

บันทึกจากบรรณาธิการ/Editorial Note

วิชาญ บุญกิติกร

บรรณาธิการบริหาร

Wichan Bhunyakitikorn

Executive Editor

✉ vichan_pawun@yahoo.com

ในระบบเฝ้าระวังระดับชาติ เรามักเริ่มต้นด้วยชุดข้อมูลเชิงปริมาณ ตัวเลขค่าความชุก (prevalence) อัตราป่วย (incidence) หรือกราฟแนวโน้มที่แสดงบนแดชบอร์ด แต่ในความเป็นจริงแล้ว “เสียงเตือน” แรกของโรคมักไม่เคยปรากฏอยู่ในระบบข้อมูล โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงสูงที่เข้าถึงข้อมูลยากและมักอยู่นอกสายตา

การระบาดของเชื้อ *Mycoplasma pneumoniae* ภายในเรือนจำแห่งหนึ่งเมื่อเดือนตุลาคมที่ผ่านมา อาจดูเหมือนเหตุการณ์ขนาดเล็ก ไม่มีผู้เสียชีวิตรุนแรง และแทบไม่เป็นข่าว แต่สำหรับระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่เน้น “สัญญาณเตือนล่วงหน้า” มากกว่าการรอ “ข้อมูลยืนยัน” เหตุการณ์นี้คือ ตัวอย่างชัดเจนของความเสี่ยงเชิงระบบที่ไม่อาจละเลย

เชื้อนี้แพร่กระจายอย่างเงียบ (silent transmission) ซ้ำ แต่ต่อเนื่อง และแทบไม่มีสัญญาณเตือนที่เห็นได้ชัด ไม่จำเป็นต้องข้ามจังหวัดหรือข้ามพรมแดน เพียงแค่ข้าม ‘ช่องว่างของระบบเฝ้าระวัง’ ก็เพียงพอให้กลายเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤติได้

สิ่งที่ทีมเฝ้าระวังของเราพบ จึงไม่ใช่เพียง “การระบาดในเรือนจำหนึ่งแห่ง” แต่คือภาพสะท้อนของ Blind spot ด้านความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศไทย กล่าวคือ พื้นที่ปิดที่ระบบเฝ้าระวังยังเข้าไม่ถึงอย่างแท้จริง เช่น เรือนจำ ศูนย์กักกันผู้ต้องกัก สถานพินิจ โรงงานระบบปิด ศูนย์พักพิง สถานสงเคราะห์ โรงเรียนกึ่งนอน และบ้านพักแรงงานต่างด้าว พื้นที่เหล่านี้คือ “จุดเริ่มต้นที่อาจจุดไฟลุกลาม” ก่อนที่ตัวเลขระดับประเทศจะยับ และก่อนที่ระบบเฝ้าระวังแบบ passive surveillance จะทันรับรู้

ในบริบทเช่นนี้ “Syndromic Surveillance” จึงเป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ข้อจำกัดด้านการวินิจฉัย และการรายงานข้อมูลยังสูง การเฝ้าระวังจาก “สัญญาณอาการ” (เช่น กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลัน) สามารถทำหน้าที่เป็นเรดาร์เตือนภัยล่วงหน้า ช่วยให้ระบบสามารถตรวจจับ ความผิดปกติได้ก่อนที่จะข้อมูลทางห้องปฏิบัติการจะยืนยัน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาคนและพัฒนาระบบในพื้นที่ ให้สามารถดำเนินการลักษณะนี้ได้ “ด้วยตนเอง” อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงรอการสนับสนุนจากส่วนกลางในยามเกิดเหตุ

ในอีกมุมมองหนึ่ง เหตุการณ์นี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพว่าพื้นที่ปิดจำนวนมากยังคงอยู่นอกขอบเขตของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และอยู่นอกสายตาของระบบเฝ้าระวังหลัก นี่คือเหตุผลที่การออกแบบนโยบายด้านสาธารณสุข จึงต้องคำนึงถึงหลัก “Health Equity” เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีประชากรกลุ่มใดถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

และยิ่งไปกว่านั้น เหตุการณ์นี้ยังตอกย้ำความสำคัญของกรอบคิด “One Health” ซึ่งมองสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์รวมที่เชื่อมโยงกัน พื้นที่ปิดหลายแห่ง มีความหนาแน่นสูง สภาพแวดล้อมจำกัด และมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ซึ่งเอื้อต่อการเกิดและแพร่กระจายของโรคอุบัติใหม่ การเฝ้าระวังเชิงรุกในอนาคตจึงต้องตั้งอยู่บนการบูรณาการข้อมูลข้ามหน่วยงานอย่างแท้จริง

นี่คือจุดเปลี่ยนที่เราจำเป็นต้อง “คิดใหม่” อย่างจริงจัง

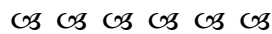
ไม่ใช่เพียงถามว่าเราจะ “ควบคุมเหตุการณ์ได้หรือไม่”

แต่ต้องถามว่า เรามีศักยภาพ “มองเห็นและป้องกันก่อนเกิด” ได้เร็วเพียงใด

ก่อนที่ความล่าช้าเพียงเจ็ดวันจะขยายเป็นวิกฤติระดับประเทศ

ระบบเฝ้าระวังของเราต้องพัฒนาไปสู่ “ระบบ Early Warning ที่สามารถระบุความเสี่ยงในพื้นที่ที่ปิดได้จริง” ควบคู่กับการเสริมศักยภาพคนและระบบในพื้นที่ ให้สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ในนามของกองระบาดวิทยา ขอยืนยันว่า การเฝ้าระวังในพื้นที่ปิดจะไม่ใช่ช่องว่างของระบบอีกต่อไป แต่จะเป็นหมุดหมายใหม่ของการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ ผ่านระบบเฝ้าระวังเชิงรุกที่มุ่ง “ตรวจจับเร็ว ตอบโต้ทัน ป้องกันได้”



บทเรียนเล็ก ๆ ครั้งนี้ไม่ใช่เพียงเหตุการณ์เฉพาะพื้นที่
แต่คือ “สัญญาณ” ว่าประเทศไทยต้องปรับจากการ “ตั้งรับ” สู่การ “ป้องกันก่อนเกิด” ด้วย ระบบ EARLY
WARNING ที่มองเห็นความเสี่ยงในพื้นที่ที่ปิดได้จริง พัฒนาคนและระบบในพื้นที่ให้ทำได้ด้วยตนเอง
เพื่อให้เราก้าวทันโรค ไม่ใช่ปล่อยให้โรคก้าวนำเราอีกต่อไป