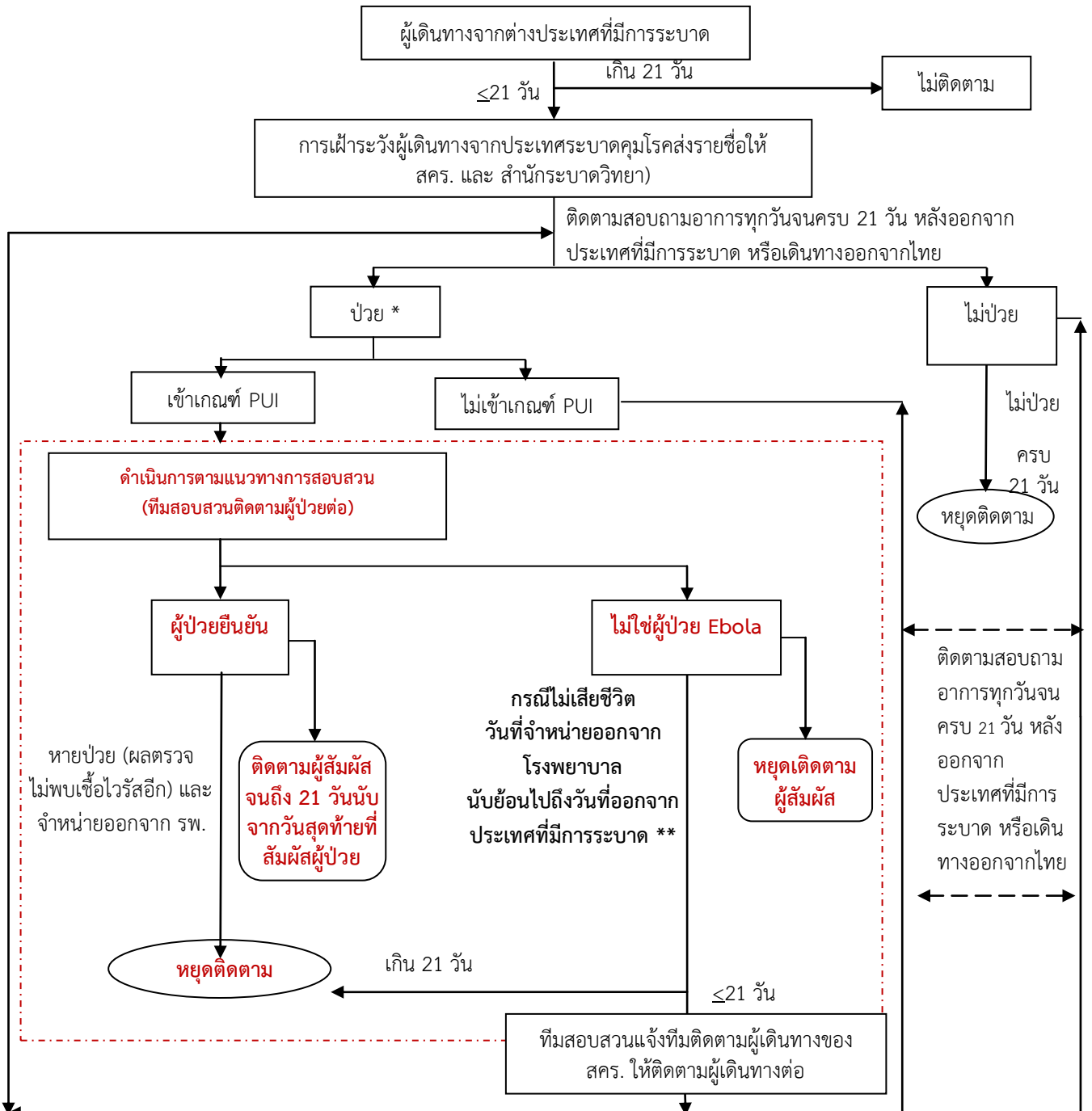
ในการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง คือ การกำหนดพื้นที่ตามระดับการปนเปื้อนซึ่งจะเป็นการบ่งชี้ผู้ปฏิบัติงานให้ระมัดระวังในการใช้พื้นที่ตามความเหมาะสม เช่น การจัดพื้นที่วางอุปกรณ์ การจัดพื้นที่ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลและใช้เป็นแนวทางสำหรับการทำความสะอาดพื้นที่เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อในสิ่งแวดล้อม สำหรับการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลานั้น สำนักระบาดวิทยาได้แบ่งพื้นที่ปนเปื้อนระหว่างการสอบสวนเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ตารางที่ 2 – 1 การแบ่งพื้นที่ปนเปื้อนระหว่างการสอบสวน

	ความหมาย	กิจกรรมที่ทำในพื้นที่
สีแดง	บริเวณที่มีการปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หรือคาดว่าจะมีการปนเปื้อนเป็นอย่างมาก ได้แก่ บริเวณที่ผู้ป่วยสัมผัสโดยตรงหรือพักอยู่ บริเวณปนเปื้อนสารคัดหลั่ง อาเจียน อุจจาระ เลือด ฯลฯ ของผู้ป่วย เช่น ห้องนอนผู้ป่วย ห้องน้ำที่ผู้ป่วยใช้ เป็นต้น (คำว่า ผู้ป่วย มีความหมายรวมถึงผู้ป่วยที่เราได้พบเป็นรายแรก (Index case) และผู้ป่วยที่เราพบเพิ่มเติมจากการคัดกรองผู้สัมผัส)	1. ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สัมผัสที่มีอาการ 2. กำจัดขยะติดเชื้อที่มีการปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น กระดาษทิชชู ฯลฯ หรือทำลายเชื้อโดยทำความสะอาดเฉพาะบริเวณที่มึคราบเลือด เสมหะ อาเจียน หรืออุจจาระของผู้ป่วย
สีเหลือง	บริเวณที่อาจจะมีการปนเปื้อนบ้าง เช่น บริเวณอื่นๆของบ้าน/ที่พักซึ่งผู้ป่วยมีประวัติเดินผ่านหรือนั่งพัก แต่เป็นระยะเวลาสั้นๆ	คัดกรองผู้ที่มีประวัติสัมผัสร่วมบ้าน/ที่พักของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI)
สีเขียว	บริเวณที่สะอาด และมั่นใจว่าไม่มีการปนเปื้อนเชื้อหรือเป็นบริเวณที่ได้รับการกำจัดเชื้อแล้วอย่างถูกต้อง หมายเหตุ: พื้นที่สีเขียวไม่ใช่เฉพาะบริเวณบ้านของผู้ป่วยแต่รวมถึงภายในรถของทีมสอบสวน	1. สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลก่อนเข้าพื้นที่ปฏิบัติงาน 2. ที่พักหลังถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 3. สัมภาษณ์ผู้ที่มีประวัติสัมผัสผู้ป่วย PUI ที่ไม่มีอาการ หลังจากผ่านการคัดกรองแล้ว
สีเทา	พื้นที่ที่ทีมสอบสวนโรคสร้างขึ้นโดยการทำ ความสะอาดพื้นที่บริเวณหนึ่งเพื่อใช้สำหรับรวบรวมขยะและถอดชุด PPE พื้นที่นี้เป็นรอยต่อระหว่างพื้นที่สีแดงและพื้นที่สีเขียว (กรณีพื้นที่ที่ไม่ต่อกัน ให้ทำความสะอาดจนต่อกับพื้นที่สีเขียว)	1. ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 2. รวบรวมขยะติดเชื้อซึ่งเก็บในถุงขยะติดเชื้อ 3 ชั้นก่อนนำไปทำลาย

1.8.4 แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื่อไวรัสอีโบล่า

แผนภาพที่ 2 – 4 แนวทางการติดตามผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื่อไวรัสอีโบล่า



* หากผู้เดินทางมีอาการป่วย ให้ทีมติดตามผู้เดินทางแจ้งสำนักโรคระบาดวิทยา เพื่อพิจารณาร่วมกันว่าเข้าเกณฑ์ PUI หรือไม่
 ** ผู้เดินทางออกจากพื้นที่เสี่ยงยังไม่ครบ 21 วัน จึงยังมีความเสี่ยงที่จะอยู่ในระยะฟักตัวของโรคติดเชื่อไวรัสอีโบล่าเพียงแต่การป่วยในครั้งนั้น (ที่การตรวจให้ผลลบ) ไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื่อไวรัสอีโบล่า
 [] ดำเนินการโดยทีมสอบสวนโรค (ดูแนวทางการสอบสวน และติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัส)

1.8.4.1 ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศส่งรายชื่อและข้อมูลผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามายังสำนักระบาดวิทยา และสำนักงานควบคุมป้องกันโรค (สคร.) 1-12 ทุกวันภายใน 18:00 น. รายชื่อประเทศที่ต้องติดตามขณะนี้

- 1) กินี (Guinea)
- 2) ไลบีเรีย (Liberia)
- 3) เซียร์ราลีโอน (Sierra Leone)
- 4) ไนจีเรีย (Nigeria)
- 5) เซเนกัล (Senegal)
- 6) สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Democratic

Republic of the Congo)

1.8.4.2 สคร. ทำการติดตามผู้เดินทาง และเติมข้อมูลลงท้ายตาราง Excel (column highlight สีเหลือง) ผู้เดินทางเข้าชาย 21 วัน ส่งกลับมายังสำนักระบาดวิทยาทุกวันภายในเวลา 16.00 น. ที่ E-mail address outbreak@health.moph.go.th เพื่อสรุปเข้า war room

- 1) การติดตาม ให้ดำเนินการทุกวันจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย
- 2) หากผู้เดินทางรายใด เดินทางออกจากพื้นที่ สคร. ของตนเอง และทราบที่อยู่ใหม่ ให้แจ้งกับ สำนักระบาดวิทยา เพื่อประสานไปยัง สคร. ที่ผู้เดินทางย้ายที่ไป
- 3) หากผู้เดินทางรายใดมีอาการป่วย ให้แจ้ง SRRT ของ สคร. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) และสำนักระบาดวิทยาทันที
- 4) หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย เข้าได้กับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไปให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตามแทน จนกว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 5) หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่าให้ผลลบ เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ทีมสอบสวนโรคแจ้งกับ ทีมติดตามผู้เดินทาง (สคร.) ติดตามผู้เดินทางรายนี้ต่อจนกว่าจะครบ 21 วันหลังออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือจนเดินทางออกนอกประเทศ (ไปข้อ 3)
- 6) หากผลการตรวจเชื้อไวรัสอีโบล่ายืนยันว่าเป็นผู้ป่วย ยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และได้รับการรักษาจนผลการตรวจสุดท้ายให้ผลลบต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือว่าจบการติดตามผู้ป่วย (ผู้เดินทาง) แต่ยังคงติดตามผู้สัมผัสต่อไปจนครบ 21 วันหลังจากสัมผัสผู้ป่วยรายนี้ครั้งสุดท้าย
- 7) หากผู้เดินทางที่มีอาการป่วย ยังไม่เข้ากับเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไปให้ทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ติดตามตามปกติต่อไปจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย หรือจนหากเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หรือ ผู้ป่วยสงสัย (suspected) ขึ้นไป ให้ทีมสอบสวนโรคดำเนินการสอบสวน และติดตามตามแนวทางของ PUI (ไปข้อ 2.3.1)

8) หากทีมติดตามผู้เดินทางของ สคร. ได้รับแจ้งกลับจาก ทีมสอบสวนโรครณีผู้เดินทางรายใดที่เข้าข่าย PUI หรือ Suspected แต่ได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่ใช่ ผู้ป่วย Ebola ให้ดำเนินการติดตามต่อไปทุกวันจนครบ 21 วันนับจากวันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคหรือ จนเดินทางออกนอกประเทศไทย

9) หากมีอาการป่วยใดขึ้นมาอีก ภายใน 21 วันนับจาก วันที่ออกจากพื้นที่เกิดโรคให้ดำเนินการตามหัวข้อ 2.3 อีกครั้ง

1.8.5 การเตรียมทีมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สำนักงานสาธารณสุขได้กำหนดรายละเอียดคุณสมบัติ และหน้าที่สมาชิกในทีมสอบสวนโรคในแต่ละตำแหน่งต่างๆ ต่อไปนี้ โดย แต่ละพื้นที่อาจเพิ่มลดจำนวนคน หรือปรับเปลี่ยนหน้าที่ได้ตามความเหมาะสม ตารางที่ 2 – 2 ทีมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ตำแหน่ง บทบาท/กิจกรรม และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกาย ในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
Chief (หัวหน้าทีม)	เป็นแพทย์ผู้มีความรู้ด้าน ระบาดวิทยาภาคสนาม มีประสบการณ์การ สอบสวนโรค และสามารถ บริหารจัดการ การสอบสวนโรค	<p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> ตัดสินใจให้ลงพื้นที่เพื่อดำเนินการสอบสวนโรค เป็นผู้นำประชุมเพื่อวางแผนการปฏิบัติงาน และขออนุมัติดำเนินการในพื้นที่ ประสานโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย แจ้งสำนักงานเพื่อประสานการส่งตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ส่งตัวอย่างที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ต่างจังหวัด ส่งตัวอย่างที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตามภูมิภาค ประสานหัวหน้าหน่วยงานภายนอกที่สำคัญ (ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ตำรวจ ฯลฯ) ด้านขั้นตอนการปฏิบัติ และการร้องขอความช่วยเหลือ หากมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นร่วมสอบสวนโรคด้วย จำเป็นต้องซักซ้อมความเข้าใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่ร่วมกับทีม <p>ขณะลงสอบสวนโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> เป็นผู้ควบคุมการปฏิบัติงานโดยรวมในพื้นที่รวมทั้งการเตรียมนายแพทย์เชื้อ โดย Logistic เป็นผู้สื่อสารทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชน ประชาชน หรือหัวหน้าหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - Scrub suite - ชุดกาวน์ห้องผ่าตัด หรือ ชุดกาวน์ยาวแขนยาว - ถุงมือยางชนิดใช้แล้วทิ้ง (Disposable gloves) - หน้ากากอนามัย (Surgical mask) - รองเท้าบูต 	สีเขียว

ตารางที่ 2 – 2 ทิมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกายในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
Safety (ผู้ควบคุมการติดเชื้อ)	เป็นผู้มีความรู้ด้านการควบคุมการติดเชื้อและสามารถปฏิบัติหน้าที่แทน Chief ได้หากมีเหตุจำเป็น	<p>ในพื้นที่</p> <p>(3) เป็นผู้ประสานทีมส่วนกลางสำนักระบาดวิทยา</p> <p>(4) เป็นผู้ตัดสินใจส่งการเฝ้าระวังการปฏิบัติหน้าที่ภาคสนามตามความเหมาะสม หากเกิดการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเปลี่ยนหน้าที่ หรือต้องการคนเพิ่ม</p> <p>(5) สามารถปฏิบัติงานแทนผู้ปฏิบัติงานตำแหน่งอื่นได้หากมีเหตุจำเป็น</p> <p>(6) ออกคำสั่งยุติการปฏิบัติงานกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือจำเป็นต้องเลิกการปฏิบัติงานก่อนสิ้นสุดภารกิจ</p> <p>หลังการสอบสวนโรครายงานสรุปการปฏิบัติงาน และสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อให้ผู้บังคับบัญชา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ</p> <p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) ช่วยวางแผนด้านการควบคุมการติดเชื้อในพื้นที่สอบสวน</p> <p>(2) วางแผนจัดพื้นที่สอบสวนโรค และเขตการปฏิบัติงาน</p> <p>(3) หารือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสอบถามประวัติเบื้องต้น แนะนำตัว และให้ข้อมูลการปฏิบัติงาน</p> <p><u>ขณะลงสอบสวนโรค</u></p> <p>หน้าที่หลักคือ ดูแลเรื่องการควบคุมการติดเชื้อทุกๆ อย่างในทีมสอบสวนโรค</p> <p>(1) ควบคุมดูแลการใส่ และถอดชุดป้องกันร่างกายส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ในทีมอย่างถูกต้อง</p> <p>(2) เป็นผู้ประเมินสถานที่ร่วมกับผู้ทำลายเชื้อ (Disinfect) เพื่อกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงานตามระดับความเสี่ยงของการปนเปื้อน (แบ่งพื้นที่สีเขียว เหลือง แดง</p>	ชุดป้องกันแบบเต็ม	สีแดง สีเหลือง สีเทา

ตารางที่ 2 – 2 ทิมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกาย ในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
		<p>และหา)</p> <p>ข้อสังเกต หากไม่แน่ใจว่ามีพื้นที่สะอาดหรือไม่ ให้ทำความสะอาดพื้นที่ที่คาดว่าปนเปื้อนน้อยที่สุดในบ้านด้วยน้ำยา Sodium hypochlorite จะถือว่าพื้นที่ทำความสะอาดแล้วเป็นพื้นที่สีเขียว และสีเทา</p> <p>(3) เป็นผู้ประเมินปริมาณและความเข้มข้นของน้ำยาฆ่าเชื้อที่ต้องการใช้ และแจ้งให้ Chief ทราบและควบคุมการใช้ยาฆ่าเชื้อ</p> <p>(4) วางแผนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p> <p>ข้อสังเกต หลังประเมินพื้นที่สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จะต้องนัดแนะเวลา และจัดรับผู้ป่วยที่แน่นอนกับทีมรักษาพยาบาล</p> <p>(5) สังเกตการณ์สมาชิกในทีม โดยเฉพาะสมาชิกที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีการปนเปื้อนมาก ว่าเจ้าหน้าที่มีการสัมผัสผู้ป่วยหรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโดยใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อเหมาะสมหรือไม่</p> <p>(6) ให้คำแนะนำและดำเนินการทำความสะอาดร่างกายกรณีเจ้าหน้าที่ถูกสารคัดหลั่ง</p> <p>(7) ควบคุมการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีการปนเปื้อนมาก</p> <p>(8) ควบคุมการจัดเก็บอุปกรณ์ และทำความสะอาดสถานที่ปฏิบัติงานเสร็จ</p> <p>(9) ควบคุมการนำส่ง (ตรวจนับจำนวนถุงขยะ ตรวจสอบความเรียบร้อย และกำกับการเคลื่อนย้าย)</p> <p>(10) ควบคุมการทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์ที่จะนำกลับมาใช้ใหม่</p> <p>หลังการสอบสวนโรคหากมีเจ้าหน้าที่สัมผัสผู้ป่วย สิ่งคัดหลั่ง หรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโดยใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่เหมาะสม ให้ส่งข้อมูลเหล่านี้เป็นทะเบียนผู้ปฏิบัติงาน</p>		

ตารางที่ 2 – 2 ทีมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกาย ในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
Screen (ผู้คัดกรอง)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<p>ที่ผู้คัดกรองจัดทำไว้เพื่อติดตามผู้ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ</p> <p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) จัดหาบุคลากรร่วมทีมสอบสวนโรคตาม Chief เห็นสมควร</p> <p>(2) จัดเตรียมเอกสารของเข้าพื้นที่และแบบฟอร์มสำหรับบันทึกประวัติผู้สัมผัส (EVD-3, EVD-4, EVD-5) และผู้ป่วย (EVD-1) ตามภาคผนวกที่ 1</p> <p>(3) ทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายในการสอบสวนโรค</p> <p>(4) ลงทะเบียนผู้ปฏิบัติงานที่ลงพื้นที่สอบสวน</p> <p>ขณะลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) เป็นผู้คัดกรองอาการผู้สัมผัสสัมผัสด้วย Hand-held thermometer</p> <p>- แยกผู้สัมผัสที่มีอาการให้ Disinfect ดูแล อาจให้อยู่ในพื้นที่แยกโรค แต่ต้องไม่ให้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือผู้สัมผัสรายอื่นๆ</p> <p>- ส่งผู้สัมผัสที่ไม่มีอาการให้อยู่ในพื้นที่สะอาด (สีเขียว) เพื่อให้ Interview สัมภาษณ์ต่อไป</p> <p>(2) คัดกรองผู้สัมผัสที่อาจมีสารคัดหลั่งปนเปื้อนที่ร่างกายอยู่ ณ ขณะนั้นโดยการสอบถามเป็นข้อความสั้นๆ เพื่อส่งให้ Disinfect พาไปทำความสะอาดร่างกาย</p> <p>(3) ภายหลังคัดกรองผู้สัมผัสเสร็จแล้วให้ช่วย Disinfect ในการทำลายเชื้อ</p> <p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) ทบทวนขั้นตอนก่อนการลงปฏิบัติงานของตัวเองขณะอยู่ในพื้นที่</p> <p>(2) ตรวจสอบ และช่วยเตรียมอุปกรณ์การทำลายเชื้อน้ำยาฆ่าเชื้อ และอุปกรณ์อื่นๆ ร่วมกับ Logistic</p>	ชุดป้องกันแบบเต็ม	สีแดง สีเหลือง สีเทา
Disinfect (ผู้ทำลายเชื้อ)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รู้หลักการป้องกัน การติดเชื้อ และมีทักษะ ในการสื่อสารกับผู้ป่วย	<p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) ทบทวนขั้นตอนก่อนการลงปฏิบัติงานของตัวเองขณะอยู่ในพื้นที่</p> <p>(2) ตรวจสอบ และช่วยเตรียมอุปกรณ์การทำลายเชื้อน้ำยาฆ่าเชื้อ และอุปกรณ์อื่นๆ ร่วมกับ Logistic</p>	ชุดป้องกันแบบเต็ม	สีแดง-เหลือง สีเทา

ตารางที่ 2 – 2 ทิมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกายในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
Interview (ผู้สัมภาษณ์)	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านระบาดวิทยา	<p>ขณะลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) เป็นผู้ลงไปประเมินสถานที่เบื้องต้นร่วมกับ Safety เมื่อถึงพื้นที่สอบสวน</p> <p>(2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่จัดไว้ก่อนรพพยาบาลมารับ และเป็นผู้นำผู้ป่วยส่งขึ้นรถพยาบาลโดย Safety จะเป็นผู้ช่วยคอยประสานจุดรับผู้ป่วยกับภายนอกบ้าน</p> <p>- ในระหว่างดูแลผู้ป่วยให้สอบถามผู้ป่วยเพื่อหาผู้สัมผัสใกล้ชิด หรือผู้ที่อาจสัมผัสสารคัดหลั่งเช่น อาเจียน น้ำมูก น้ำลาย กระดาษชำระที่ใช้แล้ว ของผู้ป่วย และประวัติสัมผัสสัตว์หลังจากมีอาการป่วย และนำข้อมูลนี้ไปส่งต่อให้กับ Interview</p> <p>(3) เป็นผู้ดูแลผู้สัมผัสที่มีการโดยให้อยู่บริเวณพื้นที่แยกจากผู้ป่วย และผู้สัมผัสที่ไม่มีอาการเพื่อนำส่งโรงพยาบาล</p> <p>(4) เป็นคนทำลายเชื้อเบื้องต้นในพื้นที่สีแดง กรณีที่ยังคงมีคราบสิ่งปฏิกูลที่เกิดจากผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนเช่น กองอาเจียน อุจจาระ หรือคราบเลือด และจัดการขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้น</p> <p>(5) ทำความสะอาดพื้นที่ที่กำหนดไว้สำหรับรวบรวมขยะ และถอดชุด PPE เพื่อจัดเตรียมให้เป็นพื้นที่สะอาด</p>	-Scrub suite -ชุดกาวน์ห้องผ่าตัด หรือ ชุดกาวน์ยาวแขนยาว -ถุงมือยางชนิดใช้แล้ว	สีเขียว

ตารางที่ 2 – 2 ทีมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกาย ในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
Logistics (ผู้จัดเตรียม อุปกรณ์)	เจ้าหน้าที่สนับสนุน	<p>(5) รวบรวมรายชื่อ และหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการสอบสวนโรค</p> <p>(6) รวบรวม Check list ประเด็นคำถามที่ส่งให้กับ Chief หรือ Safety สำหรับซักถามหรือติดต่อประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น “แนวทางการประสานงานกับทางโรงแรมที่ผู้ป่วยเข้าพักก่อนเข้าพื้นที่” ภาคผนวก 1</p> <p>ขณะลงสอบสวนโรคหน้าที่หลักคือ สัมภาษณ์ผู้สัมผัสที่เมื่อการ</p> <p>(1) สัมภาษณ์ผู้สัมผัสที่ไม่มีอาการ โดยบันทึกชื่อนามสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และลักษณะการสัมผัส ตามแบบฟอร์ม EVD-3, EVD-4 ตามภาคผนวก 1</p> <p>(2) หากไม่ได้อยู่ในระหว่างสัมภาษณ์ผู้สัมผัสจะเป็นผู้สื่อสารภายในทีมสอบสวนโรค</p> <p>หลังการสอบสวนโรค รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค</p> <p>ก่อนการลงสอบสวนโรค</p> <p>(1) จัดเตรียมชุดป้องกัน และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวนโรคโดยมี Disinfect เป็นผู้ช่วย</p> <p>ขณะลงสอบสวนโรคหน้าที่หลักคือ ดูแลอุปกรณ์สอบสวนโรค</p> <p>(1) แจกจ่าย PPE และอุปกรณ์ที่ต้องนำติดตัวเข้าปฏิบัติงานเช่นกระดาษ ปากกา ถุงขยะติดเชื้อและอุปกรณ์การทำลายเชื้อตาม “แนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าชุมชน”</p> <p>(2) ติดเครื่องหมายระบุตัวบุคคลหลังจากที่สมาชิกคนเฝ้าสอบสวนชุดป้องกันแล้ว</p> <p>(3) เป็นผู้เตรียมป้ายยาเชื้อโดยมี Chief เป็นผู้ควบคุม</p> <p>(4) จัดส่งอุปกรณ์ให้ทีมงานในพื้นที่เป็นเพื่อน โดยส่งให้ผ่าน Interview</p>	<p>ทั้ง (Disposable gloves)</p> <p>-หน้ากากอนามัย (Surgical mask)</p> <p>-รองเท้าบูต</p>	สีเขียว

ตารางที่ 2 – 2 ทิมสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ และกิจกรรมของผู้สอบสวนโรค (ต่อ)

ตำแหน่ง	คุณสมบัติ	บทบาท/กิจกรรม	การแต่งกายในพื้นที่	พื้นที่ปฏิบัติงาน
		เป็นหลัก หลังการสอบสวนโรค สํารวจยอดคงเหลือและจัดเก็บอุปกรณ์ที่ยังไม่ได้	-รองเท้าบูต	

หมายเหตุ : 1. ผู้ปฏิบัติงานต้องทำความสะอาดเชิงกิจกรรม และอุปกรณ์ที่ตนเองต้องใช้ขณะปฏิบัติงาน โดยรับมอบหน้าที่จาก Chief

2. ในช่วงแรกของการเข้าไปที่พื้นที่ผู้ช่วย ให้ถืออุปกรณ์เท่าจำเป็น ตามลำดับที่ Logistic จัดส่งให้

3. หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่นๆในภายหลัง จะต้องส่งอุปกรณ์เป็นลำดับขึ้นจากบริเวณที่สะอาดที่สุดไปยังบริเวณที่มีการปนเปื้อนมากที่สุด หากเรียงลำดับการส่งอุปกรณ์ตามตำแหน่งหน้าที่การปฏิบัติงานตรงรายละเอียดข้างต้น

สรุป

แนวคิด นโยบาย เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงแนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559) และนโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการติดตามสถานการณ์โรคและสภาพปัญหาการแพร่ระบาดอย่างใกล้ชิด ทั้งในและต่างประเทศ ประเมินความเสี่ยงและช่องทางการแพร่ระบาดสู่ประเทศไทย โดยดำเนินการอย่างสอดคล้องกันตั้งแต่แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 11 นโยบายรัฐบาล คณะกรรมการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และความร่วมมือของหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และกรอบยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases : APSED , ASEAN , Internal Health Regulation : IHR และความสำคัญของการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) ตลอดจนองค์ความรู้ทั่วไปของโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบลา ทั้งในด้านระบาดวิทยา การแพร่ระบาด ความก้าวหน้าในการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค

บทที่ 3

สภาพทั่วไป และปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

สถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบัน

1. สถานการณ์ทั่วโลก

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในช่วงปี พ.ศ.2557 – 2558 ซึ่งมีการระบาดในวงกว้างใน 3 ประเทศของในแอฟริกาตะวันตก คือ กินี ไลบีเรีย และ เซียร์ราลีโอน ทั้งนี้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2557 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2558 พบผู้ป่วย(รวมทั้งสงสัย น่าจะเป็น ยืนยัน)สะสม 26,277 ราย เสียชีวิต 10,884 ราย โดยกินีพบผู้ป่วย 3,584 ราย เสียชีวิต 2,377 ราย รวมทั้งยังพบผู้ป่วยใหม่ใน 21 วัน 69 ราย เซียร์ราลีโอน พบผู้ป่วย 12,371 ราย เสียชีวิต 3,899 ราย ยังผู้ป่วยใหม่ใน 21 วัน 32 ราย ไลบีเรีย พบผู้ป่วย 10,322 ราย เสียชีวิต 4,608 ราย ไม่พบผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่ 27 มีนาคม 2558 และใน 6 ประเทศที่มีการระบาดในวงจำกัด คือ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกาซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นเขตปลอดโรคติดเชื้ออีโบล่าแล้ว

ตารางที่ 3 - 1 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน 3 ประเทศของในแอฟริกาตะวันตก คือ กินี ไลบีเรีย และ เซียร์ราลีโอนตั้งแต่เดือนมีนาคม 2557 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2558

ประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง	ผู้ป่วย (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	ผู้ป่วยใหม่ (ราย)
กินี	3,584	2,377	69 (พบผู้ป่วยใหม่ใน 21 วัน)
เซียร์ราลีโอน	12,371	3,899	32 (พบผู้ป่วยใหม่ใน 21 วัน)
ไลบีเรีย	10,322	4,608	-
รวม	26,277	10,884	

ตารางที่ 3 - 2 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน 6 ประเทศที่มีการระบาดในวงจำกัด

ประเทศที่มีการระบาดในวงจำกัด	ผู้ป่วย (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	ข้อมูล ณ วันที่
มาลี	8	6	18/01/2558
ไนจีเรีย	20	8	19/10/2557
เซเนกัล	1	-	17/10/2557
สเปน	1	-	2/12/2557
สหราชอาณาจักร	1	-	10/03/2557
สหรัฐอเมริกา	4	1	-
รวม	35	15	

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า นั้น ส่งผลกระทบกับบุคลากรทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครโดยการติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวน 504 รายจาก 3 ประเทศดังปรากฏในตารางที่ 3 – 3

ตารางที่ 3 - 3 จำนวนบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขและอาสาสมัครที่ติด เชื้อและเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าใน 3 ประเทศที่มีการระบาดรุนแรง

ประเทศ	ผู้ป่วย(ราย)	เสียชีวิต	
		ราย	ร้อยละ
กินี	187	94	50.27
ไลบีเรีย	0375	189	50.40
เซียร์ราลีโอน	303	221	72.94
รวม	865	504	58.26

จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยาพบว่าปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการ แพร่กระจายของเชื้ออีโบล่าในภูมิภาคอัฟริกาตะวันตกมีการระบาดอย่างรุนแรง คือ ปัจจัยด้าน วัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อในภูมิภาคอัฟริกาตะวันตกซึ่งมีผลให้เกิดความไม่ไวใจและการต่อต้าน เจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทำให้ประชาชนไม่ยอมแจ้งแก่เจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยรวมทั้งกระบวนการ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและวิธีการจัดการศพแบบพื้นเมืองทำให้เพิ่มการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน นอกจากนี้การเคลื่อนย้ายประชากรในประเทศและระหว่างประเทศมีผลให้เกิดการแพร่ระบาดอย่าง รวดเร็วและกระจายในหลายพื้นที่

รูปแบบการระบาดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ในเขตชนบทในเขตชนเมืองใหญ่ (โดยเฉพาะ ชานเมืองหลวงของประเทศกินีและไลบีเรีย) และในเขตรอยต่อระหว่างประเทศการเคลื่อนย้าย ประชาชนระหว่างประเทศทำให้ติดตามผู้สัมผัสได้ยากและมีหลายรายไม่สามารถติดตามครบระยะที่ ต้องดำเนินการกักตุนการควบคุมโรคยังทำได้ไม่ครอบคลุมพื้นที่ระบาด เนื่องจากเกิดพร้อมๆ กัน หลายพื้นที่

จากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่าอย่างรุนแรงในภูมิภาคอัฟริกาตะวันตก องค์การอนามัยโลกได้ส่งเจ้าหน้าที่ระดับสูงไปประเทศกินีและเซียร์ราลีโอน ในช่วง 7 – 10 กรกฎาคม 2557 เพื่อเพิ่มการสนับสนุนการจัดการควบคุมโรคตั้ง Sub-regional Outbreak Coordination Centre for the response ที่เมือง Conakry (เมืองหลวงของกินี) เพื่อเป็นศูนย์บัญชาการและประสานงาน เพื่อให้การช่วยเหลือทั้งด้านวิชาการการบริหารจัดการรวมทั้งจัดหาผู้เชี่ยวชาญในการลงสอบสวนและ ควบคุมโรคในพื้นที่ระบาดและ ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในอัฟริกาตะวันตก เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และได้ออกคำแนะนำให้มีการจำกัดการเดินทางออกนอกประเทศของผู้ป่วยอีโบล่าและ ผู้สัมผัสในประเทศที่มีการระบาด รวมทั้งการจัดระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระดับสูงสุดแต่ยังไม่มีการห้ามเดินทางหรือการค้าและได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและมีมติอนุญาตให้มีการทดลองใช้ยาและ วัคซีนในอัฟริกาตะวันตกนอกจากนี้ยังแถลงว่าจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่รายงานน่าจะต่ำกว่าความ เป็นจริงมาก

2. สถานการณ์การแพร่ระบาดในต่างประเทศ

2.1 ประเทศกินี

Guinea การแพร่ระบาดมากขึ้นโดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 100 รายต่อสัปดาห์มา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ทั้งๆ ที่ก่อนหน้านี้พบผู้ป่วยเพียง 20 – 50 รายต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่รายงานมาจากเมือง Macenta, Gueckedou, ในและรอบๆ เมืองหลวง Conakry ประจำวันที่ 15 – 21 กันยายน 2557

Guinea, Liberia, และ Sierra Leone ในสัปดาห์ล่าสุดยังพบผู้ป่วยรายใหม่ในจำนวนที่มากกว่าสัปดาห์อื่นๆ ที่ผ่านมานับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดและมีรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ใหม่ที่ไม่เคยเกิดโรคมามาก่อน ได้แก่ Dalaba prefecture, Guinea และ Maryland county, Liberia ซึ่งมีชายแดนติดกับประเทศ Ivory coast อย่างไรก็ตาม Ivory coast ห้ามการเดินทางจากทั้งสามประเทศที่ระบาดหนักประจำวันที่ 22 – 28 กันยายน 2557

Guinea ในสัปดาห์ล่าสุดมีรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ใหม่ที่ไม่เคยเกิดโรคมามาก่อน ได้แก่ Kindia district, Guinea ซึ่งเมืองที่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ในไลบีเรียเป็นพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศ Ivory Coast โดยที่ประธานาธิบดีของ Ivory Coast ได้ออกมาประกาศยกเลิกการระงับเที่ยวบินเข้าออกกับสามประเทศที่มีการระบาดหนักแล้วจากแถลงการณ์เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2557 ที่ผ่านมานอกจากนี้ได้มีมาตรการพร้อมรับหากมีผู้ป่วยเดินทางเข้าประเทศโดยได้รับการสนับสนุนจาก US CDC ที่ส่งผู้เชี่ยวชาญสองคนเข้าไปช่วยเตรียมความพร้อม ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2557

กินี การแพร่กระจายของโรคยังคงมีมากในเมืองหลวง Conakry และเมือง Kindia ซึ่งเป็นเมืองที่มีพรมแดนติดต่อกับประเทศเซียร์ราลีโอน และยังคงมีการต่อต้านจากชุมชนในเรื่องการควบคุมโรค

2.2 ประเทศไลบีเรีย

พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่ในไลบีเรียเป็นพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศ Ivory Coast โดยที่ประธานาธิบดีของ Ivory Coast ได้ออกมาประกาศยกเลิกการระงับเที่ยวบินเข้าออกกับสามประเทศที่มีการระบาดหนักเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2557 นอกจากนี้ได้มีมาตรการพร้อมรับหากมีผู้ป่วยเดินทางเข้าประเทศโดยได้รับการสนับสนุนจาก US CDC ที่ส่งผู้เชี่ยวชาญสองคนเข้าไปช่วยเตรียมความพร้อม รวมทั้งมีการประกาศห้ามออกนอกเคสสถานยามวิกาลในช่วงสิงหาคม 2557 และสั่งปิดล้อม 2 เขต เพื่อสกัดการแพร่ระบาดส่วนผู้ติดเชื้อในไลบีเรียจำนวน 17 คน ที่หนีออกจากศูนย์กักกันโรคก่อนหน้านี้ เจ้าหน้าที่สามารถติดตามพบและนำกลับมารักษาและได้มีการทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชนเพื่อมิให้เกิดความเข้าใจผิดขึ้นอีก ส่วนโรงพยาบาลและศูนย์รักษาโรคติดเชื้ออีโบล่าส่วนใหญ่ยังคงปิดเนื่องจากทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์กลัวที่จะติดเชื้ออีโบล่า

2.3 ประเทศเซียร์ราลีโอน

ช่วงปลายกรกฎาคม 2557 พบแพทย์ซึ่งเป็นหนึ่งในหัวหน้าทีมรักษาผู้ป่วยอีโบล่าต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและมีพยาบาลเสียชีวิตแล้ว 3 ราย ทำให้มีการเรียกร้องให้มีการย้ายสถานที่รักษาผู้ป่วยออกไปภายนอกโรงพยาบาลและโอนให้ทีมแพทย์จาก Medecins Sans Frontiers (MSF) เป็นผู้ดูแลแทน ในกรณีนี้ Dr. Luis Sambo (WHO's regional director for Africa) ทบทวนมาตรการในการรับมือกับการระบาดควบคุมการระบาดของ

โรคกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอย่างเคร่งครัดตามมาตรการในการตอบสนอง การระบาดรวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนการติดตามผู้สัมผัสการข้ามพรมแดนและการประสานงาน

เดือนสิงหาคม 2557 รายงานการเสียชีวิตจากโรคอีโบล่าของแพทย์ 2 ราย คือ หัวหน้าทีมแพทย์ที่ดูแลคนไข้ Ebola ในประเทศเซียร์ราลีโอนและหัวหน้าทีมแพทย์ที่ดูแลคนไข้ Ebola ในประเทศไลบีเรียมีแพทย์อาสาสมัครชาวอเมริกันและบุคลากรทางการแพทย์ชาวอเมริกันอีก 1 ราย เป็นทีมรักษาผู้ป่วยที่ประเทศไลบีเรียเกิดการติดเชื้อและอยู่ถูกส่งกลับไปรักษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา

เดือนกันยายน 2557 ประเทศเซียร์ราลีโอนพบผู้ป่วยมากกว่า 200 รายต่อสัปดาห์ โดยผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่มาจากเมืองหลวง Freetown และมีการกำหนดมาตรการ lock down 3 วัน (19 – 21 กันยายน 2557) ที่ให้ประชาชนอยู่กับบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการค้นหา ผู้ป่วยเพิ่มเติมในทุกครัวเรือนพบผู้ป่วยรายใหม่ที่สงสัยอีโบล่า 358 ราย และพบผู้เสียชีวิตที่สงสัยเป็น อีโบล่า 265 ราย จากผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้มีการประกาศกักกันในพื้นที่ใหม่ ได้แก่ Port Loko, Bombali และ Moyamba อยู่รอบเมือง Freetown โดยพื้นที่ดังกล่าวมีประชากรมากถึง ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ ต่อมาพบผู้ป่วยยืนยันชาวอังกฤษ 1 รายเป็นพยาบาล อาสาสมัครเพศชาย ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลที่เมือง Kenema และดูแลผู้ป่วยอีโบล่า นำผู้ป่วยรายนี้ กลับไปรักษาในประเทศอังกฤษ

เดือนธันวาคม 2557 เซียร์ราลีโอนมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดในเมือง Freetown เช่นเดียวกับกินีและไลบีเรีย แม้ในภาพรวมของประเทศจะมีสัดส่วนของการติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วย ได้ดีขึ้นถึงร้อยละ 94 แต่ในบางพื้นที่ เช่น Kenema District สามารถติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยได้เพียง ร้อยละ 28

2.4 ประเทศไนจีเรีย

ตั้งแต่ 26 กรกฎาคม – 3 สิงหาคม 2557 พบผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในประเทศ ไนจีเรีย ผู้ป่วยมีประวัติเดินทางโดยเครื่องบินจากไลบีเรียผ่านสนามบินอีก 2 ประเทศ คือ ที่เมือง Lome ประเทศ Togo และเมือง Accra ประเทศ Ghana โดยที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนและถ่ายเหลว ในขณะที่เดินทางสามารถระบุผู้สัมผัสแล้ว 59 ราย, 15 รายเป็นพนักงานบนเครื่องบินและอีก 44 ราย เป็นผู้สัมผัสในโรงพยาบาล มีผู้เสียชีวิตเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้เสียชีวิตรายแรกเนื่องจากในระยะแรก ผู้ป่วยไม่ยอมบอกว่าตัวเองสัมผัสใกล้ชิดกับน้องสาวซึ่งเพิ่งเสียชีวิตจากอีโบล่า

2.5 ประเทศสกอตแลนด์ สหราชอาณาจักร

พยาบาลอาสาสมัครในประเทศเซียร์ราลีโอนติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เดินทางกลับบ้านที่เมืองกลาสโกว สกอตแลนด์ใน 28 ธันวาคม 2557 โดยบินจากประเทศเซียร์ราลีโอน ไปยัง กรุงลอนดอน และต่อไปที่สนามบินกลาสโกว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกแจ้งว่าผู้ป่วยเริ่มมีไข้ ขณะที่ไปถึงลอนดอน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเมืองกลาสโกวด้วย อาการไข้และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จากนั้นถูกส่งต่อไปโรงพยาบาล Royal Free hospital ใน กรุงลอนดอน ซึ่งมีห้องแยกที่มีความพร้อมระดับสูง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการให้พลาสมาจาก ผู้ที่หายจากโรคอีโบล่า ร่วมกับยาต้านไวรัสซึ่งไม่มีการระบุชื่อยา ขณะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ผู้โดยสาร ทุกรายในเที่ยวบินเดียวกับผู้ป่วยในเส้นทางระหว่างลอนดอน และกลาสโกวได้รับการติดต่อจาก เจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ผู้ที่นั่งในเก้าอี้บริเวณรอบๆ ผู้ป่วยได้ถูกขอให้วัดไข้ตัวเองจนครบ 21 วัน

2.6 ประเทศสหรัฐอเมริกา

เดือนตุลาคม 2557 พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกในสหรัฐอเมริกา เป็นชายที่เดินทางจากไลบีเรียเพื่อไปที่รัฐ Texas โดยออกจากไลบีเรียวันที่ 19 กันยายน 2557 ถึงสหรัฐอเมริกาวันที่ 20 กันยายน 2557 โดยไม่มีอาการใดๆ ในขณะที่เดินทาง 4 วัน ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการและไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ด้วยอาการไข้และปวดท้องเล็กน้อย ได้ยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานที่บ้าน 8 วัน ต่อมาผู้ป่วยอาการมากขึ้นต้องเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินมารับไปที่โรงพยาบาลแห่งเดิม ผู้ป่วยถูกส่งเข้ารักษาในห้องแยกในหอผู้ป่วยวิกฤติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า

ผู้ติดเชื้อรายที่สองได้รับการแยกรักษาในโรงพยาบาลที่เมือง Dallas ทันทีภายหลังมีอาการไข้ต่ำๆ ได้เพียงชั่วโมงครึ่ง ซึ่งพบว่ามีไข้จากการสังเกตอาการและวัดอุณหภูมิของตนเองตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้สหรัฐอเมริกาแถลงว่าผู้ติดเชื้อรายที่สองนี้ใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อตลอดเวลาที่เข้าไปให้การดูแลผู้ป่วยรายแรกมีผู้สัมผัสใกล้ชิด 1 ราย ซึ่งถูกแยกไว้สังเกตอาการแล้วรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในทีมรักษาผู้ป่วยรายแรกที่ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตามได้มีการส่งตัวอย่างเลือดไปที่ห้องปฏิบัติการของศูนย์ควบคุมป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาเพื่อตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่ง

จากเหตุการณ์ในเมือง Dallas, Texas เป็นผู้ป่วย Imported case จากไลบีเรียไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในครั้งแรก เนื่องจากแพทย์ไม่ได้นึกถึงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทำให้ Health Alert Network ออกเอกสาร HAN 371 เนื้อหาสำคัญถึงสถานพยาบาลต่างๆ เน้นเรื่องการ Detect-Isolate-Report ผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

นอกจากนี้ขณะนี้ยังมีผู้สัมผัสผู้ป่วยรายแรกที่มีความเสี่ยงสูง 10 คน (เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 7 ราย) และผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่ำ 38 ราย ที่อยู่ระหว่างการติดตามอาการ

รายงานผู้ติดเชื้อรายที่ 3 เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาผู้ป่วยจากประเทศไลบีเรียที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ารายแรก (นายโทมัสอีริคตันแคน)

ทำเนียบขาวสหรัฐอเมริกาเชิญผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานสาธารณสุขหลายประเทศทั่วโลกเข้าร่วมประชุมในวาระ Global Health Security เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในวันที่ 26 กันยายน 2557 โดยเน้นย้ำว่าการระบาดในครั้งนี้ถือเป็นภัยที่คุกคามทุกประเทศและนานาชาติควรให้ความช่วยเหลือประเทศที่กำลังระบาดหนักทั้งในด้านการควบคุมโรคกาสนับสนุนความต้องการขั้นพื้นฐานและการบริการทางสาธารณสุข ทุกประเทศทั่วโลกควรดำเนินมาตรการตามหลักของ Global Health Security ได้แก่ Prevent, Detect, Response โดยการประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์โรคให้ทราบถึงกันทั่วโลกโดยเร็วผ่านกลไกของ Inter-connected Emergency Operation Center ของแต่ละประเทศ โดยศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกาคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยในประเทศไลบีเรียและเซียร์ราลีโอนโดยใช้ Modeling ที่สร้างขึ้นพบว่าหากไม่มีการเพิ่มประสิทธิภาพของการควบคุมโรคที่ทำอยู่ในปัจจุบันจะมีผู้ป่วยประมาณ 8,000 คน ในสองประเทศดังกล่าว ในปลายเดือนกันยายน 2557 และเมื่อปรับการคาดประมาณจากการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริงจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มเป็น 21,000 คนและในปลายเดือนมกราคม 2558 จะพบผู้ป่วยประมาณ 550,000 คนในไลบีเรียและเซียร์ราลีโอนและถ้าปรับการคาดประมาณ

จากการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริงจะพบผู้ป่วยเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน (ที่มา http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6303a1.htm?s_cid=su6303a1)

2.7 ประเทศสเปน

สเปนพบผู้ป่วยยืนยันรายแรกที่ติดเชื้อภายในประเทศเป็นหญิงอายุ 44 ปี ผู้ช่วยพยาบาลซึ่งอยู่ในทีมที่รักษาบาทหลวง 2 รายที่ติดเชื้อจากอัฟริกาตะวันตกและได้รับการเคลื่อนย้ายเข้ามารักษาที่โรงพยาบาล Carlos III, Madrid แต่เสียชีวิตทั้งสองรายการสอบสวนโรคพบว่าผู้ช่วยพยาบาลรายนี้สัมผัสผู้ป่วยทั้ง 2 รายแบบใส่ชุดป้องกันการติดเชื้อทุกครั้งสำหรับสาเหตุการติดเชื้อตัวผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเกิดขึ้นในขณะที่ถอดชุดป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งมีข้อมูลจากในทีมรักษาว่าผู้ช่วยพยาบาลรายนี้สัมผัสใบหน้าตนเองขณะที่ยังสวมถุงมือมีผู้สัมผัสประมาณ 80 คนที่ต้องติดตามอาการแบ่งเป็นกว่า 50 คนที่เป็นผู้สัมผัสผู้ช่วยพยาบาลรายนี้และ 30 คนอยู่ในทีมรักษาผู้ป่วยสองรายแรก

2.8 ประเทศเซเนกัล

เดือนกันยายน 2557 ผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย เป็นผู้ป่วยชายที่เดินทางกลับมาจากประเทศกินีส่วนผู้ป่วยสงสัย 2 รายในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยรายแรก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบและมีติดตามอาการผู้สัมผัสที่อีก 67 คน

2.9 ประเทศมาลี

รายงานผู้ป่วยรายแรก เสียชีวิต เป็นเด็กหญิงอายุ 2 ขวบ เดินทางมาจากเมือง Kissidogou ประเทศกินีในวันที่ 19 ตุลาคม 2557 และย้ายได้พาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในประเทศมาลีด้วยอาการไข้ มีเลือดออกผิดปกติ ในวันที่ 20 ตุลาคม 2557 ต่อมาวันที่ 21 ตุลาคม 2557 อาการเลือดออกมากขึ้น แพทย์ซักได้ประวัติว่าสัมผัสกับมารดาซึ่งเสียชีวิตแล้วด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศกินี จึงทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการและพบเชื้อไวรัสอีโบล่าในวันที่ 23 ตุลาคม 2557 เบื้องต้นพบผู้สัมผัสประมาณ 40 คนในจำนวนนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ 10 คน ถูกกักตัวไว้สังเกตอาการทั้งหมด

จากการแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่าในแถบอัฟริกาตะวันตกนั้น องค์การอนามัยโลกได้ประเมินการดำเนินงานควบคุมโรคพบว่าทั้ง 3 ประเทศที่มีการระบาดรุนแรง ได้แก่ กินี เซียร์ราลีโอนและไลบีเรียสามารถทำการติดตามผู้สัมผัสได้เพียงร้อยละ 30 - 40 เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมการระบาดได้และแนวโน้มผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะผู้ติดเชื้ออยู่ในชุมชนจำนวนมาก นอกจากนี้จากการประเมินศักยภาพของประเทศในภูมิภาคอัฟริกาอีก 41 ประเทศที่เหลือพบว่าเพียง 23 ประเทศที่มีการเฝ้าระวังโรคที่ดำเนินการอยู่หากมีผู้ป่วยเดินทางจากประเทศที่มีการระบาดอยู่เข้าไปในประเทศอื่นๆ อาจไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้

3. สถานการณ์ในประเทศไทย

จากมาตรการการเฝ้าระวังและการคัดกรอง ณ ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ได้มีการคัดกรองผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางกลับมาจากประเทศที่เกิดโรคโดยการซักประวัติและวัดอุณหภูมิ ซึ่งตั้งแต่วันที่ 24 ตุลาคม 2557 - 26 เมษายน 2558 มีผู้เดินทางจากประเทศที่เกิดโรค 4,558 ราย (ประเทศกินี 1,676 ราย ไลบีเรีย 236 ราย เซียร์ราลีโอน 186 ราย มาลี 339 ราย และอื่นๆ 2,121 ราย) ซึ่งมีผู้ที่เข้าข่ายต้องติดตามในช่วง 21 วันหลังจากออกจากพื้นที่ที่เกิดการระบาด

จำนวน 1,880 ราย สรุปพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (Patient under investigation : PUI) 6 ราย กล่าวคือ มีอาการไข้ 5 รายเป็นชายชาวกินี เนเธอร์แลนด์ อังกฤษและเดนมาร์ก และเป็นหญิงสัญชาติอเมริกา อีก 1 รายไม่มีอาการ) และพบชายชาวอังกฤษ เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุภายในห้องพักที่คอนโดมิเนียมในประเทศไทยอีก 1 ราย ผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้ง 7 รายได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยวิธี PCR (Polymerase Chain reaction) ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกรายไม่มีการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ากล่าวคือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบทั้งสองครั้ง และได้มีการตรวจเพื่อวินิจฉัยแยกโรค พบป่วยเป็นไข้มาลาเรีย 2 รายและเป็นไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ 1 รายรายละเอียดดังนี้

วันที่ 24 ตุลาคม 2557 พบผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) ที่จังหวัดภูเก็ต

วันที่ 24 ตุลาคม 2557 พบศพชาย ณ คอนโดมิเนียมแห่งหนึ่งในตำบลป่าตอง อำเภอ กะทู้ จังหวัดภูเก็ต จากรายงานการสอบสวนโรค (โดยโรงพยาบาลป่าตอง สำนักกระบาดวิทยา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต) พบว่าเป็นนักธุรกิจ สัญชาติอังกฤษ อายุ 68 ปี มีประวัติเดินทางจากเมืองลากอส ประเทศไนจีเรียเมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2557 (ประวัติจากด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต) เปลี่ยนเครื่องที่เมืองคูไบ ประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรต โดยสารเครื่องบินสายการบินเอมิเรต ถึง ท่าอากาศยานภูเก็ต โดยสายการบินแอร์เอเชีย วันที่ 7 ตุลาคม 2557 เวลา 21.00 น.) ได้มีการเก็บตัวอย่างจากศพที่ห้องเก็บศพโรงพยาบาลป่าตอง ในวันที่ 25 ตุลาคม 2557 ส่งตัวอย่างไปตรวจ PCR for Ebola virus ณ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการของ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผลลบทั้งสองครั้ง

ผู้ป่วยรายที่ 2 – 7 เป็นผู้เข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI case : Patient under investigation)

วันที่ 11 กันยายน 2557 ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการแจ้งจาก ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรปราการ

ผู้ป่วยชายอายุ 52 ปี ชาวเนเธอร์แลนด์ อาชีพวิศวกรเรือ วันที่ 14 กรกฎาคม 2557 ผู้ป่วยเดินทางออกจากประเทศเนเธอร์แลนด์ไปยังเมือง Lagos ประเทศไนจีเรียและทำงานที่เมือง Lagos เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ หลังจากนั้นวันที่ 27 สิงหาคม 2557 กลับขึ้นฝั่งที่เมือง Onne วันที่ 28 สิงหาคม 2557 เดินทางไปเมือง Port Harcourt เพื่อขึ้นเฮลิคอปเตอร์ของบริษัทไปยังเมือง Lagos โดยอยู่ที่สนามบินลากอส เป็นเวลากว่า 2 ชั่วโมงแล้วขึ้นเครื่องบินกลับไปประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยระหว่างอยู่ที่ประเทศไนจีเรียผู้ป่วยไม่ได้มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยหรือผู้ที่เสียชีวิตรายอื่นๆ แต่อย่างไร วันที่ 9 กันยายน 2557 ผู้ป่วยเดินทางออกจากกรุง Amsterdam ประเทศเนเธอร์แลนด์มายังประเทศไทยด้วยสายการบิน China airlines เที่ยวบินที่ CI0066 มาถึงท่าอากาศยานสุวรรณภูมิวันที่ 10 กันยายน 2557 ต่อมาวันที่ 11 กันยายน 2557 มีไข้ (อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส) เจ็บคอ มีน้ำมูก ไปตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับตรวจมาลาเรีย ผลไม่พบเชื้อ และตรวจคัดกรองใช้เลือดออกด้วยชุดทดสอบ NS1, IgM, และ IgG ให้ผลลบทั้งหมดและได้ส่งต่อไปยังห้องแยกที่โรงพยาบาลราชวิถี (เนื่องจากการซักประวัติผู้ป่วยพบว่าเดินทางมาจากประเทศไนจีเรีย)

วันที่ 3 ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยรายที่ 3 ได้รับการคัดกรอง ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

ผู้ป่วยหญิงเชื้อชาติลาว อายุ 40 ปี เดินทางไปประเทศกีนี ระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน - 3 ธันวาคม 2557 เดินทางกลับเข้ามายังประเทศไทยวันที่ 3 ธันวาคม 2557 ด้วยสายการบินไทย เที่ยวบินที่ TG931 ระหว่างเดินทางไม่มีอาการป่วย ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนผู้เดินทางจากประเทศเสี่ยงโดยผ่านควบคุมโรคติดต่อที่ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ต่อมาในช่วงระหว่างวันที่ 5-10 ธันวาคม 2557 มีอาการน้ำมูกใส ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่ได้ไปพบแพทย์ ซ้ำยาอมแก้เจ็บคอรับประทานเองอาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการปวดเมื่อยตามตัวและคัดจมูก ไม่มีไข้ (ผู้ป่วยวัดไข้ด้วยตนเองวันละ 2-3 ครั้งทุกวันตั้งแต่เดินทางกลับมา) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง

มาตรการในการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาด โดยรพพยาบาลจากสถาบันบำราศนราดูรพร้อมด้วยทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) สำนักระบาดวิทยา ไปรับผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อมาแยกไว้สังเกตอาการที่ห้องแยกโรคสถาบันบำราศนราดูร เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่อาจติดมาจากอัฟริกาตะวันตก เช่น มาลาเรีย มาเบอร์กไวรัส และติดตามอาการผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมดและผู้ทำงานร่วมกัน โดยให้สังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเองที่บ้าน

วันที่ 24 ธันวาคม 2558 ผู้ป่วยรายที่ 4 ได้รับการคัดกรอง ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ชายชาวอังกฤษ อายุ 40 ปี เดินทางไปประเทศไลบีเลีย เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2557 แล้วเดินทางกลับมายังประเทศไทยด้วยสายการบินไทย เที่ยวบินที่ TG-935 ถึงสนามบินสุวรรณภูมิตั้งแต่วันที่ 24 ธันวาคม 2557 โดยได้ผ่านด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ไม่มีไข้ (วัดอุณหภูมิร่างกาย 35.8 องศาเซลเซียส) หลังจากนั้นผู้ป่วยโดยสารรถของกรมควบคุมโรคไปส่งที่บ้าน ถึงบ้าน 10.00 น. ภรรยาให้ประวัติว่าวันที่ 26 ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยเริ่มมีไข้และหนาวสั่นในช่วงเวลากลางคืน อ่อนเพลีย ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีถ่ายเหลวหรืออาเจียน วัดอุณหภูมิร่างกายที่บ้าน 39.7 องศาเซลเซียส ไปรักษาที่คลินิกหมอจู่ (ใกล้บ้าน) ได้ยามารับประทาน อาการก็ยังมีไข้และหนาวสั่นเฉพาะช่วงกลางคืน ได้ทำการตรวจเลือดปลายนิ้วด้วยชุดทดสอบมาลาเรียด้วยตนเองในวันที่ 24 - 26 ธันวาคม 2557 พบว่าอาการปกติไม่มีไข้ เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยและครอบครัวโดยสารแท็กซี่ไปพญา ในระหว่างที่อยู่พญา ไม่ได้เดินทางไปไหน เนื่องจากผู้ป่วยมีไข้ และหนาวสั่น วันที่ 31 ธันวาคม 2557 ผู้ป่วยมีเหงื่อออก เบื่ออาหาร อาเจียนไปรักษาคลินิกได้ยามาทาน และเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2558 ผู้ป่วยมีอาการสับสน ตาลอย แขนขาอ่อนแรง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกรุงเทพพญา ตอนเช้าวันที่ 2 มกราคม 2558 ผู้ป่วยมีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส) มีการย้ายผู้ป่วยเข้าห้องแยกโรค Negative pressure ต่อมาผู้ป่วยซึมลง แพทย์ใส่ท่อหายใจย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผู้ป่วย (ICU) ทางโรงพยาบาลจึงได้ประสานหน่วยงานสาธารณสุข และถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี

วันที่ 17 มกราคม 2558 ผู้ป่วยรายที่ 5 ได้รับการคัดกรอง ณ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ผู้ป่วยเป็นชาย ชาวกีนี อายุ 59 ปี เดินทางออกจากประเทศกีนีในวันที่ 17 มกราคม 2558 ด้วยสายการบินเคนยาแอร์ไลน์ เที่ยวบินที่เข้าประเทศไทย KQ 861 ถึงสนามบินสุวรรณภูมิในวันที่ 21 มกราคม 2558 โดยต่อเครื่องที่ฮ่องกง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ติดตามผู้เดินทางทุกวัน โดยในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2558 ผู้ป่วยมีไข้ 38.1 องศาเซลเซียส มีอาการไอ มีน้ำมูกใส จึงตัวผู้ป่วยไปพัก

รักษาที่สถาบันโรคทรวงอกเก็บตัวอย่างเลือดผู้ป่วยส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและการติดตามผู้สัมผัส

มาตรการการเตรียมความพร้อมของประเทศที่มีการระบาด

1. มาตรการการเตรียมความพร้อมของประเทศที่มีการระบาด

มาตรการการเตรียมความพร้อมของประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)

การเตรียมความพร้อมของประเทศที่มีการระบาดมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจว่าทุกประเทศมีความพร้อมที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือให้มีการรายงานการตรวจสอบของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่เกิดขึ้น และประเมินประสิทธิภาพในการตอบสนอง ซึ่ง WHO ให้การสนับสนุนผ่านวิธีการเยี่ยมชมประเทศต่างๆ โดยทีมงานเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเตรียมความพร้อม (PSTs) อีกทั้งยังให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคโดยตรงไปยังประเทศนั้นๆ การให้คำแนะนำและเครื่องมืออุปกรณ์ ทั้งนี้ การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและประเทศที่เป็นคู่ค้ากับประเทศที่มีการแพร่ระบาดและมีความเสี่ยงสูงที่จะมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลารวมถึงประเทศใกล้ขีดทางภูมิศาสตร์ที่จะได้รับผลกระทบตลอดจนการพิจารณาถึงความเข้มแข็งทางด้านระบบสุขภาพของประเทศที่ได้รับผลกระทบ จะได้รับการสนับสนุนในลำดับต้นๆ ได้แก่ โกตตีวัวร์ กินี บิสเซา มาลี เซเนกัล บุร์กินา ฟาโซ เบนิน แคนเมอรูน สาธารณรัฐอัฟริกากลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก เอธิโอเปีย แกมเบีย กานา เมอริเตเนีย ไนจีเรีย ซูดานใต้ ไนเจอร์และโตโก นอกจากการสนับสนุนประเทศต่าง ๆ ตามลำดับความสำคัญแล้ว ก็ยังมีภารกิจในการเสริมสร้างการเฝ้าระวังข้ามพรมแดน และการแบ่งปันข้อมูลการระบาดของโรคภายใต้กรอบของกฎอนามัยระหว่างประเทศอีกด้วย

โดยตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2557 เป็นต้นมาทีมงานเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเตรียมความพร้อม (PSTs) ได้ให้การสนับสนุนทางเทคนิคใน 14 ประเทศ ได้แก่ ประเทศเบนิน บุร์กินา ฟาโซ แคมเมอรูน สาธารณรัฐอัฟริกากลาง โกตตีวัวร์ เอธิโอเปีย แกมเบีย กานา กินีบิสเซา มาลี เมอริเตเนีย ไนเจอร์ เซเนกัล ซูดานใต้ และโตโก ทั้งนี้แผนการเตรียมความพร้อมในแต่ละประเทศใช้ระยะเวลา 90 วันโดยเริ่มดำเนินการทันทีใน 4 ประเทศ คือ โกตตีวัวร์ เซเนกัล กินีบิสเซา และมาลี

2. มาตรการดำเนินการของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้วางมาตรการการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่า 12 ด้านที่สอดคล้องกับคำแนะนำตามประกาศขององค์การอนามัยโลกตามประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ดังนี้

2.1 เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระดับกรมควบคุมโรค และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประสานงานและบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงาน และส่งการไปยังหน่วยปฏิบัติทั่วประเทศ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อการประเมินสถานการณ์ และความเสี่ยง พร้อมทั้งปรับมาตรการ

ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลามากความเหมาะสม เช่น ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523

ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้มีการจัดตั้ง War Room เพื่อเป็นศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) ระดับกรม (กรมควบคุมโรค) ต่อมาพบว่าการขยายขอบเขตของการดำเนินการในวงกว้างมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เพิ่มระดับของ EOC เป็นระดับกระทรวง เนื่องจากจำเป็นต้องมีการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้นโดย War Room ในระดับกระทรวงจะเป็นกลไกและช่องทางที่สำคัญในการสั่งการ การประสานงาน และเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งติดตาม กำกับและรายงานผลการดำเนินงาน เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2557 ณ ห้องประชุม 2 อาคาร 1 ชั้น 2 กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งปรับนโยบายและมาตรการ ตามสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคเป็นระยะ ซึ่งต่อมาใช้ชื่อว่า ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์และการสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งมีข้อสั่งการในการเตรียมความพร้อมและวางมาตรการการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมถึงได้ตั้ง Core Groups ประกอบด้วย สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคเพื่อเป็นคณะทำงานหลัก รวมทั้งทีมวิชาการภายใต้การนำของ นพ.ศุภมิตร ชุณหสวัณ นายแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคและกำหนดให้มีการประชุมทางไกล (Video Conference) เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในเรื่องที่มีความเร่งด่วนในการปฏิบัติงาน เพื่อความรวดเร็ว ตรงเวลา และทันท่วงทีต่อการแก้ไขปัญหาให้กับประชาชน

2.2 จัดระบบเฝ้าระวังโรคทั้งในคน และสัตว์ คือ มีการติดตามสถานการณ์ในอัฟริกาจากองค์การอนามัยโลก พร้อมทั้งมีการประเมินความเสี่ยงของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีการระบาด รวมทั้งด้านควบคุมโรคที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ทั้งทางบก ทางน้ำ และอากาศ ได้ดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด และมีการติดตามผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่พบการระบาดของโรคทุกวันจนกว่าจะครบ 21 วันหลังเดินทางออกจากประเทศดังกล่าวและเข้าสอบสวนโรคทันทีหากเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค

2.3 การติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) มอบให้สำนักโรคอุบัติใหม่ กรมควบคุมโรคติดตามข้อมูลสถานการณ์จาก WHO งานต่อผู้บริหารและ War Room อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2.4 การติดตามสถานการณ์และการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดในประเทศไทย มอบให้สำนักโรคอุบัติใหม่ กรมควบคุมโรคและหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งติดตามสถานการณ์โรคและการประกาศจาก WHO ตามระบบเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคโดยการเฝ้าระวังโรคอย่างเต็มที่โดยใช้ตะแกรง 3 ชั้นตั้งแต่ด้านควบคุมโรค (ด้านทางน้ำ 17 แห่ง และโดยเฉพาะจุดผ่านที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษคือ ด้านท่าอากาศยาน 5 แห่ง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ เชียงใหม่ ภูเก็ต และสงขลา) โรงพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้ได้มีแนวทางการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ด้านควบคุมโรคซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการตรวจคัดกรองโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อ

ไวรัสอีโบล่า สำหรับด่านทางเรือ ทางบกและด่านท่าอากาศยาน มีการกำหนดแบบฟอร์ม และนิยามศัพท์ (Definition) กลุ่มผู้สัมผัสที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (HighRisk)

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการการบังคับทางกฎหมาย (Law Enforcement) ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 มาใช้เป็นกลไกในการเฝ้าระวังคัดกรองและติดตามเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากกลุ่มเสี่ยงจากพื้นที่ระบาด โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย และเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้บังคับใช้กฎหมายกรณีการจงใจไม่ปฏิบัติให้มีบทลงโทษตามมาตรา 8 อย่างไรก็ตามได้มีนโยบายเน้นให้มีการระมัดระวังความเข้าใจผิดและการคุกคามสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลด้วย

3. เตรียมพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยจัดเตรียมให้สถานพยาบาลมีห้องแยกผู้ป่วยทุกจังหวัด และให้ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเหมือนผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายสูง เช่น โรคซาร์ส อย่างเคร่งครัด ให้คำแนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษา และควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากกรมการแพทย์ ทั้งนี้ มีการจัดผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาลในการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการเพิ่มและพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อม (Capacity Building) ด้านการรักษาพยาบาล และการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลดังนี้

3.1 การเตรียมบุคลากร

3.1.1 ให้มีการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล โดยการฝึกอบรม (Training) ในลักษณะ One-Day Training Package ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ทั้งในด้านการดูแลรักษาพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยให้มีเป้าหมายดำเนินงานในจังหวัดที่มีชาวแอฟริกันเดินทางไปพำนักอยู่

3.1.2 ให้มีการจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานที่รับสังเกตอาการ (Quarantine) ใน 16 จังหวัด เพื่อให้บุคลากรทั้ง ทหาร ตำรวจ หน่วยรักษาความปลอดภัย ผู้ดูแลเรือนพัก (พ่อบ้าน แม่บ้าน ผู้ประกอบอาหาร) ได้มีความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวต่อการเสี่ยงกับการสัมผัสโรค ในสถานที่รับสังเกตอาการ

3.2 การควบคุม ป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อประกอบด้วย

3.2.1 การจัดทำแนวปฏิบัติ (Guideline) และคู่มือให้มีการจัดทำคู่มือ และอบรมบุคลากรในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในระดับพื้นที่ ทั่วประเทศ ดังนี้

3.2.1.1 แนวทางปฏิบัติ (Guideline) การขนส่ง และวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

3.2.1.2 แนวทางปฏิบัติ (Guideline) การเก็บวัสดุส่งตรวจ (Specimen) ผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า/หรือต้องสงสัยการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

3.2.1.3 SOP (Standard Operating Procedure) และคู่มือการปฏิบัติงานการกำจัดขยะติดเชื้อสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

3.2.1.4 แนวทางปฏิบัติ (Guideline) การชันสูตรพลิกศพ ผู้เสียชีวิต ด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หรือต้องสงสัยการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

3.2.2 การกำจัดขยะติดเชื้อโดยมอบกรมอนามัย ได้จัดทำคู่มือขยะติดเชื้ออีโบล่า นำขึ้นเผยแพร่ในเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข และมีแผนจัดการอบรมเจ้าหน้าที่กรมอนามัย ให้เข้าใจการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และการกำจัดขยะติดเชื้อฯ รวมทั้งให้มีการพิจารณากำหนดตัวบุคคลผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการติดตามรถกำจัดขยะติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมถึง แนวทางและการกำหนดบุคลากรดำเนินงานร่วมกับทีมสอบสวนโรค ในการกำจัดขยะติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในระดับชุมชน และบ้านเรือน

3.2.3 การจัดการศพผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากการประชุมร่วมระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักบริหารการสาธารณสุขได้มีการประชุมแพทย์นิติเวช สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และได้กำหนดขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติการจัดการศพผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไว้ ดังนี้

3.2.3.1 ในโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยอีโบล่าจะเข้าสู่ขั้นตอน และกระบวนการจัดการศพติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และทำความสะอาดพื้นที่ปนเปื้อน เป็นไปตามระบบและมาตรฐานควบคุมป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานดีอยู่แล้ว

3.2.3.2 นอกโรงพยาบาล เมื่อพบผู้เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุหรือเสียชีวิตผิดธรรมชาติจะมีการซักประวัติชัดเจน โดยเสนอให้ใช้ระยะเวลา 30 วัน ก่อนเสียชีวิต โดยตำรวจ เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจะเข้าตรวจสอบ โดยให้เน้นผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุให้สงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าไว้ก่อน จากนั้นแจ้ง นพ.สสจ. เพื่อสั่งการทีม SRRT ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะเข้าทำการสอบสวนโรค ค้นหาผู้สัมผัส และกักกันโรค ในการจัดการศพ ให้มีการบรรจุศพใส่ถุง ทำการฆ่าเชื้อที่ถุงเก็บศพ และนำศพไปยังจุดที่กำหนด และรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากมีผลบวก (+ve) ให้จำแนกเป็นติดเชื้อและไม่ใช่คดี กับติดเชื้อและเป็นศพคดี โดยถ้าเป็นคดีให้ส่งชันสูตรที่นิติเวชต่อไป

สำหรับขั้นตอนในการดำเนินงานของจังหวัดในการจัดการศพผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

(1) จัดตั้งทีมจัดการศพฯจำนวน 1 ทีม ให้มีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง และจัดเตรียมอุปกรณ์ในการจัดการศพ

(2) จัดหาสถานที่เก็บศพ โดยให้ใช้ตู้เย็นเก็บศพแยกช่อง 1 ช่อง สำหรับศพผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

(3) จัดเตรียมความพร้อมกรณีเผาศพ ได้แก่ กำหนดวัด ให้ความรู้วัด เตรียมอุปกรณ์เผาศพ และเตรียมความพร้อมทางชุมชน

(4) เตรียมที่กำจัดเชื้อ หรือวัสดุอุปกรณ์ที่มีการสงสัยปนเปื้อนเชื้อจากศพ

(5) เผาเระวังผู้สัมผัส / ผู้เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ ภายในระยะเวลา 30 วัน

(6) ประเมินผลการดำเนินการจัดการศพฯ

3.2.4 การวินิจฉัย พิจารณาจาก

3.2.4.1 ประวัติการเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาด ภายใน 21 วัน

3.2.4.2 ประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัย / ยืนยันโรคติดเชื้ออีโบล่า

3.2.4.3 อาการทางคลินิก

3.2.4.4 เจาะเลือดตรวจ PDR เพื่อหาเชื้อไวรัสอีโบล่า

3.2.5 การรักษาพยาบาล

3.2.5.1 การดำเนินการจัดให้มีห้องแยกโรค

1) ในส่วนภูมิภาค รวม 124 ห้อง จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่งละ 2 ห้อง จำนวน 56 ห้องโรงพยาบาลทั่วไป 68 แห่งละ 1 ห้องจำนวน 68 ห้อง

2) ในส่วนกลาง รวม 17 ห้อง จำแนกเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ 12 ห้องในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันโรคทรวงอก สถาบันประสาทวิทยา และสถาบันสุขภาพเด็กมหาราชนี แห่งละ 2 ห้อง (เตียง)

3) โรงพยาบาลกรมควบคุมโรค โดยสถาบันบำราศนราดูร 5 ห้อง

3.2.5.2 ยังไม่มียาเฉพาะอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัย ให้รักษาตามอาการ รักษาแบบประคับประคอง

1) คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาให้พิจารณาตามความเหมาะสม

2) ไม่มีการรักษาเฉพาะ เพราะยังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาทดลอง

3) การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัย ให้การดูแลรักษาตามอาการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจน การให้เลือด มักพบว่าผู้ป่วยขาดน้ำอย่างรุนแรง (Severe Dehydration)

4) อาจให้การรักษาเบื้องต้นโรคที่คล้ายโรคติดเชื้ออีโบล่า เช่น โรคมมาเลเรีย, โรคไทฟอยด์, Septicemia, Leptospirosis เป็นต้น

3.2.5.3 การขยายขอบเขตของหน่วยบริการเพื่อเตรียมรองรับผู้ป่วย การพิจารณาขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ โรงพยาบาลในสังกัด 3 เหล่าทัพ และโรงพยาบาลตำรวจ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของประเทศ ในกรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนหลายราย และโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมายไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อีก(มติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหามโรคอุบัติใหม่แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2557 เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2557)

4. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค มอบให้กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยกลาง (Central Supply) ในการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากร

ทางการแพทย์ และสาธารณสุข (Personal Protection Equipment, PPE) และมอบหมายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต แจกจ่าย PPE ให้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่

ในขณะเดียวกันมอบให้กรมควบคุมโรคศึกษาตัวอย่างวิธีการสวมใส่ชุด PPE (Personal Protection Equipment) ที่ปลอดภัยจากผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ โดยเฉพาะการป้องกันการติดเชื้อมือ PPE ซึ่งจะมีโอกาสติดเชื้อมือได้เล็บมือ หรือมือที่มีแผล ซึ่งมีแนวทางแก้ไขด้วยการปิดทับ (Seal) ด้วยกาวยึดเล็บมือ หรือพ่นสเปรย์ก่อนสวมใส่ถุงมือ

5. เตรียมพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายห้องปฏิบัติการในมหาวิทยาลัย ให้มีการเตรียมความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทหน้าที่ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการที่ได้รับการแต่งตั้งจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) หรือ ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (US Centers for Disease Control and Prevention : US – CDC) อย่างไรก็ตามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นที่ตั้งด้านท่าอากาศยาน รวมจำนวน 30 แห่ง การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ ห้องปฏิบัติการ กล่าวคือ กำหนดให้มีการพัฒนาห้องแยกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Designated Receiving Area, DRA) ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถาบันบำราศนราดูร และในส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จว.จันทบุรี โรงพยาบาลนครพิงค์ จว.เชียงใหม่ และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จว.ภูเก็ต ซึ่งจะมีประสิทธิภาพครอบคลุมการตรวจเชื้อโรค MERS Co-V ด้วยรวมทั้งให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง และโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ จัดให้มีห้องแยกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็น Designated Receiving Area โดยโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งต้องทำทันทีและขอความร่วมมือให้ใช้งบประมาณของแต่ละโรงพยาบาลเอง

6. ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน/ผู้เดินทางผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ และหน่วยงานต่างๆ นอกจากนี้ มีสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 ให้บริการตอบคำถามต่างๆ ทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

ให้มีการกำหนดแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนยังไม่พบว่ามีผู้ป่วย (Case) ไปจนถึงการพบผู้ป่วยรายแรก ทั้งนี้ ให้มีระบบการสื่อสารในลักษณะของ Single Communication เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความตื่นตระหนก (Panic) กับประชาชนการให้ข่าวข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย มอบหมายให้ผู้ให้ข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วย 3 ท่าน คือ

- 6.1 นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 6.2 นายแพทย์ศุภมิตร ชุณหสวัณวัฒน์ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค
- 6.3 นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

สำหรับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Air War และ Ground War กล่าวคือ เมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องให้ข้อมูลกับสาธารณะเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสอีโบล่า ด้วยข้อมูลที่เป็นจริง ทั้งนี้ ให้หัวหน้าส่วนราชการในระดับจังหวัดเป็นผู้สื่อสารและ

ให้มีความระมัดระวังการออกหนังสือ หรือเอกสารต่างๆ เพื่อป้องกันข่าวลือและการสื่อสารที่ขาดการตรวจสอบข้อเท็จจริง

7. จัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีการซ้อมแผนสำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

7.1 การจัดการฝึกซ้อม และประเมินระบบความพร้อมตอบโต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แก่บุคลากรระดับจังหวัดที่ตั้งด่านท่าอากาศยาน 5 แห่ง และด่านทางน้ำ 17 แห่ง (15 จังหวัด)

7.2 การฝึกซ้อมEOC ร่วมกับกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และขยายให้ครอบคลุมโรงพยาบาล 150 แห่ง เพื่อรองรับการป้องกันและควบคุมโรค MERS-CoV ด้วย (ประเด็นการฝึกซ้อมควรประกอบด้วย ระบบการเตรียมความพร้อม การบริการจัดการ Safety cabinet ห้องแยก การประสานข้อมูล ระบบการส่งต่อผู้ป่วย EOC) และทุกจังหวัดควรจัดระบบบัญชาการ (ICS) และซักซ้อมเพื่อเตรียมรับโรคอีโบล่า

7.3 การจัดการฝึกซ้อมการปฏิบัติการ (Functional/Drill Exercise-FTX) ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 จังหวัด

7.4 กำหนดให้มีรูปแบบการประเมินจากทีมส่วนกลางในบางจังหวัด เช่น เชียงราย ขอนแก่น พิษณุโลก ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม ส่วนจังหวัดที่เหลือประสานให้บุคลากรในโรงพยาบาล ศูนย์สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ในเขตพื้นที่ร่วมประเมิน อีกทั้งมีแนวทางให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และสาธารณสุขนิเทศ ในแต่ละเขตไปช่วยประเมินผลการฝึกซ้อมด้วย

7.5 ให้มีจัดการฝึกซ้อมการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โดยกรมแพทย์ทหารบก ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี ซึ่งจะเป็นการฝึกศึกษา เพื่อเตรียมรับสถานการณ์ขั้นรุนแรงที่สุด ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจำนวนมาก โดยความร่วมมือของทหารครั้งนี้ เพื่อสนับสนุนการร้องขอของกระทรวงสาธารณสุขการฝึกปฏิบัติจะใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ ชุดอุปกรณ์ ป้องกัน (PPE) ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ การกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นต้น และเห็นชอบให้มีการประสานผู้สื่อข่าวทราบ และเข้าร่วมสังเกตการณ์ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

7.6 การติดตาม และประเมินการฝึกซ้อมการปฏิบัติการ (Functional/Drill Exercise-FTX) ตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม การวางมาตรการการเตรียมความพร้อมของกระทรวงสาธารณสุข ตามประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ขององค์การอนามัยโลกแล้ว กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญศึกษาสถานการณ์ในต่างประเทศ รวมทั้งข้อมูลจาก องค์การ อนามัยโลก และคาดการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย เป็น 3 ระดับ เพื่อใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อม ดังนี้

สถานการณ์ระดับที่ 1 มีความเป็นไปได้มากที่สุด คือ ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย แต่มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคเข้ามาทดสอบระบบเป็นระยะ

สถานการณ์ระดับที่ 2 มีความเป็นไปได้รองลงมา คือ พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด

สถานการณ์ระดับที่ 3 มีความเป็นไปได้น้อย คือ พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย อาจเป็นวงจำกัด หรือวงกว้าง

การวางมาตรการการเตรียมความพร้อมการรองรับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่านั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบกลาง ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 จำนวน 99.7 ล้านบาท ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดซื้อชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (PPE) ค่าตอบแทนบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานเป็นผลัด ใน 3 ส่วน คือ การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค การคัดกรองที่ด่านฯ และการรักษาและวินิจฉัย การขนส่งทางห้องปฏิบัติการการซ่อมแผนบูรณาการ 4 ภาค และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

8. จัดทำแผนเตรียมความพร้อมแบบบูรณาการทุกภาคส่วนสำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมจัดทำแผนเพื่อบูรณาการเตรียมความพร้อมการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าดังนี้

8.1 แผนในการรองรับผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่าโดยการจัดโรงพยาบาลหน่วยทหารและโรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานที่รับสังเกตอาการ (Quarantine) ทั้งนี้โรงพยาบาลทหารจะรับดำเนินการเมื่อมีผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่ารับไว้สังเกตอาการมากกว่า 50 คน หากจำนวนไม่เกิน 50 คน ได้ประสานกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจัดสถานที่ที่เหมาะสม ไว้รับสังเกตอาการ

8.2 แผนเตรียมโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วยโดยความร่วมมือร่วมกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนดอก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดเหล่าทัพ โรงพยาบาลเหล่าทัพ และโรงพยาบาลตำรวจ

8.3 แผนการจัดส่งทีมด้านการแพทย์และสาธารณสุขไปให้ความช่วยเหลือด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในประเทศที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในวงกว้าง ตามการร้องขอขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยทั้งนี้ ได้มอบหมายให้มีทีมแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีสำนักสาธารณสุขฉุกเฉินเป็นหลัก เพื่อประสานหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานงานเอกชน องค์กรการกุศล ภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ สภากาชาดไทย หน่วยงานในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยและภาคเอกชน ในการจัดเตรียมทีมปฏิบัติการจำนวน 35 คน โดยอาจดำเนินการในรูปแบบอาสาสมัคร และให้มีแผนในการเตรียมความพร้อมของทีมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานระดมความร่วมมือตามประเด็นที่ได้รับการร้องขอ

9. กระทรวงการต่างประเทศดำเนินการแจ้งคำเตือนประชาชนไทยให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่เกิดโรคและให้ผู้ที่จะเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดลงทะเบียนที่สถานทูตไทยในประเทศเซเนกัล

10. การติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องดังนี้ คือ

10.1 การติดตามความพร้อมของโรงพยาบาลในการจัดห้องแยกโรคในโรงพยาบาล ศูนย์จำนวน 26 แห่ง ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 96 แห่ง และการติดตามในระยะยาวให้มีการสำรวจ เพื่อประเมินการซ่อมแซมห้องแยกโรคที่ชำรุดด้วยและให้มีการประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ ที่ยังไม่พร้อมในการจัดห้องแยกสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (DRA-Designated Receiving Area) สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจำนวน 21 แห่ง (จากจำนวน 26 แห่ง ซึ่งมีความพร้อมแล้ว 5 แห่ง คือ รพศ.เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์ จ.เชียงใหม่ /รพศ.เจ้าพระยาอภัยมหาราช จว.สุพรรณบุรี/รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จว.ปราจีนบุรี/รพศ.สกลนคร และ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ จว.อุบลราชธานี) เพื่อให้ศูนย์ปฏิบัติการฯ ทราบถึงขั้นตอน และระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จของแต่ละโรงพยาบาลที่ชัดเจน

10.2 การปรับปรุง/พัฒนามาตรการและแนวทางในการดำเนินงาน จากการทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review – AAR) หลังจากการซ้อมแผน (การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2557 ณ โรงพยาบาลอานันทมหิดล กรมแพทยทหารบก จังหวัดลพบุรี) ให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการสรุปข้อพิจารณาศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

10.2.1 การขึ้นทะเบียนบุคลากรอาสาสมัครของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเข้าร่วมการฝึกอบรม และหมุนเวียนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม ร่วมกับหน่วยทหาร มอบสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน

10.2.2 การกำหนดสัดส่วนพยาบาลกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม/การกำหนดจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียง ระบบระบายอากาศที่เหมาะสม มอบกรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค

10.2.3 การสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกัน (PPE)มอบสถาบันบำราศนราดูร

10.2.4 การกำจัดขยะติดเชื้อ มอบกรมอนามัยกรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

10.2.5 การสนับสนุนห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่ มอบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

10.2.6 ระบบรักษาความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วยมอบสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน ประสานงานกับกรมแพทยทหารบก

10.3 การสรุปความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบการดำเนินงานตามแผนเตรียมพร้อมรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

11. การสร้างความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

มาตรการด้านสาธารณสุขโดยคณะรัฐมนตรี ที่ให้ไว้กับองค์การสหประชาชาติ (UN) และองค์การอนามัยโลก (WHO) คือ

11.1 การจัดประชุม ASEAN + 3 (จีน/เกาหลี/ญี่ปุ่น) ในเดือนธันวาคมนี้ ซึ่งประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งคุกคามความมั่นคงทั่วโลก คุกคามต่อเศรษฐกิจ ทางสังคมและสุขภาพ

11.2 การสนับสนุนเงิน ยา เครื่องมือแพทย์ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศต้นทาง โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภากาชาดไทย

11.3 จัดให้มีการระดมทุนน้ำใจไทยสกัดอีโบล่าในประเทศอัฟริกาตะวันตก โดยการรณรงค์ทั่วโลกตั้งเป้ารับบริจาคให้ได้ 1,000 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 3 หมื่นล้านบาท โดยสภากาชาดไทยได้บริจาคสมทบเข้ากองทุนแล้ว จำนวน 1 ล้านเหรียญสหรัฐ และจะมีการระดมพลังน้ำใจคนไทยในหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศกว่า 1 หมื่นแห่งด้วย

12. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ชะลอการรับคำขออนุญาตให้นำเข้าหรือนำผ่านซึ่งสัตว์ป่าและซากสัตว์ป่า จากประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมทั้งการคัดกรองในขั้นตอนการตรวจลงตรา

13. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมปศุสัตว์ ชะลอการนำเข้าสินค้า (สัตว์/ซากสัตว์) ทางกฎหมายว่าด้วยโรคระบาดสัตว์จากประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และมีการเข้มงวด รวมทั้งเฝ้าระวังการนำเข้า ทั้งทำอากาศยาน ท่าเรือ และบริเวณชายแดน

14. ประสานความร่วมมือองค์การระหว่างประเทศกับนานาชาติประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ประเทศสหรัฐอเมริกา

ผลสรุปการระดมสมองในวาระต่าง ๆ

จากการประชุมรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 13 ประเทศเห็นชอบให้ดำเนินการดังนี้

1. ระดับประเทศ

- 1.1 การขยายขอบเขตเตรียมความพร้อมรองรับโรคติดต่ออุบัติใหม่
- 1.2 ประเมินศักยภาพการตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดต่ออุบัติใหม่
- 1.3 เฝ้าระวังผู้เดินทางจากประเทศติดเชื้อผ่านประเทศเข้าออก
- 1.4 สนับสนุนนโยบายระดับสูงสุดของประเทศต่อการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
- 1.5 สื่อสารสร้างความตระหนักของประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระดับภูมิภาค

2.1 ยกกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศ (Cross Border) เฝ้าระวังและประสานการสอบสวนโรค ดูแลผู้ป่วยข้ามแดน และการติดตามผู้ป่วย

2.2 เสริมความเข้มแข็งกลไกความร่วมมือในภูมิภาค ในการรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.3 จัดช่องทางสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้นำ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงฯ ผู้ประสานงาน เช่น การใช้ Hotline ผ่านผู้ประสานงาน

2.4 การพัฒนาความร่วมมือด้านการเงิน การแบ่งปันและทรัพยากร

2.5 พัฒนาระบบสาธารณสุขพื้นฐาน และระบบ UC ให้รองรับงานเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งในกรมควบคุมโรคได้แจกแจงและมอบหมายความรับผิดชอบแล้ว

3. ระดับโลก

มีการจัดความช่วยเหลือด้านการควบคุมโรค และให้พื้นที่ในประเทศระบาด รวมถึงการส่งคนไปช่วยด้วย โดยใน Joint Statement ต้องวิเคราะห์ทั้ง 3 ระดับ และร่วมมือในอาเซียนอย่างไร

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

1. ปัญหาและอุปสรรค

ด้านนโยบายโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลายังไม่ได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2499 ทำให้ไม่ได้รับงบประมาณในการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การสั่งการ ยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมส่วนกลาง ในการให้คำปรึกษา และการบัญชาการ และสั่งการในพื้นที่การปฏิบัติ การควบคุม ป้องกัน

1.1 การเก็บวัสดุส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติต้องสวมใส่ชุด PPE พบว่ามี การสวมใส่ชุด PPE ใช้เวลานานถึง 2 ชั่วโมง ผู้ปฏิบัติงานมีความเครียดเกิดขึ้น

1.2 ความยุ่งยากการส่งกล่องวัสดุส่งตรวจโดยสายการบิน เพื่อส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการอีโบล่า ซึ่งได้รับการปฏิเสธจากสายการบินบางสายรวมทั้งในบางกรณีการขนส่งสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ยังมีความล่าช้าเนื่องจากการประสานงานกับผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะ เช่น สายการบินรถทัวร์

1.3 การดำเนินงานด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องบูรณาการกับหลายหน่วยงาน บางครั้งอาจเกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อสถานการณ์และโครงสร้างบางแห่งไม่พร้อม อาจต้องปรับปรุงโครงสร้าง อุปกรณ์ยังไม่พร้อมใช้งาน เพื่อไม่ให้ปะปนกับผู้ป่วยอื่น

1.4 การเฝ้าระวังและการคัดกรองความพร้อมและครบถ้วนของอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางกลับมาจากประเทศที่เกิดการแพร่ระบาดของโรค

1.5 การสื่อสารสาธารณะการดำเนินงานด้านการสื่อสารความเสี่ยง ต้องมีการบูรณาการของหลายหน่วยงาน ทำให้บางครั้งอาจเกิดความล่าช้า ไม่ทันต่อสถานการณ์ ยังไม่มีการกำหนดผู้ประสาน งานหรือหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ และประชาชนเกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากสื่อมวลชนนำเสนอข่าวอย่างต่อเนื่อง และบางครั้งเป็นการนำเสนอข้อมูลที่ผิดพลาด โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ (Social media)

1.6 การบริหารจัดการบุคลากรบุคลากรบางส่วนเกิดความ ตื่นตระหนก ไม่กล้าเข้าปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวการติดเชื้อ หรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติงาน

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ด้านนโยบาย

2.1.1 เสนอและผลักดันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าให้เป็นโรคระบาดตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2499 เพื่อให้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อม

2.1.2 ควรมีการพิจารณาค่าใช้จ่ายในการเยียวยา กรณีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขติดเชื้อหรือเสียชีวิตจากการปฏิบัติงาน

2.2 ด้านการวางแผน/มาตรการ

2.2.1 หน่วยงานทุกภาคส่วนควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมรองรับต่อสถานการณ์ กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าและควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานที่ชัดเจน รวมถึงมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการวางแผนการดำเนินงานสำหรับการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ หรือผู้ประสานที่ชัดเจนและควรมีการวิเคราะห์และกำหนดช่องทางการสื่อสารฯ โดยเฉพาะช่องทางการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

2.2.3 ควรติดตั้งเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Thermal scanner) เป็นการถาวรที่สนามบินนานาชาติที่รองรับผู้โดยสารระหว่างประเทศปริมาณมาก รวมทั้งการสนับสนุนพื้นที่ติดตั้งจากการท่าอากาศยานแห่งประเทศไทย ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่นๆ และติดตามเฝ้าระวังโรคในสัตว์กลุ่มเสี่ยงต่อไป

การบูรณาการขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งสาธารณะ เช่น สายการบินโดยสารสาธารณะหรือเครื่องบินของฝ่ายทหารเพื่อสนับสนุนการขนส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงาน

1. ด้านนโยบายและมาตรการ

ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรักษาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) และฝ่ายความมั่นคง คือ เจ้ากรมส่งกำลังบำรุงทหารกองทัพไทย (พล.ร.ท.นवल ดำรงพงศ์) ซึ่งได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้หารือและมีนโยบายในการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ดังนี้

1.1 การใช้ยุทธศาสตร์ทางการทหาร(ยุทธศาสตร์ในการเผชิญภาวะวิกฤต : Crisis) ผนวกกับยุทธศาสตร์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

1.2 กลไกการสั่งการระดับชาติ/กลไกของคณะกรรมการในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ โดยได้เสนอแนวทางต่อฝ่ายรัฐบาล คือ ไม่ปิดประเทศ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สามารถเดินทางเข้ามาประเทศไทยได้ แต่ต้องทำการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อได้ ซึ่งรัฐบาล (คสช.) เห็นชอบและให้การสนับสนุนโดยสั่งการให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกกระทรวงดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้

1.3 การสร้างความเชื่อมั่นและลดการตื่นตระหนก(Panic) ของประชาชน รวมทั้งเป็นผลดีต่อความเชื่อมั่นของฝ่ายบริหารของประเทศ (คณะกรรมการความสงบแห่งชาติ, คสช.) และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Public Relationship) ซึ่งเป็นจุดตัดสินใจที่สำคัญการแถลงข่าวร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ

ฝ่ายทหาร กล่าวคือ เป็นการบอกความจริงกับประชาชน หลังจากเมื่อพบผู้ป่วยรายแรกซึ่งได้รับการตรวจยืนยันแล้วไม่พบว่าติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

1.4 การดำเนินงานในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรค ได้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายความมั่นคงในการรับผู้ป่วยในรูปแบบของโรงพยาบาลสนาม(Field Hospital) ด้วย

2. การวางมาตรการสำหรับกระทรวงสาธารณสุข

โดยนโยบายของ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขรักษาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้

2.1 กำหนดให้มีกลไกของมาตรการ 12 ด้านภายใต้หลักการคำแนะนำตามประกาศขององค์การอนามัยโลก ในประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) ได้จัดตั้ง War Room ในลักษณะของ EOC (Emergency Operation Center) เพื่อเป็นช่องทางในการสั่งการ การติดตามสถานการณ์ และเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามกำกับและรายงานผลการดำเนินงาน การแพทย์และการสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเนื่องจาก

2.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา (Time, Place, Person & Nature of Disease) พบว่าโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าระบาดมาจากประเทศที่ไม่ได้มีการเดินทาง/ติดต่อกับประเทศไทย

2.1.2 มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม : ชะลอการนำเข้าสัตว์ป่าจากประเทศแถบ ออฟริกา/มาตรการการคัดกรอง

2.1.3 เป็นประเด็นร้อน (Hot Issue) ที่อยู่ในความสนใจของสื่อ/สังคมและประชาชน เกิดความตื่นตระหนก (panic) ทั่วๆ ที่ไม่มีการระบาดที่รุนแรง

2.2 การเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

2.2.1 Surveillance

2.2.2 Screening

2.2.3 Detect โดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2.4 Response โดยศูนย์ปฏิบัติการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center,EOC) เป็นการเตรียมการรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรมการแพทย์/โรงพยาบาลในสังกัด ในขณะที่เดียวกันได้นำรูปแบบของ EOC กรณีชุมนุมทางการเมือง เมื่อปี พ.ศ.2556- 2557 ที่ รพ.สงฆ์มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามในแง่ของการรองรับผู้ป่วยนั้นยังได้รับความร่วมมือน้อยกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย/กองทัพ กล่าวคือ อาศัยความร่วมมือได้เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

2.3 การบริหารจัดการให้มีความสำคัญกับ Single Command และการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม

2.4 การสื่อสารสาธารณะการให้ข้อมูลเพื่อลดความตื่นตระหนก (Panic) ของประชาชน

3. การนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาวางยุทธศาสตร์และมาตรการการดำเนินงานในระดับกรม

3.1 นพ.โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค

ได้นำข้อสั่งการการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์) กำหนดยุทธศาสตร์มาบูรณาการกับมาตรการในการจัดการของ Global Health Security และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ 2556 -2559 (Emerging Infectious Disease,EID) และกำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ดังนี้

3.1.1 Surveillance ในระยะแรกกรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางในการเฝ้าระวัง(Surveillance) มีทีม SRRT (Surveillance and Rapid Response Team) ซึ่งมีประสบการณ์จากไข้หวัดนก โรคซาร์

3.1.2 Screening

3.1.3 Detect โดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งในระยะแรกๆ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ยังไม่สามารถสนับสนุนได้ทันเท่าที่ควร (ใช้เวลาประมาณ 7 วัน)

3.1.4 Response (EOC) การเตรียมการรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค ได้แก่ โรงพยาบาลบราคนราดรู สำหรับการดำเนินงาน

3.1.5 ด้าน EOC หากใช้เกณฑ์พื้นที่ตามแบบของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จะแบ่งเป็น 4 ระดับ (level) กล่าวคือ ในมีการสั่งการตามขนาดและความรุนแรงของปัญหาในลักษณะของ Area Based ระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) ระดับอำเภอ (นายอำเภอ) ระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด) ระดับประเทศ (รองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย)

3.2 นพ.อภิชัย มงคลอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การดำเนินงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่า ดังนี้

3.2.1 จัดทำมาตรฐานและสนับสนุนการวินิจฉัยโรค โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (labDetection) ซึ่งมีนโยบายที่สอดคล้อง National EID กล่าวคือ การเพิ่มศักยภาพ Detection ที่แม่นยำ รวดเร็วราคาไม่แพงรวมทั้งสนับสนุนการตรวจห้องปฏิบัติการ (lab เพื่อการรักษา)

3.2.2 กำหนดให้มี DRA ตามนโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป้าหมาย 32 แห่งเพื่อลดการส่งต่อด้าน lab ขณะนี้มีการดำเนินการ 21 แห่ง (รพ.ราชวิถี/รพ.บราคนราดรู ทำได้ดีมาก) อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องผลักดันให้ครบเป้าหมายเกิดซึ่งอาจจะใช้กลไกของ Public Awareness ทั้งนี้ในการเปิด Unit หากสร้างใหม่ลงทุนประมาณ 2-3 ล้านบาท

3.2.3 ในช่วงที่มีการระบาดของโรค ได้นำเสนอให้ประเทศไทยส่ง Volunteer ไปช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศที่มีผู้ป่วย(Case) ได้แก่ ประเทศไนจีเรีย ออฟริกาและเก็บ Specimen เพื่อนำมาวิจัยและสร้างชุดทดสอบ เนื่องจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีความ

เชี่ยวชาญและมีความสามารถในการสร้างชุดทดสอบ ทั้งนี้ ผลที่ตามมาในเชิงธุรกิจ คือ การขายชุดทดสอบ การพัฒนาบุคลากร

3.3 นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์

3.3.1 นโยบายของกรมการแพทย์ คือ การดำเนินงานที่สอดคล้องกับ National EID /นโยบายกระทรวงรวมทั้งให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผล (M&E) ว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่

3.3.2 การสั่งการในการปฏิบัติ : มีความชัดเจนในแต่ละระดับมี Single Commander กล่าวคือ ระดับนโยบาย : อธิบดีสั่งการ ระดับปฏิบัติ: รองอธิบดี สั่งการงาน นักวิชาการ เป็นต้น

3.3.3 บทบาทด้านวิชาการ/ข้อเสนอแนะในฐานะกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข : Capacity Building (สร้างองค์ความรู้ แนวทางการปฏิบัติ/การรักษา สนับสนุนวิทยากร)

4. การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จว.จันทบุรี โรงพยาบาลที่ถูกกำหนดให้รับผู้ป่วยอีโบล่า ได้มีการนำแผนเดิมที่มีอยู่ในการรับผู้ป่วยไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ระบาด มาปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน ในเรื่องโรคติดเชื้ออีโบล่าและโรคอุบัติใหม่/ซ้ำอื่นๆ โดยมีการปรับเปลี่ยนรายละเอียดเพิ่มเติมตามแนวปฏิบัติ (Protocol) และการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการในแต่ละระดับ โดยมีครอบคลุมรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

4.1 การเตรียมสถานที่ : การคัดกรองผู้ป่วย ห้องตรวจแยกโรค ห้อง Designated Receiving Area (DRA).กำหนดพื้นที่ ที่มีความเหมาะสม ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4.2 ระบบบริหารจัดการและการสั่งการ

4.3 การเตรียมบุคลากร อบรมให้ความรู้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพื่อลดความตื่นตระหนก และเมื่อเกิดเหตุการณ์สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ รวมถึงฝึกซ้อมการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายต่างๆ

4.4 วัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันร่างกาย

4.5 การรับแจ้งเหตุและการส่งต่อผู้ป่วย โดยกำหนดแนวทาง คำนิยาม บุคคลที่รับผิดชอบ ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มในการเฝ้าระวังหรือไม่

4.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการส่งตรวจที่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

4.7 การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค

4.8 การรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

4.9 การควบคุมการป้องกันการแพร่เชื้อ ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ ตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วย การทำความสะอาดรถฉุกเฉิน ทำความสะอาดห้อง ทำความสะอาดลิฟท์ ระบบผ้า ระบบอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ระบบมูลฝอย การส่งสารคัดหลั่ง และเส้นทางต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ ยังมีระบบการเฝ้าบุคลากรที่สัมผัส รวมถึงการให้ความรู้แก่บุคลากร

4.10 มาตรการการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีระบบการ จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อที่ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดวิธีเก็บ เส้นทาง สถานที่ และประสาน เวลาส่งแยกจากมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ

4.11 การซ่อมแผนและการประมวลผลมีการถอดบทเรียน จากการรับผู้ป่วย และมี การปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงส่งทีมแพทย์ พยาบาล ไปประเมินการซ่อมแผนใน โรงพยาบาลต่างๆ ในส่วนภูมิภาค ซึ่งสามารถนำส่วนที่ดีมาปรับใช้กับบริบทของโรงพยาบาล

5. การถอดบทเรียนและการวางภาพการณ์ในอนาคต(Scenario Projection)

คณะทำงานได้ศึกษาข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิ (Primary Data) โดยการสัมภาษณ์ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากเอกสาร/ตำรา นำมาวิเคราะห์/สังเคราะห์และ จำลองสถานการณ์ (scenario) เป็น 7 รูปแบบ โดยใช้หลักการ คือ สถานที่ (Place) ที่พบผู้ป่วย เช่น ณ ช่องทางเข้าออก (สนามบิน) ผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาล หรือพบผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น หลังจากได้สถานการณ์จำลองมา 7 แบบ แล้วนำมาเขียน SOP และนำไปทดลองใช้ (Implement) โดยการซ่อมแผน

6. จุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุข

6.1 การเฝ้าระวัง(Surveillance)ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจกลุ่มเสี่ยง ณ สนามบินสุวรรณภูมิโดยประสานความร่วมมือกับตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

6.2 Response Team & EOC โดย กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

7.1 ความเข้าใจของผู้นำในแต่ละระดับ ตั้งแต่ รมว. ปลัดกระทรวง อธิบดี ซึ่งต้อง มีความเข้าใจและยอมรับบทบาท/ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การปรับวิถีคิดและการทำงานร่วมกับ ผู้อื่นได้ (พูดเรื่องเดียวกัน) รวมทั้งต้องยอมรับความเปลี่ยนแปลง

7.2 นโยบายที่ชัดเจน เช่น บทบาทหน้าที่ของใคร /ทำอย่างไร

7.3 การสื่อสารในแต่ละระดับ ต้องเข้าใจตรงกัน รับทราบข้อมูลเหมือนกัน

8. ปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการดำเนินงาน

8.1 กลไกของ EID ระดับชาติ ยังไม่มีองค์กรหลักที่มีอำนาจในการสั่งการ (authority) ในการระดมทรัพยากร การสั่งการในการเปิด EOC กล่าวคือ ยังขาด Commander ระดับชาติยกตัวอย่างเช่น ในภาวะที่มีการระบาดของโรค ตามประกาศ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2522 ไม่ครอบคลุม

8.2 กลไกการสื่อสารจาก War Room ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ล่าช้า ไม่ชัดเจนมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานบ่อย รวมทั้ง มีหลายหน่วยงานที่ประสานงานขอข้อมูลไปยัง พื้นที่

8.3 การให้ข้อมูล/ข่าวกับสังคม & สื่อ ไม่ได้วางตัว Spoke Person เช่น อาจจะเป็นโฆษก กระทรวง ยกตัวอย่างกรณี ไข้หวัด 2009 ซึ่งในขณะนั้น เป็นโฆษกกระทรวง เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นมติดจาก War Room ทั้งนี้ เป็นหลักการเดียวกันกับ WHO ที่แต่งตั้งผู้แทน 1 คน ในแต่ละ ประเด็น แต่ในกรณีของ Ebola พบว่า ผู้บริหารตั้งแต่รักษาการ รมว./ปลัด/อธิบดี ให้ข่าวทุกคน

8.4 การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ทำให้ไม่ทราบระยะเวลาในการลดระดับ Precaution ส่งผลให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อ่อนล้าในการปฏิบัติงานเพื่อเฝ้าระวังการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

8.5 ระบบงบประมาณ สำหรับดำเนินการ กล่าวคือ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีงบกลางประมาณ ปีละ 10 ล้านบาท แต่วิธีการใช้งบประมาณค่อนข้างยุ่งยาก ไม่เหมือนระดับจังหวัดเมื่อมีประกาศภัยพิบัติต่าง ๆ สามารถนำงบประมาณมาใช้ได้เลยโดยเป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด

9. ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย/กฎหมาย

9.1 ควรวางยุทธศาสตร์การป้องกัน ไม่รอกภัยคุกคามที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีการเตรียมในการรองรับการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยใช้กลยุทธ์เชิงลึก ตั้งแต่แหล่งการเกิดโรคในแถบอัฟริกาการมีสัญญาณเตือนตั้งแต่ต้นทาง การเข้ามาในประเทศไทยคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่สัมผัสโรค(การฝึกเจ้าหน้าที่ประจักษ์คัดกรองหากมีเหตุการณ์ในอนาคต ควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อม และระบบการติดตามผู้ต้องสงสัย ผู้ที่มีความเสี่ยงได้ดีกว่านี้

9.2 ปรับปรุงรายละเอียด พ.ร.บ.โรคติดต่อ ให้มีข้อกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัดให้สามารถจัดระบบ ICS (Incidence Command System) ได้ในระดับพื้นที่ ซึ่งจะสามารถตกลงบทบาทในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่ได้ดีกว่า

9.3 ปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณในหมวดงบกลาง/ระเบียบวิธีการใช้จ่ายงบประมาณสำหรับภัยพิบัติ โรคอุบัติใหม่ อุตุน้ำ ให้เป็นงบประมาณประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข

9.4 ประเทศไทยควรลงทุนสร้าง Mobile Field Hospital ซึ่งใช้ได้กับโรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติต่างๆ ได้ดี เนื่องจากมีระบบ quarantine ที่ดีสามารถควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

9.5 มาตรการด้านการควบคุม ป้องกันและการรักษาซึ่งข้อสั่งการจาก War Room ควรครอบคลุมถึงโรงพยาบาลเอกชนด้วย เนื่องจากผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะคนผิวสีส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนการให้ความรู้และการฝึกทักษะในการควบคุม ป้องกันโรคให้แก่เจ้าหน้าที่ เนื่องจากพบว่า ในประเทศกีนี แพทย์ พยาบาลเสียชีวิตมาก และเป็นผู้ที่แพร่เชื้อได้มาก

10. การติดตามสถานการณ์การเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ

10.1 ควรกำหนดให้มี SAT (Situation Awareness Team) หรือ Intelligent Unit ในการเฝ้าระวัง (Surveillance) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) โดยมีการประเมินสถานการณ์และนำเสนอทางเลือกมาตรการที่ชัดเจนต่อผู้บริหาร (โดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ) ทั้งภาวการณ์ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (Disease) และ ภัยพิบัติ (Disaster) ต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ/ทันการณ์รวมทั้งสามารถเสนอมาตรการทางเลือกในการดำเนินการครอบคลุมทั้ง responding & prevention เพื่อเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์โดยมีทางเลือกคือ

10.1.1 วางไว้ที่กรมควบคุมโรค เนื่องจากมีบทบาททั้งทางด้านโรคติดต่อ (Communicable Disease) โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease, NCD) รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

10.1.2 วางไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน (สธฉ.) ซึ่งในปัจจุบันทำหน้าที่ การเฝ้าระวัง (Surveillance) ภัยพิบัติ (Disaster) และทำหน้าที่ประสาน/เชื่อมโยงกับกรมต่าง ๆ ใน ประเด็นเฉพาะ (Specific issue)

11. การบริหารจัดการ

11.1 ควรกำหนดให้มีจุดประสานงาน (Focal Point) ที่เป็นระบบเดียวกันใน ลักษณะของ Emergency Operating Center เพื่อถ่ายทอดนโยบายรวมถึงข้อสั่งการต่างๆ War Room ศูนย์ปฏิบัติการในพื้นที่

11.2 การเพิ่มและพัฒนาศักยภาพการเตรียมความพร้อม (Capacity Building) โดยวางระบบในการพัฒนาศักยภาพ (Competency) ทั้งบุคลากร ทั้งระบบ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการ ซ่อมแผนและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

11.3 ควรกำหนดให้มีการซ่อมแผนในระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ

11.4 ควรจัดทำ Business Continuing Plan การจัดวางการแก้ปัญหาในแต่ละ ระดับ/ความรุนแรงวงกว้าง/แคบของปัญหา เพื่อวางแผนด้านทรัพยากร การระดมบุคลากรเพื่อให้ องค์กรสามารถเผชิญและปฏิบัติงานต่อไปได้ ทั้งในระยะเกิดเหตุและการบรรเทาหลังเกิดเหตุ

11.5 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) ควรดึงกองทัพเข้ามามีส่วนร่วมใน การแก้ปัญหา โดยเฉพาะการนำแนวคิด/วิธีการในการเผชิญภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพของทหาร มาใช้ทำให้เกิดการบูรณาการในการแก้ปัญหา

12. ความต้องการการสนับสนุนของพื้นที่

12.1 ชุดความรู้สำหรับประชาชน เช่น สื่อ แผ่นพับ รวมทั้ง แนวทางปฏิบัติใน รูปแบบของ flow chart ทั้งนี้ส่วนกลางควรเป็นผู้ผลิตและส่งให้พื้นที่

12.2 การสนับสนุนด้านวิชาการ/วิทยากร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สรุป

1. สรุปสภาพปัญหาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2558

1.1 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้สรุปยอด จำนวนผู้ป่วยที่เกิดจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในช่วงปี พ.ศ.2557 – 2558 ณ วันที่ 30 เมษายน 2558 มีผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้นจำนวน 26,277 ราย เสียชีวิต 10,884 รายใน 9 ประเทศ ได้แก่ กินี ไคบีเรีย เซียร์ราลีโอน มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา ในจำนวน นี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้ง อาสาสมัคร โดยการติดเชื้อ และเสียชีวิต จำนวน 504 ราย

1.2 สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทย จากมาตรการการเฝ้าระวัง และการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ณ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่าง ประเทศ รวมถึงการติดตามผู้ต้องสงสัยจำนวน 7 ราย พบว่าประเทศไทยไม่มีผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากการระบาดในครั้งนี้

2. สรุปสภาพทั่วไปและปัญหาของระบบการแพทย์และสาธารณสุข

2.1 การวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2558 ใน 3 ประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก คือ กินี เซียร์ราลีโอนและไลบีเรีย และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งอาสาสมัครติดเชื้อไวรัสอีโบล่าป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากทั้งยังแพร่ระบาดไปยังอีก 6 ประเทศ ได้แก่ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา

2.2 ปัจจัยหลักที่ทำให้การแพร่กระจายของเชื้ออีโบล่ามีการระบาดอย่างรุนแรง คือ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกกระบวนการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและวิถีจัดการศพแบบพื้นเมืองประชาชนไม่ยอมแจ้งแก่เจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยทำให้เพิ่มการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนการเคลื่อนย้ายประชากรในประเทศและระหว่างประเทศและระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ขาดความเข้มแข็ง มีผลให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายในหลายพื้นที่อย่างกว้างขวาง มีโอกาสที่จะแพร่ระบาดไปยังภูมิภาคอื่นได้ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต เศรษฐกิจ สังคม เนื่องจากประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางธุรกิจ การท่องเที่ยวของประเทศหนึ่งของโลกย่อมมีโอกาสการได้รับผลกระทบและมีความเสี่ยงจากการแพร่ระบาด

2.3 สภาพทั่วไประบบการแพทย์และสาธารณสุข ในประเทศไทย มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศ โดยมี การวางแผนการเตรียมความพร้อมในด้านการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าครบถ้วน 12 ด้านที่สอดคล้องกับคำแนะนำตามประกาศขององค์การอนามัยโลกตามประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ซึ่งได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้ออีโบล่าเป็นศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เพื่อเป็นหน่วยสั่งการ (Incidence Command System, ICS) ทั้งในเชิงนโยบายและมาตรการ การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Operation) รวมทั้งการติดตาม กำกับ ทั้งนี้ โดยการนำข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค มาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยทีมวิชาการซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสาขาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) ในการเฝ้าระวังประเมินสถานการณ์และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์บนฐานวิชาการ (Evidence Based) เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงบริหาร รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อสารสาธารณะ ทั้งนี้ มีกลไกในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล โดยการมอบหมายหน่วยงานระดับกรมในสังกัดกระทรวงตามบทบาทที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ มีการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย

2.4 จากมาตรการการเตรียมความพร้อมสามารถสรุปปัญหาได้ดังนี้

2.4.1 ข้อจำกัดในการบังคับทางกฎหมาย (Law Enforcement) ของกระทรวงสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ไม่สามารถควบคุม คัดกรอง

และติดตามผู้ที่เข้าข่ายจะเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 ระบบการสั่งการยังไม่เป็นเอกภาพที่แท้จริง

2.4.3 การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2.4.4 ข้อจำกัดของระบบการเงินการคลังรวมทั้งกฎระเบียบ ตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์

2.4.5 สังคมและประชาชน ตื่นตระหนก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตื่นกลัว ระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจขาดประสิทธิภาพ

บทที่ 4

แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ให้คำนิยามของโรคติดต่ออุบัติใหม่ หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New Infectious Diseases) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New Geographical Areas) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging Infectious Diseases) เชื้อก่อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistant Organism) โดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่า และมีปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพการเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การเปลี่ยนแปลงทางระบบนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ เกษตรกรรม และระบบการเลี้ยงสัตว์โครงสร้างด้านสาธารณสุขที่ไม่เข้มแข็ง การบริการทางสุขภาพสัตว์และภาวะโลกร้อนรวมทั้งปัจจัยที่ทำให้มีการแพร่ระบาดได้ง่ายขึ้น และมีผลกระทบวงกว้างเนื่องจากการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของกลุ่มประชากรมนุษย์ สัตว์ พืช และอาหาร ระหว่างประเทศ ความคล่องตัวด้านการคมนาคม ช่วยให้เดินทางไปมาหาสู่ระหว่างประเทศ สะดวกมากขึ้น

สำหรับประเทศไทย พบว่าได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อยู่เป็นระยะๆ เช่น ในเดือนมีนาคม พ.ศ.2546 พบผู้ป่วยโรคซาร์ส ระหว่างปี พ.ศ.2547-2551 พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ซึ่งทำให้มีอาการป่วยและเสียชีวิต การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 หรือ ไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ.2552 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya Fever) กลับมาอีกในปี พ.ศ.2551-2552 โรคเลิเจียนแนร์ (Legionellosis) ทำให้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติป่วยเป็นระยะ โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis) พบมากขึ้นในประเทศไทย โรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot and Mouth disease ; HFMD) ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้น และมีการแพร่ระบาดในปี พ.ศ.2555 ทั้งนี้ในช่วงปี พ.ศ.2551- 2553 ประเทศไทยได้วางยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา โดยกำหนดให้มีแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2551-2553) ประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ กล่าวคือ สามารถลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์เศรษฐกิจ สัตว์พื้นเมือง สัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม ลดโอกาสการติดต่อระหว่างสัตว์ และคนหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ มีความพร้อมและสามารถจัดการในภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีระบบการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน มีความพร้อมในด้านการวินิจฉัย ดูแล และรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศ และประเทศไทยสามารถจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนา ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่จนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น

ในปี พ.ศ.2557 เป็นอีกครั้งหนึ่งที่พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในแถบประเทศแอฟริกาตะวันตกเป็นการเกิดโรคระบาดจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เนื่องจากเคยมีการ

ระบาดในทวีปแอฟริกาเมื่อปี พ.ศ. 2519 โดยมีการระบาดที่เกิดขึ้นพร้อมกันในสถานที่ 2 แห่ง คือ ที่ทางใต้ของประเทศซูดาน และทางเหนือของประเทศซาอีย์ (ปัจจุบันคือสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก) จากการรายงานขององค์การอนามัยโรคพบว่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2519 – 2555 พบผู้ติดเชื้อมากกว่า 2,403 รายและเสียชีวิตมากกว่า 1,594 ราย (ร้อยละ 66.3) ในขณะที่ปี พ.ศ.2557- 2558 มีการแพร่ระบาดที่รุนแรงและขยายวงกว้างมากกว่ากล่าวคือ มีการระบาดในวงกว้างใน 3 ประเทศของในแอฟริกาตะวันตกได้แก่ กินี โลบีเรีย และ เซียร์ราลีโอนและใน 6 ประเทศที่มีการระบาดในวงจำกัดคือ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย (ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยน่าจะป่วย และผู้ป่วยยืนยัน) สะสม 26,312 ราย เสียชีวิต 10,899 ราย (รายงานผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 30 เมษายน 2558)

ความรุนแรงในการแพร่ระบาดและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องมาจากการแพร่กระจายของเชื้ออีโบล่าแพร่จากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่งโดยการสัมผัสโดยตรงกับของเหลว จากร่างกายของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย เลือด อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระและเหงื่อ ไวรัสเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนังที่เปิดหรือชั้นเยื่อเมือก (ชั้นผิวหนังคล้ายฟองน้ำที่พบได้ในจมูกหรือปาก)นอกจากนี้ เชื้อไวรัสอีโบลายังแพร่ระบาดได้ผ่านวัตถุที่ติดเชื้อ อย่างเช่นเข็มฉีดยาที่ได้รับเชื้อจากของเหลวในร่างกายอีโบล่าสามารถแพร่ระบาดหลังการเสียชีวิตได้เมื่อมีการจัดการกับร่างที่เสียชีวิตของผู้ป่วยเพื่อทำพิธีฝังศพที่ไม่ปลอดภัย ดังจะเห็นได้จากในจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 865 รายโดยเสียชีวิตถึง 504 ราย (ร้อยละ58.26) อันเนื่องมาจากการสัมผัสผู้ที่เชื้อและหรือผู้ป่วยจากการขาดการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่าอย่างรุนแรงและมึนงงกว้างในหลายประเทศดังกล่าวข้างต้นนั้น ประเทศไทยย่อมมีโอกาสการได้รับผลกระทบและมีความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดเนื่องจากประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางธุรกิจ การท่องเที่ยวประเทศหนึ่งของโลกที่มีชาวต่างชาติเดินทางเข้าออกตลอดเวลา ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การป่วย การตาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของชาติ ดังนี้

นโยบายที่เหมาะสม

การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลารวมถึงสามารถป้องกันการแพร่ระบาดและผลกระทบต่าง ๆ ของประเทศไทยจำเป็นต้อง

1. มีนโยบายที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation 2005 ; IHR 2005) (ซึ่งให้ความสำคัญต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่ง และการค้าผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์) แนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559) รวมทั้งแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern ; PHEIC) เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2557

2. มีกลไกและหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพกล่าวคือ การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ตัดสินใจและสั่งการในระดับนโยบาย รวมทั้งมีการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งระบบที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐภาคเอกชนและภาคประชาชน

3. มีกฎหมายและการมอบอำนาจหน้าที่ในการใช้กฎระเบียบที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

4. มีระบบการเงินการคลังตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์

5. มีระบบติดตาม กำกับและประเมินผลนโยบาย และการดำเนินงานตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้

การติดตามสถานการณ์และการสั่งการ

ปัจจัยหลักในการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาคือขึ้นอยู่กับข้อมูลจากการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคและการตัดสินใจ และการสั่งการในเชิงนโยบายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการและหรือสนับสนุนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ดังนี้

1. กำหนดให้มีระบบการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยกลไกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC)

2. ให้มีระบบการสั่งการโดยผู้สั่งการผู้เดียว (Single Commander) ที่มีเอกภาพ โดยแท้จริงกล่าวคือ สามารถประสานและส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระนาบเดียวกันได้ โดยเฉพาะการสั่งการเชิงนโยบายและหรือการสั่งการที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชนและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งภาพลักษณ์ของประเทศต่อการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังนี้

2.1 กระทรวงสาธารณสุข โดยนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติราชการแทนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ.2557 เรื่อง เพิ่มเติมชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญ ประกาศลงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2547 และประกาศลงวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ.2552 กำหนดชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญจำนวน 49 โรคนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 และมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศเพิ่มเติมชื่อโรคติดต่อและอาการสำคัญดังนี้ “โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD) มีอาการไข้อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะและเจ็บคอ ตามด้วยอาการอาเจียนท้องเสียและมีผื่นขึ้นในรายที่มีอาการรุนแรงจะพบว่ามีตับวายหรือไตวายในบางรายจะมีเลือดออกทั้งในอวัยวะภายในและภายนอกจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ส่วนใหญ่มักมีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยหรือสัตว์ป่วยหรือตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease - EVD)”

2.2 การกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามมาตรการ และแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า ได้แก่

2.2.1 แนวทางการคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ด่านควบคุมโรค (ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญศึกษาสถานการณ์ในต่างประเทศ รวมทั้งข้อมูลจาก องค์การอนามัยโลกและคาสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย เป็น 3 ระดับ คือ สถานการณ์ ระดับที่ 1 มีความเป็นไปได้มากที่สุด คือ ไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย แต่มีผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคเข้ามาทดสอบระบบเป็นระยะ สถานการณ์ระดับที่ 2 มีความเป็นไปได้ รองลงมา คือ พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด และ สถานการณ์ระดับที่ 3 มีความเป็นไปได้น้อย คือ พบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใน ประเทศไทย อาจเป็นวงจำกัด หรือวงกว้างเพื่อใช้ในการวางแผนเตรียมความพร้อมภายใต้การจำลอง สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ใน 7 ฉากทัศน์)

2.2.2 แนวทางการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค

2.2.3 แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพเพื่อตอบโต้ โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.2.4 แนวทางการทำลายเชื้อในยานพาหนะสาธารณะ

2.2.5 แนวทางการกำจัดขยะติดเชื้อ

2.2.6 แนวทางการจัดการศพ

มาตรฐานแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสอีโบล่ามีความรุนแรง และมีวงกว้างในหลายประเทศและถึงแม้มีประกาศจากองค์การอนามัยโลกให้การระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2557 โดยได้ออกคำแนะนำ สำหรับประเทศที่มีการระบาด ให้มีการจำกัดการเดินทางออกนอกประเทศของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า หรือผู้สัมผัส ยกเว้น กรณีที่มีการส่งไปรักษาออกประเทศ แล้วก็ตามแต่ยังมีการเดินทางจากประเทศที่ มีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ดังนั้น มาตรการการเฝ้าระวังและป้องกัน โรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดการป่วยจากโรคไวรัสอีโบล่า

ประเทศไทยได้วางระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคทั้งในคนและสัตว์ โดยการติดตาม สถานการณ์ในประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคจากองค์การอนามัยโลกพร้อมทั้งมีการประเมินความ เสี่ยงของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด รวมทั้งได้ดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางมา จากประเทศที่มีการระบาด ณ ด่านควบคุมโรคที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ได้แก่ ด่านทางน้ำ 17 แห่ง และทางอากาศโดยท่าอากาศยานนานาชาติ 5 แห่ง (กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ เชียงใหม่ ภูเก็ต และสงขลา) และมีการติดตามผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่พบการระบาดของโรค ทุกวันจนกว่าจะครบ 21 วันหลังเดินทางออกจากประเทศดังกล่าวตามมาตรฐานการสอบสวนโรคของ กระทรวงสาธารณสุขและเข้าสอบสวนโรคทันทีหากเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค นอกจากนี้ ยังมีแนวทางแนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในโรงพยาบาลและในชุมชนซึ่งอาจจะมี ผู้ป่วยหรือผู้สัมผัส (ทั้งนี้รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค ติดเชื้อด้วย)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตามแนวทางการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาโดยการซักประวัติผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดภายใน 21 วัน (ระยะฟักตัวของโรค 4 – 21 วัน) ประวัติการสัมผัสโรคอาการทางคลินิกและการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบลิตา โดยวิธี Real-Time RT-PCR (Real-Time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction) ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการของ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องมีการตรวจจำนวนสองครั้งตามระยะเวลาที่กำหนดในมาตรฐาน

และจากพยาธิสภาพของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตาผู้ป่วยจะมีไข้สูงใน 1-2 วันแรกหลังจากการติดเชื้อ มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ต่อม่าน้ำเหลืองโต พบภาวะเลือดออก เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกในช่องท้อง อูจจาระปนเลือด ฯลฯ และผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในช่วงประมาณวันที่ 12 ทั้งนี้ อาการทางคลินิกจะใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อแบคทีเรียระบบทางเดินอาหารทัยฟอยด์ (Typhoid) มาลาเรีย (Malaria) ไวรัสตับอักเสบ (Viral Hepatitis) โรคฉี่หนู (Leptospirosis) ไข้รูมาติก (Rheumatic fever) ทัยฟัส (Typhus) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคร่วมด้วย

การสรุปผลการวินิจฉัยโรค โดยคณะกรรมการวินิจฉัยโรค ผลการวินิจฉัยโรคแบ่งเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน (PUI: patient under investigation)
2. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)
3. ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable case)
4. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

เพื่อคัดแยกในการวางแผนการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วย

การดูแลรักษา

ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีวิธีการและยารักษาเฉพาะทางแต่ใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตาได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัยให้การดูแลรักษาตามอาการของผู้ป่วย ได้แก่ การให้สารน้ำการให้ออกซิเจนการให้เลือดเนื่องจากมักพบว่าผู้ป่วยขาดน้ำอย่างรุนแรง (Severe Dehydration) และได้มีการศึกษาทดลองยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตาและความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม สำหรับการนำยาจากต่างประเทศเข้ามาใช้ต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการด้านการวินิจฉัยดูแลรักษาของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและพิจารณาเป็นกรณีสำหรับรายการยาที่อยู่ในระหว่างการศึกษาดทดลองนอกจากนี้ ยังมีการให้การรักษาเบื้องต้นโรคที่คล้ายโรคติดเชื้ออีโบลิตา เช่น โรคมาเลเรีย, โรคไทฟอยด์, Septicemia, Leptospirosis เป็นต้น

สำหรับการเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตากระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงในส่วนภูมิภาคเตรียมห้องแยกโรคตามมาตรฐานการดูแล

รักษาผู้ป่วยจำนวน 124 ห้อง ประกอบด้วยห้องแยกโรคใน โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 68 แห่งและโรงพยาบาลในส่วนกลาง อีกจำนวน 17 ห้อง (โรงพยาบาลบาราคนราดอร์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันโรคทรวงอก สถาบันประสาทวิทยา และสถาบันสุขภาพเด็กมหาราชนี รวมทั้งมีแผนเตรียมโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วย โดยความร่วมมือร่วมกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนดอก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รวมทั้งโรงพยาบาลสังกัดเหล่าทัพ โรงพยาบาลเหล่าทัพ และโรงพยาบาลตำรวจ รัรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร

การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ

การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสอีโบล่าสามารถแพร่จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยการสัมผัสโดยตรงกับของเหลว จากร่างกายของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย เลือด อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระและเหงื่อ เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายผ่านทางผิวหนังที่เปิดหรือชั้นเยื่อเมือก (ชั้นผิวหนังคล้ายพองน้ำที่พบได้ในจมูกหรือปาก) นอกจากนี้ เชื้อไวรัสอีโบลายังแพร่ระบาดได้ผ่านวัตถุที่ติดเชื้อ อย่างเช่นเข็มฉีดยาที่ได้รับเชื้อจากของเหลวในร่างกาย เชื้อไวรัสอีโบล่าสามารถแพร่ระบาดหลังการเสียชีวิตได้เมื่อมีการจัดการกับร่างที่เสียชีวิตของผู้ป่วยเพื่อทำพิธีฝังศพที่ไม่ปลอดภัยจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นทั้งจากผู้ป่วยโดยตรง และขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัย การดูแลรักษา จนถึงการจัดการศพ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ นั้น เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ดังนั้น จึงต้องมีความพร้อมของระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศไทย ประกอบด้วย

1. มีข้อปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า สำหรับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยและ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในแต่ละจุดการให้บริการ ได้แก่ บุคลากรประจำหน่วยส่งต่อ พนักงานขับรถ บุคลากรประจำรถพยาบาล พนักงานเปล ผู้ป่วยนอก ห้องคัดกรอง ห้องสังเกตอาการ (Quarantine) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ แผนกเอ็กซเรย์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย บุคลากรแผนกบริการผ้า โภชนาการ ตลอดจนผู้ป่วยและญาติ

2. มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าส่วนบุคคล อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (Personal Protection Equipment, PPE) รวมทั้งจัดทำคู่มือและให้มีการสาธิตวิธีการสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่ปลอดภัย (Standard Precaution)

3. มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของห้องปฏิบัติการ โดยกำหนดให้มีพื้นที่เฉพาะ (Designated Receiving Area; DRA) ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งที่เป็นที่ตั้งท่าอากาศยาน รวม 30 แห่ง สำหรับในกรุงเทพมหานครได้แก่ สถาบันบาราคนราดอร์ โรงพยาบาลราชวิถี

4. มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในโรงพยาบาล จัดให้มีห้องผู้ป่วยแยกโรค

5. คู่มือและแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศไทย ได้แก่ แนวทางการทำลายเชื้อในยานพาหนะสาธารณะการกำจัดขยะติดเชื้อ (ในโรงพยาบาลและชุมชน) แนวทางการจัดการศพ และมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

การเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

นโยบายในการเตรียมความพร้อมในการในการรองรับการระบาดของโรคไวรัสอีโบล่า ประกอบด้วย 12 มาตรการดังนี้

มาตรการ		หน่วยงานรับผิดชอบหลัก
1.	จัดระบบเฝ้าระวังโรคทั้งในคน และสัตว์	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (กรมปศุสัตว์)
2.	เตรียมพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และป้องกันการติดเชื้อ	กระทรวงสาธารณสุข
3.	จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุข
4.	เตรียมพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน(Emergency Operation Center, EOC)	กระทรวงสาธารณสุข
6.	สื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่คำแนะนำและข้อมูลข่าวสาร	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน
7.	ซ้อมแผนสำหรับการรองรับการระบาด	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน
8.	จัดทำแผนเตรียมความพร้อมแบบบูรณาการทุกภาคส่วน	กระทรวงสาธารณสุข
9.	แจ้งคำเตือนประชาชนไทยให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่เกิดโรค	กระทรวงต่างประเทศ
10.	ชะลอการรับคำขออนุญาตให้นำเข้า หรือนำผ่านซึ่งสัตว์ป่าและซากสัตว์ป่า	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
11.	ชะลอการนำเข้าสินค้า (สัตว์/ซากสัตว์)	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
12.	ประสานความร่วมมือองค์กรระหว่างประเทศ กับนานาชาติประเทศ	กระทรวงการต่างประเทศ

โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้

1. มอบหมายหน่วยงานระดับกรมในสังกัดกระทรวงตามบทบาทที่เกี่ยวข้อง

1.1 กรมควบคุมโรค : ติดตามสถานการณ์และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา การคัดกรอง การสอบสวนโรคโดย Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) เป็นหน่วยกลาง (Central Supply) ในการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (Personal Protection Equipment, PPE) รวมทั้งจัดทำคู่มือและให้มีการสาธิตวิธีการสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่ปลอดภัย (Standard Precaution)

1.2 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ : ตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการรักษา

1.3 กรมการแพทย์ : จัดทำมาตรฐานการวินิจฉัย มาตรฐานการรักษา การจัดเตรียมห้องแยกเพื่อรับผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) ผู้ป่วยน่าจะเป็น (Probable Case) และผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) การให้การรักษาพยาบาล

1.4 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : โรงพยาบาลศูนย์ 15 แห่งใน 12 เขต บริการสุขภาพ จัดเตรียมห้องแยกเพื่อรับผู้ป่วย รวมทั้ง Designated Receiving Area (DRA) ของห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งที่เป็นที่ตั้งท่าอากาศยาน รวม 30 แห่ง

1.5 กรมอนามัย : การจัดทำแนวทางกำจัดขยะติดเชื้อ

1.6 สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน : เป็นหน่วยงานกลางในการสนับสนุนนโยบายการเฝ้าระวัง การส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานต่างๆ

2. รายงานการวิเคราะห์การติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ผ่านการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) และมีการประชุมเพื่อปรับปรุงและพัฒนาแนวทางในการเตรียมความพร้อมตามมาตรการต่างๆ รวมทั้งการสั่งการเพื่อการดำเนินงานทุกวัน

3. จัดให้มีหน่วยงานด้านวิชาการในลักษณะของ Situation Awareness Team (SAT) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) เพื่อเฝ้าระวังประเมินสถานการณ์และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์บนฐานวิชาการ (Evidence Based) เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงบริหาร รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อสารสาธารณะ

4. บูรณาการการดำเนินงานทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในบทบาท กระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดโดยการคัดกรอง ณ ด่านควบคุมโรคซึ่งเป็นช่องทางเข้า ออกของผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด เป็นการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคโดยสำนักกระบาดวิทยา สำนักควบคุมและป้องกันโรค กระทรวงการต่างประเทศ โดยตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) ในกรณีที่มีผู้สงสัย หรือพบผู้ป่วยจะมีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน (สธฉ.) โรงพยาบาลบาราศนราดรุ (กรมควบคุมโรค) โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน (กรมการแพทย์) ในการรับผู้ป่วย เป็นต้น

5. ซ้อมแผนการเตรียมความพร้อมรองรับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาร่วมกับฝ่ายความมั่นคง (กองทัพบก กองทัพเรือและกองทัพอากาศ)

6. ผู้บริหารระดับสูงเยี่ยมพื้นที่เพื่อตรวจประเมินความพร้อมการรองรับการแพร่ระบาด สนับสนุนการดำเนินการและร่วมแก้ไขปัญหา

7. การปรับปรุง/พัฒนามาตรการและแนวทางในการดำเนินงานโดยนำผลสรุปจากการ ทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review – AAR) จากการซ้อมแผน

สรุป

จากการศึกษาสรุปแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อม รองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย ดังนี้

1. กำหนดให้มีระบบการสั่งการที่มีเอกภาพโดยผู้สั่งการผู้เดียว (Single Commander) ประสานและสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดกลไกและหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

3. กำหนดให้มีการซ้อมแผนและประเมินระบบความพร้อมตอบโต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

4. พัฒนาระบบติดตาม กำกับและประเมินผลนโยบาย และการดำเนินงาน

5. พัฒนาระบบข้อมูลและระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจของประชาชน

6. ปรับปรุงกฎหมายและการมอบอำนาจหน้าที่ในการใช้กฎระเบียบที่เอื้อต่อการ ควบคุม&ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในการควบคุม คัดกรองและติดตามผู้ที่เข้าข่ายจะเป็นผู้ติดเชื้อ

7. พัฒนาระบบการเงินการคลังตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์

7.1 ระบบงบประมาณในการดำเนินการเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยเฉพาะ ซึ่งจัดตั้งไว้ที่หน่วยงานรับผิดชอบหลัก แทนการเสนอของบกลางรายปี

7.2 งบประมาณในการลงทุนพัฒนาโครงสร้างของโรงพยาบาลให้มีหอผู้ป่วย หรือ ห้องแยกโรค ที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ รวมทั้ง ห้องปฏิบัติการที่เป็นพื้นที่เฉพาะ (Designated Receiving Area; DRA)

7.2.1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (รพศ.) @ point of entry

7.2.2 โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งทั่วประเทศ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแถบแอฟริกาตะวันตก ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2557- เดือนเมษายน 2558 พบพื้นที่ที่มีการระบาดในวงกว้างใน 3 ประเทศของแอฟริกาตะวันตก ได้แก่ กินี ไคบีเรีย และ เซียร์ราลีโอนและแพร่กระจายไปใน 6 ประเทศ (การระบาดในวงจำกัด) คือ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา จากการรายงานผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ณ วันที่ 30 เมษายน 2558 พบผู้ป่วย (รวมทั้งผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยน่าจะเป็น และผู้ป่วยยืนยัน) สะสม 26,312 ราย เสียชีวิต 10,899 ราย (บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งอาสาสมัครติดเชื้อ 865 ราย และเสียชีวิตจำนวน 504 ราย) ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดจากการเดินทางของคนและการเคลื่อนย้ายสัตว์ จากประเทศที่มีการระบาดเข้ามายังประเทศไทย ดังนั้น ประเทศไทยต้องมีพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อลดการป่วย การตายและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของชาติ

การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศไทยได้กำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation 2005 ; IHR 2005) (ซึ่งให้ความสำคัญต่อการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทาง การขนส่ง และการค้าผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์) แนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559) รวมทั้งแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern ; PHEIC) ประกอบด้วย 12 มาตรการ ดังนี้

1. เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระดับกรมควบคุมโรค และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประสานงานและบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงาน และสั่งการไปยังหน่วยปฏิบัติทั่วประเทศ จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อการประเมินสถานการณ์ และความเสี่ยง พร้อมทั้งปรับมาตรการในการป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อ

2. จัดระบบเฝ้าระวังโรคทั้งในคน และสัตว์ คือ มีการติดตามสถานการณ์ในแอฟริกา จากองค์การอนามัยโลกพร้อมทั้งมีการประเมินความเสี่ยงของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีการระบาด รวมทั้งด้านควบคุมโรคที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ทั้งทางบก ทางน้ำ และอากาศ ได้ดำเนินการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด และมีการติดตามผู้ที่เดินทางมาจาก

ประเทศที่พบการระบาดของโรคทุกวันจนกว่าจะครบ 21 วันหลังเดินทางออกจากประเทศดังกล่าว และเข้าสอบสวนโรคทันทีหากเป็นผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค

3. เตรียมพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยจัดเตรียมให้สถานพยาบาลมีห้องแยกผู้ป่วยทุกจังหวัด และให้ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเหมือนผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายสูง เช่น โรคซาร์ส อย่างเคร่งครัด ให้คำแนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษา และควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากกรมการแพทย์ ทั้งนี้ มีการจัดผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้คำปรึกษาแก่แพทย์ พยาบาลในการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง

4. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทั้งหน่วยงานในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

5. เตรียมพร้อมด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายห้องปฏิบัติการในมหาวิทยาลัย ให้มีการเตรียมความพร้อมทางห้องปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

6. ดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน/ผู้เดินทางผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ เว็บไซต์สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ และหน่วยงานต่างๆ นอกจากนี้ มีสายด่วนกรมควบคุมโรค 1422 ให้บริการตอบคำถามต่างๆ ทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

7. จัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีการซ้อมแผนสำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

8. จัดทำแผนเตรียมความพร้อมแบบบูรณาการทุกภาคส่วนสำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

9. กระทรวงการต่างประเทศดำเนินการแจ้งคำเตือนประชาชนไทยให้หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่เกิดโรคและให้ผู้ที่จะเดินทางไปประเทศที่มีการระบาดลงทะเบียนที่สถานทูตไทยในประเทศเซเนกัล

10. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ชะลอการรับคำขออนุญาตให้นำเข้าหรือนำผ่านซึ่งสัตว์ป่าและซากสัตว์ป่า จากประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า รวมทั้งการคัดกรองในขั้นตอนการตรวจลงตรา

11. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยกรมปศุสัตว์ ชะลอการนำเข้าสินค้า (สัตว์/ซากสัตว์) ทางกฎหมายว่าด้วยโรคระบาดสัตว์จากประเทศที่มีการรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และมีการเข้มงวด รวมทั้งเฝ้าระวังการนำเข้า ทั้งท่าอากาศยาน ท่าเรือ และบริเวณชายแดน

12. ประสานความร่วมมือองค์การระหว่างประเทศกับนานาชาติประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ประเทศสหรัฐอเมริกา

จากมาตรการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

(Emergency Operation Center, EOC) เพื่อเป็นหน่วยสั่งการ (Incidence Command System, ICS) ทั้งในเชิงนโยบายและมาตรการการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Operation) ทั้งนี้ โดยการนำข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค มาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยทีมวิชาการในลักษณะของ Situation Awareness Team (SAT) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) เพื่อเฝ้าระวังประเมินสถานการณ์และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์บนฐานวิชาการ (evidence based) เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงบริหาร รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อสารสาธารณะ ทั้งนี้ มีกลไกในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล โดยการมอบหมายหน่วยงานระดับกรมในสังกัดกระทรวงตามบทบาทที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ มีการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย

การเตรียมความพร้อมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย

1. การติดตามสถานการณ์และการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค
2. การคัดกรอง
3. การตรวจวินิจฉัยโรคและการวินิจฉัยแยกโรค
4. การรักษาพยาบาล
5. การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ
6. การสื่อสารความเสี่ยง
7. การซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของ

โรค

การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนแผนการเตรียมความพร้อมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าใน 7 ประเด็นข้างต้น ดังนี้

1. การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เพื่อเป็นกลไกในการติดตามและวิเคราะห์สถานการณ์ รวมทั้งการสั่งการเชิงนโยบายและการดำเนินการ (operation) และการติดตามประเมินผล
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิทยาศาสตร์การแพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่า
3. จัดทำคู่มือ แนวทางและมาตรฐานการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การกำจัดขยะติดเชื้อ คู่มือการปฏิบัติงาน SOP (Standard operating procedure) รวมทั้งแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่า
4. กำหนดให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งที่เป็นที่ตั้งท่าอากาศยาน รวม 21 แห่ง และในสำหรับกรุงเทพมหานครได้แก่ สถาบันบำราศนราดูร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จัดให้มีพื้นที่เฉพาะ (Designated Receiving Area; DRA) สำหรับรองรับการตรวจห้องปฏิบัติการ

5. การเตรียมพร้อมด้านการรักษาพยาบาลโดยจัดเตรียมให้โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 15 แห่ง และโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลบาราศนราดรุร โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จัดเตรียมห้องแยกผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดระบบควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสอีโบล่า

6. การจัดระบบควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อครอบคลุมพื้นที่ที่เสี่ยงที่เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย การวินิจฉัย การดูแลรักษา จนถึงการจัดการศพ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนและสิ่งแวดล้อม

7. จัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข (Personal Protection Equipment, PPE) รวมทั้งจัดทำคู่มือและให้มีการสาธิตวิธีการสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลที่ปลอดภัย (standard precaution) ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

8. ติดตามกำกับ ประเมินผล และทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review – AAR) เพื่อนำมาปรับและพัฒนาแนวทางในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ายังมีข้อจำกัดและปัญหาการพัฒนาระบบ ฯ ทั้งในระดับนโยบาย การสั่งการ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งทรัพยากร กฎหมายและระเบียบอยู่พอสมควร ดังนั้น การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการป่วย การเสียชีวิตและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของชาติ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรง เช่น โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ฯ เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของชาติ การกำหนดให้มาตรการการป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) และกองทัพกับกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการนำแนวคิด วิธีการทางทหารในการเผชิญภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพบูรณาการในการเผชิญปัญหา

2. ศึกษาวิจัย ด้านการพัฒนาระบบความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หรือโรคติดเชื้อที่มีการระบาดในวงกว้าง โรคติดเชื้อที่มีความรุนแรงจากประสบการณ์ขององค์การอนามัยโลกและต่างประเทศ นำมาประยุกต์เข้ากับบริบทของประเทศไทย

3. การกำหนดรูปแบบ (Model) ของระบบสาธารณสุขที่เหมาะสม ในการรองรับผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

3.1 รูปแบบ Mobile System : Field Hospital

ซึ่งต้องกำหนดแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ทั้งแผนงบประมาณ แผนการพัฒนาระบบ แผนการเตรียมความพร้อมของบุคลากร และการฝึกซ้อมอย่างเป็นระบบ จะทำให้ระบบมีความยืดหยุ่นอ่อนตัวรองรับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

3.2 สร้างและพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็น Quarantine

ในกรณีที่มีอาการแพร่ระบาดในวงกว้าง และอาจต้องมีการปรับปรุงกฎหมายในการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ (ทหาร หรือ ตำรวจ) ในการควบคุมกำกับ

3.3 พัฒนาโรงพยาบาลที่มีระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค ๓ ชั้น (three tier) ชั้นในดูแลผู้ป่วย ชั้นกลางควบคุมดูแลสัมผัสและบุคลากรทางการแพทย์ ชั้นนอกบุคคลปกติ และสามารถควบคุมการปะปนจากภายในสู่ภายนอก และจากภายนอกสู่ภายใน โดยกำหนดพิกัดพื้นที่ให้การวางที่เหมาะสม ห่างไกลชุมชน สามารถจัดระบบการกักกันผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสจนถึงระยะปลอดภัยต่อการแพร่เชื้อ ทั้งนี้ รูปแบบที่เหมาะสมคงต้องประเมินตามสถานการณ์ ความเสี่ยงและโอกาส ที่จะเกิดขึ้น

4. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวัคซีน (vaccine) และยาสำหรับรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

5. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ ระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. คู่มือการตรวจวิเคราะห์และจัดการสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย สงสัยโรคติดเชื้ออีโบล่า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2557.

คณะทำงานจัดทำคู่มือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease). คู่มือปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease) สำหรับผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2557.

คณะทำงานด้านการวินิจฉัย ดูแลรักษาและควบคุมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัย และชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า. กรุงเทพฯ : บริษัท ปียอร์น เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2558.

วรยา เหลืองอ่อน, แพทย์หญิง. คู่มือปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease) สำหรับผู้ปฏิบัติงาน (ฉบับปรับปรุง). สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 3 : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2558.

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. ชุดความรู้การสื่อสารวิชาการโรค การสื่อสารความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2558.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

สำนักระบาดวิทยา. การเฝ้าระวังโรคติดต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ออนไลน์เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th/ebola.php>

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. ข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข รายงานสถานการณ์รายวัน. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ออนไลน์เข้าถึงได้จาก http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/node/405

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ออนไลน์เข้าถึงได้จาก : http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/files/other/eidnationplan56_59.pdf

ภาษาอังกฤษ

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. 2009 Dec 29 [cited 2014 Nov16]. Available from : [http : //www.cdc.gov/ hicpac/ disinfection_ sterilization/ 6_ 0disinfection.html](http://www.cdc.gov/hicpac/disinfection_sterilization/6_0disinfection.html).

Centers for Disease Control and Prevention. Guidance on personal protectiveequipment to be used by healthcare workers during management of patients with Ebola virus disease in U.S. hospitals, including procedures for putting on (donning)and removing (doffing)

[Internet], 2014 Nov 10 [cited 2014 Nov 16]. Available from : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/procedures-for-ppe.html>.

World Health Organization. Personal protective equipment in the context of Filovirusdisease outbreak response rapid advice guideline:summary of the recommendations. October 2014 [Internet]. 2014

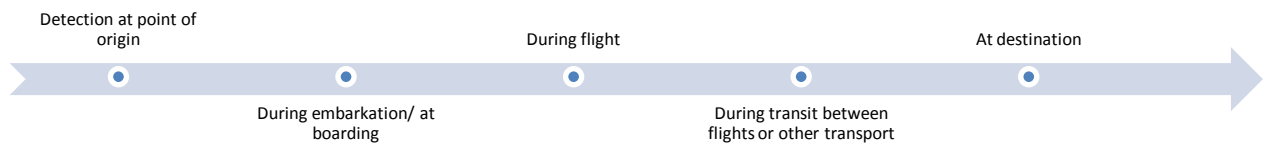
ภาคผนวก

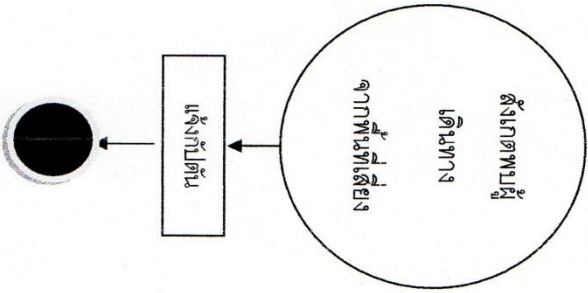
ผนวก ก

แนวทางมาตรการการดำเนินงาน ป้องกัน ควบคุมโรคติดเชื้อ ไวรัสอีโบลิตามฉากทัศน์ต่างๆ

ฉากทัศน์ที่ 1

จำลองสถานการณ์ และมาตรการเพื่อการตรวจจับ (Detection) ผู้ป่วยสงสัย
โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลิตามอากาศยาน และที่ช่องทางเข้าออกประเทศ



ขั้นตอนการปฏิบัติ	ผู้ที่เกี่ยวข้อง	กระบวนการ	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
<p>จากเขตติดโรค (At point of origin)</p> <p>1. Travel alert: ให้คำแนะนำประชาชน เพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด โดยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข</p>			กระทรวงการต่างประเทศ
<p>จากเขตติดโรค (At point of origin)</p> <p>ระหว่างการเดินทางเครื่องบิน (During embarkation)</p> <p>2. Exit screening: ตรวจสอบก่อนการเดินทาง</p> <p>2.1 ตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข</p> <p>2.2 ตรวจสอบการกรองโดย สายการบินที่ check – in counter</p>			ประเทศต้นทางที่มีการระบาด (กัมพูชา ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน และไนจีเรีย)
<p>ระหว่างเดินทางบนเครื่องบิน (During flight)</p> <p>เมื่อผู้โดยสารอนุญาตให้ขึ้นเครื่องบินแล้ว การตรวจจับผู้เดินทางสงสัยป่วยจะขึ้นอยู่กับความตระหนักรู้ของลูกเรือ ทั้งนี้ เป็นไปตามมาตรฐาน ICAO และ IATA แนวทางดังนี้</p> <p>3. ลูกเรือ หากสังเกตพบผู้เดินทางมีอาการสงสัยป่วย (มีไข้ ร่วมกับอาการต่อไปนี้ หายใจหอบเหนื่อย ไอต่อเนื่องไม่หยุด อาจเจ็บคอเล็กน้อย ท้องเสียต่อเนื่อง มีผื่นขึ้นตามตัว มีไข้เลือดตามตัว สับสน หรือ มีอาการป่วยชัดเจน) ให้แจ้งหัวหน้าลูกเรือ และกับต้นผู้ควบคุมยานพาหนะ</p>	ลูกเรือ แจ้งกับต้น	 <pre> graph TD A((ผู้เดินทาง)) --> B((สังเกตพบผู้เดินทาง)) B --> C[แจ้งกับต้น] C --> D((แจ้งกับต้น)) </pre>	สายการบินจากพื้นที่การระบาด

<p>4. กักตัว</p> <p>4.1 ประกาศหาแพทย์ที่อยู่บนเครื่องบิน หรือปรึกษาแพทย์ที่ภาคพื้น</p> <p>4.2 จัดหาหน้ากากป้องกันโรค ปิดปากปิดจมูก ผู้ป่วย หากผู้ช่วยไม่สามารถสวมหน้ากากได้ ให้ผู้โดยสารที่นั่งติดกับผู้ป่วยสวมหน้ากากแทน</p> <p>4.3 กักตัวผู้ควบคุมยานพาหนะ ติดต่อบริษัทการบินที่ใกล้ที่สุด เพื่อแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ แก่สถานปลายทางเพื่อเตรียมความพร้อม</p> <p>4.4 กักตัว นำเครื่องบินไปจอด ณ หลุดจอดที่กำหนด</p> <p>4.5 กักตัว ส่งเอกสาร General Health Declaration พร้อม Passenger manifest แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>4.6 กักตัวประสานสายการบิน ดำเนินการทำลายเชื้อบนเครื่องบิน โดยใช้ Sodium Hypochlorite disinfectant</p>	<p>กักตัว</p>	<pre> graph TD Start(()) --> Quarantine[กักตัว] Quarantine --> Notify[แจ้งห้องบังคับการบิน] Quarantine --> Consult[ปรึกษาทางการแพทย์ที่โดยสาร หรือภาคพื้น] Notify --> MedicalDept[ฝ่ายแพทย์การท่า] Notify --> DiseaseControl[ด้านควบคุมโรค] Consult --> ObtainMasks[จัดหาหน้ากากป้องกันโรค ปิดปากปิดจมูก] Notify --> Land{นำเครื่องลงจอด} Consult --> Land Land --> SendDocs[ส่งเอกสารเอกสาร General Health Declaration แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข] Land --> Disinfect[สายการบินดำเนินการทำลายเชื้อบนเครื่องบิน] Disinfect --> End(()) </pre>	<p>สายการบินจากพื้นที่การระบาด</p> <p>ห้องบังคับการบินที่ใกล้ที่สุด</p> <p>จอด ณ หลุมที่กำหนด</p> <p>สวท: หลุมจอด 232</p> <p>ทตม: Isolation parking (ตีบเพลิง)</p> <p>ทอท.ภูเก็ต หลุมจอด 1</p> <p>ทอท.เชียงใหม่ หลุม 9</p> <p>ทอท.หาดใหญ่ Isolation parking (เอนกประสงค์)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ระหว่างเครื่องลง และ/หรือ การเปลี่ยนเครื่อง
(Upon arrival / during transit)
(ณ ด่านท่าอากาศยาน)**

กรมควบคุมโรค ขอความร่วมมือ สมาคมผู้ประกอบการ
ธุรกิจการบิน (AOC) และสายการบินต่างๆ ประกาศ แจ้งแก่
ผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบให้มาแสดงตัว แก่
เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของสาธารณสุข

กำหนดให้ เพียวบินที่มาจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ หรือ
เส้นทางที่ซบอ่ย ให้มีการตรวจคัดกรองที่เข้มงวดมากขึ้น เช่น
กำหนดจุดจอดเทียบเครื่องบิน กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขตรวจสอบอุณหภูมิที่หน้าประตูทางเข้า เป็นต้น

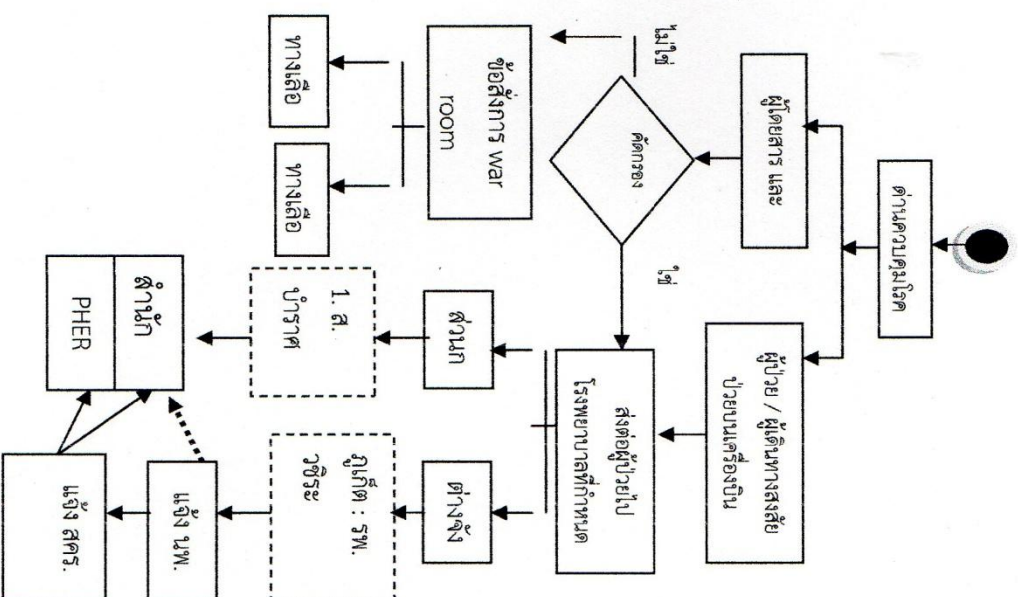
5. ผู้ป่วย / ผู้เดินทางสงสัยป่วยบนเครื่องบิน เข้าระบบส่งต่อ
ยังโรงพยาบาลที่กำหนด

6. ผู้โดยสาร และลูกเรือ ผ่านการตรวจคัดกรองผู้โดยสาร และ
ลูกเรือ

6.1 ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด มีการตรวจคัด
กรองและวัดไข้ทุกราย รวมทั้งสอบถามประวัติการ
เดินทาง ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ พร้อมเบอร์
โทรศัพท์

6.2 ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด และมีไข้ >38.0
ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่กำหนด

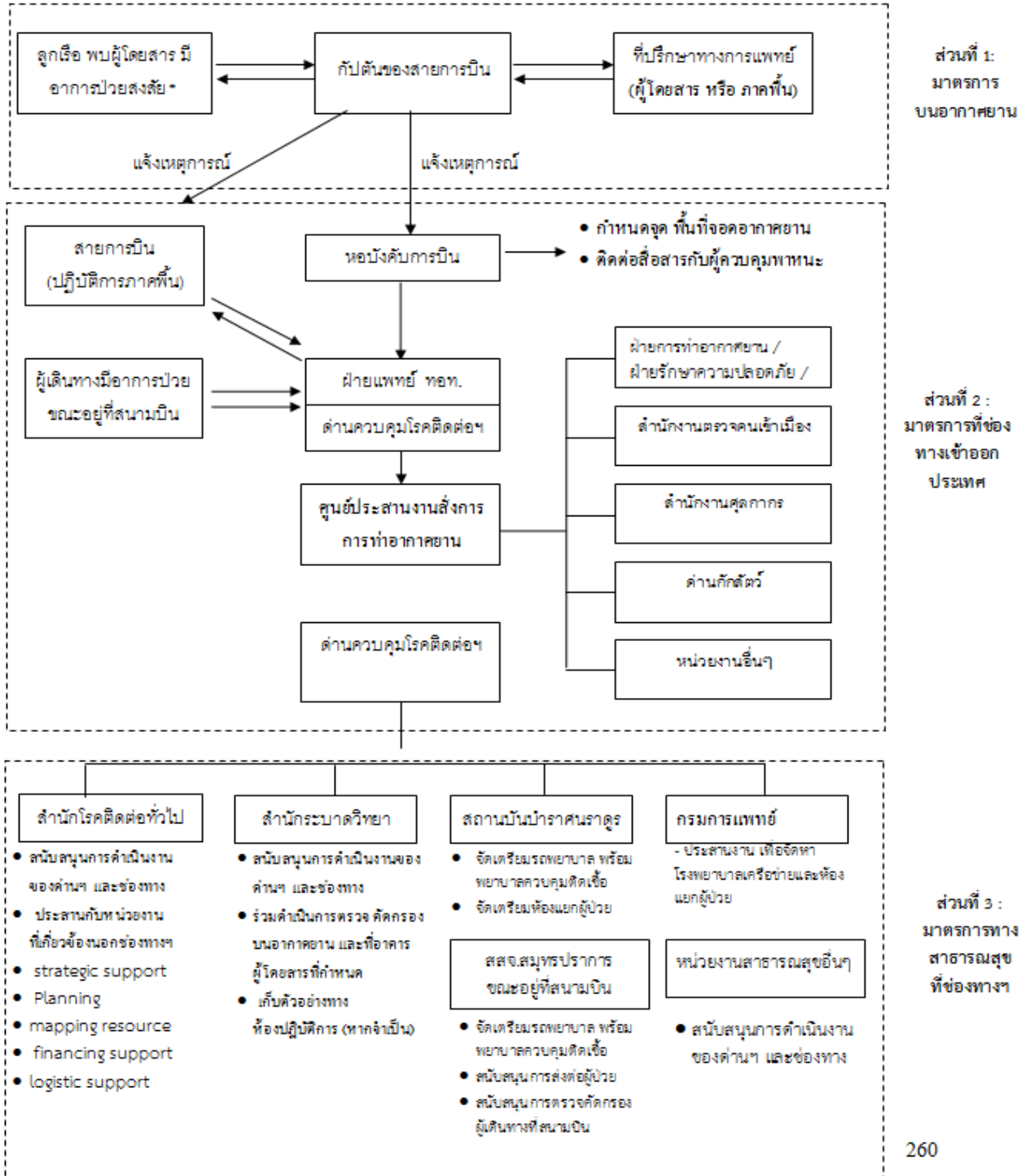
6.3 ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด แต่ไม่มีไข้หรือ
อาการสงสัย มี 2 ทางเลือก



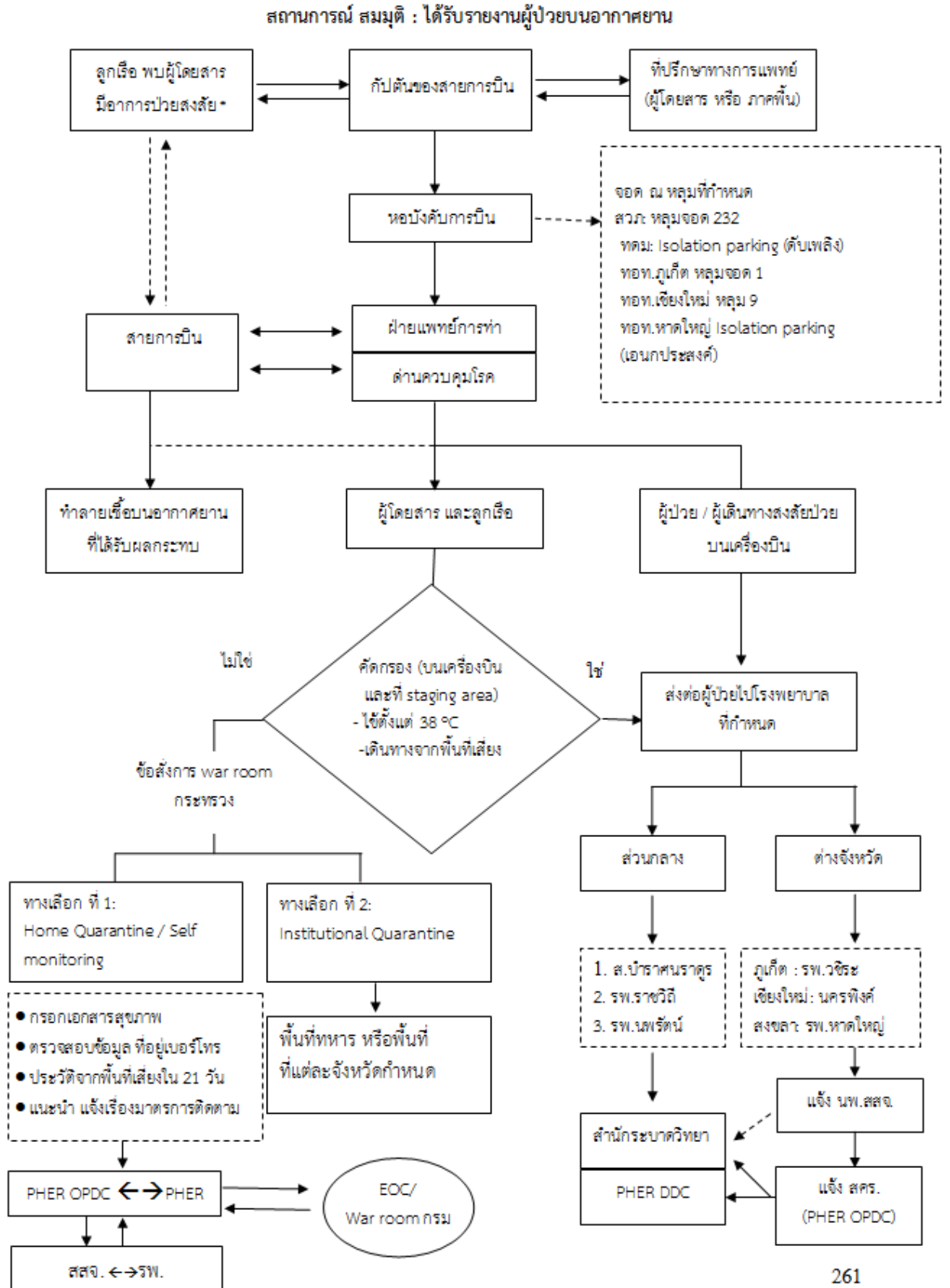
สมาคมผู้ประกอบการธุรกิจการบิน
(AOC) และสายการบินต่างๆ
ต้นความคุ้มครองติดต่อระหว่างประเทศ
สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง
หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
โรงพยาบาลหน่วยงานสาธารณสุข
ในพื้นที่ อสม.

<p>ด้านควบคุมโรค ปลายทาง(Final destination) ทางเลือกที่ 1. Home Quarantine / Self monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • กรอกเอกสารสุขภาพ • ตรวจสอบข้อมูล ที่อยู่เบอร์โทร • ประวัติจากพื้นที่เสี่ยงใน 21 วัน • แนะนำ แจ้งเรื่องมาตรการติดตาม • ส่งต่อข้อมูล ให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อสำรวจติดตามต่อเนื่องจนครบระยะผู้ที่ตัวของโรคคือ 21 วันนับจากวันเดินทางออกจากพื้นที่เสี่ยง • เข้มงวดมาตรการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาล • เข้มงวดมาตรการเฝ้าระวังชุมชน <p>ทางเลือก ที่ 2. Institutional Quarantine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงเรียนนายเรืออากาศ 2. โรงเรียนนายร้อย จปร. 	<p>ทางเลือก ที่ 1: Home Quarantine / Self monitoring</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> • กรอกเอกสารสุขภาพ • ตรวจสอบข้อมูล ที่อยู่เบอร์โทร • ประวัติจากพื้นที่เสี่ยงใน 21 วัน • แนะนำ แจ้งเรื่องมาตรการติดตาม </div> <pre> graph TD A[PHER OPDC] <--> B((EOC/ War room)) A <--> C[สสจ. <-> รพ.] C --> D[ทางเลือก ที่ 2: Institutional Quarantine] D --> E[พื้นที่ทหาร หรือ พื้นที่แต่ละพื้นที่] </pre>	<p>โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข ในพื้นที่ อสม.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

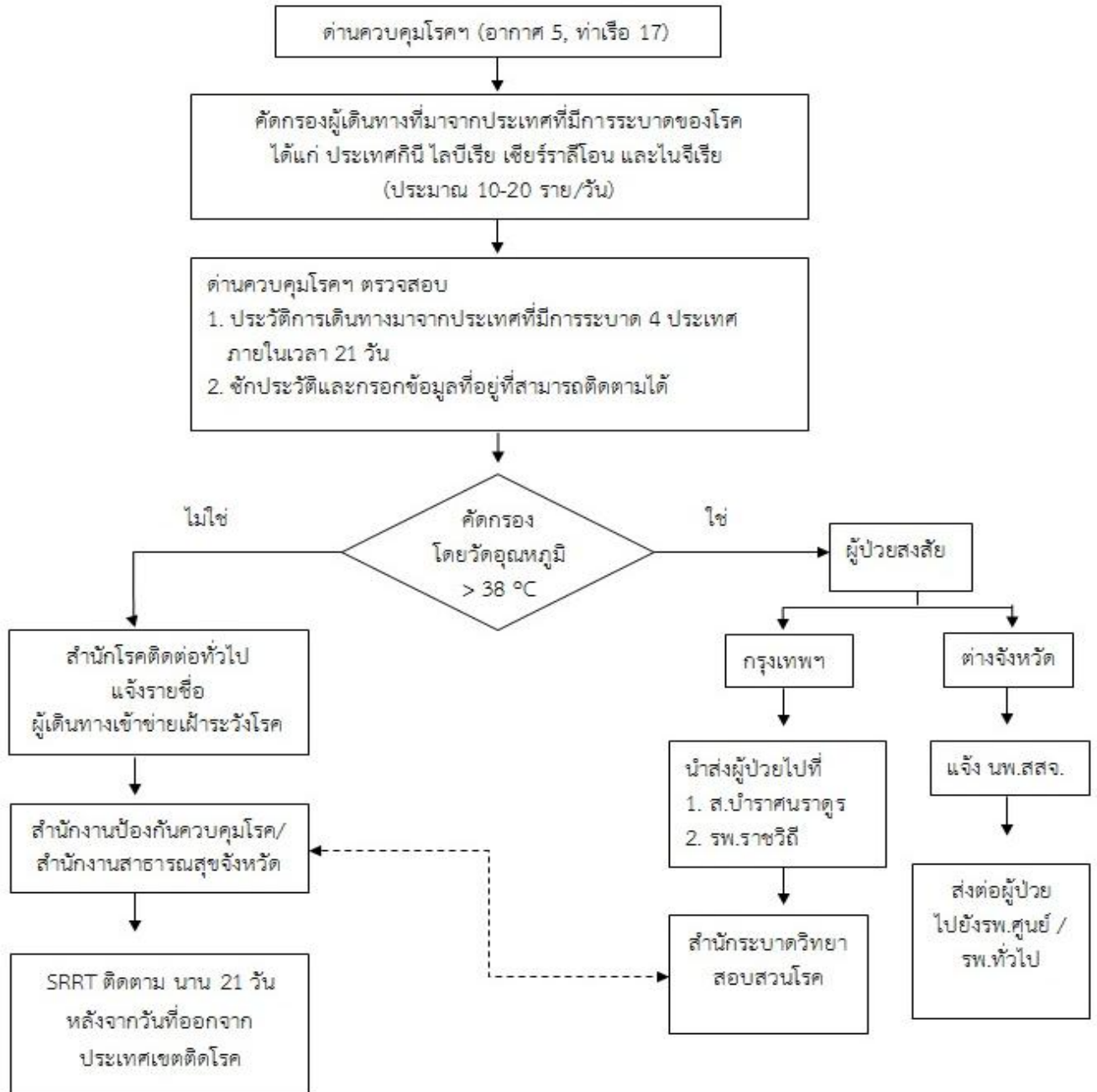
แผนผังการสั่งการและดำเนินการ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มระบาดข้ามประเทศ
 สถานการณ์: พบผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาบนอากาศยาน และที่ช่องทางเข้าออกประเทศ



ฉกทศน์ที่ 2

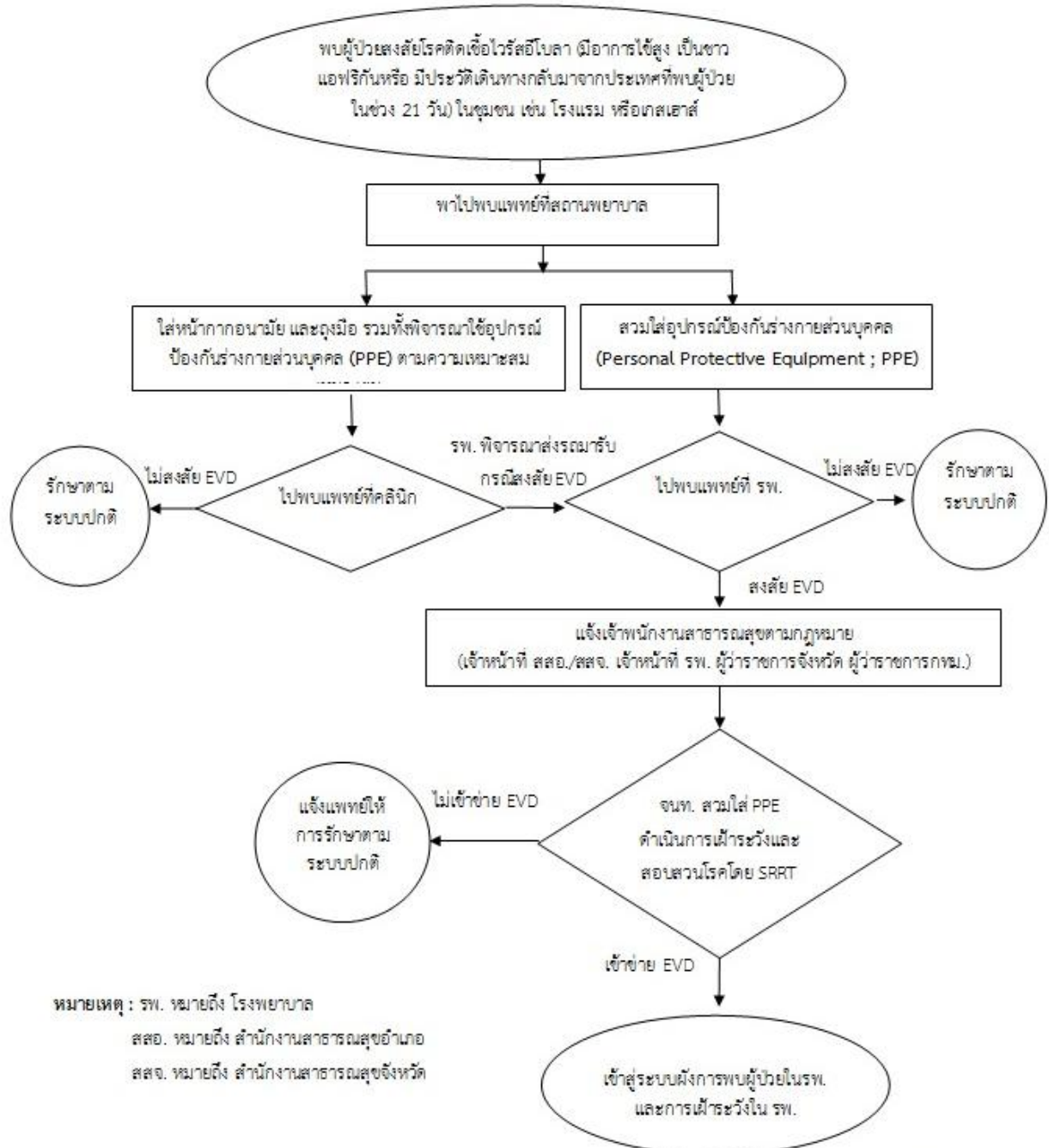


กรณีพบผู้ป่วยสงสัยที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ



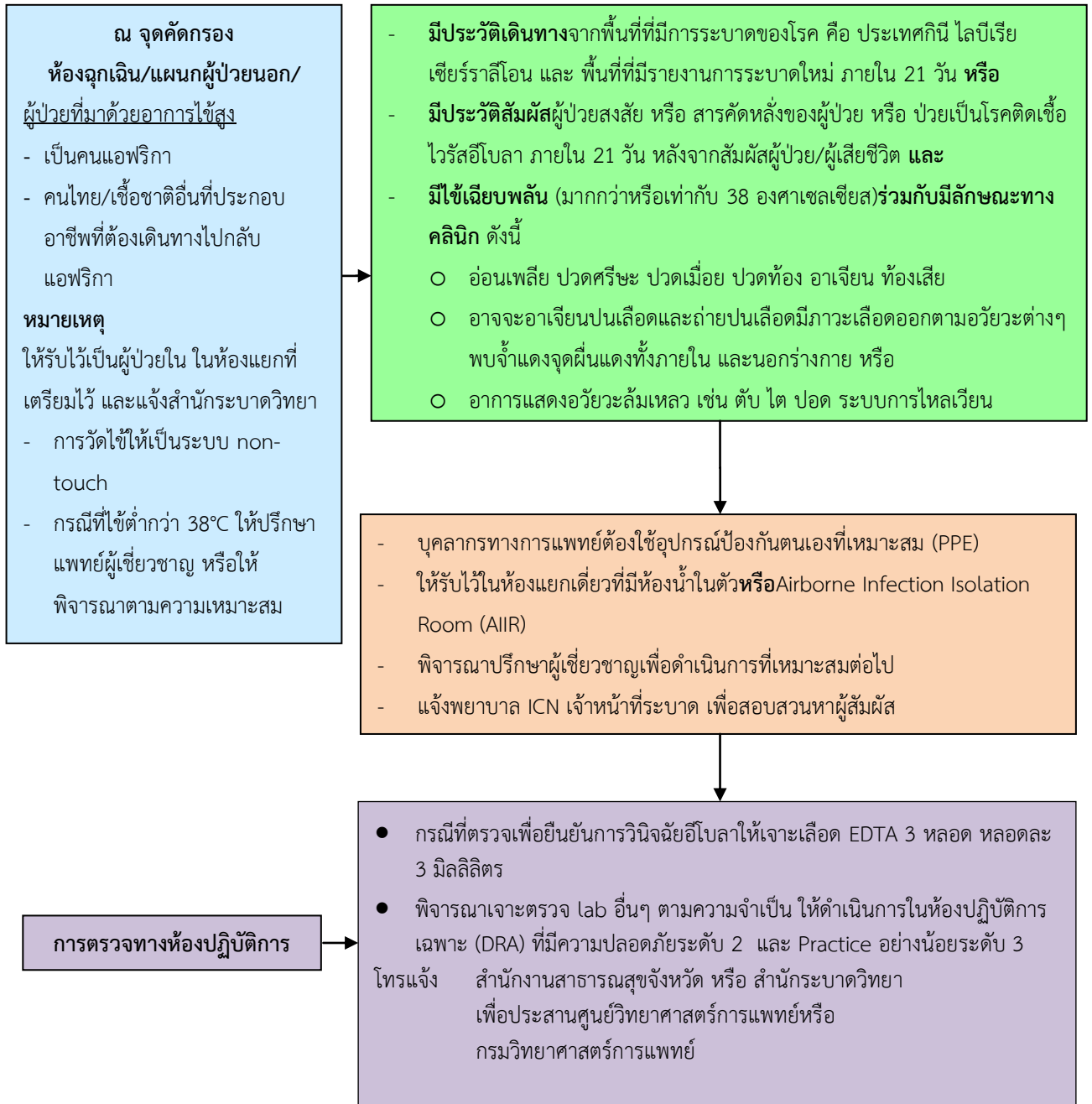
ฉาบทศน์ที่ 3

แผนผังเฝ้าระวังผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease: EVD) ในชุมชน





แนวทางการวินิจฉัย และการส่งต่อผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์
(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558)



วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558 อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม



แนวทางการวินิจฉัย และการส่งต่อผู้ป่วยสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน คลินิก
(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558)

รพ.สต./รพช./รพ.เอกชน
ณ ห้องฉุกเฉิน/แผนกผู้ป่วยนอก/
จุดคัดกรอง
ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้สูง

- เป็นคนแอฟริกา
- คนไทย/เชื้อชาติอื่นที่ประกอบอาชีพที่ต้องเดินทางไปกลับแอฟริกา

หมายเหตุ
ให้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ในห้องแยกที่เตรียมไว้ และแจ้งสำนักโรคตติวิทยา

- การวัดไข้ให้เป็นระบบ non-touch
- กรณีที่ไข้ต่ำกว่า 38°C ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือให้พิจารณาตามความเหมาะสม

- มีประวัติเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค คือ ประเทศกินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน และ พื้นที่ที่มีรายงานการระบาดใหม่ ภายใน 21 วัน หรือ
- มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยสงสัย หรือ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย หรือ ป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ภายใน 21 วัน หลังจากสัมผัสผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิต และ
- มีไข้เฉียบพลัน (มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส) ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้
 - อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย ปวดท้อง อาเจียน ท้องเสีย
 - อาจจะมีอาการปื้นเลือดและถ่ายปื้นเลือดมีภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ พบจ้ำแดงจุดผื่นแดงทั้งภายใน และนอกร่างกาย หรือ
 - อาการแสดงอวัยวะล้มเหลว เช่น ตับ ไต ปอด ระบบการไหลเวียน

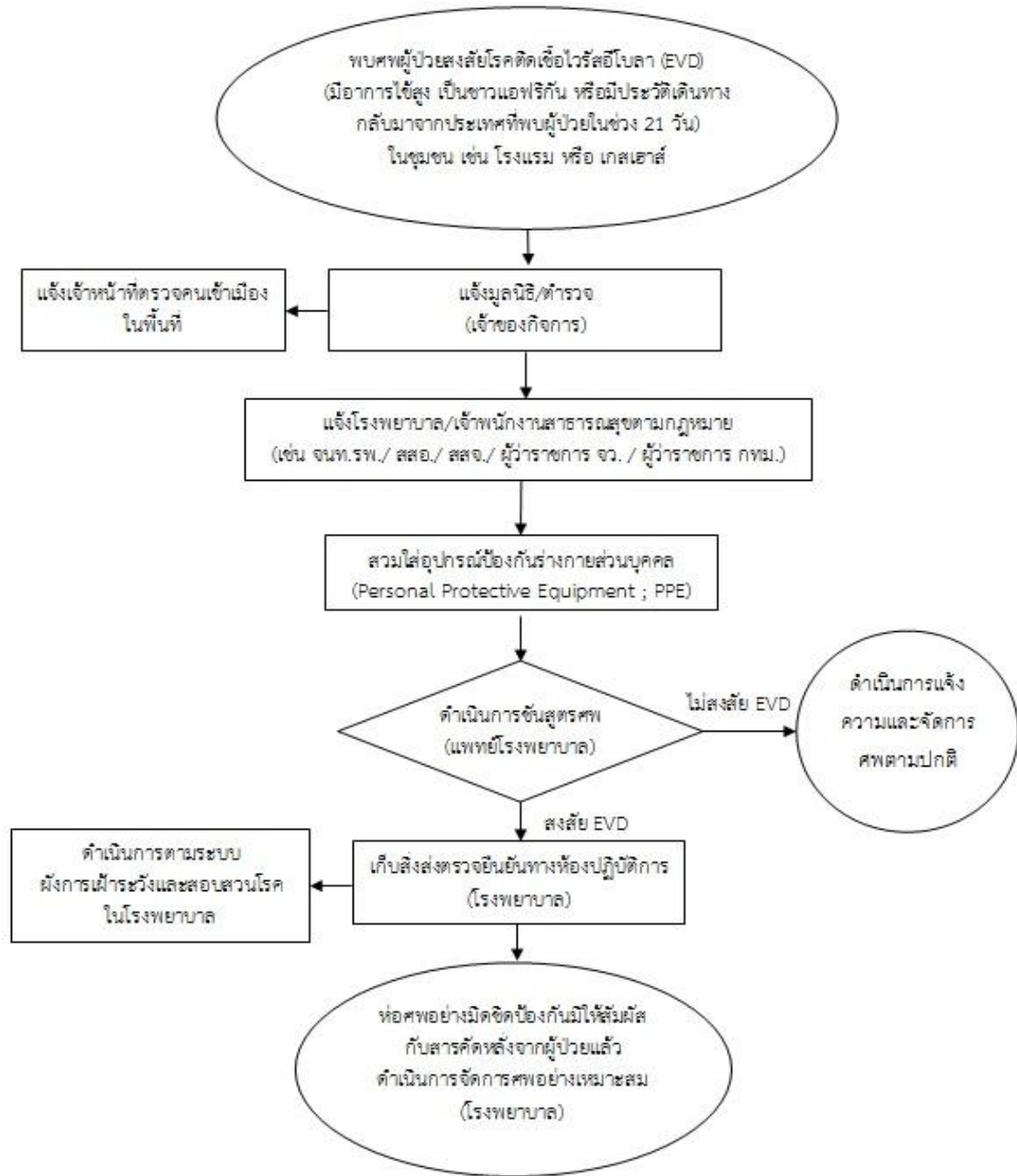
1. แยกผู้ป่วย ออกจากบุคคลอื่นๆ ให้ไปพักรออยู่ ณ พื้นที่แยกโรคที่โรงพยาบาลหรือคลินิกจัดไว้
2. จำกัดการทำหัตถการ หรือ เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เท่าที่จำเป็น ซึ่งบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต้องใส่เครื่องป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม
3. การส่งต่อผู้ป่วยโทรแจ้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โทร..... หรือ กรมควบคุมโรค 1422 หรือ ศูนย์ส่งต่อ รพ.ราชวิถี 02-206-2910, 02-206-2911 เพื่อให้มารับผู้ป่วยไปแยกรักษาที่โรงพยาบาลที่พร้อมรับผู้ป่วย หรือ โทรปรึกษาแพทย์ที่รับปรึกษา
4. ส่งต่อผู้ป่วย โดยรถพยาบาลของโรงพยาบาลที่พร้อมรับ-ส่ง ผู้ป่วย
5. พิจารณาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการที่เหมาะสมต่อไป

รายชื่อแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา			
1. รศ.(พิเศษ)นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์	08-1819-8172	7. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	08-1842-4148
2. นพ.สรศักดิ์ โลจจินดารัตน์	08-9927-1369	8. พญ.วรวรรณ สัมฤทธิ์มิตร	08-9444-3640
3. นพ.เจริญ ชูโชติถาวร	08-1809-1909	9. พญ.ปฐมา สุทธา	08-6511-0302
4. นพ.พจน์ อินทรภาพร	08-1612-5891	10. พญ.ฐิติรัตน์ ตั้งก่อสกุล	08-1016-9048
5. นพ.สมคิด อุันสมารธรรม	08-1344-1806	11. นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์	08-1665-4850
6. พญ.จริยา แสงสังจา	08-1838-6239	12. พญ.อนงนาฎ ชินะผา	08-1702-4899
สำนักโรคตติวิทยา	08-1498-7445 หรือ 08-9637-9012		

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558 อาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม

ฉากรหัสที่ 4

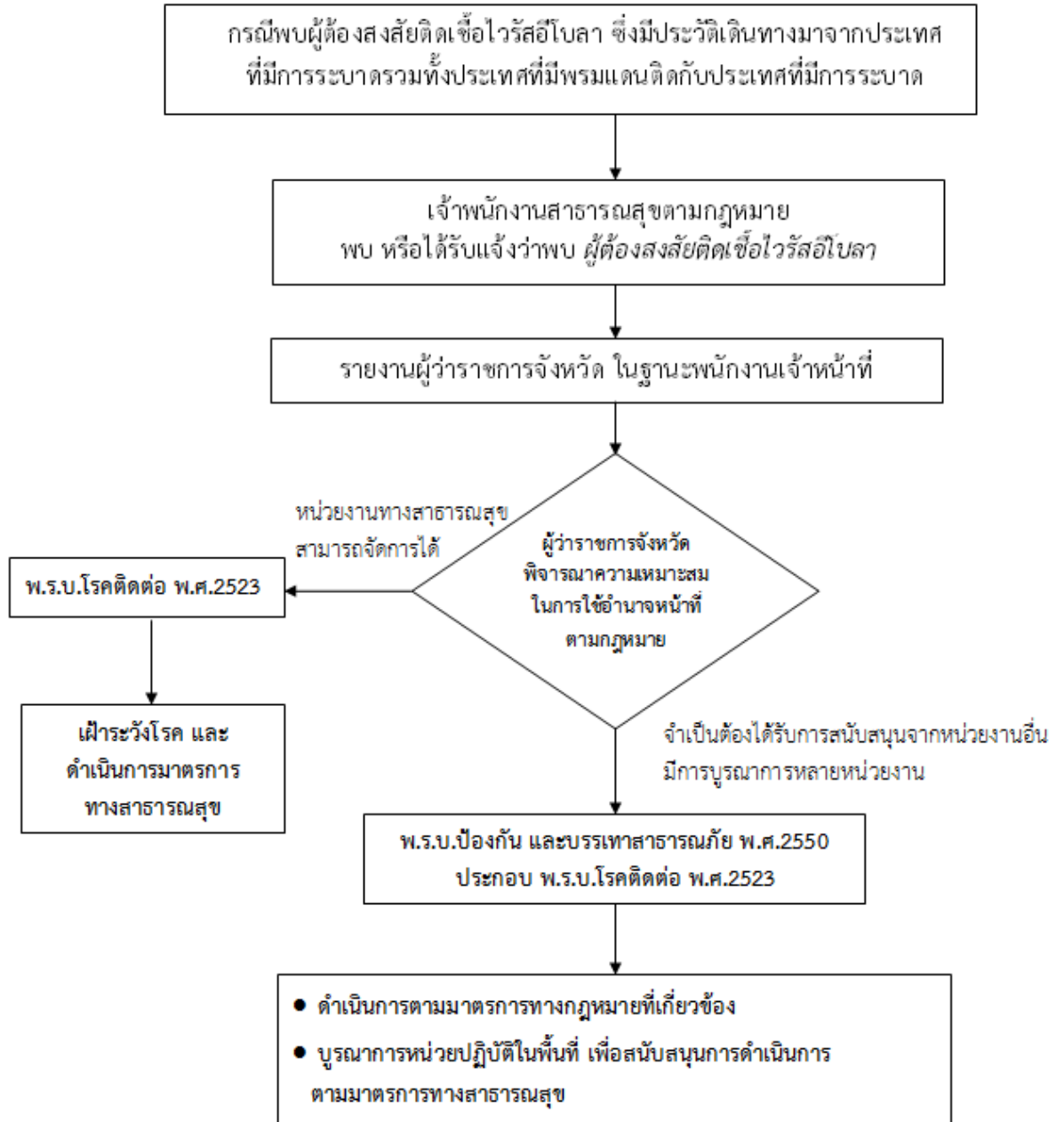
สถานการณ์สมมติกรณีพบผู้ป่วยในชุมชน
แผนผังกรณีพบศพสงสัยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease: EVD) ในชุมชน



หมายเหตุ : รพ. หมายถึง โรงพยาบาล
สสอ. / สสจ. หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ผู้ว่าราชการ จว. / กทม. หมายถึง ผู้ว่าราชการจังหวัด / กรุงเทพมหานคร

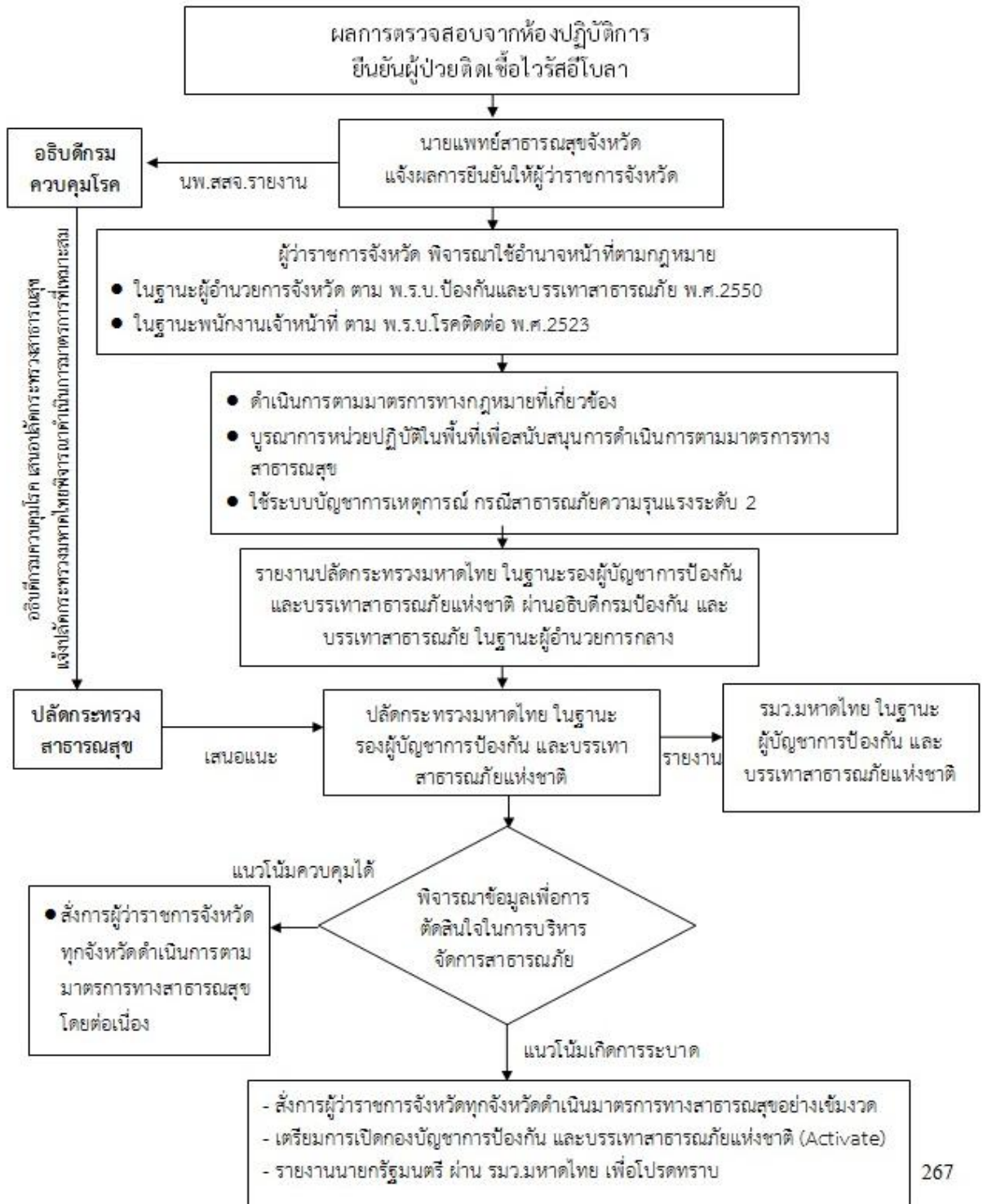
ฉกทศน์ที่ 5

กรณีพบผู้ต้องสงสัยติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เดินทางมาจากต่างประเทศ



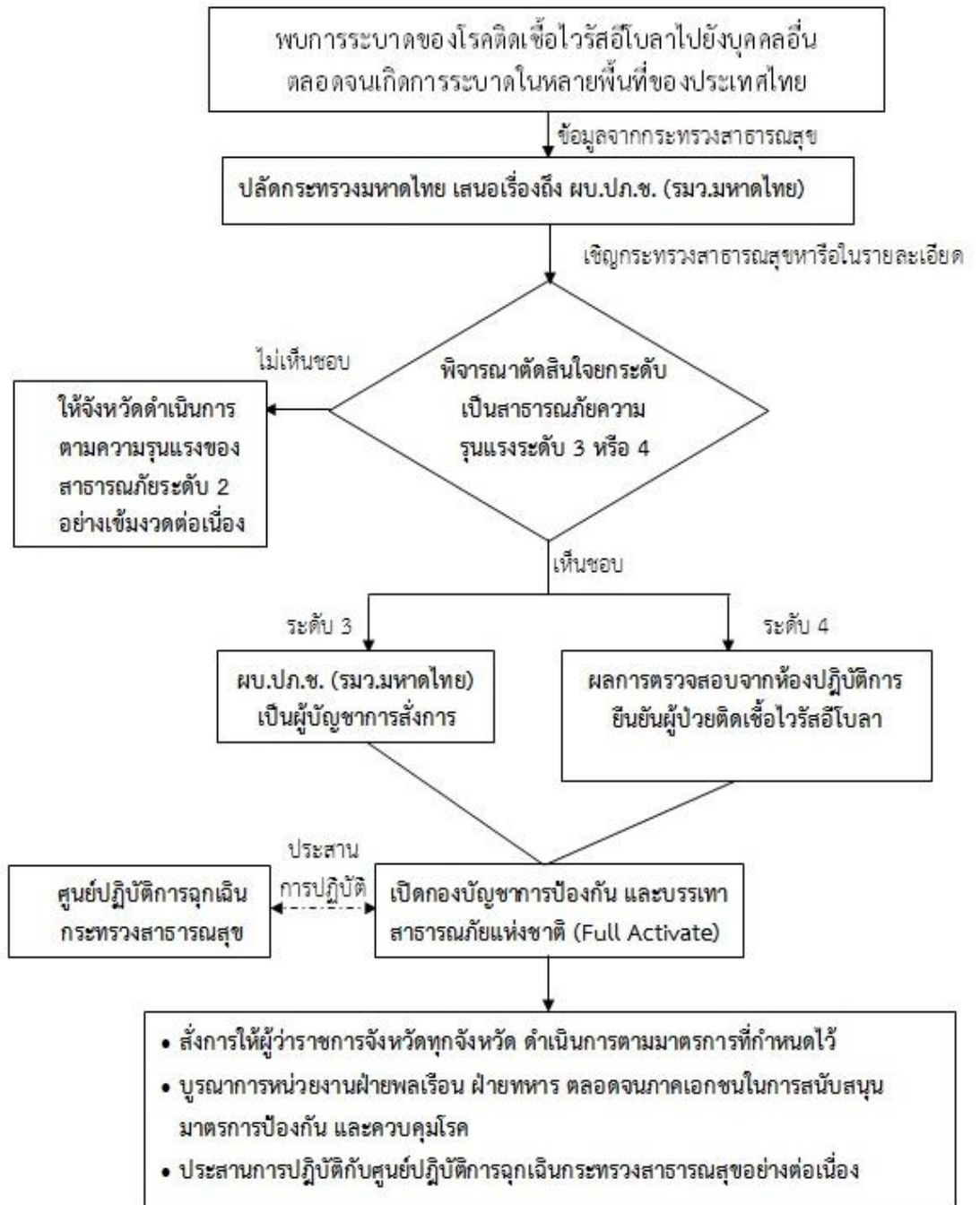
ฉากทัศน์ที่ 6

กรณีพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสอโอบลาในประเทศ แต่ยังไม่พบการแพร่กระจายเชื้อในประเทศไทย



ฉากรหัสที่ 7

กรณีพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย



ผนวก ข

ประเด็นสัมภาษณ์

เจ้ากรมส่งกำลังบำรุงทหารเรือ พล.ร.ท.นवल ดำรงพงศ์

ประเด็นเชิงนโยบาย การตัดสินใจ รูปแบบการจัดระบบบริการกับความมั่นคงแห่งชาติ

1. Route of Entry : สนามบินนานาชาติ, ท่าเรือ, ทางบก
2. รูปแบบ : รวมศูนย์แห่งเดียว, Mobile Field Hospital, ตามเขตสุขภาพ
3. Route of Transmission : กรณีที่มีการระบาดรุนแรงมากขึ้น, เกณฑ์, การจำกัดพื้นที่, บุคคลที่สัมผัสฯ, การใช้สถานที่ทางทหาร พลเรือน
4. อื่น ๆ

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขรองรับผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

1. นโยบาย : กระทรวงสาธารณสุข, National EID
2. การบูรณาการ : นโยบาย, ยุทธศาสตร์
3. ประเด็นการสั่งการ :
 - 3.1 EOC
 - 3.2 กรมต่างๆ กรมควบคุมโรค, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, กรมการแพทย์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ
5. การติดตามกำกับ
6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
7. ข้อเสนอแนะ

อธิบดีกรมควบคุมโรค, อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, อธิบดีกรมการแพทย์

1. นโยบายด้าน Ebola ของกรมที่สอดคล้องกับ : National EID, นโยบายกระทรวงสาธารณสุข, ปก.

2. การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

3. การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การสั่งการในการปฏิบัติ

5. การสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

6. การติดตาม กำกับ และการเสนอผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ

7. นโยบายต่างประเทศ

8. บทบาท/ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค/ผู้อำนวยการสำนักโรคอุบัติใหม่

1. การนำประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้อง (National EID/นโยบายกระทรวงสาธารณสุข/ปก.) มาสู่การปฏิบัติโดยกลไกการขับเคลื่อนนโยบายในแต่ละด้าน ได้แก่ การติดตามสถานการณ์, การสั่งการ, การเฝ้าระวัง, การวินิจฉัย, การควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ

2. การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

4. การติดตาม กำกับ และการเสนอผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ

5. ปัญหา/อุปสรรค

6. บทบาท/ข้อเสนอแนะในฐานะแกนหลักในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

1. การนำนโยบายไปดำเนินการในเขตสุขภาพ
 - 1.1 แผนระบบบริหารจัดการและการสั่งการ
 - 1.2 การสั่งการ & ดำเนินการ ได้แก่ การติดตามสถานการณ์/การเฝ้าระวัง, การรับแจ้งเหตุและการส่งต่อผู้ป่วย, การวินิจฉัย, การรักษา, การควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ
 - 1.3 ระบบสนับสนุน
 - 1.4 อื่น ๆ
2. การติดตาม กำกับ และการเสนอผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. ปัญหาอุปสรรค
4. ข้อเสนอแนะ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดรุ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี,
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า

1. การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลตามนโยบาย ได้แก่ แผน ระบบบริหารจัดการ และการสั่งการ, การรับแจ้งเหตุและการส่งต่อผู้ป่วย, การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค, การรักษา, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การควบคุมป้องกันการแพร่เชื้อ, มาตรการกำจัดขยะติดเชื้อ, ระบบสนับสนุน เช่น Central Supply PPE, อื่น ๆ
2. การซ่อมแผนและการประมวลผล
3. ปัญหาอุปสรรค
4. ข้อเสนอแนะ

ผนวก ค
สรุปการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกัน
การแพร่เชื้อไวรัสฮีโบล่า

ผู้บริหาร

1. วันที่ 20 เมษายน 2558 สัมภาษณ์ อธิบดีกรมควบคุมโรค
(นพ.โสภณ เมฆธน)
2. วันที่ 22 เมษายน 2558 สัมภาษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
(นพ.อภิชัย มงคล)
3. วันที่ 23 เมษายน 2558 สัมภาษณ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)
4. วันที่ 22 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ อธิบดีกรมการแพทย์
(นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา)
5. วันที่ 22 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
(นพ.โอภาส การย์วินพงศ์)
6. วันที่ 22 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคอุบัติใหม่กรมควบคุมโรค
(พญ.วรยา เหลืองอ่อน)
7. วันที่ 25 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี
(นพ.อุดม เชาวรินทร์)
8. วันที่ 27 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำราศนราดูร
(พญ.จริยา แสงสัจจา)
9. วันที่ 29 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ เจ้ากรมส่งบำรุงกำลังทหาร กองทัพบกไทย
(พลเรือโท นวพล ดำรงค์พงศ์)
10. วันที่ 29 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 6
(นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร)
11. วันที่ 29 พฤษภาคม 2558 สัมภาษณ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า
พญ.อุไร

สรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์

อธิบดีกรมควบคุมโรค (นพ.โสภณ เมฆธน)

มาตรการในการจัดการ (Global Health Security)

Surveillance, Detection by Lab, Responding, Prevention

และจากการสั่งการของปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์) กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน คือ

1. Surveillance (SRRT)
2. Screen Detect โดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งในระยะแรกๆ lab ของกระทรวง (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) ยังไม่สามารถสนับสนุนได้ทันเท่าที่ควรใช้เวลาประมาณ 7 วัน)
3. Response (EOC) การเตรียมการรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกรมการแพทย์/โรงพยาบาลในสำนักงานปลัดกระทรวง (สป.) ขนาดใหญ่

3.1 การบริหารจัดการ

3.2 การสื่อสารสาธารณะ

ในระยะแรกของการดำเนินการ โดยกรมควบคุมโรคเป็นแกนกลางในการเฝ้าระวัง (Surveillance) มีทีม SRRT ซึ่งมีประสบการณ์จากใช้หวัดนก โรคซาร์

สำหรับการดำเนินงาน ด้าน EOC หากใช้เกณฑ์พื้นที่ตามแบบของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จะแบ่งเป็น 4 ระดับ (level) กล่าวคือ ในมีการสั่งการตามขนาดและความรุนแรงของปัญหาในลักษณะของ area based ระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน) ระดับอำเภอ (นายอำเภอ) ระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัด) ระดับประเทศ (รองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย)

ปัญหาอุปสรรค

งบประมาณ สำหรับดำเนินการ โดยกระทรวงสาธารณสุข มีงบกลางประมาณปีละ 10 ล้านบาท แต่ไม่สามารถนำมาใช้ได้ แม้แต่รองรับการแก้ไขปัญหาตามประกาศ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2523 ไม่เหมือนของมหาดไทย ที่มีงบภัยแล้งและจังหวัดสามารถสั่งการให้นำมาใช้

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดให้มี SAT (Situation Awareness Team) เพื่อเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) กล่าวคือ มีการประเมินสถานการณ์และนำเสนอทางเลือกมาตรการที่ชัดเจนต่อผู้บริหาร (โดยผ่านการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ)

2. BCP จัดทำ Business Continuing Plan การจัดวางการแก้ปัญหาในแต่ละระดับ/ความรุนแรง/วงกว้าง/แคบของปัญหา เพื่อวางแผนด้านทรัพยากร การระดมบุคลากร เพื่อให้องค์กรสามารถเผชิญและปฏิบัติงานต่อไปได้ ทั้งในระยะเกิดเหตุและการบรรเทาหลังเกิดเหตุ

3. การวางระบบในการพัฒนาศักยภาพ (competency) ทั้งบุคลากร ทั้งระบบ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการซ่อมแผนและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (นพ.อภิชัย มงคล)

1. การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสอีโบล่า
2. จัดทำมาตรฐานและสนับสนุนการวินิจฉัยโรค โดยใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (lab detection) ซึ่งมีนโยบายที่สองคล้อย National EID กล่าวคือ การเพิ่มศักยภาพ detection ที่แม่นยำ รวดเร็ว ราคาไม่แพง รวมทั้งสนับสนุน lab ประกอบการรักษา เช่น Het
3. วางมาตรฐานและประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการใน รพศ./รพท. ทุกแห่งให้ผ่านมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งขณะนี้ ต่ำกว่า LA) ปัจจุบันดำเนินการได้กว่า ร้อยละ 80
3. กำหนดให้มี DRA ตามนโยบายปลดกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป้าหมาย 32 แห่งเพื่อลดการส่งต่อด้าน lab ขณะนี้มีการดำเนินการ 21 แห่ง (รพ.ราชวิถี/ รพ.บรามาศนราทรู ทำได้ดีมาก) อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องผลักดันให้ครบเป้าหมายเกิดซึ่งอาจจะใช้กลไก ของ Public Awareness ทั้งนี้ในการเปิด unit หากสร้างใหม่ลงทุนประมาณ 2-3 ล้านบาท
4. ในช่วงที่มีการระบาดของโรค ได้นำเสนอให้ประเทศไทยส่ง volunteer ไปช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศที่มีผู้ป่วย(case) ได้แก่ ประเทศไนจีเรีย อาฟริกา และเก็บ specimen เพื่อนำมาวิจัยและสร้างชุดทดสอบ (กรมวิทย์ฯ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถในการสร้างชุดทดสอบ) ทั้งนี้ ผลที่ตามมาในเชิงธุรกิจ คือ การขายชุดทดสอบ การพัฒนาบุคลากร และในขณะนี้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะของประเทศไทย เป็น leading Country Laboratory ของ ASEAN และเป็น Contributory Country ทางด้าน Drug Resistance ทั้งนี้การดำเนินการในประเทศและในระดับ ASEAN จะต้อง Alignment และมี Commitment

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์)

การดำเนินงานที่ผ่านมาในการควบคุมและรองรับการแพร่ระบาดของไวรัสอีโบล่าของกระทรวงสาธารณสุข

1. บูรณาการมาตรการในการจัดการ (Global Health Security)ซึ่งประกอบด้วย Surveillance (Detection by Lab) Responding (SRRT/EOC) และ Prevention กับแนวคิดการเผชิญภาวะวิกฤต (crisis) ของทหารมาใช้ในการจัดการ นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการนำแนวคิด
2. การจัดการในเชิงเทคนิค (technical) ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข จาก กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ / นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย (provide lab ให้เนื่องจากในระยะแรก การตรวจ lab ข้ามมาก) กองทัพ ทั้งนี้ นักวิชาการมีความเป็นอิสระในการวินิจฉัยแยกโรค/ยืนยันโรค โดยปราศจากการชี้แนะจากฝ่ายบริหาร
3. การติดตามสถานการณ์ภายใต้การจัดตั้ง war room ในรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) และกำหนดแนวทางปฏิบัติ (protocol) ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายทหาร (พลเรือโท นวพล ดำรงค์พงศ์) ซึ่งในช่วงแรก ทำงานกันหนักมาก และมีการวางแผนการรับผู้ป่วยในรูปแบบของโรงพยาบาลสนามด้วย
4. จุดตัดสินใจที่สำคัญการแถลงข่าวร่วมกันระหว่าง ผบ.ทร. กับกระทรวงสาธารณสุขเป็นการบอกความจริงกับประชาชน ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์ตื่นตระหนก (panic) หลังจากเมื่อพบผู้ป่วย

รายแรกที่ดินทางมาจากประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และมีอาการมีไข้ และมาแสดงตัวกับกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการตรวจยืนยันแล้ว ซึ่งเป็นผลดีที่ไม่เกิดการตื่นตระหนก (panic) ของประชาชน และเป็นผลดีต่อความเชื่อมั่นของฝ่ายบริหาร (คสช.) และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อกระทรวงสาธารณสุข

ในขณะที่ผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อรายที่ 2 ที่ จ.จันทบุรี นั้น ผู้ว่าราชการจังหวัดได้แถลงข่าวเช่นกัน จึงนับว่า ระบบของประเทศลงตัวและมีความสอดคล้องกัน

5. การเฝ้าระวัง (surveillance) ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจกลุ่มเสี่ยง ณ สนามบินสุวรรณภูมิโดยประสานความร่วมมือกับตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

6. การดำเนินการรองรับ (responding) โดย EOC ซึ่งได้นำรูปแบบของ EOC กรณีชุมนุมทางการเมือง ที่ รพ.สงฆ์มาเป็นแนวทาง อย่างไรก็ตามในแง่ของการรองรับผู้ป่วยนั้น ยังได้รับความร่วมมือน้อย จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย/กองทัพ กล่าวคือ อาศัยความร่วมมือได้เฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

ความเห็นแตกต่างต่อการดำเนินงาน นักวิชาการ/ผู้บริหารบางกลุ่มมีข้อเสนอให้ประเทศไทยส่งเจ้าหน้าที่ไปช่วยเหลือ (volunteer) ในกลุ่มประเทศที่เป็นแหล่งกำเนิด/มีผู้ป่วยอีโบล่าจำนวนมาก เช่น ไนจีเรีย แอฟริกา เพื่อศึกษาเรียนรู้และเก็บตัวอย่างของ Specimen มาสร้างชุดทดสอบ

ในประเด็นดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องมองถึงผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่รวมถึงระบบรองรับหากเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ

จุดแข็งของกระทรวงสาธารณสุข

การเฝ้าระวัง (surveillance) ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจกลุ่มเสี่ยง ณ สนามบินสุวรรณภูมิ โดยประสานความร่วมมือกับตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

Response team & EOC โดย กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์

ปัญหาอุปสรรค

1. กลไกของ EID ระดับชาติ ยังไม่มีองค์กรหลักที่มีอำนาจในการสั่งการ(authority) ในการระดมทรัพยากร การสั่งการในการเปิด EOC กล่าวคือ ยังขาด commander ระดับชาติ ยกตัวอย่างเช่น ในภาวะที่มีการระบาดของโรค ตามประกาศ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2522 ไม่ครอบคลุม

2. ระบบงบประมาณ สำหรับดำเนินการ กล่าวคือ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีงบกลางประมาณ ปีละ 10 ล้านบาท แต่วิธีการใช้งบประมาณค่อนข้างยุ่งยาก ไม่เหมือนระดับจังหวัดเมื่อมีประกาศภัยพิบัติต่าง ๆ สามารถนำงบประมาณมาใช้ได้เลยโดยเป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด

โอกาสในการพัฒนา

1. กำหนดให้มี intelligent unit ในการเฝ้าระวัง(surveillance) ทั้งภาวะการณ์ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (disease) และ ภัยพิบัติ (disaster) ต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ/ทันการณ์ รวมทั้งสามารถเสนอมาตรการทางเลือกในการดำเนินการครอบคลุมทั้ง responding & prevention โดยมีทางเลือกคือ

1.1 วางไว้ที่กรมควบคุมโรค เนื่องจาก มีบทบาททั้งทางด้าน โรคติดต่อ (communicable disease) โรคไม่ติดต่อ (non-communicable disease, NCD) รวมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม(environment)

1.2 วางไว้สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน (สธฉ.) ซึ่งในปัจจุบันทำหน้าที่การเฝ้าระวัง (surveillance) ภัยพิบัติ (disaster) และทำหน้าที่ประสาน/เชื่อมโยงกับกรมต่าง ๆ ในประเด็นเฉพาะ (specific issue)

2. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) ควรดึงกองทัพเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะการนำแนวคิด/วิธีการในการเผชิญภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพของทหารมาใช้ ทำให้เกิดการบูรณาการในการแก้ปัญหา

อภิตีกรรมการแพทย์ (นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา)

1. นโยบายด้าน Ebola ของกรมการแพทย์ที่สอดคล้องกับ National EID /นโยบายกระทรวงสาธารณสุข /ปภ. : ไม่มีนโยบายเฉพาะ กล่าวคือ กรมการแพทย์ จะดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายในแต่ละระดับ

2. การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ : กำหนดให้มีแผนงานที่ชัดเจน การถ่ายทอดแผนงานลงสู่การปฏิบัติ/รวมทั้งการติดตามประเมินผล (M&E) ว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่

3. การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง : กำหนดทิศทางตามบทบาทภารกิจและนโยบายในแต่ละระดับ

4. การสั่งการในการปฏิบัติ : มีความชัดเจนในแต่ละระดับมี single commander กล่าวคือ ระดับนโยบาย : อภิตีสั่งการ ระดับปฏิบัติ : รองอภิตี สั่งการ งานนักวิชาการ เป็นต้น

5. การสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

6. การติดตาม กำกับ และการเสนอผลการนำนโยบายไปปฏิบัติ : ประเมินผลในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย โดยพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การส่งนักวิชาการเข้าร่วมประชุมทั้งในระดับกระทรวง และนอกกระทรวง มีการประเมินความพร้อมของทีมในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น

7. นโยบายด้านต่างประเทศ : มอบหมายนักวิชาการติดตามข้อมูลของ CDC / WHO ผ่านกรมควบคุมโรค

8. บทบาทด้านวิชาการ/ข้อเสนอแนะในฐานะกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข : capacity building (สร้างองค์ความรู้ แนวทางการปฏิบัติ/การรักษา สนับสนุนวิทยากร)

9. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

9.1 ความเข้าใจของผู้นำในแต่ละระดับ ตั้งแต่ รมว. ปลัดกระทรวง อภิตี ซึ่งต้องมีความเข้าใจและยอมรับบทบาท/ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การปรับวิธีคิดและการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ (พูดเรื่องเดียวกัน) รวมทั้งต้องยอมรับความเปลี่ยนแปลง

9.2 นโยบายที่ชัดเจน เช่น บทบาทหน้าที่ของใคร /ทำอย่างไร

9.3 การสื่อสารในแต่ละระดับ ต้องเข้าใจตรงกัน รับทราบข้อมูลเหมือนกัน ยกตัวอย่าง ในระยะแรกๆ มีเฉพาะอภิตีกรมควบคุมโรคเท่านั้นที่รับทราบข้อมูล ต่อมา มี กรมการแพทย์และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอภิตีกรมการแพทย์ได้นำเสนอที่ประชุมกระทรวงเพื่อให้ อภิตีทุกกรมได้รับทราบข้อมูล/ข่าวสารที่มีความเคลื่อนไหวทุกวันโดยผ่าน SMS

9.4 ระบบสนับสนุน : การสนับสนุนการฝึกอบรม(training) บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ซึ่งจะมี war room เป็นจุดเชื่อมผู้ที่เกี่ยวข้องและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

10. ปัญหาและอุปสรรค : การให้ข้อมูล/ข่าวกับสังคม & สื่อ ไม่ได้วางตัว spoke person เช่น อาจจะเป็นโฆษก กระทรวง ยกตัวอย่างกรณี ไข้หวัด 2009 ซึ่งในขณะนั้น เป็นโฆษกกระทรวง เป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมติจาก war room ทั้งนี้ เป็นหลักการเดียวกันกับ WHO ที่แต่งตั้งผู้แทน 1 คน ในแต่ละประเด็น แต่ในกรณีของ Ebola พบว่า ผู้บริหารตั้งแต่รักษาการ รมว./ปลัด/อธิบดี ให้ข่าวทุกคน

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นพ.โอภาส การย์วินพงศ์)

ผู้อำนวยการสำนักโรคอุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค (พญ.วรยา เหลืองอ่อน)

1. การนำประเด็นนโยบาย ที่เกี่ยวข้อง (National EID/นโยบายกระทรวงสาธารณสุข/ปก.) สู่การปฏิบัติ

1.1 กรอบแนวทาง

1.1.1 ใช้แผนยุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทาง ผ่านกลไกคณะกรรมการ อำนวยการระดับชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ ภายใต้คณะกรรมการอำนวยการมีคณะอนุกรรมการ 8 ชุด มีกระทรวงที่เกี่ยวข้องเช่น มหาตไทย ดุแลยุทธศาสตร์ด้าน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (มี ปก. เป็นเลขานุการ) เป็นต้น

1.1.2 ใช้กรอบกฎหมาย : พ.ร.บ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ซึ่งได้เพิ่มประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคติดต่อเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2557(ตามประกาศของ องค์การอนามัยโลกที่ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็น PHEIC : Public Health Emergency of International Concern เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2557) รวมทั้ง พ.ร.บ. บรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ

ทั้งนี้ กรอบของนโยบายการดำเนินงานมีขอบเขตมากกว่าการจัดการโรคระบาดที่ผ่านมามีว่าจะเป็นเรื่อง โรคซาร์ ไข้หวัด 2009 ฯลฯ ซึ่งมีมุมมองในมิติด้านสาธารณสุขด้านเดียว กล่าวคือ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ถูกกำหนดว่าเป็นผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ดังนั้น การดำเนินงานจะมีลักษณะของ multi-sector collaboration

1.2 การติดตามสถานการณ์และการเฝ้าระวัง ตามลำดับ :

1.2.1 SRRT

1.2.2 war room กรมควบคุมโรค

1.2.3 เสนอตั้ง war room ระดับกระทรวงเพื่อติดตามสถานการณ์/การวาง มาตรการ/และเป็นจุดในการสั่งการ

1.2.4 การติดตามสถานการณ์ ของกรมควบคุมโรค ดังนี้

1.2.4.1 การเฝ้าระวัง จากระบบรายงาน 506 รายงาน out break ระบบติดตามตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก การนำเสนอข่าวของสื่อ(ภายใน/ต่างประเทศ) รวมทั้ง social media เช่น face book

1.2.4.2 การประเมินความเสี่ยง ใช้แนวทาง/กลไกและแนวทางที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation 2005 ; IHR 2005) ซึ่งกำหนดให้แต่ละประเทศ ต้องมี National Body สำหรับเฝ้าระวังและควบคุม ป้องกันการระบาดของโรค

ทั้งนี้ สถานการณ์ที่เป็นจุดตัดตัดสินใจ (cut point) เสนอตั้ง war room ระดับกระทรวง จาก

การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา (time, place, person & nature of disease) พบว่า โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าระบาดมาจากประเทศที่ไม่ได้มีการเดินทาง/ติดต่อกับประเทศไทย

มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม : ชะลอการนำเข้าสัตว์ป่าจากประเทศแถบแอฟริกา/มาตรการการคัดกรอง

เป็นประเด็นร้อน (hot issue) ที่อยู่ในความสนใจของสื่อ / สังคม และประชาชนเกิดความตื่นตระหนก(panic) ทั้งๆ ที่ไม่มีการระบาดที่รุนแรง

1.3 การสั่งการ

1.3.1 จัดทำ SOP ภายใน กระทรวงสาธารณสุข

1.3.2 มีหนังสือสั่งการไปยังพื้นที่ลงนามโดยปลัดกระทรวง

2. การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากมีการระบาดเกินกำลังการควบคุมของ กระทรวงสาธารณสุข จะบูรณาการฝ่ายปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(multi-sector) ตามนโยบายความปลอดภัยแห่งชาติ การดำเนินงานในระดับพื้นที่ ประสานผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดซึ่ง เป็น Incident Commander ในระดับจังหวัด ในขณะที่ กสธ. สนับสนุนด้านวิชาการ

3. การสนับสนุนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา ด้านการระบาดของเชื้อโรคอีโบล่า

3.1 กลไกการสั่งการระดับชาติ/กลไกของคณะกรรมการในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งหากเปรียบเทียบกับจัดการปัญหาไข้หวัด 2009 (รัฐบาลมีนโยบายปิดประเทศ : ไม่ให้มีผู้ป่วย) พบว่ามีความราบรื่นกว่ามาก เนื่องจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์) ซึ่งรักษาการแทน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น และ เจ้ากรมทหารเรือ (พลเรือเอก นวพล) เสนอแนวทางต่อฝ่ายรัฐบาล คือ ไม่ปิดประเทศ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเข้ามาได้ แต่ต้องทำการควบคุมได้ ซึ่งรัฐบาล (คสช.) ให้การสนับสนุน และสั่งการได้ทุกกระทรวง เนื่องจากไม่หวังผลทางการเมือง

3.2 การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) จากทีมวิชาการ โดยเฉพาะในระดับของกรมควบคุมโรค มีการจัดตั้ง STAG (Strategic Technical Advise Group) และมุมมองเชิงบริหารด้านสังคม ความมั่นคง เพื่อการตัดสินใจ สั่งการ/แถลงข่าว

3.3 การสื่อสารสาธารณะ ที่สามารถตอบสนองได้เร็ว และสื่อสารทางเดียวกันของผู้บริหารระดับสูง ยกตัวอย่าง กรณีที่พบผู้ป่วยรายแรกที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลบาราตชนราคร ได้เชิญสื่อมาฟังการแถลงข่าว ถือว่าเป็นการประเมินสถานการณ์/ความเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดความตื่นตระหนกของประชาชนได้ดี

4. ปัญหา/อุปสรรค

- 4.1 ในระยะเริ่มแรก เจ้าหน้าที่ที่มีความตื่นตระหนก (panic)
- 4.2 การสื่อสารจาก war room กระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยงานในพื้นที่ ยังขาดความชัดเจน / หลายๆ พื้นที่ยังไม่เข้าใจ รวมทั้ง ยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการภาคเอกชน
- 4.3 ระบบ logistic ยังขาดความพร้อม เช่น การเตรียมและสนับสนุน PPE ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของกรมควบคุมโรค
- 4.4 ควรมีงบกลางสำหรับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ/เหตุการณ์จากภัยพิบัติต่างๆ เนื่องจากการขอของงบกลางของประเทศมีข้อจำกัดด้านเวลา และระเบียบปฏิบัติในการใช้งบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหา
- 4.5 บทบาทหน้าที่ที่ยังไม่ชัดเจนระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและทหาร หากต้องมีการกักกันผู้ที่สัมผัสเชื้อโรค ในขณะที่มีหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติแล้ว

5. บทบาท/ข้อเสนอแนะในฐานะแกนหลักในการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

- 5.1 ปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณในหมวดงบกลาง / ระเบียบวิธีการใช้งบประมาณ
- 5.2 ปรับปรุงรายละเอียด พ.ร.บ.โรคติดต่อ ให้มีข้อกำหนดให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด ให้สามารถจัดระบบ ICS (Incidence Command System) ได้ในระดับพื้นที่ ซึ่งจะสามารถตกลงบทบาทในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่ได้ดีกว่า
- 5.3 กำหนดให้มีการซ้อมแผนในระดับจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ

6. การถอดบทเรียนและการวางภาพการณ์ในอนาคต(scenario projection)

คณะทำงานได้ศึกษาข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิ (primary data) โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเอกสาร/ตำรา นำมาวิเคราะห์/สังเคราะห์และจำลองสถานการณ์ (scenario) เป็น 7 รูปแบบ โดยใช้หลักการ คือ สถานที่ (place) ที่พบผู้ป่วย เช่น ถนน ช่องทางเข้าออก (สนามบิน) ผู้ป่วยไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาล หรือพบผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น หลังจากได้สถานการณ์จำลองมา 7 แบบ แล้วนำมาเขียน SOP และนำไปทดลองใช้ (implement) โดยการซ้อมแผน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี (นพ.อุดม เชาวรินทร์)

1. การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ตามนโยบาย

- 1.1 แผน ระบบบริหารจัดการและการสั่งการ
 - 1.1.1 นำแผนเดิมที่มีอยู่ในการรับผู้ป่วยใช้หัตถ์นก ใช้หัตถ์ใหญ่ระบาศ มาปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบัน ในเรื่องโรคติดต่อเชื้ออีโบล่าและโรคอุบัติใหม่/ซ้ำอื่นๆ โดยมีการปรับเปลี่ยนดังนี้
 - 1.1.1.1 สถานที่
 - 1.1.1.1.1 การคัดกรองผู้ป่วย กำหนดสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนพื้นที่ภายในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย คัดกรองได้ไว จัดการได้รับตัวไม่แพร่กระจายโรค

1.1.1.2 ห้องตรวจผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จัดหาพื้นที่ในการทำห้องตรวจแยกโรคและทำ Modified ระบบอากาศ เพื่อใช้ตรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคติดเชื้อ ซึ่งสามารถใช้กับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/ซ้ำ นอกจากนี้ กำลังดำเนินการทำห้องตรวจผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นระบบอากาศที่เป็นห้องแยกความดันลบ เพื่อรองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่/ซ้ำในอนาคต

1.1.1.3 ห้องDRA กำหนดพื้นที่ ที่เป็นพื้นที่ที่มีความเหมาะสม ในการตรวจผล Lab โดยปรับปรุงห้องเพื่อสามารถใช้ได้สะดวก ไม่แพร่กระจายเชื้อ

1.1.2 คน

1.1.2.1 ระยะแรก เตรียมทีมผู้เกี่ยวข้องโดยตรง ทั้งแพทย์โรคติดเชื้อ/ปอด พยาบาล เทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่นเรธร และอื่นๆนำมาอบรมให้ความรู้ บอกแผน / หน้าที่ รวมถึงฝึกซ้อมการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายต่างๆ (เน้นการซ้อมบ่อยๆ) เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อและไม่ให้แพร่กระจายเชื้อ

1.1.2.2 ระยะต่อมา ขยายกลุ่ม แพทย์หน่วยอื่นที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมอื่น ๆ โดยเน้นเรื่องความรู้และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์คือลดความตื่นตระหนก และเมื่อเกิดเหตุการณ์สามารถปฏิบัติงานได้ในเบื้องต้น

1.1.3 วัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันร่างกาย อุปกรณ์บางอย่างมีการสำรองภายในโรงพยาบาล ส่วนที่โรงพยาบาลไม่มีการสำรอง เช่น ชุดหมี ในเบื้องต้น ประสานกับกรมควบคุมโรค หรือสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่/ซ้ำ เพื่อขอสำรองเอาไว้ในโรงพยาบาล และมีการอนุมัติการซื้อวัสดุและอุปกรณ์ป้องกันร่างกายที่จำเป็นต้องใช้ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ อนุมัติการสั่งซื้ออุปกรณ์ตรวจชั้นสูงๆ ที่มีความจำเพาะ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคลากร

1.1.4 แผนการ/Flowต่างๆ เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ รวมถึงการสั่งการ ประสาน รายงาน ส่งข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง

1.2 การรับแจ้งเหตุและการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากโรงพยาบาลกำหนดเป็นโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์ประสาน รับแจ้งและส่งต่อผู้ป่วย ไปตามโรงพยาบาลที่กำหนด โดยมีคิวในการรับ โดยกำหนดแนวทาง คำนิยาม บุคคลที่รับผิดชอบ ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มในการเฝ้าระวังหรือไม่

1.3 การวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค ทางโรงพยาบาล ได้ส่งทีมแพทย์ ICN ไปร่วมในการให้ความเห็นและทำเป็นแนวทาง เพื่อให้โรงพยาบาลได้นำมาใช้ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.4 การรักษา ทางโรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทาง ในการรักษาผู้ป่วย ในกรณีที่การรักษาผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น จะมีการประสานโดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้ความเห็น และให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจ

1.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในระยะแรกการส่งทางห้องปฏิบัติการ ใช้การประสานไปที่สถาบันบำราศฯ ซึ่งเป็นเฉพาะทาง ทางโรงพยาบาล ได้มีการพัฒนาห้องDRA ทั้งจัดอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ บุคลากรให้พร้อมทำงาน วัสดุต่างๆ ต่าง ให้มีความพร้อมใช้ จนได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

1.6 การควบคุมการป้องกันการแพร่เชื้อ ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ ตั้งแต่กระบวนการรับผู้ป่วย การทำความสะอาดรถฉุกเฉิน ทำความสะอาดห้อง ทำความสะอาดลิฟท์ ระบบผ้า ระบบอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ระบบมูลฝอย การส่งสารคัดหลั่ง และเส้นทางต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ ยังมีระบบการเฝ้าบุคลากรที่สัมผัส รวมถึงการให้ความรู้แก่บุคลากร

1.7 มาตรการการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เนื่องโรงพยาบาลไม่มีเตาเผามูลฝอยได้ประสานไปที่กรุงเทพมหานคร เพื่อนำมูลฝอยไปทำลาย แต่โรงพยาบาล มีระบบการ จัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อ ที่ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดวิธีเก็บ เส้นทาง สถานที่ และประสานเวลาส่งแยกจากมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ

1.8 ระบบสนับสนุน เช่น Central Supply ระบบผ้า ในระยะแรกให้นโยบาย ให้ทำแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง แต่ต้องขึ้นกับบริบท ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทางโรงพยาบาลมีการสำรองระบบของใน Central Supply ระบบผ้า หรือสำรองของพัสดุ ที่สามารถรองรับแผนฉุกเฉินได้ในช่วงแรกได้

2. การซ่อมแผนและการประมวลผล

ทางโรงพยาบาล มีการถอดบทเรียน จากการรับผู้ป่วย และมีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงส่งทีมแพทย์ พยาบาล ไปประเมินการซ่อมแผนในโรงพยาบาลต่างๆ ในส่วนภูมิภาค ซึ่งสามารถนำส่วนที่ดีมาปรับใช้กับบริบทของโรงพยาบาล

3. ปัญหาและอุปสรรค

เนื่องจากนโยบายในภาพใหญ่ มีการปรับเปลี่ยน อยู่ตลอดเวลา ทำให้กระบวนการปฏิบัติงานต้องมีการปรับและเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลา ทำให้เกิดระบบการประสานงานไม่ตรงกับที่สื่อออกไป เช่น ระบบการส่งต่อ แรก ๆ ประสานผ่านร.พ. ต่อมาปรับเปลี่ยนให้ผ่าน 1422 แล้ว กรม คร. จะประสานต่อให้มีแนวทางกำหนดในการรับส่งต่อผู้ป่วย ถึงเวลาปฏิบัติจริง ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทำให้ต้องแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า เช่น ในการส่งผู้ป่วยหนักมาที่ร.พ. มีพยาบาล 1 คน ที่ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายมาพร้อมกับผู้ป่วย แต่จนท.อีก 2 คน ที่มากับรถไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ทำให้เวลาเคลื่อนย้ายขึ้นหน่วยงาน จะต้องมีการแจ้งจากตึกลงมาช่วยเคลื่อนย้าย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดรุ (พญ.จริยา แสงสัจจา)

บทบาทหน้าที่ตามกฎหมายนั้น รพ. บาราศนราดรุ เป็นโรงพยาบาลสำหรับกักกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและโรคติดต่อร้ายแรง เช่นที่ผ่านมา ทางโรงพยาบาลจะมีประสบการณ์ในการเตรียมพร้อมรองรับผู้ป่วยไข้หวัดนก H5N1 (แต่ไม่มีผู้ป่วย)โดยมีห้องแยกโรค จำนวน 5 ห้องซึ่งเป็นห้อง negative pressure

แนวทางการเตรียมพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ประกอบด้วย

1. การจัดระบบสั่งการ (Incidence Command System ,ICS) ซึ่งมีทั้งในระดับกรมควบคุมโรคและระดับโรงพยาบาลบาราศนราดรุ

2. การเตรียมพร้อมรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

3. แนวทางการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งจากค่ายกักกัน และที่ผู้ป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาลเอง (walk in) สำหรับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในครั้งนี้

ปัญหาในการดำเนินงานจากการถอดบทเรียน พบว่า

1. แนวทางและขั้นตอน ในการดำเนินการคัดกรอง และการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยพอสมควร เนื่องจากระบบการคัดกรอง ตรวจจับเบื้องต้นมีความไวมาก (high sensitivity) ทำให้พบผู้ต้องสงสัยติดเชื้อเป็นจำนวนมาก และต้องถูกกักกันในห้องแยก (isolate) ตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ มีผลทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความอึดอัดและลำบากใจในการให้คำอธิบาย ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งปฏิเสธในการรับผู้ป่วย
2. ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เนื่องจากการประสานงานที่ไม่ชัดเจน ซึ่งได้มีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ

เจ้ากรมส่งเสริมการเกษตร กองทัพไทย (พลเรือโท นวพล ดำรงพงศ์)

ประเด็นเชิงนโยบาย การตัดสินใจ รูปแบบการจัดระบบบริการกับความมั่นคงแห่งชาติ

แนวคิดเชิงยุทธศาสตร์

การป้องกัน ไม่รบกวนความที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีการเตรียมในการรองรับการติดเชื้ออีโบล่า โดยใช้กลยุทธ์เชิงลึก ตั้งแต่แหล่งการเกิดโรคในแถบแอฟริกา การมีสัญญาณเตือนตั้งแต่ต้นทางการเข้ามาในประเทศไทย คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง ผู้ที่สัมผัสโรค (การฝึกเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดกรอง หากมีเหตุการณ์ในอนาคต ควรจะต้องมีการเตรียมความพร้อม และระบบการติดตามผู้ต้องสงสัย ผู้ที่มีความเสี่ยงได้ดีกว่านี้) การให้ความรู้และการฝึกทักษะในการควบคุม ป้องกันโรคให้แก่เจ้าหน้าที่ เนื่องจากพบว่า ในประเทศกินี แพทย์ พยาบาลเสียชีวิตมาก และเป็นผู้ที่แพร่เชื้อได้มาก

ข้อเสนอ

Mobile Field Hospital ซึ่งใช้ได้กับโรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติต่าง ๆ ได้ดี เนื่องจากมีระบบ quarantine ที่ดีสามารถควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

1. **Route of entry** สนามบินนานาชาติ, ท่าเรือ และ ทางบก
2. **รูปแบบ** รวมศูนย์ แห่งเดียว, Mobile field Hospital และ ตามเขตสุขภาพ
3. **Route of transmission** กรณีที่มีการระบาดรุนแรงมากขึ้น, เกณฑ์, การจำกัดพื้นที่, บุคคลที่สัมผัสฯ การใช้สถานที่ทางทหาร พลเรือน

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 6 (นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภกร)

การระบาดระหว่างประเทศ การรับการสื่อสารจากกรมควบคุมโรคเข้ามาดำเนินการในเขตสุขภาพ แนวทาง

1. ศึกษาให้รู้จักโรคติดเชื้ออีโบล่า ซึ่งได้รับข้อมูลเชิงวิชาการจาก กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้ง สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
2. บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 กรมควบคุมโรค ฝ่ายระวังและประเมินสถานการณ์
 - 2.2 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.3 กรมการแพทย์ ควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรคและการรักษา
 - 2.4 โรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นทหารราบ

3. การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออีโบล่า ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤต(crisis) ซึ่งต้องอาศัยการจัดการและการสั่งการในลักษณะ ของ ICS (Incident Command System) ทั้งนี้ เขตบริการสุขภาพที่ 6

โรงพยาบาลพระปกเกล้า (พญ.อุไร)

แผนรองรับโรคอุบัติใหม่ภายใต้ EID ตั้งแต่ใช้วัตุนกระบาด ซึ่งเป็นแผนกว้าง ๆ ไม่มีแผนรองรับการระบาดของอีโบล่าโดยเฉพาะ มีการซ้อม SRRT อย่างต่อเนื่อง

การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

1. ได้มีการนำ flowchart มาปรับรายละเอียดโดยอิง EID เป็นการเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) จำลองตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล เปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง ส่งตรวจห้องปฏิบัติการ
2. ได้มีการตกลงในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระหว่าง รพ.พระปกเกล้า และ รพ.ชลบุรี โดยหากพบผู้ป่วยจะต้องไม่ส่งต่อ(refer)เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค
3. ทางโรงพยาบาลมีห้องแยกโรคอยู่แล้ว เนื่องจากเคยรับผู้ป่วยโรคซาร์ส
4. แพทย์ที่เป็น ID เป็นผู้คัดกรอง และวินิจฉัยโดยการ check list ซึ่งมีความทุ่มเทเป็นอย่างมาก
5. การซ้อมแผน/การทดลองใส่ ชุด PPE ซึ่งยุ่งยากโดยในระยะแรกพบ contaminate ในหลายขั้นตอน
6. มาตรการการกำจัดขยะติดเชื้อ ดำเนินการตามมาตรฐานคือใช้ถุงปิดมิดชิด (seal) 2 ชั้น และเพิ่มเติมโดยใส่ในกล่องกันน้ำอีก 1 ชั้น
7. มาตรการด้านการป้องกันการตื่นตระหนก (panic) ของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย/ญาติ อื่นๆ ทางโรงพยาบาลได้มี เฉพาะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น
8. ระบบสนับสนุน ได้แก่ ค่าตอบแทนเสี่ยงภัย (ได้ตามปกติอยู่แล้วจากการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง) การพิจารณาความดีความชอบเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ความมุ่งมั่นของทีมงาน
2. การถูกกำหนดให้ รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี เป็นโรงพยาบาลที่ถูกกำหนดให้รับผู้ป่วยโรคติดเชื้อของกระทรวงสาธารณสุข

ปัญหา

1. กลไกการสื่อสารจาก war room ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ล่าช้า ไม่ชัดเจน มีหลายหน่วยงานที่ประสานงานไปยังพื้นที่
2. การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ทำให้ไม่ทราบระยะเวลาในการลดระดับ pre-caution ส่งผลให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่อ่อนล้าในการปฏิบัติงานเพื่อเฝ้าระวังการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1. มาตรการด้านการควบคุม ป้องกันและการรักษาซึ่งข้อสั่งการจาก war room ควรครอบคลุมถึงโรงพยาบาลเอกชนด้วย เนื่องจากผู้ป่วยต่างชาติโดยเฉพาะคนผิวสีส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน
2. ควรกำหนดให้มีจุดประสานงาน(focal point)ที่เป็นระบบเดียวกันในลักษณะของ Emergency Operating Center เพื่อถ่ายทอดนโยบายรวมถึงข้อสั่งการต่าง ๆ war room สู่การปฏิบัติการในพื้นที่

สิ่งที่ต้องการการสนับสนุน

1. ชุดความรู้สำหรับประชาชน เช่น สื่อ แผ่นพับ รวมทั้ง แนวทางปฏิบัติในรูปแบบของ flow chart ทั้งนี้ ส่วนกลางควรเป็นผู้ผลิตและส่งให้พื้นที่
2. การสนับสนุนด้านวิชาการ/วิทยากร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายละเอียดการบริหารจัดการของ รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี

ผู้ป่วยรายแรก ช่วงเดือนสิงหาคม 2557 พบที่ โรงพยาบาลเอกชนต่อมาเริ่มมีอาการทรุดลง จึงส่งต่อมาที่ รพ.พระปกเกล้า ซึ่งทาง รพ.พระปกเกล้าในฐานะ รพศ.ควรจะได้รับผู้ป่วยเพราะศักยภาพดีกว่า รพ.เอกชน โดยประสานงานไปยัง สสจ. ในขณะนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้ออกแนวทาง ในด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ประสานงานไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้รับแจ้งว่าไม่สามารถตรวจได้ จึงได้ประสานไปยังแพทย์ ID (ซึ่งเป็นเพื่อนของ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) รพ.จุฬาลงกรณ์ และได้รับความอนุเคราะห์ในการตรวจให้ ซึ่งใช้เวลาในการตรวจและแจ้งผล 1 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 ช่วงเดือนกันยายน 2557 เป็นชาวกินีเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่ง รพ.พระปกเกล้าได้เตรียมไปรับผู้ป่วยในช่วงเดียวกันได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปประชุมที่กระทรวง (war room) ได้มีข้อสั่งการว่าหากพบผู้ป่วยให้ส่งไปตามลำดับ คือ รพ.ราชวิถี รพ.เลิดสิน รพ.บาราศนราดรุ เมื่อติดต่อไป ทั้ง รพ.ราชวิถีและ รพ.บาราศ ต่างปฏิเสธการรับผู้ป่วย ทำให้เกิดความสับสน และได้ติดต่อไปยังสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุม แต่ไม่ได้รับคำตอบ สุดท้ายจึงได้โทรไปที่ พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมการแพทย์ จึงได้รับทราบว่าจะไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ากรุงเทพ ซึ่งเป็นข้อสั่งการจาก war room ให้ รพศ. รับผู้ป่วยโดยไม่ต้องส่งต่อและให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการไปยังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งใช้เวลาในการตรวจและแจ้งผล 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจมาก เนื่องจากถูกแยกกักกัน (isolate)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช
วันเดือนปีเกิด	28 กันยายน 2507
การศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2530) วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรออร์โธปิดิกส์ (2538) บัณฑิตคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2538) การบริหารโรงพยาบาล รุ่นที่ 37 ปี 2551 ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี(2551) นักบริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ 24 วิทยาลัยนักบริหารสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม (2551) นักบริหารระดับสูง ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม (นบส.) สำนักงาน กพ. (2555)
ประวัติการทำงาน โดยย่อ	เริ่มรับราชการในตำแหน่ง นายแพทย์ 4 (2530) นายแพทย์ 8 ด้านเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2542) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์(นายแพทย์ 8) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (2550) รักษาราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (2552) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง (2553) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (2555) รองอธิบดี กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข (2556)
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองอธิบดี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

ไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

ผู้วิจัย นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช หลักสูตร วปอ รุ่นที่ 57

ตำแหน่ง รองอธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของภาวะโลกร้อน ระบบนิเวศวิทยาของสัตว์ป่า สัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม ชีววิทยาของเชื้อโรครวมถึงเชื้อก่อโรคที่ดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistant Organism) การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคที่เกิดจากเชื้อโรคใหม่ (New Infectious Diseases) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New Geographical Areas) หรือโรคอุบัติใหม่รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging Infectious Diseases) ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และปัจจัยส่งเสริมต่อการแพร่ระบาดได้แก่ ระบบการเลี้ยงสัตว์ การบริการทางสุขภาพสัตว์ การเกษตรกรรม การเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของกลุ่มประชากรมนุษย์ สัตว์ พืชและอาหารระหว่างประเทศ ความคล่องตัวด้านการคมนาคม ช่วยให้เดินทางไปมาหาสู่ระหว่างประเทศสะดวกมากขึ้น การแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้ในวันจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากยังไม่มียาหรือวัคซีนในการป้องกันและรักษา

ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาและได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ในปี พ.ศ.2545-2546 มีการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) โดยพบผู้ป่วยใน 29 ประเทศ จำนวน 8,096 ราย เสียชีวิต 774 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 9.56) ประเทศไทยพบผู้ป่วย 9 รายและเสียชีวิต 2 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 22.22) ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2546-2556 มีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) สายพันธุ์ H5N1 ที่ติดเชื้อมาจากสัตว์ปีก พบผู้ป่วย 637 รายและเสียชีวิต 378 ราย ใน 15 ประเทศ (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 59.34) ระบาดในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2546-2552 โดยพบผู้ป่วย 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 68) และในปี 2552 ประเทศไทยมีการระบาดไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ Pandemic (H1N1)หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 พบผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งปัจจุบันได้กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (Seasonal Influenza) ที่พบปะปนกับสายพันธุ์ต่างๆทั่วไปโดยในปี พ.ศ.2557 พบผู้ป่วย 58,980 ราย เสียชีวิต 59 ราย

ปี 2557 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าใน 3 ประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก คือ กินี เซียร์ราลีโอนและไลบีเรีย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557 พบผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า มีจำนวนผู้ป่วย 13,567 รายและมีผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 4,591 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 36.49) นอกจากนี้ ยังพบการติดเชื้อในกลุ่มแพทย์ พยาบาลและอาสาสมัครที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้มีอาการป่วยจำนวน 450 รายและเสียชีวิตถึง 244 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ

36.49) และยังมีรายงานการพบผู้ป่วยในอีกหลายประเทศ ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล DR Kongo สหรัฐอเมริกา สเปนและมาลี ข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประชาชนในประเทศ ต่างๆ ทั่วโลกมีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อไวรัสอีโบล่า เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรโลกอยู่อย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา โดยทั้งนี้ ประเทศที่มีพรมแดนติดกับประเทศที่มีการระบาด จะมีความเสี่ยงสูงที่ประชาชนจะได้รับเชื้อไวรัสอีโบล่า สำหรับประเทศไทยได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและเสียชีวิตของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการท่องเที่ยว และความมั่นคงต่อประเทศโดยรวม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะรองอธิบดีกรมการแพทย์ที่รับผิดชอบในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและร่วมพัฒนาระบบทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่า จึงมีความสนใจในการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในด้านจิตวิทยาและความมั่นคง อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย รวมถึงสามารถป้องกันการแพร่ระบาดและผลกระทบต่าง ๆ ได้
4. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอบเขตในการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาวิจัยตามบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมนโยบายที่เหมาะสม มาตรฐานและแนวทางการรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออีโบล่า การติดตามสถานการณ์ การสั่งการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน การวินิจฉัย การดูแลรักษา การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และการแปลงสู่การปฏิบัติ โดยจะศึกษาวิจัยในพื้นที่ประเทศไทยครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร
2. ระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2557 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2558

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาและรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลระดับทุติยภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนโยบายการรับมือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข เอกสารวิชาการ งานวิจัยเกี่ยวกับไวรัสอีโบล่า จากในประเทศไทย และต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ข้อมูลระดับปฐมภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.1 ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

2.1.1 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.1.2 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

2.1.3 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมการแพทย์

2.1.4 อธิบดีหรือผู้ทรงคุณวุฒิ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.1.5 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

2.2 ผู้บริหารหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.2.1 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนัก โรงพยาบาล ในสังกัดกรมการแพทย์

2.2.2 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนัก โรงพยาบาล ในสังกัดกรมควบคุม

โรค

2.2.3 ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการสำนักโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.4 ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

นำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมสามารถรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยล้านคนต่อเขตสุขภาพ

ผลการวิจัย

สรุปแนวคิด นโยบาย เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงแนวคิดและหลักการของแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556 - 2559) และนโยบายการรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการติดตามสถานการณ์โรคและสภาพปัญหาการแพร่ระบาดของอย่างใกล้ชิดทั้งในประเทศต่างประเทศ ประเมินความเสี่ยงและช่องทางการแพร่ระบาดสู่ประเทศไทย โดยดำเนินการอย่างสอดคล้องกันตั้งแต่แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 11 นโยบายรัฐบาล คณะกรรมการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และความร่วมมือของหน่วยงานระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) และกรอบยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases : APSED , ASEAN , Internal Health Regulation : IHR และความสำคัญของการประกาศภาวะฉุกเฉินทาง

สาธารณสุขระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) ตลอดจนองค์ความรู้ทั่วไปของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าทั้งในด้านระบาดวิทยา การแพร่ระบาด ความก้าวหน้าในการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา การควบคุมป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค

สรุปสภาพทั่วไปและปัญหาของระบบการแพทย์และสาธารณสุข

พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าใน 3 ประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก คือ กินี เซียร์ราลีโอนและไลบีเรีย และบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งอาสาสมัครติดเชื้อไวรัสอีโบล่าป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากทั้งยังแพร่ระบาดไปยังอีก 6 ประเทศ ได้แก่ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา

ปัจจัยหลักที่ทำการแพร่กระจายของเชื้ออีโบลามีการระบาดอย่างรุนแรงคือปัจจัยด้านวัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกกระบวนการที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและวิถีจัดการศพแบบพื้นเมืองประชาชนไม่ยอมแจ้งแก่เจ้าหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยทำให้เพิ่มการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนการเคลื่อนย้ายประชากรในประเทศและระหว่างประเทศและระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่ขาดความเข้มแข็ง มีผลให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและกระจายในหลายพื้นที่อย่างกว้างขวาง มีโอกาสที่จะแพร่ระบาดไปยังภูมิภาคอื่นได้ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต เศรษฐกิจ สังคม เนื่องจากประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางธุรกิจ การท่องเที่ยวของประเทศหนึ่งของโลกย่อมมีโอกาสการได้รับผลกระทบและมีความเสี่ยงจากการแพร่ระบาด

สภาพทั่วไประบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประเทศ ได้มีการวางมาตรการในการเตรียมความพร้อมในด้านการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าครบถ้วน 12 ด้านที่สอดคล้องกับคำแนะนำตามประกาศขององค์การอนามัยโลกตามประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ซึ่งได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้ออีโบล่าเป็นศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) เพื่อเป็นหน่วยสั่งการ (Incidence Command System, ICS) ทั้งในเชิงนโยบายและมาตรการ การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Operation) ทั้งนี้ โดยการนำข้อมูลจากการติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค มาวิเคราะห์และสังเคราะห์โดยทีมวิชาการซึ่งประกอบด้วยกลุ่มสหวิชาชีพ (แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ) ในการเฝ้าระวังประเมินสถานการณ์และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์บนฐานวิชาการ (Evidence Based) เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงบริหาร รวมทั้งการสื่อสารความเสี่ยงและสื่อสารสาธารณะ ทั้งนี้ มีกลไกในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล โดยการมอบหมายหน่วยงานระดับกรมในสังกัดกระทรวงตามบทบาทที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ มีการประสานงานและบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย

สรุปปัญหาได้ดังนี้

1. ข้อจำกัดในการบังคับทางกฎหมาย (Law Enforcement) ของกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ไม่สามารถควบคุม คัดกรองและติดตามผู้ที่เข้าข่าย จะเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ระบบการสั่งการยังไม่เป็นเอกภาพที่แท้จริง
3. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
4. ข้อจำกัดของระบบการเงินการคลังรวมทั้งกฎระเบียบ ตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์
5. สังคมและประชาชน ตื่นตระหนก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้นกล้า ระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้และสร้างความเข้าใจขาด ประสิทธิภาพ

สรุปแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทยดังนี้

1. กำหนดให้มีระบบการสั่งการที่มีเอกภาพโดยผู้สั่งการผู้เดียว (Single Commander) ประสานและสั่งการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดกลไกและหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ
3. กำหนดให้มีการซ้อมแผนและประเมินระบบความพร้อมตอบโต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
4. พัฒนาระบบติดตาม กำกับและประเมินผลนโยบาย และการดำเนินงาน
5. พัฒนาระบบข้อมูลและระบบการสื่อสารความเสี่ยง การสื่อสารสาธารณะ การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจของประชาชน
6. ปรับปรุงกฎหมายและการมอบอำนาจหน้าที่ในการใช้กฎระเบียบที่เอื้อต่อการควบคุม&ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในการควบคุม คัดกรองและติดตามผู้ที่เข้าข่ายจะเป็นผู้ติดเชื้อ
7. พัฒนาระบบการเงินการคลังตลอดจนทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่ทันต่อสถานการณ์
 - 7.1 ระบบงบประมาณในการดำเนินการเพื่อรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำโดยเฉพาะ ซึ่งจัดตั้งไว้ที่หน่วยงานรับผิดชอบหลัก แทนการเสนอของบกลางรายปี
 - 7.2 งบประมาณในการลงทุนพัฒนาโครงสร้างของโรงพยาบาลให้มีหอผู้ป่วย หรือห้องแยกโรค ที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำรวมทั้งห้องปฏิบัติการที่เป็นพื้นที่เฉพาะ (Designated Receiving Area; DRA) โรงพยาบาลขนาดใหญ่(รพศ.) @ Point of Entry โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งทั่วประเทศ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ายังมีข้อจำกัดและปัญหาการพัฒนาระบบ ฯ ทั้งในระดับนโยบาย การสั่งการ การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งทรัพยากร กฎหมายและระเบียบอยู่พอสมควร ดังนั้น การพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความพร้อมรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการป่วย การเสียชีวิตและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของชาติ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โรคอุบัติใหม่ที่มีความรุนแรง เช่น โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ฯ เป็นภัยคุกคามความมั่นคงของชาติ การกำหนดให้มาตรการการป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) และกองทัพกับกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการนำแนวคิด วิธีการทางทหารในการเผชิญภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพบูรณาการในการเผชิญปัญหา

2. ศึกษาวิจัย ด้านการพัฒนาระบบความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หรือโรคติดเชื้อที่มีการระบาดในวงกว้าง โรคติดเชื้อที่มีความรุนแรงจากประสบการณ์ขององค์การอนามัยโลกและต่างประเทศ นำมาประยุกต์เข้ากับบริบทของประเทศไทย

3. การกำหนดรูปแบบ(Model) ของระบบสาธารณสุขที่เหมาะสม ในการรองรับผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศไทย

3.1 รูปแบบ Mobile System : Field Hospital ซึ่งต้องกำหนดแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ทั้งแผนงบประมาณ แผนการพัฒนาระบบ แผนการเตรียมความพร้อมของบุคลากร และการฝึกซ้อมอย่างเป็นระบบ จะทำให้ระบบมีความยืดหยุ่น อ่อนตัวรองรับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

3.2 สร้างและพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็น Quarantine ในกรณีที่อาจมีการแพร่ระบาดในวงกว้าง และอาจต้องมีการปรับปรุงกฎหมายในการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ (ทหาร หรือ ตำรวจ) ในการควบคุมกำกับ

3.3 พัฒนาโรงพยาบาลที่มีระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค 3 ชั้น (three tier) ชั้นในดูแลผู้ป่วย ชั้นกลางควบคุมดูแลผู้สัมผัสและบุคลากรทางการแพทย์ ชั้นนอกบุคคลปกติและสามารถควบคุมการปะปนจากภายในสู่ภายนอก และจากภายนอกสู่ภายใน โดยกำหนดพิกัดพื้นที่ให้การวางที่เหมาะสม ห่างไกลชุมชน สามารถจัดระบบการกักกันผู้ติดเชื้อและผู้สัมผัสจนถึงระยะปลอดภัยต่อการแพร่เชื้อ ทั้งนี้ รูปแบบที่เหมาะสมคงต้องประเมินตามสถานการณ์ความเสี่ยงและโอกาส ที่จะเกิดขึ้น

4. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาวัคซีน (Vaccine) และยาสำหรับรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

5. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ ระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค