

แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔



กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)
Division of Innovation and Research (DIR.)

แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

พ.ศ.2562-2564

ISBN: (E-Book)

ที่ปรึกษา

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย | อธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 2. นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข | ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิฯ |
| 3. 医師ที่ปรึกษาชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ | ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย |

บรรณาธิการ

- นายปฏิตร คตโคตร กองนวัตกรรมและวิจัย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- ดร.เภสัชกรหญิงนัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร
- นางสาวชนนี รอดสว่าง
- นายอภิชาณ ทองใบ
- นางสาวเบญจมาศ นาคราช
- นายเดชาคม ยงยืน
- นางสาวกชพร วรรณพันธ์
- นางสาววรณิภา บรรลังก์
- นางสาวกุลจิตา สุขมาก
- นายศรายุทธ ตาสัก
- นายทรงพล ชมภูพู
- นางสาวลักษณ์นาถ ไชยทอง
- นางสาววิไลพร วงศ์กรรศิลป์

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562

พิมพ์ที่ : -

จัดทำโดย กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

Division of Innovation and Research (DIR.)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จำนวน0..... เล่ม

คำนำ

กรมควบคุมโรคเป็นส่วนราชการที่มีพันธกิจในการวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยี การป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประเทศไทย ผลงานวิจัยต้องมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่าง แนวทาง และมาตรการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งกรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564 ขึ้น เมื่อปี 2559 ให้หน่วยงานหรือนักวิชาการที่สนใจ นำประเด็นวิจัยไป จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ของโลกที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีแนวโน้มของขนาด และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเด็นวิจัยที่กำหนดไว้ อาจไม่ทันต่อสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้อง จัดทำให้สอดคล้อง และทันสมัย

กรมควบคุมโรคจึงได้มีการทบทวนประเด็นวิจัยและจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564 ขึ้น โดยมีกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และจัดทำ ประเด็นวิจัยที่มีการจัดลำดับความสำคัญแยกตามแผนงานควบคุมโรค 5 แผนงาน ได้แก่ แผนงานโรคติดต่อ แผนงานโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรังและโรคไวรัสตับอักเสบ แผนงานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แผนงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และแผนงานวิจัยเชิง ระบบและปัญหาเชิงปรัชญาในกลุ่มประชากร ทั้งนี้การจัดทำแผนงานวิจัยรายโรคเพื่อการควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพหนึ่งๆ มุ่งเน้นการตอบค่าถามงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการ แนวทาง และการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ นั้น รวมถึงการประเมินผลส่วนแผน งานวิจัยเชิงระบบจะครอบคลุมถึงประเด็นนโยบาย/ยุทธศาสตร์ เน้นการดำเนินงานในระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับ การควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การดำเนินงานของกรมควบคุมโรครวมทั้งกลุ่มวัย/กลุ่มประชากร บทบาทหน้าที่ ในการอภิบาลระบบป้องกันควบคุมโรค (National Health Authority) และการวิจัยในกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น รวมทั้งครอบคลุมสุขภาพตาม The WHO Health Systems Framework :Six Building Blocks

หนังสือแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564 ฉบับนี้ได้นำเสนอ เนื้อหาประเด็นวิจัยในส่วนที่ประเทศไทยยังขาดองค์ความรู้และต้องการคำตอบ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่าง แนวทาง มาตรการและแนวทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายลดโรคและภัยสุขภาพตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

คณะผู้จัดทำมีความมุ่งหวังว่า แผนงานวิจัยฯ ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยและเครือข่ายวิจัยในทุกภาคส่วน รวมทั้งมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่จะได้ทราบถึงประเด็นวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ประเทศไทยต้องการหาคำตอบ และร่วมกันผลิตผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผล คุ้มค่า รวมถึงการนำไปต่อยอดในการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดี ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

มกราคม 2562

๑
สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ค
ประเด็นวิจัยเร่งด่วน	1-3
แผนงานวิจัยโรคติดต่อ	
1. โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	4-6
2. โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	7-10
3. โรคพิษสุนัขบ้า	11-12
4. โรคหนองพยาธิ	13-15
5. โรคติดต่ออุบัติใหม่	16-19
6. โรคเมือ เท้า ปาก	20-21
7. โรคเมลิอยด์สิส	22-23
8. โรคเลปโตสเปโรสิส	24-25
แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ	
9. โรคเอดส์	26-30
10. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	31-33
11. โรคเรื้อน	34-36
12. โรคไวรัสตับอักเสบ	37-39
13. โรควัณโรค	40-45
แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ	
14. โรคไม่ติดต่อ	46-53
15. การบาดเจ็บ	54-57
16. การควบคุมการบริโภคยาสูบ	58-59
17. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	60-64
แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม	
18. โรคจากการประกอบอาชีพ	65-69
19. โรคจากสิ่งแวดล้อม	70-73
แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่	
20. กลุ่มเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่	74-81
ภาคผนวก	
1. กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2560-2564	82-84
2. ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วหรือกำลังทำอยู่	85-97
3. คณะกรรมการผู้จัดทำ	98-100

ประเด็นวิจัยเร่งด่วนตามแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ปี 2562-2564

แผนงานควบคุมโรคติดต่อ

- A1** การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคของประชาชนชาวไทยอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป เพื่อพิจารณาวัคซีนเข็มกระตุ้น
- A2** สำรวจข้อมูลพฤติกรรมและความรู้การป้องกันโรคในผู้ผลิตอาหาร น้ำ และน้ำแข็ง
- A16** นวัตกรรมพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิไปไม่ตืบ
- A13** นวัตกรรมพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน
- A32** นวัตกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารความเสี่ยงของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคเมือ เท้า ปาก
- A3** การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจโรค และตัวทำนายก่อนเกิดการระบาดโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว
- A22** การศึกษาเพื่อทราบขนาดปัญหา/ทำนายสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์

แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคเรื้อน และวัณโรค

- B1** การศึกษาผลกระทบจากการร่วมยาต้านไวรัสเอชไอวี (ทันที) any CD4
- B38** การประเมินความไวและความจำเพาะของการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ด้วยชุดทดสอบแบบรีพลเร็ว (rapid screening test)
- B37** การศึกษา cost effectiveness ของสูตรยาต่างๆในการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี
- B2** Invention of nanoparticle condoms and advocating for changing social norm related with condoms and condom use

แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- C1** การศึกษาระดับและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื่องที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- C2** การศึกษารูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการใหม่
- C3** การศึกษาปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในวัยทำงาน
- C4** พัฒนาวัตกรรมและเทคโนโลยีทางด้านชีวการแพทย์ สังคม และด้านอื่นๆเพื่อส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วย เช่น การฝังชิพเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย
- C5** การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมและความรอบรู้ที่สนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสม
- C6** การศึกษาปัจจัยการรับรู้ ความเชื่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย
- C12** การศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

แผนงานควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

- D1** การพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกันการรับสัมผัสสารมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เน้นการจัดการที่ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งมลพิษขยายแหล่งมลพิษทางอากาศ พื้นที่ศักยภาพแร่ สารพิษตกค้างやวนาน (POPs) สารอินทรีย์ระเหยง่าย (PAH) เป็นต้น
- D2** การพัฒนาวัตกรรม และวิธีวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ตัวใหม่ๆ ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น ชุดทดสอบอย่างง่ายในการตรวจสอบสารโลหะหนักในตัวอย่างชีวภาพ ชุดทดสอบอย่างง่ายในการตรวจสอบสารกำจัดศัตรูพืชในตัวอย่างชีวภาพ พัฒนาวิธีวิเคราะห์และตัวบ่งชี้ของสารกำจัดศัตรูพืชในตัวอย่างชีวภาพ พัฒนาวิธีวิเคราะห์และตัวบ่งชี้ของสารมลพิษตกค้างやวนาน เป็นต้น

D5 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

D6 การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสำหรับคัดกรองความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ เช่น การประเมินการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร สุขภาพจิตจากการประกอบอาชีพ สารทำละลายอินทรีย์ สารก่อมะเร็ง เป็นต้น

D7 การศึกษากลไกการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการส่งเสริม และดูแลสุขภาพจากการประกอบอาชีพในกลุ่มวลแรงงาน เช่น กลไกการขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ., คสจ., Safety Thailand, คปอ. ระดับประเทศและระดับจังหวัดเพื่อการส่งเสริม ดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพในกลุ่มวลแรงงาน)

แผนงานเชิงระบบการบริหารจัดการ งานป้องกันควบคุมโรค ประเด็นเชิงบูรณาการและเชิงระบบ

E1 การพัฒนานวัตกรรม สำหรับตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (ศึกษาร่วมกับศูนย์วิจัยօวกาศ)

- การศึกษาการใช้يانชนส์รีคันขับ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- การศึกษาเพื่อจัดทำ shelter ในภาวะฉุกเฉิน
- การพัฒนา Personal Protective Equipment ระดับ A ในการสอบสวนโรคและรองรับอุบัติภัย
- การศึกษาเพื่อพัฒนาการรองรับอุบัติภัยจากสารเคมี"

E5 การพัฒนาระบบ และกลไก การจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง

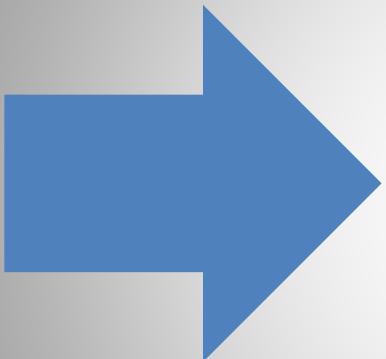
- ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางภาษี การตลาดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม
- ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมต่อชุมชนประเภทต่างๆ เช่น ชุมชนแออัด คนเร่ร่อน ชุมชนจัดตั้ง เป็นต้น"

E15 มาตรการเพิ่มเติมในการป้องกันควบคุมโรค ที่ควรบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งประชารัฐไทยและประชารัฐกลุ่มเฉพาะ

E18 ความเป็นไปได้ กลไกการทำงาน และประโยชน์ของการเป็น National/ Ministry public health data center

แผนงานวิจัย

โรคติดต่อ



- ↗ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
- ↗ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
- ↗ โรคพิษสุนัขบ้า
- ↗ โรคหนองพยาธิ
- ↗ โรคติดต่ออุบัติใหม่
- ↗ โรคเมือ เห้า ปาก
- ↗ โรคเมลิอยด์สิส
- ↗ โรคเลปโตสเปโรสิส

แผนงานวิจัยโรคติดต่อ

1. โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

สถานการณ์โรค

ด้วยสภาพการณ์ปัจจุบันภัยหลังจากที่มีการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทำให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างขององค์กรและหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หลายด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณ ระบบการกระจายวัคซีนด้วยระบบใหม่ ระบบการนิเทศ ควบคุมกำกับประเมินผล ความหลากหลายของการให้บริการมีมากขึ้น รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของบุคลากร การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าวล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการวัคซีนเป็นอย่างมาก จากการสำรวจ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครั้งล่าสุดเมื่อปี 2556 พบว่า ในภาพรวมความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกชนิด ทั้งในเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนมีระดับสูงเกินกว่าร้อยละ 90 แต่ยังพบเด็กกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับวัคซีน สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ผู้ปกครองจำวันนัดรับวัคซีนไม่ได้ เมื่อพ้นกำหนดแล้ว จึงไม่ได้พาเด็กไป ผู้ปกครองไม่ว่าง ไม่มีเวลาพาไป และในช่วงวันนัดรับวัคซีนเด็กไม่สบายจึงไม่พาไปรับวัคซีนและผู้ปกครองย้ายที่อยู่อาศัย จึงทำให้ เด็กพลาดการได้รับวัคซีนตามกำหนด ปัญหาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดในบางพื้นที่ ซึ่งมักพบในกลุ่มชุมชนแออัด กลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย กลุ่มที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ถิ่นทุรกันดาร หรือชายขอบ ซึ่งทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

เมื่อพิจารณาการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จากรายงานการเฝ้าระวังโรค ของสำนักงานสาธารณสุขไทยในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2557-2560) และในปี 2561 ล่าสุดข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2561 พบว่าประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอติดต่อกันเป็นเวลากว่า 20 ปี สำหรับโรคที่มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ บาดทะยักในทารกแรกเกิด มีผู้ป่วยจำนวน 2 รายและเสียชีวิต 1 รายในปี 2557 หลังจากนั้นไม่พบ ผู้ป่วยบาดทะยักในทารกแรกเกิดในปี 2558-2561 โรคคางทูมในปี 2561 พบผู้ป่วย 1,961 รายลดลงจาก ในปี 2560 มีผู้ป่วย 2,343 ราย (อัตราป่วย 3.55 ต่อประชากรแสนคน) และจากเดิมมีผู้ป่วยปีละ 2,623-3,695 ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่พบรูปในเด็กอายุ 5-9 ปี รองลงมาเป็นอายุต่ำกว่า 5 ปี และอายุ 10-14 ปี ตามลำดับ และโรคไข้หวัดใหญ่ ปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศจำนวน 163,331 ราย อัตราป่วย 247.25 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 33 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยในภาพรวม มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันในปี 2560 เพิ่มกับ 200,882 ราย (อัตราป่วย 304.09 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 58 ราย (อัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน)

สำหรับโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคหัดเยอรมัน ในปี 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 316 ราย เพิ่มขึ้นจากในปี 2560 มีผู้ป่วย 258 ราย (อัตราป่วย 0.39 ต่อประชากรแสนคน) และจากเดิมมีผู้ป่วยปีละ 157-240 ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต โรคคอดตับ ในปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 9 ราย (เป็นผู้ป่วย อายุมากกว่า 15 ปีจำนวน 1 ราย) อัตราป่วย 0.01 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.001 ต่อประชากรแสนคนเพศชายต่อเพศหญิง 1: 2 เป็นผู้ป่วยอายุ <15 ปี จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 88.89) และอายุมากกว่า 15 ปีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 11.11) เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นจากในปี 2558-2560

พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย 9 ราย และ 4 ราย โรคไข้สมองอักเสบเจ้อ ในปี 2561 พบผู้ป่วย 17 ราย เพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมาในปี 2560 พบผู้ป่วย 14 ราย (อัตราป่วย 0.02 ต่อประชากรแสนคน) และในปี 2557-2559 พบจำนวน 10 ราย 14 ราย และ 11 รายตามลำดับ โรคโกรกในปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้น จำนวน 117 ราย จาก 27 จังหวัด (อัตราป่วย 0.18 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 3 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 0-5 ปี จำนวน 63 ราย (53.8%) อายุในช่วงอายุที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ได้รับวัคซีน หรือ ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ในอายุ 1-3 เดือน (29.91%) รองลงมา คือ อายุ 35-44 ปี (9.40 %) อายุ 25-34 ปี (7.69 %) จากในปี 2560 พบผู้ป่วยจำนวน 77 ราย (อัตราป่วย 0.12 ต่อประชากรแสนคน) และมีผู้เสียชีวิต 2 รายโดยในปี 2557-2559 พบจำนวน 16-74 ราย และมีผู้เสียชีวิต 2 รายในปี 2558 และโรคหัด พบร้าปี 2561 มีรายงานผู้ป่วยไข้ออกผื่น หรือสงสัยหัด ทั้งสิ้น 5,442 ราย เสียชีวิต 21 ราย (อัตราป่วยตาย 0.39) มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5,391 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 2,451 ราย (ร้อยละ 45) เป็นผู้ป่วยที่มีความ เชื่อมโยงทางระบบทิพยา 1,448 ราย (ร้อยละ 30) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 1-4 ปี จำนวน 1,162 ราย (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 20-39 ปี (ร้อยละ 27) อายุน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 16) และ อายุ 5-9 ปี (ร้อยละ 13) ตามลำดับ เพศชายและหญิงในอัตราส่วน 1:1.33 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี 2560 พบผู้ป่วย 2,981 ราย (อัตราป่วย 4.5 ต่อประชากรแสนคน) จากเดิมมีผู้ป่วยปีละ 921-1,688 รายต่อปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 33 เป็นผู้ป่วยในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-34 ปี ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน (AEFI) พบร้า ในปี 2560 พบรายงาน ผู้ป่วย 552 ราย (อัตราป่วย 0.84 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 3 ราย (อัตราตาย 0.54 ต่อประชากรแสนคน) จากเดิมที่มีผู้ป่วยจำนวน 476-673 ราย เสียชีวิต 1-4 ราย

ดังนั้น เพื่อให้เกิดการเร่งรัดการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับประชาชนชาวไทย โดยเฉพาะ เร่งรัดความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่ความครอบคลุมวัคซีนต่ำ โดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คงรักษาระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการป้องกันไม่ให้ โรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลงหรือหมดไปแล้วกลับมาระบาดขึ้นใหม่จนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ของประเทศไทย จึงต้องมีการจัดเตรียมแผนและแนวทางรวมถึงข้อมูลที่สำคัญสำหรับโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการแก้ไขปัญหาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วย วัคซีนในพื้นที่ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการควบคุมป้องกันโรครวมถึงเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันใน ประชากรเด็กและผู้ใหญ่ให้เพียงพอเพื่อลดความรุนแรงของโรคและไม่ให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างต่อไป

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ระหว่างการผลักดันการให้วัคซีนที่มีส่วนประกอบของโกรกไออกน เพื่อเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันในเด็กโตและผู้ใหญ่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไออกน สูตรเด็กโตหรือผู้ใหญ่ (Tdap) โดยลดปริมาณแอนติเจนของคอตีบเพื่อลดผลข้างเคียง เพื่อใช้ในเด็กและผู้ใหญ่ หรือวัคซีนไออกนเดี่ยว หรือ acellular pertussis vaccine (aP) และปัจจุบันยังไม่มีการสนับสนุนวัคซีน Tdap หรือ aP เพื่อควบคุมโรคในผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป รวมถึงการให้ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อหวังผลส่งผ่าน

ภูมิคุ้มกันไปสู่ทางการและเด็กหลังคลอดที่มีการพับผู้ป่วยกลุ่มแรกก่อนอายุที่ให้วัคซีนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่รุนแรงและเสียชีวิตได้

2. ประชาชนในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ยังพับผู้ป่วยโรคคอตีบและผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ.2520 ซึ่งยังไม่มีการให้วัคซีน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่เกิดในช่วงต้นของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบมาก่อน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	2560	2561	2562	2563	2564
1. อัตราป่วยโรคหัด ต่อล้านประชากร ในปี พ.ศ. 2563 และรักษาระดับความสำเร็จการกำจัดหัดให้ได้ตลอดไป	ไม่เกิน 4 รายต่อประชากร ล้านคน (260 ราย)	ไม่เกิน 3 รายต่อประชากร ล้านคน (195 ราย)	ไม่เกิน 2 รายต่อประชากร ล้านคน (130 ราย)	ไม่เกิน 1 รายต่อประชากร ล้านคน (65 ราย)	ไม่เกิน 0.5 รายต่อล้านประชากร
2. ไม่มีผู้ป่วยโรคโปลิโอลายใหม่ และสามารถลดลงโรคโปลิโอได้สำเร็จตามพันธะสัญญานานาชาติ				0 ราย	
3. อัตราป่วยโรคคอตีบต่อแสนประชากรไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด				0.015 (10 ราย)	
4. อัตราป่วยโรคไอกรนต่อแสนประชากรไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด				0.08 (50 ราย)	
5. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย (ทุกหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศไทย)	ความครอบคลุมวัคซีน ≥ ร้อยละ 90 เป็นรายพื้นที่ ยกเว้นวัคซีน MMR และวัคซีนนักเรียน ≥ ร้อยละ 95				

ประเด็นวิจัย

A1 การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคของประชาชนชาวไทยอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป เพื่อพิจารณาวัคซีนเข้มกระตุ้น

2.โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

สถานการณ์โรค

กลุ่มโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ (Food and Water Borne Diseases) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศไทยในเขตวันเช่นในประเทศไทย จาก “ข้อมูลสำนักงาน疾控 วิทยา ปี 2560 พบรู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงแล้ว 1,038,349 ราย เสียชีวิต 2 ราย โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน พบรู้ป่วยอุจจาระติดเชื้อไวรัส 8 ราย ไม่พบรู้เสียชีวิต พบรู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ 110,396 ราย เสียชีวิต 3 ราย สำหรับปี 2559 มีรายงานผู้รู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง 1,202,813 ราย เสียชีวิต 5 ราย ผู้รู้ป่วยอุจจาระติดเชื้อไวรัส 51 ราย เสียชีวิต 1 ราย ผู้รู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษทั้งหมด 138,595 ราย ไม่พบรู้เสียชีวิต” (สำนักงาน疾控 กรมควบคุมโรค) จะเห็นได้ว่าโรคติดต่อทางอาหารและน้ำนั้นก็เป็นปัญหาในด้านสาธารณสุขของไทยเช่นเดียวกัน ซึ่งโรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในแต่ละปีมีรายงานผู้รู้ป่วยตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่มีการระบาดเป็นวงกว้างทำให้มีผู้รู้ป่วยจำนวนมาก และอาการของโรคอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไตวาย หรือถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็กและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่สำคัญของการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาต้านจุลชีพ ทำให้มีการเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นและยังนำไปสู่การเกิดเชื้อจุลชีพตื้ออย่า สาเหตุมักเกิดจากสารพิษหรือเชื้อโรค ซึ่งอาจจะมีอยู่ตั้งแต่แรกในอาหาร น้ำ หรือเป็นเบื้องภายนอกหลังจากสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าวสามารถแพร่เชื้อได้ทางอุจจาระ และหากเป็นผู้ประกอบอาหาร หรือพนักงานเสริฟ์อาหารจะมีโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้มาก ซึ่งโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสำคัญและถูกเร่งรัดให้มีการดำเนินการในแผนปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเนียบพลัน อุจจาระติดเชื้อ และโรคอาหารเป็นพิษ

สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเนียบพลัน คือ การถ่ายอุจจาระเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง หรือถ่ายเป็นน้ำออย่างน้อย 1 ครั้ง อาจร่วมกับอาเจียนหรืออาการขาดน้ำ จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบว่า อัตราป่วยของอุจจาระร่วงอยู่ในอันดับต้น ๆ ของโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังจากข้อมูล ง.506 (ไม่เกิน 10 อันดับแรก) จากสถานการณ์โรคย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2556-2560) พบรู้ป่วยโดยรวม 1764.72 1724.26 1685.62 1838.41 และ 1571.83 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เป็น 0.02 0.01 0.02 0.01 และ 0.01 ในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ >65 ปี (ร้อยละ 13.13) 15-24 ปี (ร้อยละ 11.81) และ 25-34 ปี (ร้อยละ 11.03) ตามลำดับ สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 98.2 พม่าร้อยละ 0.8 และอื่นๆร้อยละ 0.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ ไม่ทราบอาชีพ/ในปักษ์ของร้อยละ 34.8 รับจ้างร้อยละ 21.2 และนักเรียนร้อยละ 17.9 ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ตามลำดับ

สถานการณ์อุจจาระติดเชื้อเป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอุตสาหกรรมอาหารส่งออก และการท่องเที่ยวของประเทศไทย ในปัจจุบัน สังคมไทยเปลี่ยนแปลงจากการเกษตรเพื่อการบริโภค มาเป็นเกษตรอุตสาหกรรมและการพาณิชย์ ทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ แตกต่างจากอดีต อีกทั้งวัฒนธรรมการรับประทานก็เปลี่ยนจากการ

ปัจจุบันอาหารรับประทานเองเป็นชีวิตรับประทานหรือการรับประทานอาหารอกบ้าน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน มีการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรคและสามารถแพร่กระจายเชื้อก่อโรคไปได้ในวงกว้างเรื่องขึ้น จากการสอบถามปัจจัยของการเกิดโรคและการแพร่ระบาดที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ปัจจุบันดีบๆ ในประชากรบางกลุ่ม ตลอดจนขั้นตอนการผลิตอาหารที่ผิดสุขลักษณะตามแหล่งจำหน่าย อาหารสด อาหารปัจจุบัน เป็นสาเหตุสำคัญของการระบาดของเชื้อก่อโรค นอกจากนี้ยังพบว่า ประเด็นปัญหาการพัฒนาด้านเศรษฐกิจส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนไป กล่าวคือ มีการอพยพเข้ามาทำงานในเมือง และมีแรงงานต่างด้าวในเขตเมืองอุดหนาแน่น เช่น ห้องพักพื้นที่ท่องเที่ยวมากขึ้น จึงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคได้ สถานการณ์การระบาดของทิวติกโรค 5 ปี ที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2556 – 2560) จากข้อมูลรายงาน 506 มีแนวโน้มอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เป็น 0.01 0.02 0.17 0.08 และ 0.01 ตามลำดับ พบรอยalty ในปี พ.ศ. 2556-2560 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เป็น 0.93 และ 1.96 ตามลำดับ พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ 15-24 ปี (ร้อยละ 37.50) 45-54 ปี (ร้อยละ 12.50) และ 2 ปี (ร้อยละ 12.50) ตามลำดับ สัญชาติเป็นไทยร้อยละร้อย อาร์พส่วนใหญ่ ไม่ทราบอาชีพ/ในปัจจุบันร้อยละ 75.0 และ อื่นๆ ร้อยละ 25.0 ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ตามลำดับ เหตุการณ์ระบาดในภาพรวมของประเทศไทยนั้นการระบาดส่วนมากจะเกิดในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน และมักจะเกิดการระบาดอีกครั้ง ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนมกราคมของปีถัดไป ประเทศไทยพบการระบาดใหญ่ ในปี 2558 มีผู้ป่วยถึง 108 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.17 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 ราย โดยจากเหตุการณ์การระบาดในปี พ.ศ. 2558 จากกรณีของจังหวัดระยองและจังหวัดสงขลาที่มีรายงานพบผู้ป่วยในกลุ่มลูกเรือประมงต่างด้าว

สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษ (food poisoning) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งกำหนดให้มีอยู่ในระบบเฝ้าระวังโรคของสำนักงานสาธารณสุขไทย (รายงาน 506 หรือ ง.506) จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบว่า อัตราป่วยของโรคอาหารเป็นพิษอยู่ในอันดับต้น ๆ ของโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังจากข้อมูล ง.506 (ไม่เกิน 10 อันดับแรก) จากสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2556-2560) พบร่วมกับอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เป็น 205.51, 209.61, 199.06, 211.83 และ 167.11 ตามลำดับ พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ 15-24 ปี (ร้อยละ 14.01) >65ปี (ร้อยละ 12.18) และ 25-34 ปี (ร้อยละ 11.85) ตามลำดับ สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 98.3 อื่นๆ ร้อยละ 0.7 และพม่าร้อยละ 0.5 ตามลำดับ อาร์พส่วนใหญ่ ไม่ทราบอาชีพ/ในปัจจุบันร้อยละ 24.4 นักเรียนร้อยละ 22.6 และเกษตรกร 21.9 ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบร่วมกับการทานอาหารร่วมกัน รองลงมาคือจากเมนูเสี่ยง และจากการทานอาหารค้างมื้อ โดยโรคอาหารเป็นพิษสามารถพบได้ตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่พบจำนวนผู้ป่วยสูงในเดือนมกราคมของทุกปี และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม เชื้อแบคทีเรียก่อโรคอาหารเป็นพิษจากสิ่งส่งตรวจในปี 2560 ส่วนใหญ่เป็นพบร่วมกับ *Vibrio parahaemolyticus*, *Staphylococcus* และ

Salmonella spp. ตามลำดับ เชื้อไวรัสก่อโรคใน 2 ปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ระบาดที่เกิดจาก Rotavirus และ Norovirus ส่วนใหญ่เกิดจากการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การเข้าค่ายลูกเสือ กิจกรรมกีฬา แหล่งชุมชน เป็นต้น ปัจจัยการเกิดโรคเกี่ยวข้องทั้งด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และการสุขาภิบาลที่ไม่ดี ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัย ในการบริโภคอาหาร น้ำ และน้ำแข็ง เห็นได้จากเหตุการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในจังหวัดนครปฐม เดือนมกราคม 2561 จากร้านกีฬาสีที่ร่วมนักเรียนจากหลายโรงเรียน มีผู้ป่วยทั้งหมด 140 ราย พบร้า ปัจจัย สังสัยการเกิดโรคร่วมกัน คือ น้ำแข็ง และเหตุการณ์ในจังหวัดสระบุรี เดือนกุมภาพันธ์ 2561 พบนักเรียนที่ไป เข้าค่ายลูกเสือช่วงเวลาใกล้เคียงกัน จากนักเรียน 4 โรงเรียน ในค่ายลูกเสือ 3 ค่าย ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษ จากการเข้าค่ายรวม 184 ราย จากการสอบสวนโรค พบร้า มีปัจจัยสังสัยการเกิดโรคร่วมกันของนักเรียนที่เข้า ค่ายทั้งหมด คือ น้ำแข็ง ผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบรเชื้อก่อโรค Norovirus และ Rotavirus และ จากรายงานสอบสวนโรคจากสถานประกอบการน้ำแข็งดังกล่าว พบร้า กระบวนการผลิตไม่สะอาด ไม่มีการ ปรับปรุงคุณภาพน้ำดิบให้เทียบเท่า�้าดีมีก่อนทำน้ำแข็ง และสูบน้ำมาดาลมาใช้ผลิต โดยน้ำดิบมีปริมาณ คลอรีนคงเหลืออิสระในน้ำไม่ถึงเกณฑ์คุณภาพน้ำประปา ถังพกน้ำอยู่ใกล้สุขา การสุขาภิบาลไม่ดี สุขลักษณะ ของผู้ปฏิบัติงานไม่ดี แสดงให้เห็นว่า สถานประกอบการน้ำแข็งไม่ได้มาตรฐาน ไม่มีความปลอดภัย ส่งผลเสียต่อ สุขภาพผู้บริโภค นักเรียนต้องหยุดเรียน ผู้ปกครองหยุดงาน และส่งผลกระทบทางสังคมต่อสถานประกอบการ นั้นๆด้วย เช่น ค่ายลูกเสือ ร้านน้ำแข็ง โดย Rotavirus เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงในเด็กเล็ก

จากการเกิดโรคอาหารเป็นพิษที่มักเกิดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2560 มักเกิดใน โรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ โดยในปี 2559 พบรการระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อ 63 เหตุการณ์ เกิดขึ้นกับ นักเรียนในโรงเรียนและค่าย 47 เหตุการณ์ รองมาเกิดขณะทัศนศึกษาดูงาน/ท่องเที่ยว/สถานที่เฉพาะ/ ประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม 7 เหตุการณ์ จากการแต่ง งานศพ สังสรรค์ 5 เหตุการณ์ และจากการซื้อ/ปูร รับประทานจากชุมชน 4 เหตุการณ์ สาเหตุการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนต้องส่งสัญญาจากอาหาร กลางวันและอาหารค่าย 43 เหตุการณ์ สงสัยจากนมในโรงเรียน 5 เหตุการณ์ โดยการเกิดเหตุการณ์อาหาร เป็นพิษในโรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 76.20 ของการระบาดทั้งหมดในทุกกลุ่ม

จากการสำรวจดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคอาหารเป็นพิษพบมากในกลุ่มเด็กนักเรียน โดยเฉพาะ อาหารกลางวันและอาหารในค่าย รวมถึงเรื่องนมในโรงเรียน โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษใน โรงเรียนในปี 2560 ส่วนใหญ่คืออาหารและปัจจัยที่ทำให้เกิดส่วนมากหากตัดไม่ทราบสาเหตุในรายงาน สอบสวนโรคจะมาจากการปูรุ่งประกอบอาหารเกิน 2 ชม. รองลงมาอาหารบุด และอาหารเสี่ยง ตามลำดับ

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อหาปัญหายังขาดข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมที่ทำให้ เกิดโรคและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อประชาชน เช่น พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคลของแม่ครัว (ไทยและต่าง ด้าว) คนส่งน้ำแข็ง พฤติกรรมของครู ความรู้ของแม่ครัว นักเรียน อีกทั้งยังขาดข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ เกิดโรคทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม และประสิทธิภาพประสิทธิผลของปัจจัยที่เกื้อหนุนด้านกลไกใน พื้นที่

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ				
	2560	2561	2562	2563	2564
ร้อยละของอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน ลดลงจากค่ามรรยาท 5 ปี ย้อนหลัง	-	-	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ 5
ร้อยละของอัตราป่วยอหิวัตโรค ลดลงจากค่ามรรยาท 5 ปีย้อนหลัง	-	-	ร้อยละ 1	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3
ร้อยละของเหตุการณ์การระบาดด้วย โรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนจาก ค่ามรรยาทย้อนหลัง 5 ปี (ค่ามรรยาท ของเหตุการณ์ระบาดโรคอาหารเป็น พิษในโรงเรียน ย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2555-2559) เท่ากับ 16)	ร้อยละ 10 (เป้าหมาย เกิดไม่เกิน 15 เหตุการณ์)	ร้อยละ 20 (เป้าหมาย เกิดไม่เกิน 13 เหตุการณ์)	ร้อยละ 30 (เป้าหมาย เกิดไม่เกิน 12 เหตุการณ์)	ร้อยละ 40 (เป้าหมาย เกิดไม่เกิน 10 เหตุการณ์)	ร้อยละ 50 (เป้าหมาย เกิดไม่เกิน 8 เหตุการณ์)

ประเด็นวิจัย

A2 สำรวจข้อมูลพฤติกรรมและความรู้การป้องกันโรคในผู้ผลิตอาหาร น้ำ และน้ำแข็ง

A3 การประเมินความเสี่ยงโรคอหิวัตโรค และตัวทำนายก่อนเกิดการระบาดโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

A4 การศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

A5 การศึกษารูปแบบการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในบริบทเขตเมือง/เขตพื้นที่

เศรษฐกิจพิเศษ

A6 เปรียบเทียบพื้นที่มีการดำเนินงานอาหารปลอดภัยต่อการลดโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

A7 เปรียบเทียบพื้นที่มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพกับการลดโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

A8 การประเมินผลการใช้พรบ.อาหาร/พรบ.การสาธารณสุข ในพื้นที่เพื่อการควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

A9 สำรวจข้อมูลพฤติกรรมและความรู้การป้องกันโรคของครูในโรงเรียน

A10 การศึกษาต้นทุนในการป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในโรงเรียน

A11 การศึกษาเทคนิคการตรวจไวรัสที่ก่อโรคทางเดินอาหารและน้ำจากสิ่งส่งตรวจจากสิ่งแวดล้อม

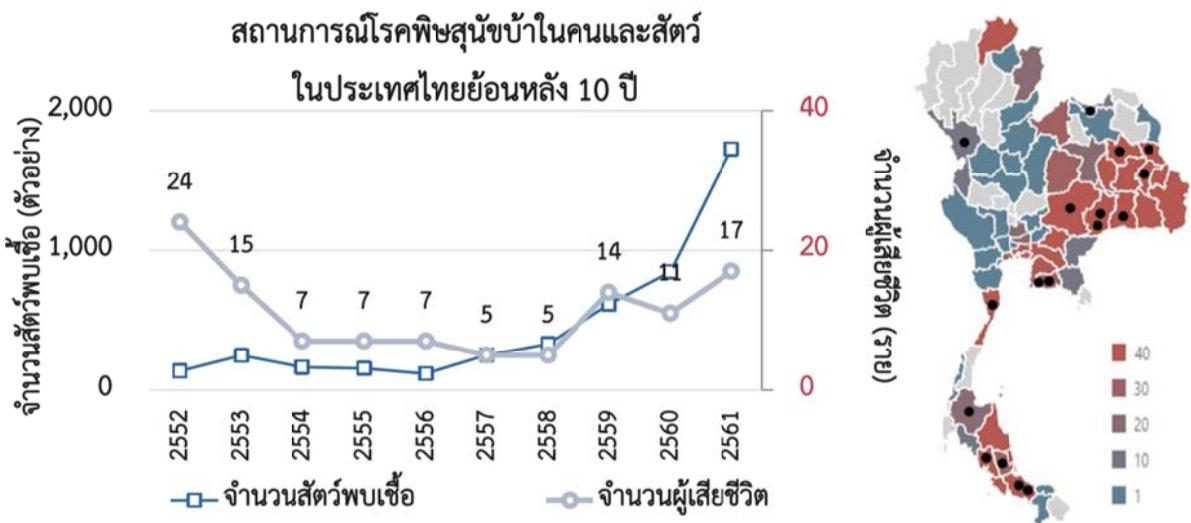
A12 การศึกษาภาระโรคและเชื้อก่อโรคอุจจาระร่วงตามกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ

3. โรคพิษสุนัขบ้า

สถานการณ์โรค

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส ที่สามารถติดต่อกันได้ด้วยผ่านทางการกัด/ช่วน/เลีย จากสัตว์ที่มีเชื้อ ผู้เดหากได้รับเชื้อแล้วไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เมื่อแสดงอาการแล้วจะต้องเสียชีวิต ทุกราย ในปี 2561 ณ วันที่ 6 กันยายน ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าแล้วทั้งสิ้น 16 ราย โดย ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการที่ถูกสุนัขกัด/ช่วน และไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ ได้มีการประมาณการถึงจำนวนผู้สัมผัสรอยโรคพิษสุนัขบ้ามากถึงหลากรายต่อปี และมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้ามากกว่า 3,200,000 โดส คิดเป็นค่าใช้จ่ายมากกว่าแปดร้อยล้านบาทต่อปี จะเห็นได้ว่าโรคนี้มีความ รุนแรงทั้งในแง่การสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับประเทศไทยได้กำหนดให้ปลอดจากโรคพิษ สุนัขบ้าภายในปี 2563 แต่อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ยังคงพบโรคนี้ในสัตว์อย่าง ต่อเนื่อง โดยมากกว่าร้อยละ 90 พบรสุนัข องค์กรอนามัยโลก องค์กรโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศได้มี การแนะนำมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ เช่น การให้สุขศึกษาหรือความรู้เรื่องโรคพิษ สุนัขบ้าแก่ประชาชน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อน และหลังสัมผัสรอยโรคในคน การเฝ้าระวังโรค ในสัตว์ การควบคุมจำนวนประชากรสัตว์ และการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เป็นต้น

จากสถานการณ์ที่ผ่านมา จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก จำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2523 มีผู้เสียชีวิต 370 ราย และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือน้อยกว่า 10 รายต่อปี จากรายงานโดยสำนักโรคระบาดวิทยา จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 มีจำนวน 7, 5, 5, 14 และ 11 รายตามลำดับ (ภาพที่ 1) สำหรับปี 2561 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 10 กันยายน 2561 พบร ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 16 ราย จาก 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ สงขลา ตรัง นครราชสีมา ประจำบุรีรัมย์ (2ราย) พัทลุง หนองคาย ยโสธร ยะลา (2ราย) กาฬสินธุ์ มุกดาหาร ตาก และ ตราด จำนวน 15 ราย แมว 1 ราย เป็นสัตว์มีเจ้าของร้อยละ 60 ไม่มีเจ้าของร้อยละ 40 ผู้เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้เป็นแพททาย เพื่อรับการรักษา และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 100 ระยะพักตัวของโรคโดยเฉลี่ย 2-3 เดือน บางราย 2 สัปดาห์ และบางรายนานถึง 9 เดือน นอกจากนี้ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กว่าครึ่งถูกสุนัขที่ ตนเองเลี้ยง กัด ช่วน และคิดว่าไม่เป็นไรทำให้ไม่เข้ารับการรักษา



ภาพที่ 1 สถานการณ์โรคสูบบ้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550-2561 (วันที่ 1 กันยายน 2561)

ปัญหาการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคสูบบ้าซึ่งยังคงพบผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสูบบ้ายังคงเป็นสาเหตุที่สำคัญ ประกอบกับผู้เสียชีวิตและประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักรถึงความรุนแรงของโรคพิษสูบบ้าส่งผลให้ไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสูบบ้าหลังสัมผัสโรค ดังนั้นหากมีการลำดับถึงประเด็นที่ต้องดำเนินการก่อนจะเป็นการป้องกันควบคุมโรคในสัตว์ที่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือการกระตุ้นความตระหนักรถึงประชาชน หรืออาจทำควบคู่กัน โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วนด้วยกัน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

ตามที่องค์กรอนามัย องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ และองค์กรการเกษตรและสหกรณ์ได้มีการตั้งเป้าหมายให้ประเทศไทยภูมิภาคอาเซียนปลอดจากโรคพิษสูบบ้าภายในปี 2573 สำหรับประเทศไทยตามโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสูบบ้าตามพระปณิธานของศาสตราจารย์สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วัลลักษณ์อัครราชกุมารี ได้มีการตั้งเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดจากโรคพิษสูบบ้าภายในปี 2563

ประเด็นวิจัย

A13 นวัตกรรมพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคพิษสูบบ้าเพื่อสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน

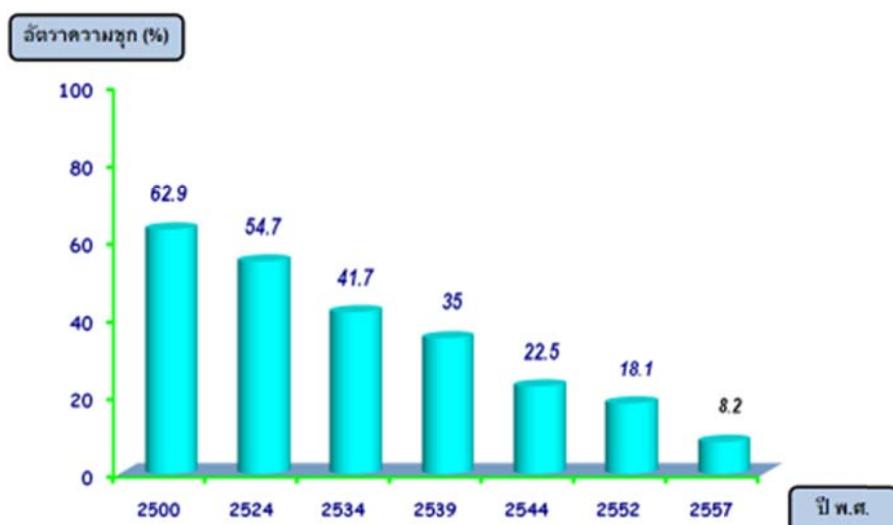
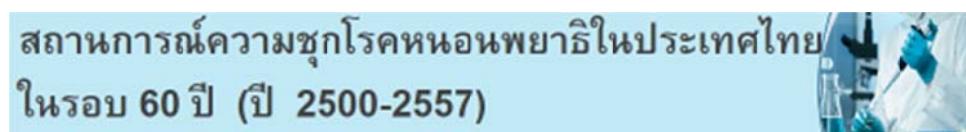
A14 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสูบบ้า ในพื้นที่เสี่ยง/เขตเมือง/ชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community base)

A15 การประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของ ร.36

4. โรคหนอนพยาธิ

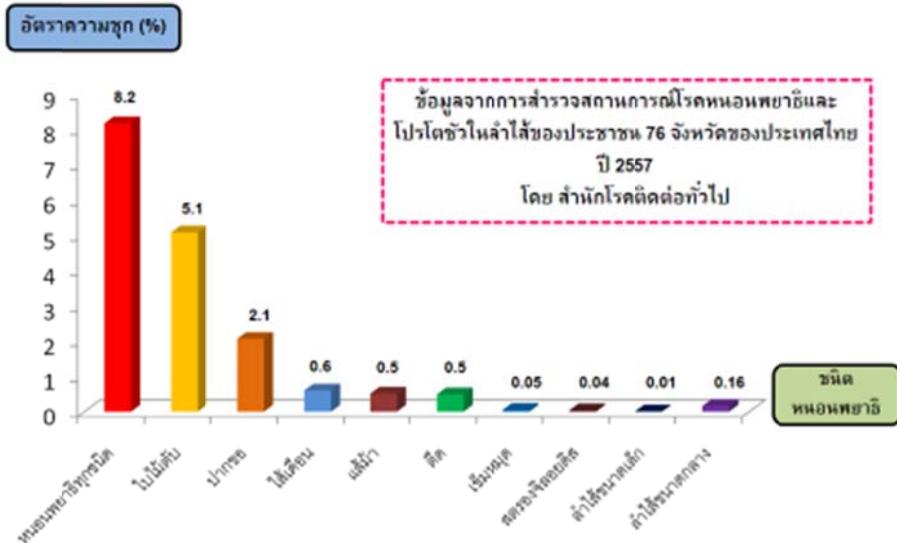
สถานการณ์โรค

จากรายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิของประเทศไทยในรอบ 61 ปีที่ผ่านมา พบร่วม ความชุกของโรคหนอนพยาธิ ในปี พ.ศ. 2500 ปี พ.ศ. 2524 ปี พ.ศ. 2534 ปี พ.ศ. 2539 ปี พ.ศ. 2544 ปี พ.ศ. 2552 และ ในปี พ.ศ. 2557 พบร่วม ความชุกของโรคในภาพรวมของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง ความชุกร้อยละ 62.9 ร้อยละ 54.7 ร้อยละ 41.7 ร้อยละ 35.0 ร้อยละ 22.5 ร้อยละ 18.1 และ ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ



เมื่อพิจารณา ความชุกของโรคตามชนิดหนอนพยาธิ พบร่วม ไปไม่ตับและพยาธิปากขอในภาพรวมระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2544 ปี พ.ศ. 2552 และ ปี พ.ศ. 2557 พบร่วม ไปไม่ตับ ร้อยละ 9.6, 8.7 และ 5.1 ตามลำดับ ในขณะที่ พบร่วมปากขอ ร้อยละ 11.4 , 6.5 และ 2.1 ตามลำดับ ทั้งนี้ การศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในประเทศไทย ได้การสำรวจสถานการณ์โรคระดับประเทศ โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป ในนาม กรมควบคุมโรค และจากครั้งล่าสุด ทำการสำรวจในปี พ.ศ. 2557 จากประชาชน 9,919 ตัวอย่าง พื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนคนไทยทั่วประเทศ เป็นโรคหนอนพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียวกัน ความชุกของโรคหนอนพยาธิในภาพรวมเฉลี่ยระดับประเทศร้อยละ 8.2 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบไปทั้งหมดพบร่วม ไปเป็นโรคพยาธิไปไม่ตับ ร้อยละ 5.1 และพบร่วมปากขอร้อยละ 2.1 แต่เมื่อวิเคราะห์เป็นรายภาคจึงเห็นว่า ประชาชนคนไทย ปัจจุบันยังคงป่วยเป็นโรคหนอนพยาธิสูงขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตรวจพบพยาธิไปไม่ตับร้อยละ 11.9 ในขณะที่ในภาคใต้พยาธิปากขอพบร่วม ร้อยละ 8.7

อัตราความชุกโรคหนองพยาธิของประชาชนปี 2557
ตรวจโดยวิธี Modified Kato's thick smear จำแนกรายชนิดหนองพยาธิ



โดยพบการเป็นโรคหนองพยาธิในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายกลุ่มอายุ 50-55 ปี และ 60-65 พบรความชุกสูง ร้อยละ 8.8 เท่ากัน ในขณะที่เพศหญิง กลุ่มอายุ 50-55 ปี และ 60-65 พบรความชุกของโรค ร้อยละ 4.8 และ 4.4 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการเป็นโรคหนองพยาธิในประชาชนทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 ความชุกเฉลี่ยระดับประเทศ ร้อยละ 8.2 ซึ่งสูงกว่าค่าตัวชี้วัดความสำเร็จของการควบคุมโรคหนองพยาธิที่กำหนดค่าความชุกร้อยละ 5 จึงเสนอแนะให้ผู้บริหารระดับจังหวัด เพื่อทำการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง และ กลุ่มเสี่ยงที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ และแสดงให้เห็นเป็นตัวเลขที่เป็นปัจจุบัน ขัดเจนว่า โรคหนองพยาธิยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขในระดับใด เพื่อให้ลดโรคได้อย่างแท้จริง

ปัญหา/ซ่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ขาดบริหารจัดการกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องบ่อกำจัดสิ่งปฏิกูลซึ่งต้องใช้งบประมาณและการดำเนินการของ อปท. การนำข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ของตำบลที่ได้มีการดำเนินการออกและบังคับใช้

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ค่อนข้างยากโดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นเก่าเป็นวิถีชีวิต

3. ขาดแคลนศัลยแพทย์ผู้ตัดตับในโรงพยาบาลพื้นที่ดำเนินการ

4. ความยุ่งยากในการลงข้อมูลในฐานข้อมูล Isan Cohort

การรายงานผลการตรวจอุจจาระในนักเรียนและประชาชน โครงการตามพระราชดำริฯ ยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ และมีการรายงานผลล่าช้า

ในพื้นที่ที่รุกรานด้วยการยังคงพบปัญหาการมีและใช้ส้วมยังไม่ครอบคลุมและส้วมยังไม่ถูกสุขาลักษณะ ปัญหาการจัดการน้ำทิ้งของครัวเรือน การเลี้ยงสัตว์แบบปล่อย ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการแพร่โรคหนองพยาธิ

คุณภาพของแผนการเรียนรู้และการให้สุขศึกษา ด้วยบริบทของ ศศช. ที่มีครูเพียง 1 - 2 คน และภาระงานที่ค่อนข้างมากทำให้การให้ความรู้และการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับนักเรียนไม่ต่อเนื่อง ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคหนอนพยาธิของผู้ป่วยยังอยู่ระดับต่ำ เมื่อนักเรียนกลับไปอยู่ในชุมชน หรืออยู่กับครอบครัว จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ประชาชนในถิ่นทุรกันดารไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จึงเกิดปัญหาการสื่อสารความรู้ และความเข้าใจในชุมชน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559 - 2568 คือ

1. อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในคนและในปลาไม่เกินร้อยละ 1 ในปี 2568
2. อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามในปี 2578
3. อัตราการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิในนักเรียนพื้นที่โครงการพระราชดำริฯ ในภาพรวมทั่วประเทศให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 5

ประเด็นวิจัย

A16 นวัตกรรมพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

A17 ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในโครงการ ตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กรณีศึกษา ในศูนย์การเรียน ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง”

A18 การศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิในกลุ่มประชากรต่างด้าว แรงงานข้ามชาติ

A19 การพัฒนาชุดตรวจเร็ว (rapid test) เพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างง่ายในระดับชุมชน

A20 การรับรู้ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงหนอนพยาธิของประชาชน

5. โรคติดต่ออุบัติใหม่

5.1 โรคไข้หวัดใหญ่

สถานการณ์โรค

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย สำนักงานสาธารณสุขไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม – 19 พฤษภาคม 2561 พบรู้ป่วย 159,496 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 243.78 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 31 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยในภาพรวม มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง และปีที่ผ่านมา ในช่วงเวลาเดียวกัน โดยส่วนใหญ่พบรู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 1078.66 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี มีอัตราป่วย 722.73 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี มีอัตราป่วย 328.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ การกระจายของการเกิดโรค ไข้หวัดใหญ่รายจังหวัด พบรู้จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร อัตราป่วย 670.71 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ เชียงใหม่ อัตราป่วย 517.66 ต่อประชากรแสนคน ระยะอัตราร้อย 515.78 ต่อประชากรแสนคน พะเยา และอุบลราชธานี อัตราป่วย 418.07 และ 407.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

เหตุการณ์พบรู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เป็นกลุ่มก้อนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 – 21 พฤษภาคม 2561 พบรู้ 82 เหตุการณ์ ใน 43 จังหวัด โดยพบใน เรือนจำ 35 เหตุการณ์ โรงเรียน 19 เหตุการณ์ และค่ายทหาร 4 เหตุการณ์ จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราป่วยสูงจะอยู่ในช่วงวัยเด็ก และวัยเรียน และใน สถานที่ที่มีการรวมตัวของคนหมู่มาก จึงต้องมีการให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรค ในกลุ่มเด็ก และใน สถานที่ที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก เช่น โรงเรียน และเรือนจำ เพิ่มมากขึ้น

ปัญหา/ซ่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ขาดการผลักดันมาตรการลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม
2. การสื่อสารนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ และยังไม่ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในโรงเรียน เรือนจำ และค่ายทหาร
3. ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายไม่ครอบคลุม การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ไม่เพียงพอ การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทัศนคติของบุคลากร และความเข้าใจเรื่อง วัคซีนของกลุ่มเป้าหมาย
4. การวิเคราะห์ข้อมูล ITC ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการบันทึกข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ขาดข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลมีน้อย การรายงานในระบบ รง. 506 ล่าช้า
5. แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังไม่ชัดเจน และขาดความต่อเนื่อง
6. ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
7. ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

1. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงกว่าปีที่ผ่านมาอย่างน้อยร้อยละ 20 และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงกว่าปีที่ผ่านมา อย่างน้อยร้อยละ 30
2. ความครอบคลุมการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
3. จำนวนเครือข่ายที่ร่วมดำเนินการ เพื่อลดการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างน้อย 3 เครือข่าย ได้แก่ เรือนจำ โรงเรียน และค่ายทหาร

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)

1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่ามัธยฐาน 5 ปีอ่อนหลัง
2. กลุ่มเป้าหมาย ได้รับบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 100
3. ประเทศไทยสามารถผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เพียงพอ กับความต้องการ

ประเด็นวิจัย

A22 การศึกษาเพื่อทราบขนาดปัญหา/ทำนายสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์

A23 การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ในเรือนจำ โรงเรียน สถานพยาบาล และชุมชน

A24 การศึกษารูปแบบการใช้บริการและการจัดการด้านงบประมาณในการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในประชาชนไทย (นอก 7 กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย) และกลุ่มแรงงานต่างด้าว

A25 การศึกษาผลกระทบของการไม่มีระบบเฝ้าระวัง ILI และ SARI ในการติดตามสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

A26 การส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมในการป้องโรคไข้หวัดใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง

5.2 โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่สำคัญ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา

สถานการณ์โรค

สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ และอาจเป็นปัญหาในประเทศไทยได้ ได้แก่ โรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) และโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา โดยองค์กรอนามัยโลกรายงานข้อมูลโรค เมอร์ส เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561 พบร่วมตั้งแต่เดือนกันยายน 2555 – 31 ตุลาคม 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยรวมจำนวน 2,266 ราย เสียชีวิต 804 ราย จาก 27 ประเทศ สำหรับปี 2561 ข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 – 31 ตุลาคม 2561 พบร่วมตั้งแต่เดือนกันยายน 2555 – 31 ตุลาคม 2561 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเมอร์ส 3 ราย ตั้งแต่ปี 2558-2559 โดยผู้ป่วยทุกรายรักษาหาย และเดินทางกลับประเทศไทยแล้ว โรคไข้หวัดนก พบรายแรกเมื่อปี 2547 และรายสุดท้ายปี 2559 จากนั้นยังไม่พบอีก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลายังไม่มีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศไทย

ความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักรisksในการป้องกันควบคุมโรคการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะ การอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีภาวะอ้วน ประชาชนบางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสรอยaltyมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม คนชำนาญและเนื้อสัตว์ สัตวบาล และสัตวแพทย์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ป่วยของผู้ดูแลเด็กหรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. บุคลากรทุกระดับ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทั้งองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม และความรู้ใหม่ ที่ต้องอาศัยการวิจัยเพิ่ม
2. การเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ ยังต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่
3. ความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น ห้องแยก ระบบการจัดการอาชีวศึกษา
4. ความพร้อมทางด้านห้องปฏิบัติการวินิจฉัย (ทั้งคนและสัตว์)
5. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เข้าถึงกลุ่มคนทุกระดับ และ
6. การใช้กฎหมาย มาเป็นเครื่องมือช่วยในการป้องกันควบคุมโรค

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

สามารถควบคุมไม่ให้เกิดเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ Generation ที่ 2

ประเด็นงานวิจัย

- A26 การศึกษาแนวทางความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการพัฒนาวัสดุน้ำที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (PPP: Public Private Partnership)
- A27 การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และ GIS (Geographic Information System) ในการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่
- A28 การประเมินความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่/การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ของประเทศไทย ด้านระบบเฝ้าระวัง ด้านการวินิจฉัยรักษา
- A29 การประเมินความเข้มแข็งของเครือข่ายห้องปฏิบัติการในการรองรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศไทย
- A30 การศึกษาเปรียบเทียบที่เรียนจากประเทศอื่น ด้านระบาดวิทยาและวิธีการควบคุมโรคอุบัติใหม่
- A31 การศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารความเสี่ยงโดยใช้ข้อมูลเหตุการณ์ (event base risk communication) เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่

6. โรคมือ เท้า ปาก

สถานการณ์โรค

โรคมือ เท้า ปาก (Hand, foot and mouth disease) เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงมากขึ้น ในปัจจุบัน และยังเป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นปัญหาใหม่ที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากเด็กเล็กที่เป็นโรคนี้บางรายอาจมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตภายในเวลาอันรวดเร็ว จากอาการทางระบบประสาท และปอดบวมน้ำเฉียบพลันรุนแรง จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคของสำนักงานสาธารณสุขไทย พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2559 การระบาดของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีผู้เสียชีวิตโดยเฉลี่ยแต่ละปี จำนวน 3 ราย ซึ่งล้วนเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเชื้อส่วนใหญ่ที่ทำให้เสียชีวิต คือ Enterovirus 71 โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 70,733 ราย (อัตราป่วย 107.07 ต่อแสนประชากร) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2555 ถึง 2 เท่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด (128.68 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ ภาคกลาง (119.48) ภาคใต้ (96.53) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (87.66) ตามลำดับ โดยพบมากที่สุด ในกลุ่มเด็กอายุ ต่ำกว่า 2 ปี (57.95%) รองลงมาคือ 3 - 5 ปี (33.38%) และ 5 ปีขึ้นไป (8.67%) ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากเชื้อ Enterovirus 71 จำนวน 3 ราย จากข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรค มือ เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี โดยสำนัก ระบบวิทยาร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2560 พบสายพันธุ์ที่ก่อโรคสูงสุด คือ Enterovirus 71 Coxsackievirus A16 และ Coxsackie A6 ตามลำดับ และจากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ระบาด มีรายงาน 53 เหตุการณ์ พบในศูนย์เด็กเล็ก (41.51%) โรงเรียนอนุบาล (37.74%) และในชุมชน (20.75%) ตามลำดับ ทั้งนี้ โรคมือ เท้า ปาก มักมีการระบาดในช่วง ฤดูฝนและฤดูหนาว ซึ่งเป็นช่วงเปิดภาคเรียน การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล หรือในสถานที่ชุมชนแออัด จะทำให้เด็กมีโอกาส ติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้มากขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว กรมควบคุมโรคจึงได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ซึ่งได้มีการศึกษา ประสิทธิผลมาตราการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค พบว่า มาตรการดังกล่าวสามารถลดอัตราป่วยโรคมือเท้าปาก ในพื้นที่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 56) จึงได้มีการขยายการดำเนินงานไปยังโรงเรียนอนุบาลและ สถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการบูรณาการ ดำเนินงานร่วมกับกรมอนามัยเป็นศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลคุณภาพปลอดโรค ซึ่งผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมา พบว่า ศูนย์เด็กเล็กร้อยละ 78 และโรงเรียนอนุบาลเพียงร้อยละ 14 ที่สามารถดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในเด็กได้ตามมาตรการของกรมควบคุมโรค จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ ครอบคลุมในโรงเรียนอนุบาล เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่ พบว่า ครูผู้ดูแลเด็กได้รับการอบรมยังไม่ครอบคลุม สัดส่วนครูผู้ดูแลเด็กต่อเด็กลดลง รวมทั้งอาคารสถานที่ สุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่เอื้อให้ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาลผ่านเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคได้เท่าที่ควร และการที่ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งมักใช้เวลาอยู่บ้านกับพ่อแม่ ผู้ปกครองในชุมชน ดังนั้น การขยาย การดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้นในชุมชน รวมทั้งผลักดันให้เกิดกลไกการดำเนินงาน

ในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหารสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและในสถานศึกษา หรือผู้มีอำนาจในการสั่งการเพื่อผลักดันมาตรการเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเมือง เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กปฐมวัย จึงจะสามารถบรรลุผลลัพธ์การลดโรคเมือง เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กปฐมวัยได้ตามเป้าหมาย

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

อัตราป่วยโรคเมือง เท้า ปาก ในเด็กอายุ 0-5 ปี ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับค่ามารยฐานย้อนหลัง 5 ปี ภายในปี 2565

ประเด็นงานวิจัย

A32 นวัตกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารความเสี่ยงของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคเมือง เท้า ปาก

A33 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคเมือง เท้า ปาก ที่มีประสิทธิภาพในชุมชน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก

A34 การศึกษาประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมควบคุมโรค

A35 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร/ชุมชน/ที่มีผลต่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก

A36 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารความเสี่ยงของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันควบคุมโรคเมือง เท้า ปาก

7. โรคเมลิอยด์สิส

สถานการณ์โรค

โรคเมลิอยด์สิส หรือที่เรียกว่า โรค Whitmore เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดเชื้อได้ทั้งคนหรือสัตว์ โรคนี้เกิดจากแบคทีเรียแกรมลบ *Burkholderia pseudomallei* เป็นโรคที่เกิดจากภูมิอากาศเขตร้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และทางตอนเหนือของออสเตรเลีย ซึ่งเป็นที่แพร่หลายมาก ประเทศไทยมีการคาดคะเนว่าจะพบผู้ป่วยโรคเมลิอยด์สิส 7,500 ราย และเสียชีวิต 2,800 รายต่อปี จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังรายงาน 506 ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 – 2552 พบร้อยละป่วยโรคเมลิอยด์สิส อยู่ที่ 1.18 ต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2553 – 2560 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ 4.9 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายอยู่ที่ ร้อยละ 1.01

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวัง 506 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 2 พฤษภาคม 2561 พบรายงานผู้ป่วยโรคเมลิอยด์สิส จำนวน 2,266 ราย อัตราป่วย 3.43 ต่อประชากรแสนคน ภาพรวม ผู้ป่วยโรคเมลิอยด์สิส มีจำนวนน้อยกว่า เมื่อเทียบกับปี 2560 และค่ามรณะ 5 ปี (พ.ศ. 2556-2560) พบรายงานผู้ป่วยจำนวนมากมาก ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม – พฤษภาคม ของทุกปี โดยผู้ป่วยโรคเมลิอยด์สิส ที่มีการรายงานมากสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมุกดาหาร อัตราป่วยสูงสุด 35.70 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อุบลราชธานี (21.54), ศรีสะเกษ (20.05), อำนาจเจริญ (16.68) และ ยโสธร (16.12) ตามลำดับ ผู้เสียชีวิต โรคเมลิอยด์สิส 5 ราย (สงขลา 3 ราย, ชัยนาท และ บุรีรัมย์ 1 ราย) อัตราตาย 0.01 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 ต่อ 0.45 อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 55-64 ปี อัตราป่วย 7.75 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา 65 ปีขึ้นไป (6.61) และ 45-54 ปี (5.58) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร

แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคเมลิอยด์สิส พบได้ทั้งในน้ำและดินที่ปนเปื้อน การได้รับเชื้อจะเข้าสู่ร่างกาย ได้ทางผิวนัง การสูดดม การรับประทาน และสามารถทำให้เกิดภาวะติดเชื้อได้ทุกระบบทองร่างกาย อาการ และอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งขึ้นกับตำแหน่งของการติดเชื้อ จากการศึกษาเชื้อเมลิอยด์สิส ในสิ่งแวดล้อม พบร่วมกับ เชื้อโรคเมลิอยด์สิส

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในระบบ ร ง 506 ส่วนใหญ่จะมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีหน่วยศึกษาวิจัยโรคเมลิอยด์สิสที่เฉพาะ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ รวมถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีห้องปฏิบัติการที่มีศักยภาพสามารถตรวจวินิจฉัยโรคเมลิอยด์สิสได้

- การวินิจฉัยโรคผิดพลาด เนื่องจากโรคเมลิอยด์สิส เป็นโรคที่มีลักษณะอาการคล้ายโรคอื่นๆ ทำให้ไม่ได้คำนึงถึงโรคนี้ ประการที่สาม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเนื่องจากขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน ทำให้ประชาชนไม่รู้จักและไม่ตระหนักรisksในการป้องกันโรคเมลิอยด์สิส

- ขาดมาตรการป้องกันควบคุมโรคเมลิอยด์สิส เนื่องจากขาดโปรแกรมแผนงานป้องกันควบคุมโรคเมลิอยด์สิสระดับประเทศ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค
ยัตราช่วยด้วยโรคเมลิอยด์สิส ไม่เกินร้อยละ 1 ภายในปี พ.ศ.2564

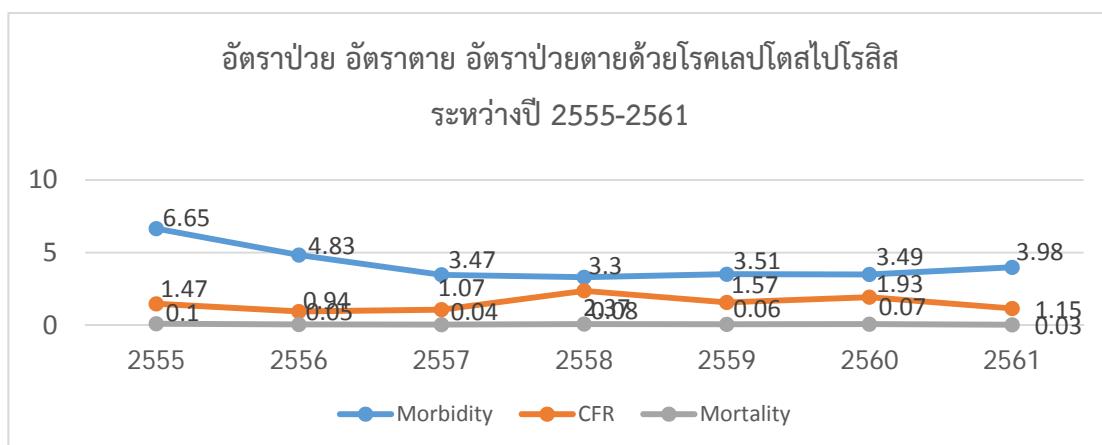
ประเด็นวิจัย

- A37 การศึกษาพัฒนาชุดตรวจเร็ว (rapid test) โรคเมลิอยด์สิส
- A38 การศึกษาความซุกและสภาพปัญหาของโรคเมลิอยด์สิสในประเทศไทย
- A39 การประเมินความตระหนักของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงของโรคเมลิอยด์สิส
- A40 การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง

8.โรคเลปโตสิปรอสิส

สถานการณ์โรค

จากข้อมูลระบบการเฝ้าระวังโรค สำนักงานสาธารณสุขไทย กรมควบคุมโรค พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2561 อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลงจาก 6.65 เหลือ 3.98 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่ สำหรับปี พ.ศ. 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2561) พบผู้ป่วยจำนวน 2,604 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.23 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ 45-54 ปี (22.12 %) 35-44 ปี (18.01 %) 55-64 ปี (17.24 %) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 48.2 รับจ้างร้อยละ 21.0 นักเรียนร้อยละ 10.7



โรคเลปโตสิปรอสิสมักเกิดการระบาดในช่วงปลายฝนต้นหนาว (เดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน) หรือช่วงที่เกิดภาวะน้ำท่วม ภาคที่พบอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคใต้ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะภาคใต้ อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสอบสวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสิปรอสิส พบสถาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ ร้อยละ 100 ของผู้เสียชีวิต ไม่ได้สื่อสารท้าบุญขณะสัมผัสน้ำในแหล่งน้ำเป็นเวลานาน ร้อยละ 40 มีการสัมผัสแหล่งน้ำบ่อยครั้ง ขณะน้ำเป็นเวลาหลายชั่วโมง หรือมีบาดแผลที่ผิวน้ำ และร้อยละ 30 อยู่ในพื้นที่น้ำท่วมชั่ว หรือมีกิจกรรมทางป่าในแหล่งน้ำธรรมชาติ และพบว่าผู้ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต เมื่อมีอาการป่วยระยะแรกจะไปพบแพทย์ที่คลินิก (ร้อยละ 50) ซึ่งมาจากร้านขายยาหรับประทานเอง (ร้อยละ 40) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบล ร้อยละ (ร้อยละ 20) และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น (ร้อยละ 10) ซึ่งอาการของโรคเลปโตสิปรอสิสในระยะแรกจะคล้ายกับโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น โรคไข้หวัด หรือโรคไข้เลือดออก มีไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เมื่อรับประทานยาอาการอาจดีขึ้นจนกระแท้ทั้งเข้าสู่การดำเนินโรคในช่วงที่สอง จนผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ตัวเหลืองตาเหลือง ไตวาย ไอเป็นเลือด และเสียชีวิตในที่สุด สำหรับการสำรวจความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสิปรอสิส พบว่า โดยภาพรวมของประเทศไทย ร้อยละ 70 ของประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง แต่มีบางพื้นที่ที่ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 50

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหรือขาดความตระหนักรถึงการป้องกันตนเองทำให้เกิดความเจ็บป่วย
2. การป้องกันตนเองไม่ได้จากการติดเชื้อ เช่น การสมรองเท้าบู๊ทขณะลุยน้ำหรือเข่น้ำเป็นเวลานาน เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ไม่สะดวก และไม่คุ้มค่าตัวขณะทำงาน
3. ประชาชนมารับการรักษาซ้ำเมื่อมีอาการสงสัยโรคเลปโตสไปโรสิส
4. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นด่านแรกรับมีการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคซ้ำนำไปสู่การดูแลรักษาโรคที่ซ้ำตามมา
5. ชุดทดสอบโรคเลปโตสไปโรสิสที่หลายบริษัทผลิตขึ้นมา เมื่อบุคลากรทางการแพทย์นำไปใช้จริงพบว่ายังมีความไวหรือความจำเพาะต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้เกิดผลลบปลอมได้
6. การสอบสวนควบคุมโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิตจากโรคเลปโตสไปโรสิส ขาดความเข้มข้นระหว่างสัตว์รังโรคและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้เกิดการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	2560	2561	2562	2563	2564
1. ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส ไม่เกินค่ามีรบฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	1.45	1.45	1.45	1.45	1.45

เป้าหมาย 20 ปี : ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส ไม่เกิน 1.20

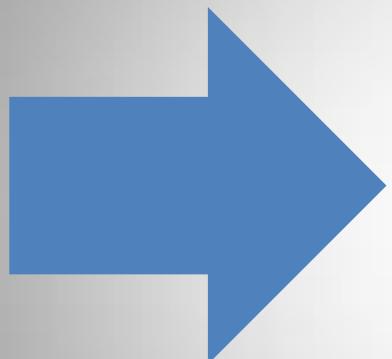
ประเด็นวิจัย

- A41 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพชุดทดสอบโรคเลปโตสไปโรสิสที่ขายในท้องตลาด
- A42 การศึกษาความตระหนักรู้ของแพทย์ต่อการรักษาโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ภาคใต้
- A43 การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ภาคใต้
- A44 การศึกษาพัฒนาชุดทดสอบโรคเลปโตสไปโรสิสใหม่ที่มีประสิทธิภาพสูง

แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วันโรค

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ



疾 โรคเอดส์

疾 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

疾 โรคเรื้อน

疾 โรคไวรัสตับอักเสบ

疾 โรควันโรค

9. โรคเอดส์

สถานการณ์โรค

การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 439,610 คน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 5,529 คน (Spectrum-AEM,26 มีนาคม 2561) ช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจำนวนพบว่าสัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ วัยผู้ใหญ่ (อายุ 15 – ปัจจุบัน) ร้อยละ 45 เป็นกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) หญิง ข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) รวมถึงผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด(PWID) หากพิจารณาตามช่องทางการติดเชื้อพบว่า ช่องทางการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อที่มากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 41.8 หากรวมช่องทางที่มีความสัมพันธ์กับประชากรหลัก ได้แก่ การขายบริการทางเพศ และการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาแล้ว พบว่ามีสัดส่วนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.4) สอดคล้องกับผลการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2560 อัตราความชุกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 0.5 และปี 2558 ชายที่มารับการเกณฑ์ทหารลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.6

ข้อมูลจากการระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological Behavioral Surveillance : IBBS) ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าความชุกในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงถึงร้อยละ 21.6 ส่วนพนักงานบริการชายและกลุ่มหญิงข้ามเพศ มีความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 10.2 ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ ในขณะที่ กลุ่มพนักงานบริการหญิงที่สังกัดสถานบริการ มีความชุกร้อยละ 1.0 ส่วนความชุกของการติดเชื้อฯในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ปี 2557 ร้อยละ 20 นอกจากนี้สถานการณ์การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในเด็กทารก พบว่าลดลงอย่างมาก โดยอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปี 2560 อยู่ที่ร้อยละ 1.7

ในปี พ.ศ. 2559 ความครอบคลุมของการรับบริการป้องกันและตรวจเอชไอวี (Reach) ในกลุ่มประชากรหลักยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ กลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) ได้ร้อยละ 72 ส่วนกลุ่มชาย มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM รวม TG) และกลุ่มผู้ต้องขัง ร้อยละ 59 ส่วนกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ร้อยละ 22 และกลุ่มผู้ใช้ยา (PWID) ร้อยละ 36 ส่วนความครอบคลุมของการตรวจเอชไอวี (Test) ในกลุ่มประชากรหลัก พบว่ามีสัดส่วนต่ำมากในทุกกลุ่มเพียงร้อยละ 20 สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอัตราการตรวจหาเอชไอวีต่ำที่สุดเพียง ร้อยละ 17 สำหรับการรับบริการด้านป้องกันและการตรวจหาเอชไอวีของกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ไม่สังกัดสถานบริการ (nonvenue FSW) กับกลุ่มพนักงานบริการที่สังกัดสถานบริการ (Venue FSW) พบว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการมารับบริการสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ (ร้อยละ 89 และร้อยละ 43) สอดคล้องกับสถานการณ์การติดเชื้อหนองใน ที่พบว่ากลุ่มที่ไม่สังกัดสถานบริการ มีการติดเชื้อนอนในสูงกว่ากลุ่มที่สังกัดสถานบริการ (ร้อยละ 7.3 และ ร้อยละ 4.2)

การดูแลรักษาและการเสียชีวิตจากเอดส์

จากข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (National AIDS Program : NAP) ในปี 2561 มีจำนวนผู้ที่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีสะสม จำนวน 577,250 ราย ได้รับยาต้านไวรัสเพียง 447,266 ราย (ร้อยละ 77.5) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยังไม่ลงทะเบียนและลงทะเบียนแต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส คิดเป็น ร้อยละ 36.5

และ 52.9 ขณะที่ผู้รับยาต้านไวรัสเสียชีวิตน้อยสุด คือ ร้อยละ 13.8 การเสียชีวิตในกลุ่มผู้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่เสียชีวิตในหนึ่งปีแรกของการรักษา เหตุจากเข้าสู่ระบบบริการเมื่อกุมภาพันธ์มากแล้ว โดยข้อมูลจาก NAP พบว่า ค่ามาร์ยูโรนของ CD4 ในกลุ่มก่อนเริ่มยาต้านไวรัส พบว่า ยังคงต่ำกว่า 200 cells มาตลอด จากค่ามาร์ยูโรน CD4 ในช่วงปี 2557-2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 129 cells เป็น 186 cells และ 194 cells แต่ในปี 2560 กลับลดลงเหลือเพียง 167 cells เมื่อพิจารณาอย่างของ CD4 ครั้งแรก ในผู้ติดเชื้อรายใหม่ พบว่า ร้อยละ 53.7 มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cells เช่นเดียวกับผู้รับยาต้านไวรัสรายใหม่พบร่วมมีระดับ CD4 ครั้งแรกขณะเริ่มยาต้านไวรัส 200 cells ร้อยละ 53.4

ประเทศไทยมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 20 ปี และมีจำนวนสะสมของผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดเชื้อด้วยยาที่มีมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ได้มีการเฝ้าระวังการเกิดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสของประเทศไทย ซึ่งพบร่วมมีแนวโน้มของอัตราการเกิดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อก่อนเริ่มยาสูงขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 2.0 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2556 และเมื่อติดตามผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสไปข้างหน้าพบว่า อัตราการเกิดเชื้อด้วยยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเริ่มยา ปี พ.ศ. 2560 ได้มีการสำรวจความชุกของเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ก่อนเริ่มรับการรักษา พบร่วมความชุกของการติดเชื้อยาต้านไวรัสก่อนเริ่มการรักษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ร้อยละ 8.2 เมื่อแบ่งตามประวัติเคยรับยาต้านไวรัสก่อน พบร่วม ในกลุ่มผู้ที่ยังไม่เคยกินยาต้านไวรัสก่อน (naïve) มีความชุกของการติดเชื้อยาต้านไวรัสร้อยละ 7.3 และกลุ่มผู้ที่เคยกินยาต้านไวรัสก่อน (experienced) มีความชุกร้อยละ 19.3 เมื่อแบ่งตามกลุ่มยาต้านไวรัส พบร่วมความชุกของการติดเชื้อยากลุ่มนี้ NRTIs ร้อยละ 0.2 กลุ่มนี้ NNRTIs ร้อยละ 8.1 กลุ่ม PIs ร้อยละ 1.2 ต่อทั้งยากลุ่มนี้ NRTIs และ NNRTIs ร้อยละ 0.1 และต่อทั้งยากลุ่มนี้ NNRTIs และ PIs ร้อยละ 1.1 อย่างไรก็ตาม ควรจะมีการเฝ้าระวังเชื้อด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องทุกสามปี และมาตรการป้องกันและตอบโต้ต่อการเกิดเชื้อเอชไอวีด้วยยา

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การรังเกียจ ตีตราและเลือกปฏิบัตินั้นถือได้ว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยเอชไอวีและการเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนทั่วประเทศไทย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบร่วม ร้อยละ 58.6 ของประชาชนยังมีทัศนคติที่เป็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อประกอบด้วยประชาชนลังเลที่จะไปตรวจเลือดหากการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากกังวลว่าคนรอบข้างจะรู้ ร้อยละ 76.9 มีความเห็นว่าคนที่ติดเชื้อฯ หรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อ มักจะถูกรังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนรอบข้าง ร้อยละ 69.2 มีความกังวลการติดเชื้อถ้าต้องสัมผัสน้ำลายผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 57 รู้สึกรังเกียจที่จะซื้ออาหารสดหรืออาหารพร้อมปรุงจากผู้ขายหรือผู้ประกอบอาหารที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 52.1 เห็นด้วยว่าคนที่ติดเชื้อฯ จะได้รับการรังเกียจจากคนรอบข้าง ร้อยละ 38.2 และ เห็นด้วยว่าเด็กติดเชื้อไม่ควรเรียนร่วมกับเด็กอื่น ร้อยละ 23.7

ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ ในกลุ่มนักศึกษาผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในปี 2558 และ 2560 พบร่วมมีการเพิ่มขึ้นในประเด็น บุคลากรที่เคยสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ประชากรหลักจากร้อยละ 23.7 เป็นร้อยละ

27.0 การป้องกันตนเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากร้อยละ 53.1 เป็นร้อยละ 60.8 ขณะที่ความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 60.9 เป็นร้อยละ 50.7 ทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงสูงแม้จะลดลงเพียงเล็กน้อย คือจากร้อยละ 84.5 เป็นร้อยละ 83.5 ในส่วนผลสำรวจในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพจากร้อยละ 12.1 ในปี 2558 ลดลงเป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2560 ในส่วนของการถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีลดลง จากร้อยละ 24.5 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 10.4 ในปี 2560 ขณะที่ส่วนที่ตอบว่าเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตัวเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ายังคงสูงที่สุด โดยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 31.4 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 34.9 ในปี 2560

ผลการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งผนวกเข้ากับระบบการเฝ้าระวัง IBBS ในปี 2560 พบว่า กลุ่ม MSM และ TG เคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติในสถานศึกษา/สถานที่ทำงานภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบร้อยละ 12.8 และ 18.9 ตามลำดับ กลุ่ม MSM และการตีตราตนเอง ในกลุ่ม FSW สูงที่สุด คือ ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือกลุ่ม TG ร้อยละ 22.1 ขณะที่กลุ่ม MSM และ MSW อยู่ที่ร้อยละ 19.4 กับ 19.9 ตามลำดับ

ซึ่งว่างในการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

1. แม้ว่าการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรหลักมีความก้าวหน้ามากขึ้น โดยมีการกำหนดพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายสำคัญ พร้อมทั้งการตอบสนองตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น แต่ความครอบคลุมของการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ และยังจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินงานเพิ่มการเข้าถึงโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักที่ยังมีอายุน้อย หรือเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงพนักงานบริการทางเพศที่ไม่สังกัดสถานบริการ สำหรับความซุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนลดลงชา ๆ แต่มีโอกาสกลับมาสูงขึ้นอีก เนื่องจากแนวโน้มการติดเชื้อรอดติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แม้เยาวชนจะใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุดเพิ่มขึ้น

2. ประเด็นด้านกฎหมายยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและการดำเนินงานเพื่อลดอันตราย (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีนีด

3. การเข้าถึงกลุ่มประชากร MSM เพื่อให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสานที่เข้มข้นกับการรักษา ตามแนวทาง RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มีจำนวนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ในขณะที่รูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงและการติดต่อสื่อสาร (connection) เพื่อแลกเปลี่ยนทางเพศ (sex exchanges) เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก จากที่เคยพบปะกันตามแหล่งบริการหรือในพื้นที่เสี่ยง (hot spots)

การดูแลรักษาเชื้อเอชไอวี

- ปัจจุบันแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 มาตั้งแต่ปี 2557 แต่ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อหลังรัฐสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี และความครอบคลุมของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสและสามารถลดปริมาณไวรัสได้ตามเกณฑ์ ยังไม่ถึงเป้าหมาย 90%
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังคงมารับการรักษาล่าช้า ค่ามรรคฐานของระดับ CD4 ครั้งแรก ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ก่อนว่าครึ่ง ยังคงต่ำกว่า 200 cells ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้าและป่วยหนักจนกระแทกเสียชีวิต
- การเฝ้าระวังการติดเชื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประเทศไทยให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างนาน จึงจำเป็นต้องมีติดตามตรวจยาในตัวน้ำเหลือง เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสในกลุ่ม Retroviruses ที่มีการกลายพันธุ์ กีดขวาง พันธุ์ตัวอยาต้านไวรัสได้ง่าย อันจะเป็นปัญหาต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องยาต้านไวรัสรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในอนาคต
- ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้วยการขยายบัตรประกัน สุขภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้ แต่ในทางปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดจากการที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว

การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การดำเนินงานการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติยังอยู่ในระยะเริ่มต้น จำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรทั่วไป และการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชากรหลัก รวมทั้งแนวทางให้ครอบคลุมหน่วยอื่น ๆ ที่ยังคงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้มีผลในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดการป่วยและการเสียชีวิตจากเอดส์

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560 – 2573)

- ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) เหลือไม่เกินปีละ 1,000 ราย
- ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือไม่เกินปีละ 4,000 ราย
- ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิม ร้อยละ 90

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ปี 2564

- การไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด
- ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) เหลือไม่เกินปีละ 2,000 ราย
- ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือไม่เกินปีละ 12,000 ราย
- ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 50

ประเด็นวิจัย

- B1 การศึกษาผลกระทบจากนโยบายการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ทันที) any CD4
- B2 Invention of nanoparticle condoms and advocating for changing social norm related with condoms and condom use
- B3 การศึกษาปัจจัย เงื่อนไขและรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงการบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรหลัก
- B4 การศึกษาติดตามพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การกินยาอย่างต่อเนื่องและการคงสถานะผลเลือดเป็นลบของคู่ผลเลือดต่าง
- B5 ศึกษาหามาตรการลดการติดต่อและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก
- B6 ปัจจัยส่งเสริมการเข้าสู่การตรวจนิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี
- B7 ศึกษาประสิทธิภาพมาตรการลดการติดต่อและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก
- B8 การศึกษาการคงอยู่และไม่คงอยู่ในระบบบริการของผู้ติดเชื้อที่กำลังรักษาและกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการรักษา
- B9 นวัตกรรมการสร้างชุดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนและกลุ่มประชากรหลักมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพด้าน HIV/STIs/Hep B, C

10. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์โรค

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั่วโลก อ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ปี 2558 พบว่า มีผู้ติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่า 1 ล้านคนต่อวันทั่วโลก ในแต่ละปี มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 357 ล้านราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคหนองในเทียม จำนวน 131 ล้านคน โรคหนองใน 78 ล้านคน โรคซิฟิลิต 5.6 ล้านคน และโรคพยาธิในช่องคลอด 143 ล้านคน จากสถานการณ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) ปี 2560 พบมีผู้ป่วยโรคหนองใน จำนวน 555,608 คน โรคซิฟิลิตพบผู้ป่วย จำนวน 30,644 คน และโรคหนองในเทียม จำนวน 1,708,569 คน เกือบ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเป็นกลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 15 – 24 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ตามข้อมูลระบบวิทยาและข้อมูลพื้นฐานของ หน่วยงานที่ให้บริการคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งได้จากการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐ และสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ในช่วงปี 2556-2560 พบว่าอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 18.8 ต่อ ประชากรแสนคน เป็น 28.8 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักได้แก่ โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคซิฟิลิต โรคแพลริมอ่อน และโรคการโกรข่องต่อมและท่อน้ำเหลือง พบร่างกายกลุ่มอายุที่พบ มากที่สุดอยู่ในช่วง 15-24 ปี ปี 2559 พbow อัตราป่วย 83.9 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเป็น 99.6 ในปี 2560 พบร่างกายมากกว่าเพศหญิง เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่า อาชีพรับจ้าง/กรรมการมีอัตราป่วย 36.9 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคืออาชีพนักเรียน มีอัตราป่วย 22.7 ต่อประชากรแสนคน และไม่ทราบอาชีพ/ ในการปกครอง มีอัตราป่วย 17.9 ต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์โรคซิฟิลิตเมื่อวิเคราะห์ตามภาคพบว่า อัตราป่วยโรคซิฟิลิต ภาคกลางพบอัตราการป่วย มากที่สุดคือ 43.8 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนือพบอัตราการป่วย 24.7 ต่อประชากรแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการป่วย 22.1 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้พบอัตราการป่วย 13.4 ต่อ ประชากรแสนคน ส่วนอัตราป่วยโรคหนองในพบมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการป่วย 68.0 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือพบอัตราการป่วย 62.2 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางพบอัตรา การป่วย 58.6 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้พบอัตราการป่วย 15.2 ต่อประชากรแสนคน โดยพบในจังหวัด ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว และมีแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก เช่น ในพื้นที่จังหวัด ตราด จันทบุรี สมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ ระยอง สุราษฎร์ธานี ศรีสะเกษ เชียงราย

กลุ่มประชากรที่พบโรคหนองใน และโรคซิฟิลิตมากที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี การมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกนั้น อายุเฉลี่ยนักเรียนชายเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 13.2 ในปี 2555 ลดลงเหลือ 13.0 ในปี 2559 อายุเฉลี่ยนักเรียนหญิงเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 13.3 ในปี 2555 ลดลงเหลือ 13.1 ในปี 2559 การใช้ถุงยาง อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 50.0 ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.9 ในปี 2559 พบรัดส่วนใน การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคุณอนุญาตทุกประเภทอยู่ในระดับต่ำทั้งในนักเรียนชายและนักเรียนหญิง

โดยนักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยสูงสุดกับพนักงานบริการหญิงร้อยละ 53.6 และนักเรียนหญิงใช้ถุงยางอนามัยกับชายอี่นร้อยละ 46.3 สำหรับพฤติกรรมการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า นักเรียนชายมีอาการปัสสาวะแสบขัดร่องลงมาคือมีของเหลวผิดปกติไหลออกจากการวัยรุ่นร้อยละ 5.0 และ 3.1 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนหญิงมีของเหลวที่ผิดปกติไหลออกจากการวัยรุ่นร้องลงมา มีอาการปัสสาวะแสบขัดร้อยละ 2.5 และ 2.1 ตามลำดับ นักเรียนชายและนักเรียนหญิงส่วนใหญ่เปรียกษาที่โรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐ ร้อยละ 47.5 และ 50.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ นักเรียนชายและนักเรียนหญิงส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ HIV เอดส์ หรือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากครุภารย์ในโรงเรียนสูงสุดร้อยละ 45.5 และ 51.8 ตามลำดับ

เนื่องจากรายงานสถานการณ์ของประเทศไทยมีแนวโน้มต่ำกว่าความจริง เพราะได้รับจากระบบรายงานแบบ passive โดยเฉพาะหนองในเทียมจะต่ำมากเนื่องจากไม่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ห้า pus cell) และอีกส่วนหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือมาตรฐานของกรมควบคุมโรค นอกจากนั้นยังขาดการสำรวจอุบัติการณ์และความชุกของโรค STIs ในกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่างๆโดยวิธี PCR และ PCR ในอดีตนั้นจะตรวจหาได้แค่เชื้อ *Chlamydia trachomatis* เท่านั้น ยังขาดข้อมูลของเชื้อ *Ureaplasma urealyticum* และ *Mycoplasma genitalium* ซึ่งเป็นสาเหตุของหนองในเทียม อีกประมาณร้อยละ 40 ดังนั้นจึงควรมีการสำรวจและเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับ STIs จึงจะรู้อุบัติการณ์และความชุกได้แม่นยำ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และทำการป้องกันควบคุมได้ดีขึ้น

ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย และมีความไว้สูงในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. ยังมีกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มประจำบ้าน ในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. กลุ่มประชากรต่างชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เข้าถึงได้ยากต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. คำแนะนำ และ การตรวจติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในบางครั้งไม่เอื้อต่อวิถีการประกอบอาชีพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
5. กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่เข้าถึงยาก เป็นวัยเรียนที่ไม่สามารถมารับบริการในเวลาปกติได้ ระบบการให้บริการที่ไม่เอื้อต่อการรับบริการ การปรับระบบการบริการให้เอื้อต่อผู้รับบริการ (กลุ่มวัยรุ่น)
6. ทัศนคติ ของครุและผู้ปกครองต่อการให้บริการป้องกันโรค เช่น การแจกถุงยางอนามัย
7. ไม่มี STIs Coordinator บริหารจัดการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560 – 2580)

1. ยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายเพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปี 2573
2. อัตราป่วยด้วยโรคหนองในทุกกลุ่มอายุ <3 ต่อประชากรแสนคน
3. อัตราป่วยด้วยโรคชิฟิลิติกุล์มายุ <1 ต่อประชากรแสนคน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ปี 2564

เป้าหมาย	ทุกกลุ่มอายุ	กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี
อัตราป่วยด้วยโรคหนองใน ต่อประชากรแสนคน	<8.0	<60.0
อัตราป่วยด้วยโรคชิฟิลิติกุล์มายุ ต่อประชากรแสนคน	<3.5	<14.4
ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	>ร้อยละ 90	>ร้อยละ 80
ร้อยละการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80
ร้อยละของการติดตามผู้สัมผัส	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 80

ประเด็นงานวิจัย

B23 การศึกษาเปรียบเทียบความไวและความจำเพาะการตรวจชันสูตรชิฟิลิติกุล์มายุ (รวมทั้งทางการแพทย์และทางเคมี)

B24 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลยา Benzathine penicillin กับยา Doxycycline

B25 การพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจชันสูตรชิฟิลิติกุล์มายุ (รวมทั้งทางการแพทย์และทางเคมี)

B26 ปัจจัยส่งเสริมระบบคุณภาพการบริการดูแลรักษาป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย

B27 ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

B28 การเข้ารับบริการ (Health seeking behavior) ของผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในหน่วยบริการต่างๆ เช่น ร้านขายยา คลินิก รพสต. โรงพยาบาล

B29 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Cefixime กับ Azithromycin ชนิดรับประทานครั้งเดียวในการรักษาโรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนในผู้มารับบริการกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

B30 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก สำหรับพนักงานบริการในแหล่งชุมชนตามพื้นที่ชายแดนให้ได้ผลและครอบคลุม

B31 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานโรงงาน (ที่มีชาวต่างชาติ) ให้ได้ผลและครอบคลุม

B32 การศึกษาสถานการณ์และความเกี่ยวข้องของกลุ่มเยาวชนที่มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง (ชิฟิลิติกุล์มายุ) กับกลุ่มประชากรหลัก

11. โรคเรื้อน

สถานการณ์โรค

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณต่องานควบคุมโรคเรื้อน ในปี 2501 ทรงให้มีการก่อตั้งสถาบันราชประชาสามสัย และมูลนิธิราชประชาสามสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อให้การสนับสนุนและเร่งรัดขยายงานโครงการควบคุมโรคเรื้อนให้ทั่วประเทศ ต่อมาในปี 2527 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำสูตรยาผัดสมาระยะสั้น (Multi drug therapy : MDT) ที่มีประสิทธิภาพสูงมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนตามคำแนะนำของ องค์การอนามัยโลก ซึ่งส่งผลให้ใน ปี 2537 ผู้ป่วยโรคเรื้อน ขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ จำนวน 4,883 ราย อัตราความชุกโรคเรื้อนของประเทศไทยเท่ากับ 0.84 ต่อ 10,000 ประชากร ซึ่งบรรลุตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ อัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากร ก่อนเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ใน ปี 2548 โดยถือว่าเป็นเกณฑ์ที่สามารถกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จและไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยประเทศไทยเป็นประเทศแรกของภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ ที่สามารถทำได้

ตั้งแต่ ปี 2537 จนถึงปัจจุบัน การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย เรียกว่า “ระยะหลังการกำจัดโรคเรื้อน” ในปี 2560 อัตราความชุกโรคเรื้อนเท่ากับ 0.05 ต่อ 10,000 ประชากร (ความชุกโรคเรื้อน คือ 345 ราย) ในปี 2551 – 2560 คันพบรู้ปป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 401, 358, 405, 280, 220, 188, 208, 187, 163 และ 164 ตามลำดับ โดยใน ปี 2560 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 164 ราย แบ่งเป็นกลุ่มประเภทเชื้อมาก 120 ราย (ร้อยละ 73.17) ประเภทเชื้อน้อย 44 ราย (ร้อยละ 26.83) จำแนกเป็น เพศชาย 98 ราย (ร้อยละ 59.76) เพศหญิง 66 ราย (ร้อยละ 40.24) เด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 10 ราย (ร้อยละ 6.10) กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่ตรวจพบเป็นโรคเรื้อน 23 ราย (ร้อยละ 14.02) การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำแนกรายภาค ดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 70 ราย (ร้อยละ 42.68) ภาคใต้ 43 ราย (ร้อยละ 26.22) ภาคเหนือ 27 ราย (ร้อยละ 16.46) ภาคกลาง 24 ราย (ร้อยละ 14.63) จำแนกรายจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงสุดใน 5 ลำดับแรก คือ ปัตตานี 19 ราย, นครราชสีมา 17 ราย, นราธิวาส 13 ราย, บุรีรัมย์ 9 ราย และ สุรินทร์ 8 ราย ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ในปี 2551 - 2560 การคันพบรู้ปป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปี มีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่าสัดส่วนความพิการระดับ 2 (ความพิการที่มองเห็นได้) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ร้อยละ 12, 15, 15, 10, 17, 10, 15, 14, 15 และ 16 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 14.9) การคันพบรู้ปป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับตรวจวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานล่าช้า ซึ่งมีความสำคัญในทางระบบวิทยา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน โดยเฉพาะชนิดเชื้อมากจะแพร่เชื้อโรคเรื้อนให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องในชุมชน

ในส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดความพิการก็จะนำไปสู่การตีตราจากสังคม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว ผลกระทบจากการวิจัย ปี 2554 ที่จังหวัดชัยภูมิ พบร่วมชนที่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนอาศัยอยู่ มีการตีตราต่อโรคเรื้อนสูงเกินร้อยละ 80 นำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ รัฐบาลต้องรับภาระในการสร้างเคราะห์ผู้พิการจากโรคเรื้อน

นอกจากโรคเรื้อนในประชากรไทยจะยังไม่หมดไปยังคันพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นประชากรต่างด้าวในประเทศไทย ปี 2551 – 2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 34, 30, 40, 28, 22, 22, 47, 44, 40 และ 28 ราย ตามลำดับ ในปี 2560 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ประชากรต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ 24 ราย (ร้อยละ 85.7) กัมพูชา 2 ราย (ร้อยละ 7.1) เนปาล 1 ราย (ร้อยละ 3.6) และจีน 1 ราย (ร้อยละ 3.6) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย 4 ราย (ร้อยละ 14.3) ประเภทเชื้อมาก 24 ราย (ร้อยละ 85.7) ซึ่งทำให้มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อโรคเรื้อนมาสู่ประชากรไทย ส่งผลให้โรคเรื้อนกลับมาปัญหาสาธารณสุขได้ในอนาคต

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสามัชยจึงได้กำหนดมาตรการดำเนินป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ดังนี้

ปัญหาการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ประชากรไทย

1. การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านยังไม่ครอบคลุม ร้อยละ 100
2. พบรู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ซึ่งสะท้อนถึงความล่าช้าในการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อน และครอบครัวได้รับการตีตราจากสังคม
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการระดับ เพิ่มขึ้นระหว่างการรักษา
5. ความรุนแรงของความพิการหลังการรักษาเพิ่มขึ้น

- ประชากรต่างด้าว

1. การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคเรื้อนในระบบการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว (One Stop Service : OSS) ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
2. ไม่มีระบบการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าวที่ผ่านเข้าออกตามแนวชายแดน หรือ lob หนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

องค์กรอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนิน งานควบคุมโรคเรื้อน ในปี 2563 ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ไม่เกิน 100 ราย
2. ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ไม่มีความพิการระดับ 2
3. อัตราความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ต่ำกว่า 1 ต่อล้านประชากร
4. ไม่มีประเทศที่มีกฎหมายซึ่งเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคเรื้อน

ประเด็นวิจัย

B33 การลดความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (การใช้ชั้นรัตกรรม: Application line
ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่)

B34 คุณสมบัติข้อบ่งชี้ทางರากวิทยาโรคเรื้อนที่เหมาะสมในการคัดเลือกพื้นที่เสี่ยงในการเร่งรัดการ
ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

B35 ประสิทธิผล (Effectiveness) ของโครงการลดความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

B36 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

12. โรคไวรัสตับอักเสบ

สถานการณ์โรค

การเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรัง เช่น ภาวะตับวายเนิยบพลัน ภาวะตับแข็ง และมะเร็งตับ พบรากเป็นอันดับที่ 7 ของประชากรทั่วโลก หรือประมาณ 1.4 ล้านคน ในปี พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์และวัณโรค และพบว่าสาเหตุเกือบทั้งหมดเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เรื้อรัง

โรคไวรัสตับอักเสบ บี คาดการณ์ว่าปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 240 ล้านคน โดยจำนวนราوا 100 ล้านคนเป็นผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้(SEARO) ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 5.6 ของประชากรทั้งหมดของภูมิภาคสำหรับในประเทศไทยพบอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4-5 ของประชากรที่เกิดก่อนจะเริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อตับอักเสบ บี (ปี พ.ศ.2535) ส่วนประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ.2535 ซึ่งได้บรรจุวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบชนิด บี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนของประเทศไทย พบรากความชุกร้อยละ 0.6 ในภาพรวม ซึ่งจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรัง ประมาณ 2.2-3 ล้านคน

การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีหลายวิธี ดังนี้ 1) การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี และซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการตรวจคัดกรองดังกล่าวยังขาดการรวบรวมข้อมูล และขาดการเข้ามต่อไปยังระบบรักษา 2) การให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บี แก่เด็กทุกคน ปัจจุบันความครอบคลุมการได้รับวัคซีน HB3 เท่ากับร้อยละ 99.4 ในปี 2549 มีการทดสอบประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันเชื้อ HBV ในรอบ 12 ปี พบรากการเป็นพาหะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.3 เหลือร้อยละ 0.73 และในปี 2557 พบรากการติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับร้อยละ 0.6 ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้การดำเนินงานด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกรายใหม่ออยู่เสมอ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากสถานพยาบาลไม่สามารถหา HBIG (hepatitis B immunoglobulin) มาให้แก่เด็กทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะ ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยนั้นยังคงต้องได้รับการพัฒนาเพื่อกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ให้หมดไป สิ่งที่ยังขาดการดำเนินงานในประเทศไทยได้แก่การป้องกันปฐมภูมิสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นต้น

โรคไวรัสตับอักเสบ ซี คาดการณ์ว่าในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อประมาณ 130-150 ล้านคน ทั่วโลก ในจำนวนเหล่านี้ พบราก เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบ บี ประมาณ 2.6 ล้านคน และ ติดร่วมกับไวรัสตับอักเสบ ซี ประมาณ 2.9 ล้านคนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้(SEARO) คาดประมาณว่ามีผู้เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบ ซี ราว 30 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตกว่าปีละ 120,000 รายสำหรับประเทศไทยนั้นมีรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังประมาณร้อยละ 1-2 หรือประมาณ 1 ล้านคน โดยพบความชุกมากที่จังหวัดในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบเรื้อรังทั้งสองชนิดจะนำไปสู่ภาวะตับแข็ง และมะเร็งตับได้

การป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ประเทศไทยนั้น มุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทางสาธารณสุข มีนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction) เพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดนิดนิดเข้าเส้นสามารถเข้าถึงเข็มฉีดยาสารอดปลดภัยจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างไรก็ตามการดำเนินการตามนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาที่มีข้อจำกัดอยู่มากทั้งในเรื่องการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลและหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่ในการดูแลป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่ยังมีไม่นักและยังจำเป็นต้องขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศ นอกจากเห็นจากการดำเนินงานข้างต้นแล้ว การป้องกันควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบซี ยังพบปัญหาที่คล้ายคลึงกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี คือยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการตรวจคัดกรองประชากรที่เคยมีความเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง อันเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ยากขึ้นอีก

ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ขาดข้อมูลการตรวจคัดกรองหรือความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ที่ไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีข้อมูลอัตราตายจากโรคไวรัสตับอักเสบ บี ข้อมูลการติดต่อจาก HB – MTCT เป็นต้น
2. ขาดข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายหรือข้อมูลยังไม่เพียงพอ เช่น ข้อมูลทางระบบวิทยา ในเด็กต่ำ 5 ปี และกลุ่มประชากรเสี่ยง ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี
3. การดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบ บี ในหญิงตั้งครรภ์ กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองเป็น Positive ไม่ได้รับการตรวจยืนยันและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา
4. การใช้ยา TDF ในหญิงตั้งครรภ์และ การให้ HBIG ในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อและ ทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ ไม่ได้รับ HBIG
5. วัคซีน HBIG ให้บริการไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ
6. ขาดข้อมูล HB - MTCT ที่มี ผล HBsAg Positive และไม่ได้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจยืนยันและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
7. ไม่มีข้อมูลทางระบบวิทยาเรื่อง เพศ อาชีพและพื้นที่ระดับจังหวัด ในประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี
8. ยังไม่มีการตรวจคัดกรองหากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในกลุ่มประชากรทั่วไป
9. ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ทราบความเสี่ยงและสถานะการติดเชื้อของตนเอง
10. การดำเนินงานตามแนวทางยังไม่ครอบคลุมตามคำแนะนำของ WHO เช่น ขาดการประสานการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาด้วยยาต้าน
11. ยังไม่มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานในเรื่องการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบ ซี อย่างเป็นระบบ
12. ประชาชนขาดความรู้เรื่องสิทธิการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซี
13. ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่เข้าถึงการตรวจคัดกรองหากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี

14. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันที่ยังไม่ถึงเกณฑ์การรักษา ไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้วยยา DAA ได้

15. ผู้ป่วยไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง หรือรู้ช้า รู้แต่ไม่เข้าถึงการรักษา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560 – 2580)

เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2573
1. อุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ไม่เกินร้อยละ 0.1	<0.1%
2. อุบัติการณ์ของประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี	ลดลงร้อยละ 30	ลดลงร้อยละ 90
3. อัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 65

ประเด็นวิจัย

B37 การศึกษา cost effectiveness ของสูตรยาต่างๆ ในการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี

B38 การประเมินความไวและความจำเพาะของการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ด้วยชุดทดสอบแบบรุ่นเร็ว (rapid screening test)

B39 ศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HBV ในเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี ที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับยา TDF ในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HBV จากแม่สู่ลูก

B40 การวิจัยยาใหม่ในการรักษาไวรัสตับอักเสบ ซี (Pan genotype)

13. โรควัณโรค

สถานการณ์วัณโรค

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์กรอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายนานาสูงจากรายงานวัณโรคระดับโลกปี 2561 โดยองค์กรอนามัยโลก (WHO, Global TB report 2018) ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 รายและพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 12,000 ราย (อ้างอิงจาก Global Tuberculosis Report 2018, WHO)

จากการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 พบร่วมผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 80,160 ราย คิดเป็นอัตราการค้นหาและรักษาครอบคลุมร้อยละ 74 (80,160/108,000) ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 7,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยใหม่และรักษาซ้ำมีผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอัตโนมัติวิทยา เพียงร้อยละ 12 และผลสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2559 เท่ากับร้อยละ 82.9 (อ้างอิงจาก Global Tuberculosis Report 2018, WHO)

วัณโรคดื้อยาหลายนานา จากรายงานวัณโรคระดับโลกปี 2561 โดยองค์กรอนามัยโลก (Global TB report 2018, WHO) คาดประมาณว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) 3,900 ราย หรือคิดเป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน โดยพบ MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 2.2 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ซึ่งประมาณร้อยละ 5-10 ของ MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายนานาชนิดรุนแรงมาก ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายนานาที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำนวน 1,339 ราย ได้รับยา.rรักษา จำนวน 851 ราย และจากการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้วัณโรคดื้อยาหลายนานาชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายนานาชนิดรุนแรงมาก ทำให้ในปี พ.ศ.2561-2562 มีการค้นพบและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายนานาชนิดรุนแรงมาก จำนวน 32 ราย (อ้างอิงจากTBCM online ณ วันที่ 25 ก.พ. 2562)

วัณโรคในเรือนจำ ผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่สำคัญ เนื่องจากมีการย้ายเข้า-ออกของผู้ต้องขังตลอดเวลา ประกอบกับสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านสถานที่และจำนวนผู้ต้องขัง จึงง่ายต่อการแพร่เชื้อวัณโรค โดยเฉลี่ยจะมีอุบัติกรณีของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ในปี พ.ศ. 2561 เรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่ง รายงานว่า มีผู้ต้องขังประมาณ 340,000 ราย พบร่วมผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 4,456 ราย โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 517 ราย พบร่วมผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาริฟามิซิน (RR-TB) 49 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายนานา 25 ราย (อ้างอิงจากTBCM online ณ วันที่ 25 ก.พ. 2562)

วัณโรคแรงงานข้ามชาติและชายแดน ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดน เป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยสูงกว่าไทย 2-3 เท่า และที่ผ่านมาพบแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ปี 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดน จำนวน 4,363 ราย (อ้างอิงจาก TBCM Online ณ วันที่ 25 ก.พ. 2562)

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. อัตราความครอบคลุมการค้นพบและขั้นทะเบียนรายงานการรักษาต่อ

- 1.1 การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคเดิมใช้การซักประวัติจากการสงสัยเข้าได้กับวัณโรค ซึ่งมีความไม่เพียงพอ จากข้อมูลการสำรวจความชุกวัณโรคของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555-2556 พบว่าการคัดกรองโดยการซักประวัติร่วมกับการ X-Ray พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30 ในขณะที่ใช้การคัดกรองด้วย X-Ray พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 66 (อ้างอิงจาก รายงานการสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติในประเทศไทยปี พ.ศ. 2555-2556)
- 1.2 การค้นหาเพื่อคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมบุคคลที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วย silicosis ผู้ป่วยโรคปอดและโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคต้อยา ผู้ต้องขังในเรือนจำและสถานสงเคราะห์ รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยบริการทุกระดับ
- 1.3 การวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีใหม่ ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร (งบประมาณ/เครื่องมือ/บุคลากร/การบริหารจัดการ)
- 1.4 การรายงานและการขึ้นทะเบียน ไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน

2. อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

- 2.1 อัตราการเสียชีวิตสูง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมีโรคร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย HIV
- 2.2 อัตราการขาดยา โอนออก ในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายและแรงงานข้ามชาติ
3. ผู้ป่วยวัณโรคต้อยา (MDR/RR-TB) และวัณโรคต้อยาหลายนานาชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)
 - 3.1. ความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาวัณโรคที่ยังไม่ต้อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่าย

- 3.2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาวันโรคที่ไม่สมำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดเชื้อดื/o/a
- 3.3 ผู้ป่วยวันโรคที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม กินหรือฉีดยาไม่สมำเสมอ หรือขาดการรักษาก่อนครบกำหนด สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้
4. วันโรคในเรือนจำ ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดวันโรคและวันโรคดื/o/a ซึ่งเรือนจำมีคนอยู่แออัด ทำให้วันโรคแพร่ได้ง่าย และพบผู้ป่วยวันโรคในเรือนจำมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากมีการค้นหาผู้ป่วยวันโรคให้พบทั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการตรวจอกในผู้ต้องขังทั่วประเทศการค้นหาผู้ป่วยวันโรคให้พบทั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยตัดวงจรการแพร่เชื้อ (อ้างอิงจากแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ต้องขังเพื่อค้นหาผู้ป่วยจากการสงสัยวันโรคในเรือนจำ, สำนักวันโรค)
- 5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม**
- 5.1 การลดการตีตรา (stigma) และเลือกปฏิบัติ (discrimination) การดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยวันโรค จำเป็นต้องพัฒนาวิธีการหรือแนวทางหรือมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยวันโรค ไม่ว่าจะเป็นวันโรคที่ไวต่อยา วันโรคดื/o/a (MDR/RR-TB) และวันโรคต้อยาหอยลายนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) และการลดการตีตราในกลุ่มผู้ที่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมเดียวกับผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางให้ครอบคลุมหน่วยอื่น ๆ ที่ยังคงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน รักษาหาย ลดการเสียชีวิต และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวันโรคสู่คนรอบข้าง
- 5.2 การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ สภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการเข้าสู่การรักษาและความยอมรับการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยวันโรคส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การหาแนวทางเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจะช่วยลดความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาของผู้ป่วย
- 5.3 ความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิประโยชน์การเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาวันโรคระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ
6. อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลรักษาวันโรคของประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งรวมถึงความท้าทายของการมีเสรีภาพในการย้ายที่อยู่อาศัย และการประกอบอาชีพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) เศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการเพิ่มจำนวนประชากรข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีอัตราป่วยวันโรคสูงกว่าประเทศไทย

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560 – 2573)

องค์กรอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ. 2578 มุ่งยุติวัณโรคให้สำเร็จภายใน 20 ปี โดยมีเป้าหมายดังนี้

- 1) ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร
- 2) ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เทียบกับปี พ.ศ. 2558

สอดคล้องกับแนวทางของแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคการบริการ บุคลากร และการบริหารจัดการ บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

มาตรการป้องกัน ควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือ เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและทันสมัย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ปี 2560-2564

ประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 ประเทศไทย มีเป้าประสงค์โดยรวมคือ ลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค ร้อยละ 12.5 ต่อปี หรือ ลดจาก 171 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557 เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 และมีมาตรการหลักในการบรรลุเป้าหมายสู่การยุติวัณโรค ดังนี้

1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มประจำบ้านและกลุ่มเสี่ยง วัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้มีความครอบคลุม (Treatment Coverage) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์

2) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตระหนักรู้ราย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Patient centered care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
(อ้างอิงจากแผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564, สำนักวัณโรค)

ประเด็นวิจัย

Epidemiological Research

B41 การสำรวจความชุกของวัณโรคประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565

B42 การศึกษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มประชากรและประชากรเสี่ยง

Multidisciplinary Research

B43 การศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว (cost survey)

B44 ประสิทธิภาพ (effectiveness) และความต่อเนื่อง (compliance) ของมาตรการ IC ต่อการลดโรคในพื้นที่ (บ้าน ชุมชน เรือนจำ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล)

B45 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าของการให้ยาป้องกันในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคด้วยหลายชาน (Contact MDR-TB)

- B46 การประเมินความคุ้มค่าของสูตรยาต่างๆ ในภารกษาวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค
- B47 การศึกษามาตรการลดการตีตราทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- B48 การประเมินคุณภาพของภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ใช้รถเอกซเรย์เคลื่อนที่คันหาเชิงรุก
- B49 ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) ที่รักษาภายใต้ พรบ.โรคติดต่อ 2558

Operations/Implementation Research

- B50 การศึกษารูปแบบการสอบสวนโรคสำหรับโรคเรื้อรังวัณโรคที่เหมาะสมในการนีกิดการระบบ (เรือนจำ, โรงเรียน)
- B51 การประเมินประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ของการดำเนินการ DOT รูปแบบต่างๆ (Conventional DOT, VDOT,etc)

Health system research

- B52 การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยในประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่ได้ผลคุ้มค่า (ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ ผู้สัมผัสวัณโรค (TB contacts) 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) 3) แรงงานข้ามชาติ (migrant) 4) โรคร่วม (ผู้ป่วยเบาหวาน (DM), ผู้ป่วย silicosis) 5) บุคลากรสาธารณสุข (HCW) และ 6) ผู้ต้องขัง (prisoners) และบุคลากรในเรือนจำ)
- B53 การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาวัณโรคที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง
- B54 การพัฒนาระบบการอ่านพิล์มเอกซเรย์ด้วยโปรแกรมปัญญาประดิษฐ์ (AI)
- B55 มาตรการในการส่งเสริมความร่วมมือของภาคเอกชนและหน่วยงานราชการในการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการด้านวัณโรค (ค้นหา ดูแลรักษา ป้องกัน และรายงาน) และการปฏิบัติตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- B56 การศึกษาประสิทธิผลและความเท่าเทียมในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของ 3 กองทุนสุขภาพ (ข้าราชการ / ประกันสังคม/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
- B57 การพัฒนามาตรการการคัดกรองและส่งต่อแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรค
- B58 รูปแบบการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา

Biomedical Research

- B59 การศึกษาพัฒนธุกรรมของเชื้อเพื่อยืนยันการระบัดวัณโรค
- B60 ผลการประเมินการตรวจทางโมเลกุลหรืออณูชีววิทยา (molecular test) ที่ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์กรอนามัยโลก เปรียบเทียบกับ วิธีมาตรฐาน (gold standard) ในกลุ่มผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ

B61 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาวันโรคด้วยสูตรยาใหม่สำหรับผู้ป่วยวันโรคดื้อยา

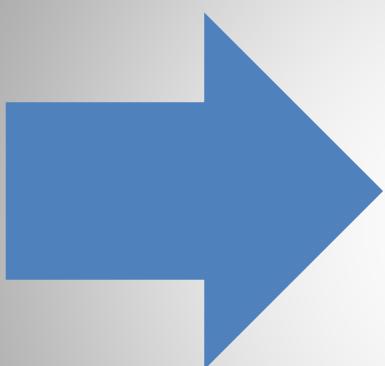
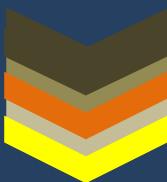
B62 ผลกระทบของสูตรยา.rักษาวันโรค โดยการปรับขนาดยาให้ใช้ในอะซิดโดยใช้ข้อมูลพัฒนารูปแบบต่อผลของการรักษาผู้ป่วยวันโรคในประชากรชาวไทย

B63 การประเมินภาวะเป็นพิษต่อหูจากการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยากลุ่มอะมิโนไอลโคไซด์ ในผู้ป่วยวันโรคดื้อยาหลายชนิด

แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ

การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยง

ที่สำคัญ



- ☛ โรคไม่ติดต่อ
- ☛ การบาดเจ็บ
- ☛ การควบคุมการบริโภคยาสูบ
- ☛ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

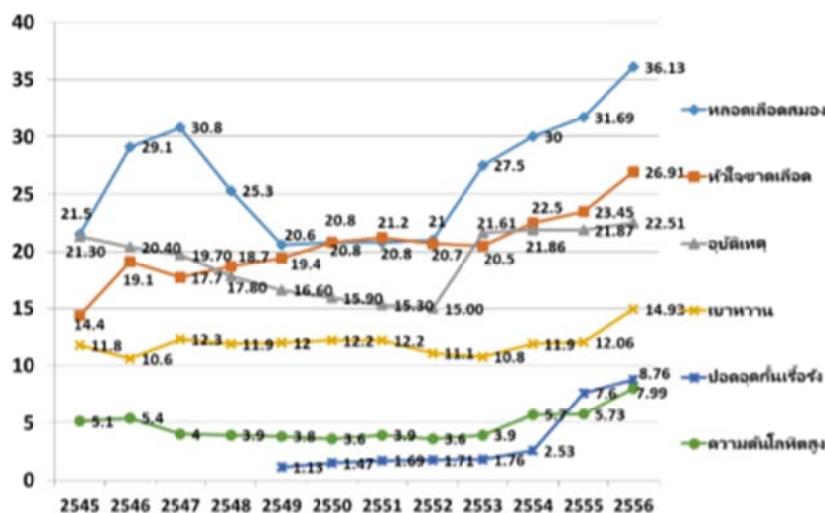
14. โรคไม่ติดต่อ

สถานการณ์โรค

อัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิต

โรค NCDs (Noncommunicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 14.9 ล้านปี โดยเศษายมีความสูญเสียมากกว่าเศษหูงงประมาณ 1.4 เท่า และเมื่อจำแนกตาม 3 กลุ่มโรค พบรดัติส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะ ดังนี้ กลุ่มโรคติดต่อร้อยละ 14 กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 71 และ กลุ่มการบาดเจ็บร้อยละ 15 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของเศษหูงง “ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ส่วนเศษหูงง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

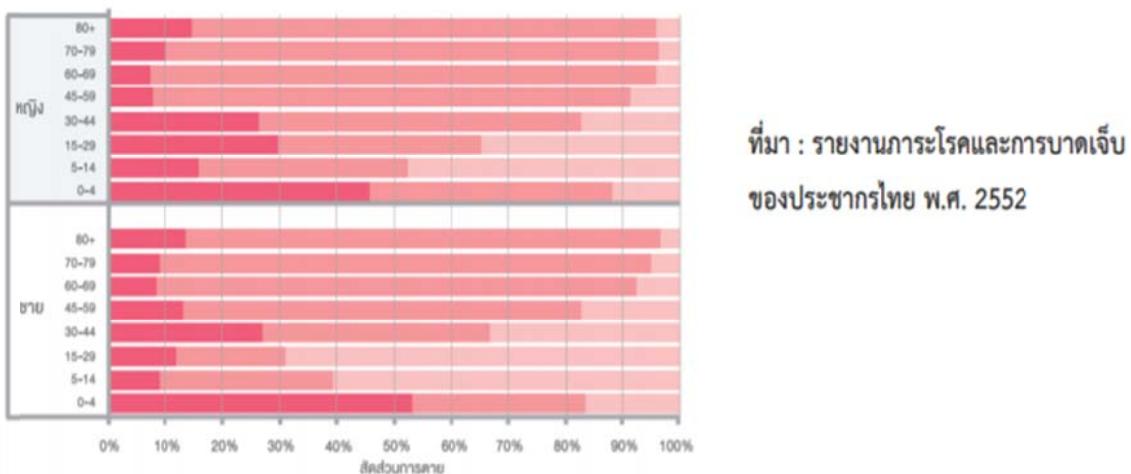
อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุทางถนน ปี 2545 – 2556 จากทุกกลุ่มอายุ



การกระจายของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Distribution)

โรคไม่ติดต่อถือเป็นโรคระบาดระดับโลก โดยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประการโลกถึงร้อยละ 63 สำหรับประเทศไทย เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตโดยจำแนกตามรายกลุ่มโรคใหญ่ 3 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคติดเชื้อ (รวมถึงภาวะทุพโภชนาการและ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด) กลุ่มโรคไม่ติดต่อและ กลุ่มการบาดเจ็บ ทั้งนี้กลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรไทยที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปทั้ง เพศชายและเพศหญิง ซึ่งช่วงวัยดังกล่าว ถือเป็นกลุ่มวัยทำงาน เป็นวัยที่มีความสามารถในการขับเคลื่อน เศรษฐกิจและสังคมประเทศชาติ มีภาระรับผิดชอบต่อผู้พึ่งพิง (วัยเด็กและสูงอายุ) ดังนั้นการเสียชีวิตในกลุ่มวัย ที่มีศักยภาพดังกล่าว ถือเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการเสียชีวิตในทุกช่วงอายุ พบร้า สัดส่วนการเสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามกลุ่ม อายุต่ำสุดในกลุ่มประชากรที่อายุ น้อยกว่า 30 ปีนั้น กลุ่มโรค NCDs ก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงประมาณ 1 ใน 3 ยกเว้นกลุ่มประชากรชายวัย 15-29 ปี ที่มีกลุ่มโรคการบาดเจ็บเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต

สัดส่วนการตายของประชากรไทย จำแนกตามอายุ เพศ และกลุ่มโรค



และเมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากรายงานผล NHES 5 พบร้า ความชุกของ โรคเบาหวานสูงที่สุด ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (10.4) รองลงมา คือ ภาคกลาง (9.6) และภาคเหนือ (8.8) ตามลำดับ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย (8.4) ในขณะที่ความสามารถในการควบคุมสภาวะของโรค (ระดับ HbA1C < 7% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2) ปี 2561 พบร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ สอดคล้องกับความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานระยะที่ 3 ขึ้นไป ที่พบสูงในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ และยังควบคุมได้น้อยกว่าภาพรวมของประเทศไทยและภาคอื่น รวมถึง กทม. ด้วย และเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุ พบร้า ผู้ป่วยอายุระหว่าง 35 -54 ควบคุมได้ต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุ มากกว่า ในขณะที่ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 24.7 และ เมื่อพิจารณาแยก ภาค พบร้า ภาคเหนือมีความชุกสูงที่สุด (32.6) รองมา ได้แก่ ภาคใต้, ภาคกลาง, กรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (28.0, 23.4, 22.8 และ 20.5)

ปัจจัยกำหนดของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Determinant)

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงหลักทำให้เกิดโรคมาจากการมพันธุ์และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจนนำไปสู่การเกิดโรค NCDs ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว ถูกกำหนดเป็นรูปแบบ $4 \times 4 \times 4$ Model ของการเกิดโรคNCDs โดย 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีพาหะสำคัญของการเกิดโรค คือ การตลาดของภาคธุรกิจ ดังนั้นโรคNCDs จึงจัดเป็น Business-borne Diseases (BBDs) ซึ่งเป็นพาหะที่มีมูลค่ามหาศาลทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าการตลาดของธุรกิจผู้ผลิตอาหารที่สร้างค่านิยมและความเชื่อที่บิดเบี้ยว หรือการเกิดขึ้นของผลิตภัณฑ์เชิงสัญลักษณ์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พยายามกลบเกลี้ยอนผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับแนวโน้มของราคาอาหาร Fast food ที่มีแนวโน้มต่ำลงทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาหารดังกล่าวมีพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง สรุวทางกลับอาหารสุขภาพที่มีราคาแพงขึ้น ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยมีความสามารถซื้อแฮมเบอร์เกอร์เพิ่มขึ้น 2.45 เท่า ในขณะที่ความสามารถในการซื้อเนื้อสัตว์ สัตว์น้ำ สัตว์ทะเล ค่อนข้างคงที่ แม้จะดับรายได้เฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นก็ตาม

สัดส่วนของผู้ป่วยภายใน NCD ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ จำแนกตามเพศและโรค พบร้า ผู้ป่วยเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 87.6 และร้อยละ 75.8 ในผู้ป่วยเพศหญิง (ตารางที่ 2) เมื่อจำแนกวิเคราะห์ตามชนิดของพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ พบร้าผู้ป่วยชายสูบบุหรี่ร้อยละ 39.3 และผู้ป่วยเพศหญิงสูบบุหรี่ร้อยละ 1.8 และเมื่อจำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรังจาก 4 โรคหลักพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงสุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคทางหายใจเรื้อรัง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบร้า ผู้ป่วยเพศชายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 56.6 และผู้ป่วยเพศหญิงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 13 เมื่อจำแนกตามอาการป่วยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคทางหายใจเรื้อรัง ดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ พบร้า ผู้ป่วยชายดื่มเครื่องดื่มรสหวานร้อยละ 71 ผู้ป่วยหญิงดื่มเครื่องดื่มรสหวานร้อยละ 64.8 โดยผู้ป่วยโรคทางหายใจเรื้อรังดื่มเครื่องดื่มรสหวานมากที่สุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้านการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ พบร้า ผู้ป่วยเพศชายมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอร้อยละ 50.8 ส่วนผู้ป่วยเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอร้อยละ 63.8

ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ป่วยด้วย NCD ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	สัดส่วนของผู้ป่วยด้วย NCD (ร้อยละ)											
	CVD		DM		CA		CRD		NCD		Total	
	ช	หญ	ช	หญ	ช	หญ	ช	หญ	ช	หญ	ช	หญ
สูบบุหรี่	24.3	1.9	23.3	1.4	11.4	2.8	22.8	2.6	24.6	1.8	39.3	1.8
ทีมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	32.5	6.3	31.2	5.1	6.8	0.5	35.5	8.8	33.1	6.5	56.6	13.0
ทีมเครื่องดื่มรสหวาน	57.3	49.5	52.2	41.8	41.6	39.2	58.6	60.6	56.5	48.7	71.0	64.8
มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	64.2	72.4	63.4	72.1	81.8	75.3	62.3	68.1	63.9	72.0	50.8	63.8
น้ำดื่มติดหวานอย่างเดียวบ่อยๆ	87.5	82.4	86.0	79.3	85.4	79.2	84.2	80.2	87.0	81.4	87.6	75.8

CVD = โรคหัวใจและหลอดเลือด, DM = โรคเบาหวาน, CA = โรคมะเร็ง, CRD = โรคทางหายใจเรื้อรัง

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ในระดับโลก (NCD global targets)

Best Buy Intervention

การป้องกันควบคุม NCDs นั้น มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการดำเนินมาตรการเพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับประชากร (Population-level intervention) มีประสิทธิภาพ และให้ผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการหรือการรักษาระดับบุคคล และใช้งบประมาณในการดำเนินนโยบายมาก โดยปกติรัฐ ต้องจัดสรรงบประมาณเป็นค่ารักษาพยาบาลสำหรับคนไทย โดยเฉลี่ยสูงถึง 3,128 บาทต่อคน แต่การลงทุนเพื่อการป้องกันควบคุมโรค NCDs ในระดับประชากร โดยเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ลงทุนเพียง 12 บาทต่อคนต่อปีเท่านั้น (ใช้จากคำนวณจากต่างประเทศ) โดยองค์กรอนามัยโลก ได้เสนอมาตรการที่มีประสิทธิผลในการควบคุมควบคุมโรค NCDs (Good/Best buy intervention) ไว้ดังนี้ (1) มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ 4 มาตรการ ได้แก่ การเพิ่มพื้นที่ปลอดควันบุหรี่, การให้ข้อมูลคำเตือนพิเศษจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ, การเพิ่มราคาและภาษี, การห้ามโฆษณา, (2) มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 มาตรการ ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การเพิ่มราคาและภาษี, (3) มาตรการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค 3 มาตรการ ได้แก่ การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม, การลดการบริโภคไขมันทรานส์ การรณรงค์สร้างกระแสงความตื่นตัวในการบริโภคอาหารสุขภาพ (4) มาตรการรณรงค์สาธารณะทางสื่อมวลชน เพื่อการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ (5) มาตรการด้านวัสดุนิติบัญญัติ ในการควบคุมมะเร็ง ซึ่งเมื่อเทียบกับมูลค่าความเสียหายและผลกระทบจากโรค NCDs กับการลงทุนในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว ด้วยมาตรการที่มีประสิทธิผลถือเป็นว่ามีความคุ้มค่ากว่าอย่างมาก สถาดคลลังกับวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนปี พ.ศ.2573 ที่ประเทศไทยได้มีพันธสัญญาอย่างจริงจังที่จะควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) และเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันทั่วโลกในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการภาวะดังกล่าวลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี พ.ศ.2573 ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ ประชาชน หลายล้านรายจากสถานการณ์ความรุนแรงและการระบาดจากโรคไม่ติดต่อ (NCDs) องค์กรอนามัยโลกจึงได้กำหนด 9 เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อควบคุมสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในระดับโลก

โดยกำหนดระยะเวลาที่ต้องบรรลุตามเป้าหมายไว้ ภายในปี 2568 ดังแผนภาพแสดงด้านล่าง ซึ่งประเทศไทย โดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ในพ.ศ. 2557 ได้ให้การรับรองทั้ง 9 เป้าหมายดังกล่าวให้เป็น เป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศไทย และถือเป็นความท้าทายของประเทศไทยในการจัดการปัญหาโรค NCDs อย่างยิ่ง

เป้าหมายการดำเนินงาน 9 ข้อเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ NCDs ในระดับโลกภายในปี พ.ศ. 2568



ซึ่งการประเทศไทยได้มีการดำเนินการต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ, สถานบันการศึกษา, องค์กรวิชาชีพ รวมถึงองค์กรไม่แสวงผลกำไรต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายดังกล่าว และเมื่อพิจารณาจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (NHES) และผลการศึกษาจากเครือข่ายกลุ่มวิจัยสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย(MedResNet), ผลการสำรวจการบริโภคเกลือกแกงของกรมอนามัย พบ ความก้าวหน้า เพื่อบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตาราง

สถานการณ์ตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย (Situation of 9 Global Targets in Thailand)

รายการ	ปี	ผลสำรวจ	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	เป้าหมายปี 2568
1. Premature Mortality				
1.1 ความเสี่ยงเบื้องต้นของการเสียชีวิตอายุ 30 ปีถึง 70 ปี จากโรคทางวันไม่หวั่นไหวและหลอดเลือดหัวใจปั๊บปั๊บ	2010	11.6%	เพิ่ม 0.17 %	ลดลง 25%
ผู้นำ: การวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์บาร์บีคิว	2015	11.8%		
1.2 อัตราตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 70 ปี) จากโรคหัวใจและหลอดเลือด ไข้ปอดเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และไขมันเร็ว	2010	343.06 ต่อแสน	เพิ่ม 10 %	
ผู้นำ: Thai BOD, IHPB	2013	355.30 ต่อแสน		
2. Harmful use of Alcohol				
2.1 ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำอยู่ 15 ปีขึ้นไป ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	2009	13.95 %	เพิ่ม 14.69%	ลดลง 10%
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	2014	11.90 %		
2.2 บริโภคและดื่มเครื่องดื่มที่สูงกว่าปกติประจำวัน	2011	7.13 ลิตร	ไม่แน่นอน	
ผู้นำ: กรมสารน้ำและทรัพยากรน้ำ	2016	7.11 ลิตร		
3. ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำอยู่ ประจำเดือน	2009	18.4%	เพิ่ม 3.8%	ลดลง 10%
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NHES)	2014	19.2%		
4. ก่ออาชญากรรมหรือก่อภัยด้วยความเมา灌醉	2009	3,246 คน/วัน	(ไม่มีตัวบ่งชี้ยกเว้น)	ลดลง 30%
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (NHES)	2014	ไม่มีรายงาน		
5. ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำอยู่ ประจำเดือน	2011	21.4%	ลดลง 10.7%	ลดลง 30%
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	2017	19.1%		
6. ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำเดือน	2009	21.4% (22.5%)	เพิ่ม 15.4%	25%
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	2014	24.7% (26.9%)		
7. ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำเดือน	2009	6.9 % (7.3%)	เพิ่ม 29.0%	0 %
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	2014	8.9% (9.6%)		
7.2 ความถูกดื่มที่สูงเกินไปประจำเดือน	2009	34.7% (9.1%)	เพิ่ม 8.1%	0 %
ผู้นำ: คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพบุคคลและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	2014	37.5% (11.3%)		
8. Eligible people receive drug therapy & counseling to prevent heart attack	2010	Not available	50%	
9. Affordable technology to treat major NCD	2010	Not available	80%	

ซึ่งว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดด้านพัฒนานโยบายสาธารณะกฎหมาย และพัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ

- 1) การควบคุมการส่งเสริมการขายในอาหารที่มีน้ำตาลเกิน เกลือเกิน และ ไขมันทรานส์
- 2) การสร้างความยินยอมในการปฏิบัติตามกฎหมาย การใช้โปรแกรม TAS (Tobacco and Alcohol Surveillance System) สำหรับเฝ้าระวังและร้องเรียนการละเมิดกฎหมายบุหรี่ เหล้า
- 3) การดำเนินงาน Healthy school ในสถานศึกษาสังกัด สพฐ ต้องครอบคลุมไปถึงลดโรค NCDs นอกจากการปลดยาเสพติดบุหรี่ และเหล้า ร่วมกับการปลูกฝังค่านิยมการลดเสี่ยง ลดโรคตั้งแต่ในวัยเด็ก
- 4) การดูแลสุขภาพวัยทำงาน ควรมีบริการการลดเสี่ยงโรค NCDs มีการคัดกรอง NCDs ในโปรแกรม การตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ประกันตน และมีการบันทึกข้อมูล BMI รอบเอว บุหรี่ สรุา อย่างต่อเนื่อง และการจัดบริการรักษาพยาบาลที่สะดวกและเหมาะสมกับบริบทวัยแรงงาน
- 5) การจัดการด้านการค้าเกี่ยวกับสินค้าทางสุขภาพ ควรมีความร่วมมือเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ปรึกษาหารือ ในการเจรจาการค้า กับผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 6) ควรทบทวนฉลากอาหารให้ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อแสดงปริมาณน้ำตาล เกลือ ทุกประเภท และ ไขมันทรานส์

ด้านพัฒนาขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

- 1) ควรมีการสื่อสารสาธารณะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ อย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรมีการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ผ่าน เครือข่าย Health Literate communities โดยต้องกำหนดภาคีเครือข่ายภาครัฐ และเอกชนให้ชัดเจน
- 3) พัฒนาเนื้อหาการสื่อสารและเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดย กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสื่อสุขภาพสำหรับเผยแพร่ให้ประชาชน, คลังความรู้สุขภาพ และ แคมเปญ ประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน
- 4) การเฝ้าระวังและการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลเสียต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ด้านพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นและปฏิรูปจัดบริการลดเสี่ยง ลดโรค

- 1) การดำเนินงานระดับอำเภอ
 - ขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์และความรู้ ข้อมูล เพื่อชี้เป้าปัญหาโรค NCDs ในพื้นที่ ให้คณะกรรมการชุมชนภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระหนักสถานการณ์และความรุนแรงของโรค NCDs
 - เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน-มัน-เค็ม มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและภาวะอ้วน ด้วยแนวคิด Life Course Approach
 - ค้นหาต้นแบบการดำเนินงานลดโรคไม่ติดต่อ และจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHSA)

2) การดำเนินงานระดับโรงพยาบาล

- ผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการ ปรับปรุงหลักสูตรสุขศึกษา จัดทำสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค NCDs จากการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม

- ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกัน ตั้งแต่วัยเด็กก่อนเข้าเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- ทีมสหวิชาชีพ (ครู หมวดครอบครัว ผู้ปกครอง แกนนำนักเรียน) ร่วมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

3) การดำเนินงานระดับสถานประกอบการ

- การปฏิรูปจัดบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในสถานประกอบการ เพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพและภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้น ทั้งในสถานบริการ และสถานประกอบการ

- Health delivery บูรณาการใน wellness center

- การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน

4) การดำเนินงานระดับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพบุคลากรวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME)

5) การดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการการวัดความดันโลหิตที่บ้าน Home Blood Pressure Monitoring; HBPM

ท้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

1) การพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับประเทศ (Comprehensive Surveillance system) เป็นการพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งโรคปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อม

2) การพัฒนาศักยภาพการจัดการข้อและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังด้านโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศ จังหวัดอำเภอ

3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในระดับองค์กรและกลุ่มประชากรเฉพาะ

ประเด็นวิจัย

C1 การศึกษาระดับและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และปอดอุดกัมเรื้อรัง

C2 การศึกษารูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการใหม่

C3 การศึกษาปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในวัยทำงาน

C4 พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีทางด้านชีวการแพทย์ สังคม และด้านอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วย เช่น การฝังชิพเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย

C5 การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมและความรอบรู้ที่สนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสม

C6 การศึกษาปัจจัยการรับรู้ ความเชื่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

C7 การศึกษาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประชากรเสี่ยง และกลุ่มVERAGE

C8 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

C9 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมที่เหมาะสมต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

C10 การศึกษาปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในมิติผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและระบบบริการ

C11 การศึกษาสถานการณ์ การรับรู้ ความเข้าใจต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย

15. การบาดเจ็บ

สถานการณ์โรค

14.1 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่สร้างความสูญเสียและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐาน ปี 2554 - 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คน/ปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคนหรือวันละ 60 คน/วัน มีผู้บาดเจ็บนอนรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 200,000 คน/ปี และผู้พิการอีกปีละ 9,000 คน และแนวโน้มของปัญหา ยังอยู่ในอัตราที่สูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคนแนวโน้มของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงทรงตัวไม่ลดลง ประกอบกับจำนวนนายนายพำนະและการสูญเสียเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยี การดำเนินการในระดับพื้นที่ระดับชุมชน/บุคคล ยังมีน้อย ประชาชนและชุมชนยังไม่ตระหนัก กรมควบคุมโรค ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอตั้งแต่ปี 2559 และได้พัฒนาให้สอดคล้องกับแนวทางของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปต.อำเภอ) ผลการดำเนินงานในปี 2560 พบว่า มีอำเภอดำเนินการและประเมินตนเองระดับดี (Good) จำนวน 417 อำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองในระดับดีเยี่ยม (Advanced) 54 อำเภอ และ มี 32 อำเภอ ที่สามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตลงได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยในปี 2561 ได้กำหนดเป้าหมายจำนวนอำเภอที่สามารถลดจำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตลงได้อย่างน้อย 50 อำเภอ และขยายเป็น 100 อำเภอ ในปี 2562 นอกจากนี้ มีแผนในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสำคัญในส่วนกลาง เพื่อสร้างกระแสการรับรู้ในวงกว้างของอำเภอและห้องถีน มีนโยบายในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ การกระตุ้นการทำงานของอำเภอ โดยการเข้าเป้าอำเภอเสี่ยงสูง ซึ่งมีประมาณ 32% ของอำเภอทั่วประเทศ (283 อำเภอ) กำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและประเมินผล โดยมีหน่วยงานที่สำคัญ ได้แก่ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมควบคุมโรค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และหน่วยงานอื่นๆ

14.2 การบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ (จนน้ำ พลัดตก หลุด)

เด็กจนน้ำ

การจนน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 1 ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งมากกว่าทุกสาเหตุแนวโน้มการเสียชีวิตจากการจนน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2558) พบว่า อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการเสียชีวิตจากการจนน้ำของเด็กเริ่มมีแนวโน้มคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราการเสียชีวิตจากการจนน้ำของเด็กเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน (717 ราย) การจนน้ำเป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ 3 ในเด็กชาย (DALY = 26,000 ปี) และอันดับที่ 6 ในเด็กหญิง (DALY = 10,000 ปี) การจนน้ำมีอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) เท่ากับร้อยละ 31.9 กลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปีเป็น

กลุ่มเสี่ยงสูงที่สุด เด็กชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กหญิงประมาณ 2 เท่าตัว ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจนน้ำเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือเดือนมีนาคม และเดือนพฤษภาคม แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการตกน้ำ จนน้ำสูงสุด คือ แหล่งน้ำตามธรรมชาติ (ร้อยละ 39.2)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า พื้นที่มีน้ำเลือกดำเนินการป้องกันการจนน้ำเพียงมาตรการเดียว ซึ่งไม่ช่วยในการป้องกันการจนน้ำมากนัก เพราะเด็กแต่ละช่วงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ดังนี้ในปี 2558 กรมควบคุมโรค จึงเริ่มดำเนินกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจนน้ำ” ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการจนน้ำอย่างต่อเนื่องและทุกมาตรการ รวมทั้งการดำเนินการโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ในรูปแบบแบบสหสาขา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ทั้งนี้ 4 ปีที่ดำเนินการ (ปี 2558 - 2561) พบว่า มีทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจนน้ำ จำนวน 3,484 ทีม โดยส่งผลให้เกิดการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงให้เกิดความปลอดภัย จำนวน 15,501 แห่ง, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินงานป้องกันการจนน้ำ จำนวน 12,224 แห่ง, สถานบริการสาธารณสุขมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจนน้ำ จำนวน 12,275 แห่ง, เกิดวิทยากรสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 26,596 คน, เด็กอายุ 6 - 14 ปี ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 578,187 คน และคนในชุมชนหรือเด็กได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) จำนวน 267,536 คน

การบาดเจ็บจากการพลัดตกหล่ม

การพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ รองจากอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหล่มในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุ 1 ใน 3 หรือมากกว่า 3 ล้านคน หล่มทุกปี ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่หล่มได้รับบาดเจ็บ และยังพบว่าผู้สูงอายุหล่มได้รับบาดเจ็บรุนแรง จนกระดูกสะโพกหัก คิดเป็นร้อยละ 0.4 ผู้สูงอายุเพศหญิงพลัดตกหล่มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า ส่วนใหญ่จะหล่มนอกบริเวณบ้านทั้งเพศชายและหญิง จากรายงานปี พ.ศ. 2551 - 2560 พบรากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีการพลัดตกหล่มเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี และ อายุ 70 - 79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่า ซึ่งสาเหตุของการพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุสูงสุดคือเกิดจากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน มากถึงร้อยละ 66.34 ขณะที่การตก/ล้มบนและจากบันได /ขั้นบันได เป็นร้อยละ 5.65 ตามลำดับ และจากการดำเนินงานพบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวยังขาดรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง และความตระหนักร่องไว ไม่ผู้สูงอายุหล่มเพียงร้อยละ 15 ได้แจ้งญาติหรือผู้ดูแลทราบเมื่อหล่ม และกรณีที่ได้รับข้อแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินใช้เพียงร้อยละ 30 ขณะที่พบเกือบครึ่งหนึ่งต้องใช้บันไดในการขึ้นลงทุกวัน และต้องเดินบนพื้นที่ลื่นมากถึงร้อยละ 32

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค

- ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16.4 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2565 (ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2561- 2565)
- อัตราตายจากการจนน้ำเด็กต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ต่อแสนประชากรเด็ก ในปี 2564

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)

1. อัตราเสียชีวิตจากการจน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน 2.5 ต่อประชากรเด็กแสนคน
2. ความซุกของการพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 10
3. กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่มีสาเหตุจากการพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 10

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน : ด้านบุคลากร ยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึง原因ของปัญหา รวมทั้ง การซึ่งเป็นระดับห้องถีน/ชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลสู่การสร้างมาตรการที่หวังผล เป็นผลให้มาตรการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ไม่ Focus กลุ่มเป้าหมาย และเน้นร่องค์ประชาสัมพันธ์ และส่วนใหญ่ไม่ประเมินผลมาตรการ ด้านนโยบายและกลไกการทำงาน พบร่วมกับ คณะกรรมการ พชช. มีข้อจำกัดการทำงานหากไม่เชื่อมโยงกับ ศปด. อำเภอ โดยเฉพาะเครือข่าย ในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรง และมีมุ่งมองว่าเป็นงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบายยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานส่วนกลาง ทำให้เกิดการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการบูรณาการในภาพรวมโดยศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แต่เป็นการดำเนินงานที่ยังไม่อยู่ในรูปของการดำเนินการแบบบูรณาการที่มีแผนงาน งบประมาณและการประเมินผลร่วมกัน ทำให้ช่องว่างของการดำเนินงานมีความหลากหลายตามบริบท ภาระหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

2. การบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ: ปัญหาการบาดเจ็บจากการพลัดตกหล่มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการดำเนินมาตรการป้องกันในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหล่มร่วมกับทีมสหสาขา โปรแกรมการออกกำลังกายรายบุคคลที่บ้าน โปรแกรมการออกกำลังกายของ Otago การปรับบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น ขณะที่ปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบสนับสนุน แจ้งเตือน และตรวจสอบกรณีผู้สูงอายุพลัดตกหล่ม ทั้งขณะเดินทาง และหลังจากเดินทางกลับบ้าน และเชื่อมต่อกับระบบบริการเพื่อให้ผู้บาดเจ็บเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัยและลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บลงได้รวมถึงลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ ด้วยอุปกรณ์ที่มีสมรรถนะสูง มีทั้งระบบติดตั้งในบ้าน และระบบเคลื่อนที่ ด้วยราคาที่เข้าถึงได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการ ความคุ้มค่า และการพัฒนานวัตกรรมแจ้งเตือนกรณีผู้สูงอายุพลัดตกหล่มในบริบทของประเทศไทยและการสนับสนุนทรัพยากรไม่ได้สอดคล้องกับขนาดของปัญหาในแต่ละพื้นที่

ประเด็นวิจัย

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน

C12 การศึกษาปัจจัยความสำคัญของ การสอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

C13 การศึกษาวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ การจราจรทางถนน และการพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อรับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น

การจัดการความเร็ว การตีมแล้วขับ การส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก/ผู้ใหญ่ ความ

ปลอดภัยของคนเดินถนนและจักรยานยนต์ ความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะ

C14 การศึกษาวิธีการพยากรณ์การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน

C15 การวิจัยและพัฒนา และการวิจัยประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของมาตรการ แนวทาง รูปแบบ ใน การป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

- มาตรการทางกฎหมาย (Enforcement) เช่น การยึดധนพานะ การยกเว้นสิทธิในระบบ

ประกันวินาศภัยและระบบประกันสุขภาพของผู้ก่อให้เกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน

- การสร้างความตระหนัก (Education/Health literacy) เช่น การฝึกอบรมให้แก่ ผู้ขับขี่รถ สาธารณะ

- มาตรการด้านวิศวกรรมและการจัดการจุดเสี่ยง เช่น การออกแบบถนน มาตรฐานความ ปลอดภัยของยานพาหนะ

- มาตรการในกรณีฉุกเฉิน เพื่อลดการพิการและเสียชีวิตจากการส่งต่อ เช่น คุณภาพของการปฐม พยาบาล การเคลื่อนย้าย การดูแลเบื้องต้น เป็นต้น

- มาตรการการติดตามประเมินผล

- มาตรการอื่นๆ เช่น ดำเนินชุมชน มาตรการป้องกันในเมืองใหญ่ "

C16 การศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมการบาดเจ็บและการ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

การบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นๆ (มน้ำ พลัดตก หลบล้ม)

C17 วิจัยและพัฒนากฎหมาย ข้อบังคับ และมาตรการชุมชนในการจัดการแหล่งน้ำสาธารณะเพื่อ ป้องกันเด็กมน้ำ และกำหนดผู้รับผิดชอบต่อกรณีเด็กมน้ำ

C18 การศึกษาประสิทธิภาพกลยุทธ์ MERRIT MAKER ป้องกันการมน้ำประเทศไทย

C19 การศึกษาต้นทุน, ประสิทธิผล และความคุ้มค่าของมาตรการป้องกันการมน้ำในประเทศไทย

C20 ต้นทุนประสิทธิผลและความคุ้มค่าของมาตรการป้องกันการพัดตกหลบล้มในประเทศไทย

C21 การศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันพลัดตกหลบล้มในผู้สูงอายุ

C22 สมรรถนะของเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของการพัดตกหลบล้มในผู้สูงอายุ

C23 ต้นทุนและประสิทธิผลของเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของการพัดตกหลบล้มในผู้สูงอายุ

C24 การศึกษาต้นทุนของการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพัดตกหลบล้ม

C25 การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนและเขื่อมโยงกับหน่วยบริการในกรณีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การพัดตกหลบล้ม

16. การควบคุมการบริโภคยาสูบ

สถานการณ์โรค

ปัญหาการบริโภคยาสูบ ถือเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และต่อเนื่องจากทุกภาคส่วน การบริโภคยาสูบไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบ/ ผู้ใช้เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลแวดล้อมด้วย จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก ปี 2561 ระบุว่า บุหรี่ คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกมากกว่า 7 ล้านคนต่อปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค ไม่ติดต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก และ 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิต เป็นเพียงผู้สูบผู้สัมผัสร่วมบุหรี่มือสองเท่านั้น

สำหรับประเทศไทย จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จาก ร้อยละ 21.4 หรือประมาณ 11.5 ล้านคน ในปี 2554 เป็นร้อยละ 19.1 หรือประมาณ 10.7 ล้านคน ในปี 2560 ถึงแม้ว่าสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในภาพรวมจะลดลง แต่เมื่อพิจารณาจำนวน และอัตราการบริโภคยาสูบแบบเป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน นอกจากนี้ ยังพบว่าอายุน้อยที่สุดของประชากรไทยที่เริ่มบริโภคยาสูบ คือ 15-16 ปี จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเยาวชน ตามความเชื่อที่ว่า ยิ่งเยาวชนเริ่มบริโภคยาสูบเร็วเท่าไหร่ โอกาสที่จะติด และพัฒนาไปเป็นนักสูบหน้าใหม่ ยิ่งเร็วเท่านั้น นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยาสูบยังอาศัยหลักพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยาฯ และเทคโนโลยี มาเป็นเครื่องมือในการผลิต การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ และการจำหน่าย ที่ตอบสนองต่อการดำรงชีวิตของเยาวชนในปัจจุบัน เช่น การออกแบบผลิตภัณฑ์ที่มีรูปร่างสวยงาม แปลกตา กะทัดรัด พกพาง่าย การทำ Viral Marketing หรือ Online Marketing และ Tester เพื่อตึงดึงดูดความสนใจของเยาวชน กระตุ้นให้เกิดความอยากรู้ อยากรลอง และเข้าถึงง่าย เป็นต้น ถึงแม้ว่า ประเทศไทยจะมีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ป้องกัน ยาสูบมากขึ้น และเข้มงวดมากขึ้น แต่ก็ยังคงพบผู้ฝ่าฝืน และกระทำผิดอยู่

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2560 – 2564) และ 20 ปี (2561-2580)

NCD Global Target ลดอัตราการบริโภคยาสูบ 30% ในปี พ.ศ 2534 – 2568 เป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 มีอัตราการบริโภคยาสูบไม่เกินร้อยละ 15 กรมควบคุมโรคจึงได้กำหนดเป้าหมายรายปี ดังนี้

- 1) ลดอัตราการสูบบุหรี่ปัจจุบันของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป (ประเทศไทย) ไม่เกินร้อยละ 16
- 2) อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 - 18 ปี (ประเทศไทย) ไม่เกินร้อยละ 8 ในปี 2564

ประเด็นวิจัย

C26 การประเมินประสิทธิผลมาตรการการป้องกันควบคุมการสูบบุหรี่ในเยาวชน

C27 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบต่างๆ ที่ไม่ใช่บุหรี่ธรรมด้า และการขาย/การสื่อสารการตลาด เช่น การสื่อสารทางสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงพาณิชย์เรื่อง หม้อระถุง หม้อระถูกไฟฟ้าบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์

C28 การศึกษาวิจัยและพัฒนาข้อความที่มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลในการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ในการป้องกันเยาวชนสูบบุหรี่ และชี้แนะให้สังคมรู้เท่าทันอุตสาหกรรมยาสูบ

C29 การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการทางสังคม มาตรการทางกฎหมาย ใน การคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ และส่งเสริมให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่

C30 การศึกษาผลกระทบในกรณีลงนามพิธีสารควบคุมการค้ายาสูบผิดกฎหมายต่อประเทศไทย

C31 การศึกษาแนวโน้มของอิทธิพลการขึ้นราคายาสูบทุกชนิดต่อพฤติกรรมการบริโภคยาเส้น

C32 การวิจัยและพัฒนารูปแบบคลินิกอดบุหรี่ที่บูรณาการในคลินิก NCD คุณภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ และการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

C33 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคบุหรี่มวนเองในประเทศไทย

C34 การศึกษาต้นทุนผลได้ (cost-benefit) ของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ MPOWER ในการป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย

17. การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์โรค

จากข้อมูลการระบาดและการบาดเจ็บจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลก ปี 2559 พบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากร ทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็นร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 75) และในสัดส่วนของการตายด้วยโรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุ 交通事故และการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควร ทั้งหมด

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual alcohol per capita consumption หรือ APC) คือ ปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้บริโภคในหนึ่งปี มีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ถือเป็นตัวชี้วัดสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญ เนื่องจากปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างชัดเจน โดยที่ค่าเป้าหมายของ APC ที่ถูกกำหนดไว้เพื่อบรรลุในปี 2563 คือ 7.32 ลิตร/คน/ปี หรือต่ำกว่า ซึ่งในปี 2560 APC คือ 7.33 ลิตร/คน/ปี

จากปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ความชุกของการดื่มในปัจจุบันทั้งในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 34.0 และ 19.4 ตามลำดับ แต่ในปีล่าสุด พ.ศ. 2560 ความชุกของนักดื่มปัจจุบันทั้งในประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 28.4 และ 13.6)

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากร เขตการปกครองและภูมิภาค ในการสำรวจ ปี 2560 พบว่า ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 13.6 และนักดื่มประจำร้อยละ 3.3 ความชุกของการดื่มทุกประเภทสูงที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-44 ปี) และความชุกของการเคยดื่มแต่หยุดดื่มไปแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด (ร้อยละ 25.4) ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 27.4 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 11.9 เป็นนักดื่มประจำ ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 29.2 เป็นนักดื่มปัจจุบัน และร้อยละ 13.0 เป็นนักดื่มประจำ แม้ในเขตเทศบาลจะมีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันและนักดื่มประจำน้อยกว่าในเขตเทศบาล แต่ในเขตเทศบาลกลับมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำ (ร้อยละ 3.2) สูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.9)

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรระหว่างภูมิภาค พบร้า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดคือ ร้อยละ 35.4 และร้อยละ 32.8 ตามลำดับ ภาคเหนือมีนักดื่มประจำในสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 รองลงมาคือภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.7 นอกจากนี้พบว่าภาคกลางและภาคเหนือมีสัดส่วนนักดื่มหนักประจำสูงสุด คือ ร้อยละ 3.8 และร้อยละ 3.7 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ไม่เคยดื่มสุราเลยนั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.5 และภาคเหนือมีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.1

จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสมำเสมอมากกว่าร้อยละ 40 มีจำนวนห้าสิบ 5 จังหวัด ได้แก่ จ.เชียงราย (ร้อยละ 45.3) จ.ลำพูน (ร้อยละ 44.1) จ.พะเยา (ร้อยละ 44.0) จ.น่าน (ร้อยละ 42.4) และ จ.สุรินทร์ ร้อยละ 40.6 (ตารางที่ 2) หากจำแนกตามอายุ ในประชากรเยาวชน (15 – 19 ปี) พบร้า จังหวัดที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสมำเสมอมากกว่าร้อยละ 25 มีจำนวนห้าสิบ 5 จังหวัด ได้แก่ จ.พิษณุโลก (ร้อยละ 30.9) จ.หนองบัวลำภู (ร้อยละ 30.6) จ.ลำปาง (ร้อยละ 30.2) จ.นนทบุรี (ร้อยละ 26.8) และ จ.สุรินทร์ (ร้อยละ 25.9)

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556 พบร้า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน แต่ในจำนวนนี้เข้ารับบริการสุขภาพจากฐานระบบ 43 แห่งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 เพียง 168,729 คน นั่นหมายความว่า มีผู้มีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ได้รับบริการจริงเพียงร้อยละ 6.13 แสดงถึงซึ่งว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงมาก

ในส่วนภาพรวมของประเทศไทยนั้น มีใบอนุญาตทั้งหมดที่จดทะเบียนกับกรมสรรพาณิช จำนวน 604,165 ใบ ต่อประชากร 65,732,126 คน ซึ่งสำรวจจากจำนวนประชากรสิบปีตามหลักฐานการทะเบียนราชภูร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559 เมื่อคำนวณถึงความหนาแน่นต่อประชากรทั้งประเทศต่อใบอนุญาตแล้วนั้น พบร้าร้านที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ร้านต่อประชากร 107.75 คน

ส่วนใหญ่ทั้งนักดื่มเพศชาย และนักดื่มเพศหญิง เริ่มดื่มสุราเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของนักดื่มชายที่เริ่มดื่มสุราเพราะอย่างกล่องดื่ม (ร้อยละ 30.5) ในขณะที่นักดื่มหญิงที่เริ่มดื่มสุราเพราะเข้าสังคมในงานรื่นเริง/งานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญ ขึ้นบ้านใหม่ (ร้อยละ 27.8) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มในเพศชายคือ 19 ปี และผู้หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี

ส่วนสาเหตุสำคัญของการเลิกดื่มสุราในกลุ่มผู้ที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว พบร้า ส่วนใหญ่ที่เลิกดื่มเพราะหนักกว่าสุราไม่ได้ต่อสุขภาพ (ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือป่วย/เป็นโรคแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกดื่มสุรา (ร้อยละ 11.7) ลูกหลาน/พ่อแม่/คนในครอบครัวขอร้อง (ร้อยละ 9.8) และต้องการประหยัด (ร้อยละ 4.5)

ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) เปียร์ 2) สุราขาว/ สุรากลั่นชุมชน และ 3) สุราสี/ สุราแดง คิดเป็นร้อยละ 47.4 ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบร้า นักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิงนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด (ร้อยละ 43.8 และ 62.6 ตามลำดับ) กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี ดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดื่มสุราขาว/ สุรากลั่นชุมชน บ่อยที่สุด (ร้อยละ 49.1)

ผลการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 11 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 3,028 ตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 27 มกราคม – กุมภาพันธ์ 2561 พบร้า ประชาชนสามารถตระหนักรู้ในสิ่งที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ใช้เวลาเฉลี่ย 7 นาที ที่ร้านสะดวกซื้อ/ร้านขายของชำ และประชาชนสามารถตระหนักรู้ในสิ่งที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ใช้เวลาเฉลี่ย 20 นาที ที่สถานบริการ ผับบาร์/ร้านอาหาร ส่วนสถานที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบร้า ดื่มนอกบ้าน/นอกที่พักอาศัย ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50.51 และยังพบว่า เศยมีพฤติกรรมการขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ ภายใน 6 ชั่วโมงหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรณีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกบ้าน/นอกที่พักอาศัยของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50.51

ประชาชนเคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตัวเองในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบร้ากระทำการความผิด ดังนี้ ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกเวลาจำหน่าย มากที่สุด ร้อยละ 65.5 รองลงมา คือ พบร้าเห็นเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี ซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ร้อยละ 32.6 และพบเห็นการส่งเสริมการขาย ร้อยละ 12.8

จากข้อมูลจำนวนคดีขับรถขณะเมาสุราในช่วงปี พ.ศ. 2551-2560 ค่อนข้างคงที่เฉลี่ย 44,164 คดี คิดเป็นร้อยละ 84.59

นับตั้งแต่ ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 ผลการรับร้องเรียนทางช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 1,234 เรื่อง เป็นการรับเรื่องร้องเรียนผ่านโปรแกรม Tobacco Alcohol Surveillance System (TAS) มากที่สุด จำนวน 857 เรื่อง สามารถดำเนินการส่งต่อเพื่อให้พื้นที่ จำนวน 998 เรื่อง โดยความผิดที่พบว่ามีการร้องเรียน ถูกสุด คือ การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามมาตรา 32 รองลงมาคือ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดย วิธีการหรือลักษณะ乜จ แฉม ให้ฯ ตามมาตรา 30(5) แห่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เมื่อพิจารณาข้อมูลร้องเรียนผ่าน TAS ตามพื้นที่เกิดเหตุ พบร้า เกิดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 186 เรื่อง รองลงมาคือ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 48 เรื่อง และจังหวัดขอนแก่น จำนวน 46 เรื่อง ตามลำดับ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2560-2564) และ 20 ปี (2561-2580)

เป้าหมาย	ปี 2558	ปี 2560	ปี 2563 (ค่าเป้าหมาย ตาม ยุทธศาสตร์ นโยบาย และกลยุทธ์ ระดับชาติ)	ปี 2568 (ค่าเป้าหมาย ตาม SDG และ NCD Global Target)	ปี 2580	GAP (เทียบกับ ปี 2560 กับ ค่า เป้าหมาย ปี 2568)
ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรผู้ใหญ่ (ลิตรของแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)*	6.95	7.33	7.32	6.39	4.26	ลดลง 0.94
ความชุกของผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) **	34.04	28.4	27	-	-	ลดลง ร้อยละ 1.4

หมายเหตุ : * ข้อมูลของกรมสรรถภาพสามิต

** ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ซ่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ระบบการบริหารจัดการข้อมูลที่เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ไม่มีข้อมูลความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกปี งานวิจัยที่จำเป็นต่อการพัฒนาภูมิภาค
2. การบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุกประเด็น โดยเฉพาะเรื่องเวลาห้ามขาย การขายให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี การโฆษณาและการสื่อสารทางการตลาด พบว่า มีการกระทำความผิดในประเด็นดังกล่าวเป็นจำนวนมาก
3. การบังคับใช้มาตรา 32 การควบคุมโฆษณา พบร่วมปัญหาการดำเนินงานมาก โดยเฉพาะในสื่อออนไลน์ และสินค้าประเภทอื่นใช้ตราสินค้าที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกับตราสินค้าของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
4. บุคลากรสาธารณสุขไม่มีความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย
5. การประชาสัมพันธ์กฎหมาย ซ่องทางการร้องเรียนผู้ลงทะเบียนกู้ภัย และการมีสินบนรางวัลนำจับ ยังไม่ทั่วถึงในทุกกลุ่มเป้าหมาย
6. ขาดการจัดสรรปัจจัยนำเข้า (บุคลากร/งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์) ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่
7. อุตสาหกรรมสุราทั้งระดับโลกและระดับประเทศได้พยายามเข้ามามีบทบาทในกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทยเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลให้การออกกฎหมายเปลี่ยนแปลง ฯ มีความล่าช้า หรือทำให้เนื้อหาของข้อบังคับและนโยบายมีข้อว่างและอ่อนแอกล
8. ขาดการประเมินผลกระทบ/มาตรฐาน/มาตรการ/กิจกรรม ว่ามีประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร

9. ขาดการประเมินระบบสถานบริการสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน และครอบคลุม เช่น ความพร้อมของสถานพยาบาลในการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

ประเด็นวิจัย

C35 การศึกษาประสิทธิผลของการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ 15-19 ปี ในระดับพื้นที่

C36 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย

C37 ผลกระทบของการเจรจาการค้าเสรีต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

C38 Unit cost การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์

C39 การพัฒนาระบบที่เพื่อส่งเสริมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

C40 การศึกษามาตรการเพื่อควบคุมสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร

C41 การพัฒนารูปแบบ การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่

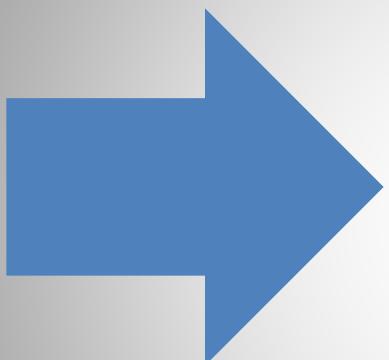
C42 การพัฒนารูปแบบการบำบัดสุราและการรักษาร่วมกับคลินิกอื่นที่มีอยู่แล้วในระบบ

C43 การประเมินความพร้อมของสถานบริการในการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

C44 การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาประเด็นข้อกฎหมายการควบคุมตราสินค้าที่เทียบเคียงกับเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์

C45 การศึกษาประสิทธิผลของการสื่อสารการตลาด หรือการสื่อสารตราสินค้าต่อการตัดสินใจบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แผนงานวิจัยโรคจาก การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม



☞ โรคจากการประกอบอาชีพ

☞ โรคจากสิ่งแวดล้อม

แผนงานวิจัยรายโรคจากการประกลบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

18. โรคจากการประกอบอาชีพ

สถานการณ์โรค

ด้านแรงงานในระบบภาคอุตสาหกรรม : ข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560 มีผู้ที่มีงานทำ จำนวน 37.65 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 20.78 ล้านคน (ร้อยละ 55.2) และเป็นแรงงานในระบบ 16.87 ล้านคน (ร้อยละ 44.8) แรงงานในระบบส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงงานและเครื่องจักร ร้อยละ 16.8 และส่วนใหญ่ เป็นภาคเอกชนมากถึงร้อยละ 74.8 รองลงมาเป็นภาครัฐ ร้อยละ 20.2 เมื่อพิจารณาปัญหาด้านสุขภาพของ วัยแรงงาน จากข้อมูลจากการระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 มีสถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อัตราป่วยต่อแสนคนเท่ากับ 17.12 2) โรคปอดจากฝุ่นหิน (Silicosis) พบร้อยละ 0.31 3) โรคจากพิษโลหะหนัก พบร้อยละ 0.003 4) โรคปอดจากแร่ไธน (Asbestosis) พบร้อยละ 0.27 5) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ พบร้อยละ 0.03 7) โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง พบร้อยละ 0.27 79.91 และ 8) การบาดเจ็บจากการทำงาน พบร้อยละ 0.03 8.82 ซึ่งลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 6.86 และอัตราการประสบอันตรายฯ เฉพาะกรณีร้ายแรง เท่ากับ 2.82 ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 17.06 โดยพบว่าส่วนใหญ่เจ็บป่วยจากปัญหารอยโรคระบบกล้ามเนื้อและ โครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการ ทำงาน หรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงใน สิ่งแวดล้อมการทำงาน จำนวน 1,554 ราย (ร้อยละ 84.55) (ข้อมูลด้านสุขภาพจากการกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม ปี 2560) และจากรายงาน สถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (แบบ RAH06) ที่มีการรายงานออนไลน์ ปี 2560 (ข้อมูล ณ มกราคม 2561) ในจำนวน โรงพยาบาล 59 แห่ง และบุคลากร 38,788 คน พบร้อยละ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีสิ่งคุกคาม สุขภาพจากการทำงานทางจิตวิทยาสังคม ความเครียดจากการทำงานมากที่สุด จำนวน 5,101 คน (ร้อยละ 13.1) รองลงมาเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพทาง การยาศาสตร์ ทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม จำนวน 5,025 คน (ร้อยละ 12.9) และสิ่งคุกคามสุขภาพทาง ชีวภาพ เชื้อโรคต่างๆ จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 10.0) กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ได้มีการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพใน กลุ่มวัยแรงงานในระบบผ่านมาตรการที่ สำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพหน่วยงานเครือข่ายสาธารณสุขและ บุคลากรในสถานประกอบการ ในการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลสุขภาพ และสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับ ผู้ประกอบอาชีพได้ การพัฒนาและ ขับเคลื่อนนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย Safety Thailand การขับเคลื่อน พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพจากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (Smart Detect) การพัฒนาและสนับสนุนองค์ ความรู้และแนวทางวิชาการต่างๆ ที่สำคัญ เช่น แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคปอดจากแร่ไธน

โรคซิสิโคสิส โรคหูเสื่อมจาก การได้ยิน โรคพิษสารท ฯລະລາຍອິນທຣີ່ โรคพิษตะກ້ວ ແລະແນວທາງກາຮັດບຣິກາຮ ອາຊີວານມັຍໃຫ້ກັບແຮງງານໃນ ທຸມຈົນດ້ານກາຮຍຄາສຕົຮ ເປັນຕົນ ອີກທັ້ງຂັບເຄື່ອນກາຮດໍາເນີນງານຜ່ານກລໄກທີ່ສຳຄັງ ໄດ້ແກ່ ໂຄງກາຮສຕານປະກອບກາຮປລອດໂຣກ ປລອດກ້ຍ ກາຍໃຈເປັນສຸຂ ກາຮປະເມີນແລະຈັດກາຮຄວາມເສີຍທາງ ສຸຂພາບຄຣວຈຈ ແລະ ກາຮສ່ວນເສີມກາຮດໍາເນີນງານສູນຍໍສຸຂພາບດີວ່ຍທໍາງ (Wellness Center) ທັ້ງໃນໜ່ວຍ ບຣິກາຮສຸຂພາບແລະສຕານປະກອບກາຮ ເພື່ອໃຫ້ກຸ່ມວ່ຍແຮງງານສາມາດເຂົ້າສົ່ງບຣິກາຮສຸຂພາບທີ່ຄຣອບຄລຸມທຸກມືຕີ ທັ້ງສຸຂພາບກາຍແລະສຸຂພາບຈິຕ ແຮງງານອກຮະບບ/ເກຍຕຽກຮ່ມ

ໃນສ່ວນຂອງແຮງງານອກຮະບບ ຈຶ່ງເປັນກລຸ່ມແຮງງານທີ່ໄມ່ມີນາຍຈ້າງ ໄນຢູ່ໃນຮະບບປະກັນສັງຄມ ສ່ວນໃຫ້ຢູ່ ທໍາງນາຍຢູ່ໃນສາຂາເກຍຕຽກຮ່ມ 11.5 ລ້ານຄນ (ຮ້ອຍລະ 55.5) (ສຳນັກງານສົດີແທ່ງໝາຕີ, 2560) ນອກຈາກປໍ່າຫາ ດ້ວຍກຳນົດ ຕ່າຕອບແຫນ ກາຮທໍາງນັກ ຈານໄມ່ຕ່ອນເນື່ອງ ຂອງແຮງງານອກຮະບບປະກັນສັງຄມ ປໍ່າຫາສຸຂພາບແລະກາຮໄມ່ ສາມາດເຂົ້າສົ່ງບຣິກາຮສ່ວນເສີມປ້ອງກັນໂຣກແລະກໍຍສຸຂພາບຈາກກາຮປະກອບອາຊີພື້ນເປັນປໍ່າຫາສຳຄັງ ໄດ້ແກ່ ປໍ່າຫາຈາກຄວາມໄມ່ປລອດກ້ຍໃນກາຮທໍາງນັກ ພບວ່າ ແຮງງານອກຮະບບ ສ່ວນໃຫ້ຢູ່ໄດ້ຮັບສາຮເຄມີເປັນພິ່ມຮ້ອຍລະ 62.4 ເຄື່ອງຈັກເຕົ່ອງມືວ່າມີທີ່ເປັນອັນຕາຍຮ້ອຍລະ 17.3 ແລະໄດ້ຮັບອັນຕາຍຕ່ອຮະບບຫຼຸ/ຮະບບຕາຮ້ອຍລະ 4.5 ຕາມລຳດັບ (ສຳນັກງານສົດີແທ່ງໝາຕີ, 2560) ເມື່ອພິຈານາປໍ່າຫາໂຣກແລະກໍຍສຸຂພາບອອງເກຍຕຽກຮ່ມທີ່ເປັນແຮງງານ ນອກຮະບບກລຸ່ມໃຫ້ຢູ່ຂອງປະເທດ ພບວ່າມີປໍ່າຫາທີ່ສຳຄັງກີ່ກໍອງກາຮເຈັບປ່ວຍຈາກກາຮກຳຈັດສັຕຽນພື້ນ ທີ່ຈົ່ງຈາກຂໍ້ມູນຂອງ ສຳນັກງານເສຣ່ງສູກີຈາກເກຍຕຽກ ກຽມວິຊາກາຮເກຍຕຽກ ປີ ພ.ສ. 2560 ພບວ່າປະເທດໄທ ມີກາຮນຳເຂົ້າສາຮເຄມີ ກຳຈັດສັຕຽນພື້ນມາກົດຖື່ນ 198,317 ຕັນ ໂດຍເປັນສາຮກຳຈັດວັນພື້ນ (Herbicide) ມາກທີ່ສຸດຖື່ນ 148,979 ຕັນ ຮອງລົມມາ ເປັນສາຮກຳຈັດແມ່ລົງ (Insecticide) 21,601 ຕັນ ສາຮປ້ອງກັນແລະກຳຈັດໂຣກພື້ນ (Fungicide) 19,923 ແລະອື່ນໆ 7,814 ຕັນ ຕາມລຳດັບ ໂດຍແນວໂນມກາຮນຳເຂົ້າພີ່ມື້ນໃນແຕ່ລະປີ ທີ່ຈົ່ງຈາກກາຮຄໍານວນທາຄ່າເຂົ້າພີ້ນ ພບວ່າຄຸນໄທ 65 ລ້ານຄນ ມີຄວາມເສີຍຕ່ອກກາຮໄດ້ຮັບສາຮເຄມີກຳຈັດສັຕຽນພື້ນປະມານ 3.05 ກິໂລກຣັມຕ່ອຄນຕ່ອປີ ກາຮໃຊ້ສາຮເຄມີກຳຈັດ ສັຕຽນພື້ນທີ່ໄມ່ປລອດກ້ຍຫຼືເກີນຄວາມຈຳເປັນນອກຈາຈະສັງຜລກຮະບບຕ່ອຜູ້ໃໝ່ທີ່ຈົ່ງກີ່ເກຍຕຽກ ຍັງສັງຜລຕ່ອສຸຂພາບ ຂອງປະເທດທີ່ໄປໆຈົ່ງເປັນຜູ້ບຣິໂກຄັກ ຜລໄມ້ຈາກກາຮເກຍຕຽກ ແລະນອກຈາກນີ້ຢັ້ງມີຜລກຮະບບຕ່ອສິ່ງແວດລ້ອມ ອີກດ້ວຍ ຈາກຂໍ້ມູນກາຮຕຽບຕັດກາຮຄວາມເສີຍທາງສຸຂພາບຕ່ອພິ່ມສາຮເຄມີກຳຈັດສັຕຽນພື້ນຂອງເກຍຕຽກດ້ວຍ ກຣະດາຊ ຖດສອບໂຄລິນເອສເຕොເຮສ (Cholinesterase reactive paper) ພບວ່າ ເກຍຕຽກມີຜລກາຮຕຽບຕັດກາຮ ເສີ່ງແວດລ້ອມ ເລື່ອດ ເສີ່ງແວດລ້ອມ ແລະ ໃຫ້ມີປລອດກ້ຍໂດຍເຂົ້າພີ້ນ 5 ປີຢ້ອນໜັງ (ພ.ສ. 2557-2561) ອູ່ທີ່ຮ້ອຍລະ 37.33 (ສຳນັກໂຣກຈາກກາຮ ປະກອບ ອາຊີພແລະສິ່ງແວດລ້ອມ, 2561) ແລະມີແນວໂນມເສີ່ງສູງເພີ່ມື້ນທຸກປີ ແລະຈາກຮູ້ນ້ຳມື່ນຈຳນວນຜູ້ປ່ວຍ ໂຣກພິ່ມສາຮ ກຳຈັດສັຕຽນພື້ນ (ໄມ່ຮ່ວມກາຮຈ່າຕົວຕາຍ) ຂອງສຳນັກໂຍບາຍແລະຍຸທຮສຕົຮ ກຣະທຽບສາຮຣັນສຸຂ ພບວ່າມີແນວໂນມສູງຈົ່ນ ໂດຍປີ 2556 - 2558 ພບຈຳນວນຜູ້ປ່ວຍ 5,589 - 6,480 ດາວໂຫຼວງ 8.65 - 9.98 ຕ່ອ ປະເທດ ແລະ ແນວໃນປີ 2559 ມີກາຮປັບປຸງຮະບບກາຮເກີບຂໍ້ມູນສຸຂພາບ ຈຳນວນຜູ້ປ່ວຍໂຣກຕ່າງໆ ຕາມຮະບບຄລັງຂໍ້ມູນດ້ານ ກາຮແພທຍ໌ແລະສຸຂພາບ Health Data Center (HDC) ສູນຍໍເທິກໂນໂລຢີສາຮສະເທດ ແລະກາຮສື່ອສາຮ ສຳນັກງານປລັດກຣະທຽບສາຮຣັນສຸຂ ທໍາໃຫ້ພບວ່າມີອັຕາປ່ວຍດ້ວຍໂຣກພິ່ມສາຮກຳຈັດສັຕຽນພື້ນ ເພີ່ມື້ນ ໂດຍປີ 2561 ເທົ່າກັບ 12.93 ທີ່ມີແນວໂນມອັຕາປ່ວຍທີ່ເພີ່ມື້ນຈາກປີທີ່ຜ່ານມາ ແຕ່ຍັງພບປໍ່າຫາກາຮຮ່າງຈາກ ໂຣກຕໍ່າກວ່າຄວາມເປັນຈິງ

จากปัญหาการวินิจฉัยโรคและการบันทึกข้อมูล และมีเพียงข้อมูลพิษเนียบพลัน (ข้อมูลตามระบบ ICD-10 รหัส T60.0-T60.9) ยังขาดข้อมูลการเกิดโรคในระยะเรื้อรังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (HDC service, 2561) กรมควบคุมโรคได้มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถจัดบริการให้กับแรงงานในชุมชน การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานอุตสาหกรรม มีต้นแบบมาจากการโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเกษตรกรแบบครบวงจรในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นดูแลกลุ่มเกษตรกรในระยะเริ่มแรกเพื่อให้เกิดการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง และแก้ไขปัญหาการขาดความต้องเนื่องในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มเกษตรกร โดยการสนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน เพื่อให้บริการอาชีวอนามัยทั้งเชิงรุกและเชิงรับแก่กลุ่มผู้ประกอบอาชีพในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด รวมถึงได้กำหนดเป้าหมายขยายการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่และครอบคลุมการดูแลทุกกลุ่มอาชีพ เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 10 จากปีที่ผ่านมา เพื่อพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น โดยปี 2561 มีผลการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เท่ากับ ร้อยละ 77.74 (7,620 แห่ง 9,802 แห่ง) และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 60.18 (4,586 แห่งจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนทั้งหมด 7,620 แห่ง)

เป้าหมายการป้องกัน ควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2560-2564) และ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2561-2580)

แรงงานในระบบภาคอุตสาหกรรม ระยะ 5 ปี

1) อัตราการประสบอันตรายจากการทำงานต่อลูกจ้าง 1,000 ราย (รวมทุกรณีความรุนแรง)

ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5

2) ร้อยละของประชาชนกลุ่มวัยแรงงานที่เข้าถึงการจัดบริการอาชีวอนามัยที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ระยะ 20 ปี

ประชาชนมีสุขภาพดี ลดพฤติกรรมเสี่ยง/ลดป่วย/ลดการบาดเจ็บ/ลดภาวะแทรกซ้อน/ลดความพิการ แรงงานอุตสาหกรรม/เกษตรกรรม ระยะ 5 ปี

ตัวชี้วัดเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
อัตราป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช	12	10	8	6	4

ข่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด แรงงานในระบบภาคอุตสาหกรรม

1) ขาดการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผล Intervention อย่างจริงจัง เช่น โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายในเป็นสุข และการประเมินและจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพครัวเรือน

- 2) มาตรการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่เข้าถึงและครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เนื่องจากขาดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง
- 3) ขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลทางสุขภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 4) การรายงานข้อมูลโรคจากการประกอบอาชีพและการตรวจวินิจฉัยโรคฯ ยังน้อยกว่าความเป็นจริง
- 5) ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลระหว่างสถานประกอบการกับหน่วยบริการสุขภาพ
- 6) ขาดการขับเคลื่อนการบูรณาการดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่ายในทั้งระดับส่วนกลางและระดับ พื้นที่อย่างจริงจัง
- 7) ขาดการสื่อสารที่ครอบคลุมในทุกกลุ่มเป้าหมาย และประเด็นความเสี่ยงของผู้ประกอบอาชีพ เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าว yang ขาดความรู้ ความตระหนักรถในการป้องกันอันตรายจากการ และไม่ได้รับการ ดูแลสุขภาพ จาคนายจ้าง เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้น
- 8) ผู้ประกอบการบางส่วนเลี่ยงการปฏิบัติตามกฎหมายกำหนด หรือไม่มีความรู้ ความเข้าใจใน กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องด้านปลดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

แรงงาน奴กระบวนการ/เกษตรกรรม

- 1) ขาดการประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของการลงข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แห่ง ของหน่วย บริการสาธารณสุข
- 2) ขาดการประเมินประสิทธิผล Intervention
- 3) ขาดมาตรการกำกับ ติดตามการบังคับใช้หรือการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- 4) ทรัพยากรในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ดังนี้
 - ด้านคน ได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความเชี่ยวชาญ เปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ขาดการประเมินสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ ฯลฯ
 - ด้านเครื่องมือ ได้แก่ ขาดเครื่องมือที่足以ต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านโรคและภัยสุขภาพ จากการประกอบอาชีพ และความชัดเจนตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้ใช้งาน ฯลฯ
- 5) ชุดทดสอบ/ชุดคัดกรองความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพยังไม่ครอบคลุม ความเสี่ยง
- 6) แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมภาษณ์เครื่องจำจัดศัตรุพืช (นบก.156) มีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป
- 7) การจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ไม่นำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
- 8) ชุดทดสอบ /ชุดคัดกรองความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพยังไม่ครอบคลุม พื้นที่เสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายเสี่ยง
- 9) ขาดกลไกความร่วมมือและการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ส่งผลกระทบโดยตรงและภัยสุขภาพ จากการประกอบอาชีพ
- 10) การสื่อสารความเสี่ยงไม่ทั่วถึงกลุ่มเป้าหมาย

11) ขาดการประเมินประสิทธิผล Evaluation (Input process output outcome)

ประเด็นงานวิจัย

- D6 การพัฒนาวัตกรรม และเทคโนโลยีสำหรับคัดกรองความเสี่ยงด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ เช่น การประเมินการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร สุขภาพจิตจากการประกอบอาชีพ สารทำละลายอินทรีย์ สารก่อมะเร็ง เป็นต้น
- D7 การศึกษากลไกการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการส่งเสริม ดูแลสุขภาพจากการประกอบอาชีพในกลุ่มวัยแรงงาน เช่น กลไกการขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ., คสจ., Safety Thailand, คปอ. ระดับประเทศและระดับจังหวัดเพื่อการส่งเสริม ดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพในกลุ่มวัยแรงงาน)
- D8 การศึกษารูปแบบการเข้มโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพแบบพหุภาคี เช่น ข้อมูลการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการทำงาน ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ สารเคมีอันตราย เป็นต้น
- D9 การศึกษารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิผลต่อการลดโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใต้เป็นสุข ระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในประชากรกลุ่มเฉพาะ (กลุ่มผู้สูงอายุ แรงงานต่างด้าว) เป็นต้น
- D10 การประเมินความคุ้มค่าของต้นทุนในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยแรงงาน เป็นต้น

19. โรคจากสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์โรค

ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาจากการหล่ายาเสพติด ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติ และการกระทำของมนุษย์ เช่น มลพิษทางอากาศที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองขนาดเล็ก ฝุ่นซิลิกา สารอินทรีย์ระเหย ง่าย ก๊าซต่างๆ เช่น ชัลเฟอร์อีกไซด์ คาร์บอนมอนอีกไซด์ รวมทั้งโลหะหนักและสารเคมีต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างและต่อเนื่อง เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศจากหมอกควันภาคเหนือและภาคใต้ นอกจากนี้ยังเกิดจากการพลังงานต่างๆ เช่น โรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงไฟฟ้าชีวมวล เป็นต้น หรือสารอินทรีย์ระเหยง่ายในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมหาตพาพุด หรือมลพิษที่เกิดจากขยาย ทั้งขยายอิเล็กทรอนิกส์ และขยายทั่วไป ที่กำจัดไม่ถูกหลักสุขागิบาล ต่างๆ เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นผลกระทบแบบเรื้อรัง ประเด็นที่โรคและผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมมีความยากและแตกต่างจากโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจไม่มีการแสดงอาการป่วยที่เห็นได้ชัดเจนแต่อาจส่งผลกระทบต่อระดับสติปัญญาและพัฒนาการของเด็ก เช่น การสัมผัสมลพิษประเภทโลหะหนักต่างๆ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนมาได้ หรือการสัมผัสมลพิษประเภทสารก่อมะเร็งในปริมาณต่ำ หรือมลพิษทางอากาศทั้งประเภทที่เป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กหรือก๊าซต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อาจใช้ระยะเวลาในการก่อให้เกิดโรคนั้น

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวسانักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคได้มีการดำเนินงานเพื่อคุ้มครองและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม โดยล่าสุดจากการสำรวจข้อมูลมีประชาชนกลุ่มเสี่ยง/ผู้ที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมรวมในทุกประเด็นปัญหามลพิษและพื้นที่เสี่ยงถึง 4,569,672 คน และได้รับการเฝ้าระวังและคุ้มครองสุขภาพ จำนวน 2,395,827 คน หากทำการแบ่งกลุ่มประเด็นปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมและสุขภาพสามารถแยกกลุ่มปัญหาสำคัญได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก (พื้นที่เมืองแร่เก่า เมืองแร่ใหม่ หรือพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม) กลุ่มพื้นที่มลพิษทางอากาศ (พื้นที่หมอกควัน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก และพื้นที่อุตสาหกรรมหนาแน่น) และกลุ่มพื้นที่ขยายอิเล็กทรอนิกส์และการลักลอบทิ้งกากของเสียอุตสาหกรรม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก (พื้นที่เมืองแร่เก่า เมืองแร่ใหม่ หรือพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม) กลุ่มพื้นที่ดังกล่าวนี้ประกอบด้วยพื้นที่เมืองแร่ท่องคำจังหวัดเลย พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลกที่ มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาจได้รับผลกระทบเกี่ยวกับโลหะหนักจำพวกสารหูแมงกานีส และไชยาไนด์ที่มีการนำเข้ามาใช้ในกระบวนการผลิตแยกแร่ มีกลุ่มเสี่ยงถึง 8,000 กว่าราย พื้นที่สารแคนเดเมียมจากเหมืองแร่สังกะสี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พื้นที่สารหูแมงกานีสบ้านโนรี จังหวัดอุทัยธานี พื้นที่สารหูแมงกานีสบ้านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พื้นที่สารหูแมงกานีสบ้านพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช รวมถึงสารตะกั่วในลำหัวคลิตี้อำเภอท้องพากภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี นอกจากพื้นที่เมืองแร่แล้วยังมีสถานประกอบกิจการหรือโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการใช้สารโลหะหนักในกระบวนการผลิต เช่น โรงงานแบตเตอรี่ โรงงานคัดแยกภัณฑ์ของเสียอุตสาหกรรม โรงงานบดกรีที่มีสารโลหะหนักที่สามารถส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อยู่โดยรอบได้ด้วยหากมีระบบการควบคุมและจัดการที่ไม่ดี

กลุ่มที่ 2 พื้นที่มลพิษทางอากาศ (พื้นที่หมอกควัน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก และพื้นที่อุตสาหกรรมหนาแน่น) โดยปัจจุบันพื้นที่ปัญหาลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ พื้นที่ 9 จังหวัดภาคเหนือ เป็น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง แพร่ ลำพูน แม่ยerguson พะเยาน่าน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จำนวน 1 จังหวัด ตาก และ พื้นที่ 8 จังหวัดภาคใต้ เป็น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ได้แก่ สรุราษฎร์ธานี พังงา ภูเก็ต สศร.12 สงขลา นราธิวาส ยะลา ศรีสะเกษ ปัตตานี แต่การเฝ้าระวังสุขภาพในพื้นที่หมอกควันที่จะมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่ภาคเหนือที่มีการเฝ้าระวังสุขภาพตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2560 ถึง 5 พฤษภาคม 2561 มีข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังผลกระทบด้านสุขภาพฯ ใน 4 กลุ่มโรค จำนวนทั้งสิ้น 696,859 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12,934.64 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มโรคที่มีรายงานสูงสุด ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด อัตราป่วย 6,078.50 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิด อัตราป่วย 5,680.40 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มโรคตา อักเสบ อัตราป่วย 614.32 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ อัตราป่วย 561.41 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยของผู้ป่วยที่รายงานสะสมสูงสุด คือ จังหวัดน่าน อัตราป่วย 17,743.29 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดลำปาง, ลำพูน และเชียงราย อัตราป่วย 15,025.15, 14,481.82 และ 12,993.25 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพื้นที่ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ตำบลหนองหาร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี มีค่าฝุ่นละอองเฉลี่ยรายปีสูงเกินค่ามาตรฐาน (95 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) คือ ตั้งแต่ปี 2554 - 2559 ผลการตรวจวัดเท่ากับ 95, 107, 98, 94.9, 97.4, 96.0 ตามลำดับ สาเหตุหลักมาจากการกิจกรรมโรงโม่บดย่อยหินเหมืองหินและกิจกรรมการขุดถ่ายหิน ในส่วนการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านสุขภาพตั้งแต่ปี 2554 - 2559 โดยโรงพยาบาลพุทธบาทดำเนินการตรวจสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการไม่ บด ย่อยหิน ในพื้นที่ตำบลหนองหาร พบผลเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติร้อยละ 8.39, 12.99, 9.52, 11.90, 10.34, 11.44 ตามลำดับ และผลการตรวจนมรรถภาพปอด ผิดปกติ ร้อยละ 11.97, 27.71, 7.76, 16.67, 20.48, 10.24 ตามลำดับ ส่วนผลการตรวจสุขภาพประชาชนในพื้นที่ของเทศบาลตำบลหนองหาร ปี 2559 พบว่า ผลตรวจเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติร้อยละ 5 ในส่วนการดำเนินงานเฝ้าระวังด้านสุขภาพ และการดำเนินงานในพื้นที่มลพิษอากาศในพื้นที่จังหวัดระยอง

กลุ่มที่ 3 พื้นที่ขยะอิเล็กทรอนิกส์และการลักลอบทิ้งกากของเสียอุตสาหกรรม ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทย 27.04 ล้านตัน ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดขยะมูล ฝอยที่ 1.14 กิโลกรัมต่อกวนต่อวัน ข้อมูลด้านการจัดการขยะในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนสถานที่กำจัดขยะทั้งหมด 2,801 แห่ง มีการกำจัดถูกต้องเพียง 327 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.7 และมีสถานที่กำจัดที่ไม่ถูกต้องถึง 2,474 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.3 ประเทศไทยมีจำนวนประชาชนและคนทำงานคัดแยกและรีไซเคิลขยะ โดยเฉพาะใน 8 จังหวัดเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง (Hot Zone) ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ นครศรีธรรมราช กาญจนบุรี พระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น บุรีรัมย์ กาฬสินธุ์ และอุบลราชธานี โดยมีกลุ่มเสี่ยงโดยประมาณ 20,000 คน (500-3,000 คนต่อจังหวัด) ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้อาจมีความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพจากโลหะหนักและสารเคมีตกค้างในร่างกายได้ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2558) ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพฯ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยง

ปัญหาขยะปีงบประมาณ 2560 – 2561 ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองทางสุขภาพ พบว่ามีความเสี่ยงด้านสุขภาพในพื้นที่ ที่ร้อยละ 39.51 โดยเป็นความเสี่ยงสูงร้อยละ 55.44 และความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 44.56 โดยสถานะด้านสุขภาพจากข้อมูลประชาชนที่มีความเสี่ยงจะตอบเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วงทำการคัดกรอง ได้แก่ อาการผื่นคัน ร้อยละ 52.5 อาการน้ำมูกจาม แบบจมูก รวมร้อยละ 27.2 ท้องร่วง ร้อยละ 4.5 อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 4.0 ภูมิแพ้ ร้อยละ 4.2 ตาแดง ร้อยละ 3.0 และอาการอื่นๆ เช่น กลืนเหม็น /หายใจไม่อxygen ร้อยละ 4.4 ทั้งนี้อาการดังกล่าวไม่สามารถระบุชัดว่ามาจากแหล่งมลพิษขยะ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2561)

โดยจากประเด็นปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่กล่าวมาในข้างต้น กรมควบคุมโรคได้มีมาตรการในการดำเนินงานเพื่อลดโรค/ลดเสี่ยง ได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังทั้งด้านข้อมูลและการสื่อสารความเสี่ยงทางสุขภาพ การพัฒนาระบบการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและทีมสอบสวนโรค รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงประเด็น แต่ในการดำเนินงานตามมาตรการที่กล่าวมา มุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและสถานการณ์โรค ที่อาจเกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันสถานการณ์โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่พบในพื้นที่ต่างๆ ยังไม่ชัดเจนและไม่พบการรายงานโรค โดยมีเพียงการเฝ้าระวังโรคที่อาจจะเกี่ยวข้องในทางอ้อมจึงไม่มีข้อมูลสำหรับการรายงานสถานการณ์โรคและรายงานอย่างต่อเนื่องได้ ขาดการติดตามและประเมินประสิทธิภาพของมาตรการที่มีการผลักดันในเกิดการดำเนินงานในพื้นที่

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2560-2564) และ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2561-2580)

1. อัตราป่วยโรคพิษตะกั่วในเด็ก อายุ 0-14 ปี <0.03 ต่อแสนประชากร (ภาคประเทศไทย)
2. ร้อยละ 40 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม (Hot zone) ได้รับการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. การคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่เสี่ยง พบข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงได้แต่ยังไม่สามารถบอกระโรคและความเจ็บป่วยได้
2. ขาดระบบการวินิจโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยแพทย์หรือขาดการรายงาน Coding เนื่องจากมีความยุ่งยากและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการซักประวัติอาชีพ และปัจจัยการสัมผัสเพื่อประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค รวมถึงขาดข้อมูลการสอบสวนโรคเพื่อประกอบการระบุการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง
3. ขาดการติดตามและประเมินประสิทธิภาพของมาตรการดำเนินงาน
4. ขาดข้อมูลสถานการณ์โรค/ระดับความเสี่ยงเพื่อ สนับสนุนการกำหนดนโยบาย มาตรการทางกฎหมายที่จะนำมาบังคับใช้เพื่อจัดการปัญหาในระดับพื้นที่
5. นโยบาย/โครงการของรัฐบาลเน้นประเมินผลกระทบด้านเศรษฐกิจและโครงสร้างพื้นฐานของสังคม แต่ขาดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

6. ขาดการพัฒนาเทคโนโลยีในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (LAB) และการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ชนิดใหม่ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสมลพิษสิ่งแวดล้อม
7. ขาดการนำข้อมูลที่มีมาใช้ในการวิเคราะห์และจัดเก็บอย่างเป็นระบบ
8. โรคจากสิ่งแวดล้อมมีปัจจัยเสี่ยงแบบ Multifactor ทำให้นิจนัยโรคและหาปัจจัยการสัมผัสรอยที่แท้จริงได้ยาก

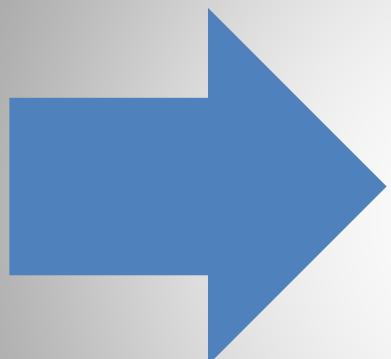
ประเด็นวิจัย

- D1 การพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกันการรับสัมผัสสารมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เน้นการจัดการที่ผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งมลพิษยะหรือมลพิษทางอากาศ พื้นที่ศักยภาพแร่ สารพิษตกค้างยาวนาน (POPs) สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพจาก PAHs เป็นต้น
- D2 การพัฒนานวัตกรรม และวิธีวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ตัวใหม่ๆที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น ชุดทดสอบอย่างง่ายในการตรวจสอบสารโลหะหนักในตัวอย่างชีวภาพ ชุดทดสอบอย่างง่ายในการตรวจสอบสารกำจัดศัตรูพืชในตัวอย่างชีวภาพ พัฒนาวิธีวิเคราะห์และตัวบ่งชี้ของสารกำจัดศัตรูพืชในตัวอย่างชีวภาพ พัฒนาตัวบ่งชี้ของสารมลพิษตกค้างยาวนาน เป็นต้น
- D3 การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง กลไกการดูแลสุขภาพ และการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง
- D4 การศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านสุขภาวะหรือผลกระทบด้านสุขภาพประชาชนที่อาจจะเกิดขึ้น จากนโยบายการพัฒนาประเทศ
- D5 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

แผนงานวิจัยเชิงระบบและ

ปัญหาเชิงบริบทในกลุ่ม

ประชากรและพื้นที่



กลุ่มเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและ
พื้นที่

แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่

20. ระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่

จากการศึกษากรอบแนวคิด six building blocks โดยอ้างอิงจาก The WHO Health Systems Framework ซึ่งประกอบด้วย 1) Health services 2) Health workforce 3) Health information system 4) Medical products and technologies 5) Health financing system และ 6) Leadership and governance เมื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับแผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่ สามารถแบ่งการดำเนินงานที่สำคัญซึ่งผลกระทบต่อการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ดังนี้

20.1 การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ปัจจุบันโลกมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การคมนาคมที่เจริญก้าวหน้าและทันสมัย เทคโนโลยีที่ล้ำหน้า ที่เกิดจากการพัฒนาที่ไม่หยุดยั้งของมนุษย์ ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของ สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะโลกร้อน (Global Warming) ซึ่งส่งผลกระทบให้สภาพ ภูมิอากาศเกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลต่ออุตุกาลต่างๆ สภาวะอากาศแปรปรวนและเลวร้ายบ่อยครั้ง ระดับ ของน้ำทะเลที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สร้างความเสียหายต่อประเทศต่างๆ เป็นมูลค่าหลายพันล้านบาทเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภัยที่เกิดจากโรคติดต่อ เช่น โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคเมอร์ส เป็นต้น โรคระบาดมีแนวโน้มแพร่ระบาดไปในประเทศ หรือระหว่างประเทศได้รวดเร็วถ้าหากไม่มี การจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ

กรมควบคุมโรคจึงต้องมีการพัฒนาให้มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับผู้บัญชาการเหตุการณ์ และกลุ่มภารกิจต่างๆ มาปฏิบัติภารกิจภายใต้ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เป็นสถานที่ที่ใช้ในการบริหารสั่งการ ประสานความร่วมมือ และเปลี่ยนข้อมูล การรายงานสถานการณ์ทั่งภาพและเสียงจากพื้นที่เหตุการณ์จริง สำหรับการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจ และจัดสรรทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสอดคล้องเร็วในภาวะ ฉุกเฉินให้แก่ทีมปฏิบัติการ เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในภาวะที่มีการระบาดของ โรคหรือภัยคุกคามที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข การดำเนินงานภายใต้กรอบแนวทางการพัฒนา EOC มุ่งไปสู่มาตรฐานสากล ในปี 2560-2561 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ EOC เป็นตัวชี้วัดตามกำรบรร่อง (Performance Agreement) ; PA-EOC

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2560 – 2564) และ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2561 – 2580)

ประเทศไทยมีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถตอบโต้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ แบบบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

ปัญหา/ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมและไม่ทันสมัย เนื่องจากหากเป็นระบบที่ทันสมัยต้องใช้งบประมาณสูง ในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ การดูแลรักษา การอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบ รวมถึงผู้ปฏิบัติ เป็นต้น
2. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคไม่ครอบคลุมและไม่ทันสมัย เนื่องจากหากเป็นระบบที่ทันสมัยต้องใช้งบประมาณสูง ในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ การดูแลรักษา การอบรมให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการระบบ รวมถึงผู้ปฏิบัติ เป็นต้น
3. ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ
4. ยังไม่มีการประเมินค่าใช้จ่ายต่อหน่วย ในการดำเนินงาน
5. ยังไม่มีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) กับบริบทของประเทศไทย
6. ยังไม่มีการพัฒนาทักษะและภาวะผู้นำสำหรับผู้บัญชาการเหตุการณ์
7. ยังไม่มีการจัดทำ Resource mapping ให้เหมาะสมรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
8. กลไกในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวง/กรม ยังไม่เป็นรูปธรรม
9. การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง เช่น มีการโยกย้ายบุคลากร ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน
10. ความเข้าใจว่าศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เป็นงานของกลุ่มเด็กกลุ่มหนึ่ง ทำให้การประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานไม่ดีเท่าที่ควร
11. ขาดหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง
12. บุคลากรที่มีความรู้เรื่องศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ

20.2 การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในเขตเมือง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และด้านประชากร โดยมีประชากรหนาแน่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2561 (ค.ศ. 2018) คาดว่าจะมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองประมาณ ร้อยละ 50 (ข้อมูลจาก United Nations, Department of Economic and social Affairs, Population Division (2018) : World Urbanization Prospects: The 2018 Revision) ส่งผลให้สังคมเมืองมีความหลากหลายทางประชากร มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจ มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้ และโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมกัน ปัญหาสุขภาพในเขตเมืองมักเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งปัญหารोครและภัยสุขภาพ

รวมถึงปัญหาเชิงสังคม นอกราชานีบบริบทเขตเมือง พบว่า กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนสถานบริการของภาคเอกชนต่อภาครัฐ เท่ากับ 2.8 : 1 แห่ง โดยบริบทของเขตเมืองยังมีความหลากหลายของหน่วยงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ มหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรอิสระ ภาคประชาชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง ซึ่งมีทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นจำนวนมากได้แก่ ทุนทรัพยากร ทุนวิชาการ และทุนเครือข่าย แต่ยังขาดความเชื่อมโยงและการบูรณาการซึ่งกันและกัน ทั้งด้านข้อมูลสุขภาพและทรัพยากรต่างๆ ส่วนใหญ่ยังแยกกันทำในการกิจของตน ไม่มีการประสานระหว่างองค์กรให้มีการบูรณาการเชิงระบบมากนัก ดังนั้นการพัฒนาระบบ และกลไกการจัดการระบบการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง จึงต้องดำเนินการเชิงระบบ (Systems approach) โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาภูมิปัญญาแบบที่เหมาะสมกับบริบทเขตเมือง มีการพัฒนาระบบผู้ระวัง ระบบบริหารจัดการ และพัฒนากลไกการประสานระหว่างองค์กรให้มีการบูรณาการเชิงระบบมากขึ้น สามารถเข้ามาร้อยให้เกิดการร่วมกันทำงานเป็นเครือข่าย และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มากให้เกิดประสิทธิภาพเพื่อประชาชนเขตเมืองจะได้ประโยชน์สูงสุดต่อไป

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองสูงกว่าภาพรวมประเทศ เช่น 1) สถานการณ์โรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งประเทศ ในปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 16 และในปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ข้อมูลจากกลุ่มระบาดวิทยาและปฏิบัติการควบคุมโรค สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 - 2560 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตเมือง (เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร) สูงกว่าอัตราป่วยในภาพรวมของประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2561 พบว่าในพื้นที่เขตเมือง พบรู้ป่วย 9,651 ราย เสียชีวิต 10 ราย จากพิจิตร (1) นครราชสีมา (1) สมุทรสงคราม (1) นนทบุรี (2) กรุงเทพมหานคร (2) ปทุมธานี (3) คิดเป็นอัตราป่วย 78.85 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 2) สถานการณ์วัณโรค ในปีงบประมาณ 2561 มีผู้ป่วยเบียนรักษาวัณโรคทั่วประเทศ 84,265 ราย ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิง เท่ากับ 2.18 : 1 กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงป่วยวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย (เสี่ยง 10 เท่า) ผู้สูงอายุ (เสี่ยง 2-4 เท่า), ผู้อยู่อาศัยในที่แออัด เช่น ในเรือนจำ (เสี่ยง 7 เท่า), ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เสี่ยง 10-25 เท่า), ผู้ป่วยเบาหวาน (เสี่ยง 2 เท่า), แรงงานต่างด้าว (เสี่ยง 2-3 เท่า) เป็นต้น ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ. 2561 พบรุ่นอายุ 35-44 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี และกลุ่มอายุ 45-54 ปี ตามลำดับ พื้นที่เขตเมืองมีหน่วยงานหลากหลายที่ให้บริการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคโดยที่ยังไม่มีการรายงานตามแนวทางระบบเฝ้าระวังของประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น นอกราชานีประชาร์เคลื่อนย้ายสูง ผู้ป่วยมีโอกาสขาดยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง กรุงเทพมหานครรายงานผู้ป่วยวัณโรคจากหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนประมาณปีละ 8,000-10,000 ราย ซึ่งต่ำกว่าการคาดประมาณทั้งหมดปีละ 3-5 พันราย อัตรารักษาสำเร็จร้อยละ 90 ในหน่วยบริการสังกัดกรุงเทพมหานคร แต่ในหน่วยบริการอื่น ๆ มีอัตราต่ำกว่าร้อยละ 80 และบางส่วนไม่รายงานผลการรักษา 3) สถานการณ์บาดเจ็บจากการจราจร (Road traffic injury: RTI) ข้อมูลจากระบบ e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556- 2558 มีรายงานอัตราการบาดเจ็บจากการจราจรต่อประชากร

แสนคนในอำเภอเมืองเปรiyบเที่ยบกับอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเขตเมืองทั้ง 7 จังหวัด (ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา ชลบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา และเชียงใหม่) พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บในอำเภอเมืองสูงกว่าอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเดียวกันเป็นค่าเฉลี่ย 4.7 เท่า (ค่าสูงสุด ± ค่าต่ำสุด; 4.9 ± 4.3) และ จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บในอำเภอเมืองสูงกว่าอำเภออื่นๆ ในจังหวัดเดียวกันเป็นค่าเฉลี่ย 2.4 เท่า (ค่าสูงสุด ± ค่าต่ำสุด; 2.6 ± 2.3) ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีอัตราผู้ได้รับบาดเจ็บจากการจราจรใกล้เคียงกัน 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ด้านการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำกว่าประชาชนที่อยู่นอกเขตเทศบาล และพบว่ามีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยและความซุกของโรคที่สูงกว่า ประชาชนที่อยู่นอกเขตเทศบาล 5) สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ข้อมูลจากสำนักระบบทิยาและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง พบว่าปี 2561 (ณ วันที่ 8 ส.ค.2561) พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่เขตเมือง จำนวน 32,225 ราย เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วย 262.88 ต่อแสนประชากร พบร้าอัตราส่วนของผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชาย 1.15 : 1 ราย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบร้า กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี รองลงมา คือ 5-9 ปี และ 10-14 ปี

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เขตเมืองพบว่าสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่เขตเมือง มีอัตราป่วยและอัตราตายสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย ทั้งโรคติดต่อ เช่น โรคไข้เลือดออก วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด และการบาดเจ็บจากการจราจรส่วนข้อมูลการเฝ้าระวังโรค 5 มิติ และข้อมูลการกระจายของปัญหาตามเวลา สถานที่ บุคคล ในเขตเมือง ยังไม่ครบถ้วน สำหรับประเด็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เนื่องจากบริบทเขตเมืองของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน และปัญหารोคและภัยสุขภาพต่างๆ ก็แตกต่างกัน ดังนั้นในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองครั้งนี้จึงใช้โรคที่เป็นนโยบายหลักของประเทศไทยไปก่อน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (2561-2564)

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	2561	2562	2563	2564	2565
1. ร้อยละความสำเร็จของเครือข่ายที่มีการพัฒนาระบบ และกลไก การจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง	-	ร้อยละ 5 ของเครือข่ายเขตเมืองในระดับประเทศ	ร้อยละ 10 ของเครือข่ายเขตเมืองในระดับประเทศ	ร้อยละ 20 ของเครือข่ายเขตเมืองในระดับประเทศ	ร้อยละ 30 ของเครือข่ายเขตเมืองในระดับประเทศ
2. จำนวนนโยบาย รูปแบบ มาตรการแนวทาง การจัดการระบบป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ	อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อย ปีละ 1 เรื่อง

หมายเหตุ : พื้นที่เป้าหมายดำเนินการในระยะเริ่มต้น ได้แก่ เทศบาลเมือง เทศบาลนคร และท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ จำนวนทั้งสิ้น 210 แห่ง

20.3 แรงงานต่างด้าว

เนื่องจากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายตามแนวชายแดน ทำให้ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าสู่ประเทศไทยเพื่อทำงานทำ สถานการณ์แรงงานต่างด้าว ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ณ เดือนกันยายน 2561 คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วราชอาณาจักร มีจำนวน 2,360,025 คน โดยในจำนวนนี้เป็นแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว และกัมพูชา) จำนวน 2,127,253 คน ประเภทกิจการที่ได้รับอนุญาตทำงานมากที่สุด 4 อันดับแรก ได้แก่ 1) กิจการก่อสร้าง 383,609 คน 2) กิจการการให้บริการต่างๆ 260,158 คน 3) กิจการเกษตรและปศุสัตว์ จำนวน 154,828 คน และ 4) กิจการต่อเนื่องการเกษตร จำนวน 122,797 คน และยังมีแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในลักษณะ ไป-กลับ หรือตามฤดูกาล จำนวน 11,177 คน ซึ่งทำให้มีผลกระทบทางด้านสังคม ด้านความมั่นคง และด้านสาธารณสุข ผลกระทบทางด้านสาธารณสุขแรงงานต่างด้าวเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย ขาดความรู้/ความเข้าใจด้านนโยบายและกฎหมาย ทั้งภาครัฐ ผู้ประกอบการ/นายจ้าง และแรงงานต่างด้าว รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมให้กับแรงงานต่างด้าวได้เข้าใจ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของแรงงานต่างด้าว ทำให้เกิดปัญหาขาดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของกลุ่มแรงงานต่างด้าว เช่น วัคซีนป้องกันโรคหัด ก่อให้เกิดการระบาดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำได้ นอกจากนี้ผลการขึ้นทะเบียนของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา กัมพูชา ลาว) โดยศูนย์บริการ One Stop Service : OSS ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียน จำนวน 1,165,838 คน พบรงานต่างด้าวมีผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ 1 ผลการตรวจปกติ จำนวน 1,152,161 คน ผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ 2 พบร科ที่ต้องติดตามรักษาและให้ทำการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 6,273 คน แบ่งเป็นวันโรค 2,933 คน โรคเท้าช้าง 20 คน โรคเรื้อรัง 3 คน โรคซิฟิลิส 1,874 คน ผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ 3 พบร科ที่ต้องห้ามมิให้ทำงาน จำนวน 911 คน ผู้ติดตาม จำนวน 17,464 คน ซึ่งยังมีปัญหาในการติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวประเภทที่ 2 ให้มาทำการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันควบคุมโรคที่อาจจะเกิดระบาดมาสู่คนไทยได้ รวมถึงระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวที่อยู่กระจายตามหน่วยงานที่รับผิดชอบทำให้ยากต่อการเข้าถึงข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีปัญหาของการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับแรงงานต่างด้าว และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ที่ยังไม่ครอบคลุม ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว 1 คนต่อประชากร 300 คน

ซึ่งว่างในการดำเนินการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. แรงงานต่างด้าวมีหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม และผู้ติดตามไม่มีหลักประกันสุขภาพ
2. การบูรณาการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวังโรคที่อยู่กระจายตามหน่วยงานที่รับผิดชอบทำให้ยากต่อการเข้าถึงข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
3. การคัดกรองโรคติดต่อในการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวในศูนย์บริการ One Stop Service

4. การติดตามแรงงานต่างด้าวที่พบรผลการตรวจสุขภาพประเภทที่ 2 พบโรคที่ต้องติดตามรักษาและให้ทำการรักษาต่อเนื่อง หลังจากตรวจสุขภาพที่ศูนย์บริการ One Stop Service เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
5. แรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย แรงงานต่างด้าวที่มาทำงานในลักษณะไป-กลับ หรือตามฤดูกาล และการเคลื่อนย้ายของแรงงานต่างด้าว ทำให้ไม่สามารถติดตามเฝ้าระวังป้องกันโรค
6. แรงงานต่างด้าวเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย ขาดความรู้/ความเข้าใจด้านนโยบายและกฎหมาย ทั้งภาครัฐ ผู้ประกอบการ/นายจ้าง และแรงงานต่างด้าว
7. การสื่อสารความเสี่ยงโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญที่เหมาะสมให้กับแรงงานต่างด้าว เพื่อสร้างความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค
8. การสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับแรงงานต่างด้าว (ด้านภาษา)
9. อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	2560	2561	2562	2563	2564
1. ระบบข้อมูลการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในแรงงานต่างด้าว	-	-	-	-	1 ระบบ
2. แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในผู้ป่วยต่างด้าวจากการคัดกรองของศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)	-	-	1 เรื่อง	-	-

20.4 วัณโรคในกลุ่มผู้อพยพทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย

ผลจากการที่ประเทศไทย มีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นภาคเกษตร อุตสาหกรรม การนำเข้าและส่งออก ทำให้ประเทศไทยแนวโน้มได้รับการพัฒนาที่แตกต่างไปจากประเทศเพื่อนบ้านเป็นอย่างมาก รวมทั้งยังเป็นแหล่งดึงดูดแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน lobหนีเข้ามาทำงานทำในประเทศไทย ในจังหวัดต่างๆ ตลอดจนแนวชายแดนของไทย จึงทำให้ปัจจุบันมีแรงงานและ ผู้อพยพชาวต่างชาติมากอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ ปัญหาวัณโรคเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ในกลุ่มผู้อพยพ เนื่องจากการอยู่อาศัยรวมกันค่อนข้างหนาแน่น จึงเหมาะสมที่จะเกิดการติดต่อในกลุ่มผู้อพยพด้วยกัน การที่กลุ่มผู้อพยพมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่และเปลี่ยนนายจ้างบ่อยครั้งทำให้ยากต่อการติดตามเพื่อการตรวจคัดกรองและการรักษา และเป็นอุปสรรคต่อความพยายามของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ฯ ออกตรวจคัดกรองและติดตามวัณโรค ดังนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการจัดเก็บข้อมูลของผู้อพยพให้ครอบคลุมทั้งจำนวนและการจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาวะของผู้อพยพ เช่น ข้อมูลผู้อพยพและจำนวนผู้อพยพที่ติดเชื้อวัณโรคในประเทศไทย จำนวนสถิติผู้อพยพ การศึกษาแบบแผนการเคลื่อนย้ายผู้อพยพ ระบบ

การคัดกรองและแนวทางการจัดการรักษาในสถานที่ๆ ก่อให้เกิดผู้ต้องหาสูญเสียชีวิตอยู่ โดยนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผนงานด้านการจัดการรักษา

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)

1. เพื่อพัฒนาระบบทฐานข้อมูลสำหรับการติดตามปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามันทั้งที่ถูกกฎหมายและเข้าเมืองโดยไม่ถูกกฎหมายโดยประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์อันดามัน
2. เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพ และสถิติการเจ็บป่วยของแรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมาย และเข้าเมืองโดยไม่ถูกกฎหมายในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายในระบบบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งที่ถูกกฎหมาย และเข้าเมืองโดยไม่ถูกกฎหมายในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน

ประเด็นงานวิจัย

การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

E1 การพัฒนานวัตกรรม สำหรับตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (ศึกษาร่วมกับศูนย์วิจัยภาฯ)

- การศึกษาการใช้ยาขันส่งไว้คืนขับ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
- การศึกษาเพื่อจัดทำ shelter ในภาวะฉุกเฉิน
- การพัฒนา Personal Protective Equipment ระดับ A ในการสอบสวนโรคและรองรับอุบัติภัย
- การศึกษาเพื่อพัฒนาการรองรับอุบัติภัยจากสารเคมี

E2 การศึกษาเปรียบเทียบระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศไทยและต่างประเทศ

E3 การศึกษาต้นทุนค่าใช้จ่าย (Unit Cost) ในการพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

E4 ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงานในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

การป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

E5 การพัฒนาระบบ และกลไก การจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง

- ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางภาษี การตลาดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสม
- ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อการป้องกันควบคุมโรค ที่เหมาะสมต่อชุมชนประเภทต่างๆ เช่น ชุมชนแออัด คนเร่ร่อน ชุมชนจัดตั้ง เป็นต้น

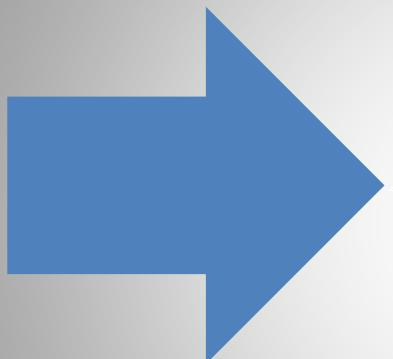
แรงงานต่างด้าว

- E6 นวัตกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกันควบคุมโรคของแรงงานต่างด้าว และผู้ติดตาม
- E7 ประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในศูนย์บริการ เปิดเสร็จ
- E8 การศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ เช่น อหิวาตกโรค วัณโรค โรคที่ป้องกันได้ด้วย วัคซีน โรคเรื้อรัง และตัวทำนายก่อนเกิดการระบาดโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาติ
- E9 นวัตกรรมการสื่อสารความเสี่ยงที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น แรงงานต่างด้าว พื้นที่เขตเมือง กลุ่มที่อาจมีปัญหาการติดต่อ
- E10 พัฒนารูปแบบของแกนนำหรือพี่เลี้ยงสุขภาพ ต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ
- E11 รูปแบบการดำเนินชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

การบริหารจัดการและอื่นๆ

- E12 ต้นทุนของการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของการเจ็บป่วย
- E13 ประเมินผลกระทบจากการใช้ e-bidding กับ e-marketing ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
- E14 ปัจจัยสาเหตุของการปฏิบัติงานที่ผิดระเบียบพัสดุการเงินการคลัง
- E15 มาตรการเพิ่มเติมในการป้องกันควบคุมโรค ที่ควรบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งประชากรไทยและประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น สุขภาพถ้วนหน้าทั้งประชากรไทยและประชากรกลุ่มเฉพาะ
- E16 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับกรณีพิเศษ หรือประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น หลังภัยพิบัติ การแข่งกีฬา การเข้าร่วมพิธีอิจฉาย การประชุมระหว่างประเทศ นักเดินทางท่องเที่ยว ประชากรข้ามชาติ เป็นต้น
- E17 ผลกระทบของมาตรการทางกฎหมายต่อการควบคุมโรค เช่น พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- E18 ความเป็นไปได้ กลไกการทำงาน และประโยชน์ของการเป็น National/ Ministry public health data center
- E19 การประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ของมาตรการและระบบเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรค
- E20 ภาพอนาคตของระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย (20 ปีข้างหน้า)
- E21 ผลของการจัดการภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค

ภาคผนวก



☒ กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2562-2564

☒ ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วหรือกำลังทำอยู่

☒ คณะผู้จัดทำ

กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564

ตามที่กรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2560-2564 เมื่อปี 2559 ให้หน่วยงานหรือนักวิชาการที่สนใจ นำประเด็นวิจัยไปจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโลกที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ประเด็นวิจัยที่กำหนดไว้ อาจไม่ทันต่อสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องจัดทำแผนงานวิจัยฯ ให้สอดคล้อง และทันสมัย กรมควบคุมโรคจึงได้มีการทบทวนประเด็นวิจัยและจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564 ฉบับทบทวน ขึ้น โดยมีกระบวนการจัดทำ ดังนี้

1. วิเคราะห์การนำประเด็นวิจัยตามแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ระหว่างปี 2560-2563 มีการนำไปใช้จัดทำโครงการวิจัย ร้อยละ 9.8 คณะกรรมการพัฒนาวิจัยการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้มีมติให้ทบทวนประเด็นวิจัยให้เป็นปัจจุบันและทันสมัย

2. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคจากสำนักวิชาการ 5 แผนงาน ได้แก่ แผนงาน โรคติดต่อ แผนงานโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อนและโรคไวรัสตับอักเสบ แผนงานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แผนงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และ แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากร เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ตามหลักระบาดวิทยา 6 ข้อสำคัญ ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขจากหนังสือระบาดวิทยาเพื่อการบริหารงานสาธารณสุขของ นายแพทย์คำนวน อังชูศักดิ์ (2561, น. 28-29) ได้แก่ ภาระโรค (Burden) การกระจายของปัญหา (Distribution) เหตุและปัจจัย (Determinants) มาตรการและประสิทธิผล (Interventions and Measures) การนำมาตรการไปสู่การปฏิบัติ (Program Management) และการติดตามประเมินผล (Evaluation) โดยที่มีวิทยากรประกอบด้วย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (นายแพทย์กฤษฎา มโพหาน) ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรภายในกรมและนักวิชาการควบคุมโรคที่ผ่านโครงการสร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค (Leadership in Disease Control) เมื่อวันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2561 ณ โรงแรมบัดดี้ โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ จ.นนทบุรี

3. สำนักวิชาการ/สถาบัน ผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคดำเนินการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ สถานการณ์(Situation Analysis) มีประเด็นสำคัญดังนี้

- 3.1 สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ในปัจจุบัน หรือ สถานการณ์ของระบบงานควบคุมโรคในปัจจุบัน
- 3.2 เป้าหมายการการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) และ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) หรือเป้าหมายการของระบบตามระยะเวลาที่กำหนด
- 3.3 ซ่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

3.4 ประเด็นงานวิจัยที่จะช่วยแก้ปัญหาและดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2562-2564) ที่ส่งผลอย่างสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และ

สามารถดำเนินการวิจัยได้จริง ตามหัวข้อที่กำหนด ได้แก่ข้อเสนอประเด็นงานวิจัยที่ได้ทำวิจัยแล้วหรือกำลังทำ โดยระบุผู้จัดทำ ชื่อเรื่องและปีที่จัดทำ

4. ประชุมจัดทำประเด็นวิจัยและจัดลำดับความสำคัญ วันที่ 25-26 ธันวาคม 2561 โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรค นักวิจัย นักวิชาการและผู้รับผิดชอบงานวิจัยจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยแบ่งกลุ่มแยกตามแผนงานควบคุมโรค 5 แผนงานโรค แล้วให้สำนักวิชาการ/สถาบันนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมทบทวนประเด็นวิจัยเป็นรายโรคตามแผนงานวิจัย ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2560-2564 โดยพิจารณาปรับแก้ เพิ่มเติม ที่สอดคล้องกับ ช่องว่าง สภาพปัญหาของโรคและภัยสุขภาพ ทั้งนี้การจัดทำแผนงานวิจัยรายโรคเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพหนึ่งๆ มุ่งเน้นการตอบคำถามงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการ แนวทาง และการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการประเมินผล ส่วนแผนงานวิจัยเชิงระบบจะครอบคลุมถึงประเด็นนโยบาย/ยุทธศาสตร์ เน้นการดำเนินงานในระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การดำเนินงานของกรมควบคุมโรครวมทั้งกลุ่มวัย/กลุ่มประชากร บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบป้องกันควบคุมโรค (National Health Authority) และการวิจัยในกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น รวมทั้งครอบคลุมสุขภาพตาม The WHO Health Systems Framework :Six Building Blocks ดังภาพ

ภาพที่ 1 The WHO Health Systems Framework



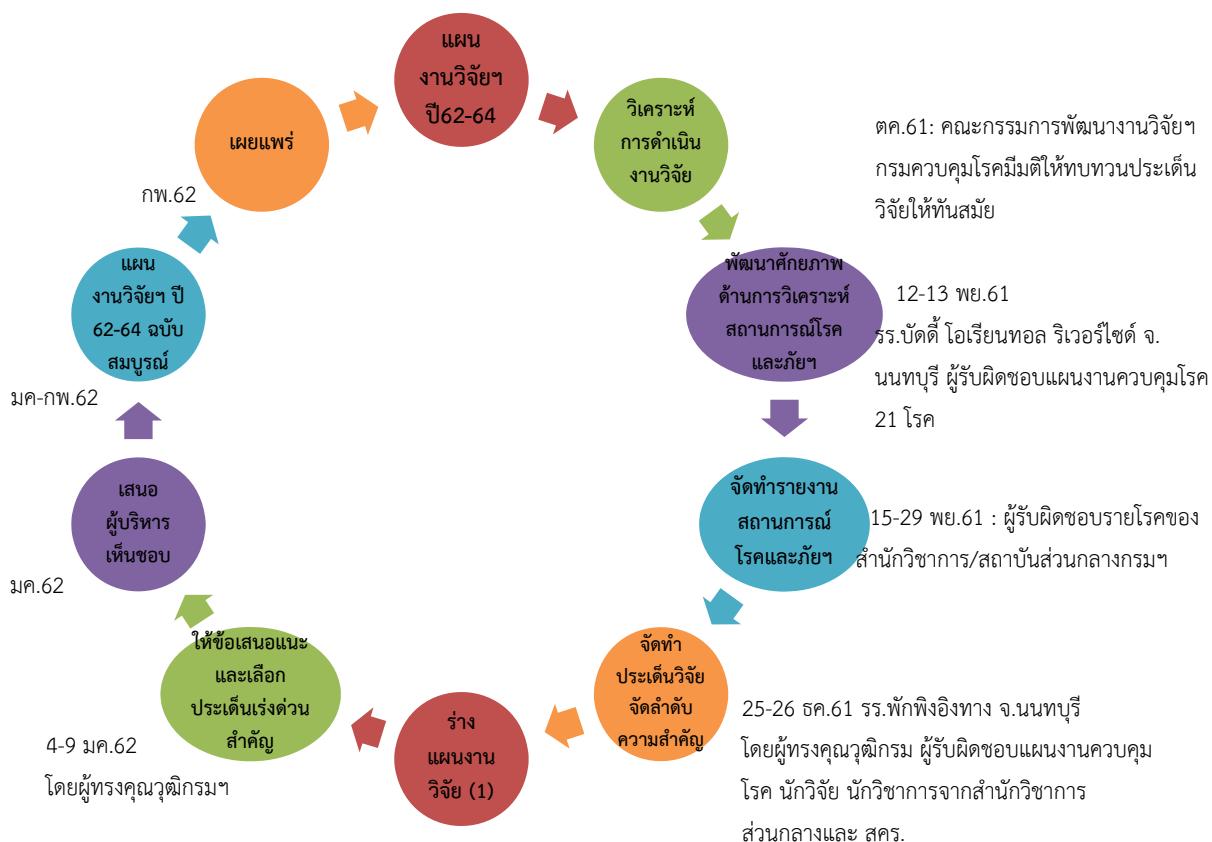
ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยตามแผนงานควบคุมโรค กำหนดให้แผนงานควบคุมโรค มีประเด็นวิจัยเร่งด่วนสำคัญ แผนงานละ 3-10 ประเด็น โดยมีเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ได้แก่ 1) ประเด็นที่เร่งด่วน : ข้อมูลวิชาการที่ต้องการทราบผล ภายใน 1-2 ปี 2) ประเด็นที่สำคัญ : เป็นข้อมูลสำหรับผู้รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคที่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติงาน (เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน) เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ (ที่เป็นพันธกิจของกรมฯ) และ 3) เป็นนวัตกรรมแล้วนำเสนอที่ประชุมใหญ่ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

5. ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ปรับแก้ เพิ่มเติมพร้อมจัดลำดับความสำคัญ ประเด็นวิจัยเร่งด่วนแยกตามแผนงานโรค แผนงานละ 5 ประเด็น (วันที่ 4- 9 มกราคม 2562)

6. นำเสนอผู้บริหารเห็นชอบแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564 ฉบับทบทวน และปรับแก้แล้วจัดทำรูปเล่มฉบับสมบูรณ์

7. เมยแพร์ให้หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรคเพื่อเป็นกรอบและประเด็นวิจัยที่ควรดำเนินการหากต้องในการแก้ไขปัญหาในระยะ 3 ปี ในการเสนอขอรับทุนวิจัยแหล่งทุนต่างๆต่อไป

ภาพที่ 2 กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564



ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วหรือกำลังทำอยู่

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
แผนงานวิจัยโรคติดต่อ			
โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน			
1	การควบคุมกำกับและติดตามรายงานผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนผ่านระบบฐานข้อมูลมาตราฐาน 43 แฟ้มโดยกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	การผลักดันการใช้วัคซีน Tdap ในหญิงตั้งครรภ์ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อหวังผลส่งผ่านภูมิคุ้มกันไปสู่ทารกและเด็กหลังคลอดโดยกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ			
3	การประเมินมาตรการการดำเนินงานของแผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ ปี 2560 และ 2561	สำนักโรคติดต่อทั่วไป	ไม่ระบุ
4	การประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอาหารเป็นพิษในโรงเรียนต้นแบบ ปี 2559-2560	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่	ไม่ระบุ
5	สำรวจข้อมูลพฤติกรรมและความรู้สุขภาวะอาหารของแม่ครัวคนต่างด้าว พื้นที่กรุงเทพฯ และสมุทรสาคร	สำนักโรคติดต่อทั่วไป	ไม่ระบุ
โรคหนอนพยาธิ			
6	การศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิของประเทศไทย ปี 2562 (กรมควบคุมโรคดำเนินการทุก 5 ปี)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
7	การประเมินผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสถียรจัลีนกรองราชย์ครบ 70 ปี ในปี พุทธศักราช 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ตลอดจนในปีพุทธศักราช 2560 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 90 พรรษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
8	การบททวนและวิเคราะห์การรักษาแบบกลุ่มในโรคหนองพยาธิ (Mass Drug Treatment) ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
9	การพัฒนาแบบการคัดกรองวัวจากเพื่อประเมินพฤติกรรมเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับแรงงานต่างด้าว ร่วมกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
10	การพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหารोครพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่นำร่องภาคเหนือตอนล่าง อำเภอ วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ (สรต. สคร.2 ร่วมกับ เพชรบูรณ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
11	การศึกษาประสิทธิภาพของยาต้านหนองพยาธิต่อหนองพยาธิที่ติดต่อผ่านดินในประเทศไทยร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่ออุบัติใหม่			
12	Influenza Virus (H5N1) in Live Bird Markets and Food Markets, Thailand	Alongkorn Amongsin, Chuensakon Choatrakol, Jiradej Lapkuntod, Rachod Tantilertcharoen, Roongroje Thanawongnuwech, Sanipa Suradhat, Kamol Suwannakarn, Apiradee Theamboonlers, and Yong Poovorawan Chulalongkorn University	November 2008
13	Poultry-handling Practices during Avian Influenza Outbreak, Thailand	Sonja J. Olsen, Yongjua Laosiritawornt, Sarika Pattanasint, Prabda Praphasiri, and Scott F.	October 2005

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
	Dowell.International Emerging Infections Program, TUC		
โรคเมือ เท้า ปาก			
14	การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคเมือ เท้าปากในศูนย์เด็กเล็ก	กลุ่มโรคติดต่อในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป	2557
15	การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก ของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็ก	กลุ่มโรคติดต่อในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป	2560
16	รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคเมือ เท้า ปาก ในชุมชน	กลุ่มโรคติดต่อในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป	2561
โรคเมลิอยดิสิส			
17	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อขาของผู้ติด เชื้อเมลิอยดิ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	สุปริญญา สัมพันธ์รัตน์ , สุพินดา เรือง จิรังษฐ์, กนกพร หมุ พยัคฆ์	2558
18	Airborne Transmission of Melioidosis to Humans from Environmental Aerosols Contaminated with <i>B. pseudomallei</i>	Pei-Shih Chen, et.al.	2558
19	Predicted global distribution of <i>Burkholderia pseudomallei</i> and burden of melioidosis	Direk Limmathurotsakul, et.al.	2559
20	Global Burden and Challenges of Melioidosis	David AB Dance and Direk Limmathurotsakul	2561
21	Melioidosis in Thailand: Present and Future	Soawapak Hinjoy, et.al.	2561
โรคเลปโตสไปโรซิส			
22	Thai-Lepto-on-admission probability (THAI-LEPTO) score as an early tool for initial diagnosis of leptospirosis: Result from Thai-Lepto AKI study group	Theerapon Sukmark, Nuttha Lumlertgul,	2018

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
		Sadudee Peerapornratana, et al.	
23	Nationwide Seroprevalence of Leptospirosis among Young Thai Men, 2007-2008.	Gonwong S, Chuenchitra T, Khintapura P, et al.	2017
24	Investigation on predominant Leptospira serovars and its distribution in humans and livestock in Thailand, 2010-2015	Sudarat Chadsuthi, Dominique J. Bicout, Anuwat Wiratsudakul, et al.	2017
25	Perceptions and risky behaviors associated with Leptospirosis in an endemic area in a village of Ubon Ratchathani Province, Thailand	Jaruwan Wongbutdee, Wacharapong Saengnill, Jutharat Jittimanee, et al.	2016
26	Spatio-temporal patterns of leptospirosis in Thailand: is flooding a risk factor?	Suwanpakdee S, Kaewkungwal J, White LJ, et al.	2015
27	Human Leptospirosis Trends: Northeast Thailand, 2001–2012	W Thipmontree	2014
28	Epidemiology of Leptospirosis from Thai National Disease Surveillance System, 2003-2012	Soawapak Hinjoy	2014
29	Optimization of Culture of Leptospira from Humans with Leptospirosis	Vanaporn Wuthiekanun, Wirongrong Chierakul, Direk Limmathurotsakul, Lee D. Smythe, Meegan L.	2007

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
		Symonds, Michael F. Dohnt, Andrew T. Slack, Roongreung Limpaiboon, Yupin Suputtamongkol, Nicholas J. White, Nicholas P. J. Day, Sharon J. Peacock	
30	An outbreak of leptospirosis, Thailand	James Sejvar, Waraluk Tangkanakul, Pongsawat Ratanasang, et al.	2005
31	Leptospirosis: an emerging health problem in Thailand	Tangkanakul W, Smits HL, Jatanasen S, Ashford DA.	2005
โรคไข้หวัดใหญ่			
32	การประเมินผลมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ของสถานบริการสาธารณสุข ระดับประเทศ ปี 2558	<u>บรรณาธิการ</u> 1. แพทย์หญิงวรา เหลืองอ่อน 2. นางมนัญญา ประเสริฐสุข <u>คณะกรรมการ</u> 1. นางนพรัตน์ มงคลกร 2. นางสาวชัยณรงค์ มีเงิน 3. นางสาวอรณิชา	พฤศจิกายน น 2558

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
		การค้น 4. นางสาวปรางค์ศิริ นาแผลม สำนักโรคติดต่ออุบัติ ใหม่ กรมควบคุมโรค	
33	การพยากรณ์การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555	1. นางสาวสุทธนันท์ สุทธนัน 2. นางวชรี แก้วนอก เจา 3. นางสาวปภาณิจ สวังโภ 4. นายสมาน สยามกู รุจินันท์ 5. นางสมคิด คงอยู่ สำนักระบบทดิษฐา กรมควบคุมโรค	พ.ศ. 2555
แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ			
โรควัณโรค			
34	การพัฒนาระบบการอ่านฟิล์มเอกสารเรียร์ด้วยโปรแกรม ปัญญาประดิษฐ์ (AI) สรรส.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
35	Rapid Point-of-Care Diagnostic Test for Syphilis in High-Risk Populations, Manaus, Brazil . Emerg Infect Dis. 2009 Apr; 15(4): 647–649.		
36	Characteristics and sexually transmitted diseases of male rural migrants in a metropolitan area of Eastern China. Sex Transm Dis. 2005 May;32(5):286-92.		
37	Sexually transmitted infections in female sex workers in five border provinces of Vietnam.Sex Transm Dis. 2005		

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
	Sep;32(9):550-6.		
38	ผลการรักษาเชิพิลิสในชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษาข้อมูลหลัง 4 ปี (A 4-Year Retrospective of Syphilis Treatment of HIV-Positive MSM in Bangrak STI) ลงในวารสารโรคเอดส์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 – พฤษภาคม 2557 ISSN 0857-8575 หน้า 110-118		
39	การใช้ถุงยางอนามัยของผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพชาย (เผยแพร่ในรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2555	สำนักโรคเอดส์ วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ไม่ระบุ
40	ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย ของผู้มารับบริการที่คัลลินิกชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2556	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
41	การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคเรื้อน			
42	Health seeking behavior of leprosy patients attending out-patient department of Schieffelin leprosy research and training center, Karikiri, India.	ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์/สรปส นฤมล ใจดี /สรปส ชัญญาภัค วงศ์บาก/ สคร 6 ขอนแก่น เสาวนิตร์ ฤทธิเรือง/ สรปส มนัส ผดุงคุณธรรม/ สคร 12 สงขลา	2546
43	Evaluation of leprosy surveillance system.	ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์/สรปส วิจิตรา ราเรี่ยสุวรรณ/ สรปส ประทุม ศรีสพท่อง/ สรปส	2547

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
44	ทำอย่างไรจึงพัฒนาคุณภาพการให้บริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส	2547
45	พฤติกรรมการแสดงอาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส	2547
46	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด เงื่อนมาก	วิจิตรา ราธีสุวรรณ/ สรปส ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส	2548
47	ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรค เรื้อน ในประเทศไทย (Factors contributing to Additional Disability during Treatment in Leprosy Patient in Thailand)	เสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่ และคณะ / สถาบัน ราชประชาสามัชัย	วารสาร กระทรวง สาธารณสุข ปี พ.ศ 2551
48	การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดกาญจนบุรี A survey on disability, economic, and social problem of leprosy affected persons in Kanchanaburi province. (ทำการศึกษาเรื่องการตีตราในส่วนของปัญหาทางสังคม)*	ศิรามาศ รอดจันทร์ และคณะ สถาบันราชประชา สามัชัย	วารสาร ควบคุมโรค 2554;37(3) : 186-96.
49	Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants.	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส van Brakel WH/NLR	2557
50	How to reduce stigma in leprosy- a systematic literature review	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส van Brakel WH/NLR Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2557
51	การสำรวจความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment) ด้าน ร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม ในผู้พิการที่ได้รับผลกระทบจากโรค เรื้อน ณ จังหวัดกาญจนบุรี(Assessment of physical and Socio –	พจนा อัญญาภิตติกุล และคณะ / สถาบันราชประชา สามัชัย	สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 7 ปีที่12

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
	Economic Needs of People Affected by Leprosy in Kanchanaburi province		ฉบับที่ 3 เดือน เมษายน- มิถุนายน – 2557
52	Comparing the perceptions of community members towards leprosy and tuberculosis stigmatisation	ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์/ สรปส van Brakel WH/NLR นิยม ไกรปุย/สคร 5 นครราชสีมา สิริพรรณ ไตรพิพย์/สสจ ขัยภูมิ Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
53	Assessing the attitudes and perceptions of community members and health workers regarding leprosy stigma.	ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์/ สรปส van Brakel WH/NLR ศิรามาศ รอดจันทร์/ สรปส สุวิทย์ นันโนช/สสจ บุรีรัมย์ Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
54	Addressing stigma related to leprosy: lessons from an intervention study in Thailand	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส van Brakel WH/NLR นิอร อริโยทัย/สรปส นฤมล ใจดี/สรปส Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
55	The effectiveness of de-stigmatising interventions.	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส van Brakel WH/NLR	2558

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
		โภเมศ อุนรัตน์/สรปส พจนา อัณญุกิตติกุล/ สรปส Bunders-Aelen J.F.G/VU university	
56	The Effectiveness of Modified Felted Foam Dressing in Chronic Plantar Ulcer Treatment in Persons Affected by Leprosy at Raj Pracha Samasai Institute, Samutprakarn Province	Pojana Thanyakittikul , et al / Raj Pracha Samasai Institute	The Bangkok Medical Journal /February 2015 , Volume 9 Oral Presentation at International Leprosy Congress 2014
57	การรับรู้การตีตราของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส ศิรามาศ รอดจันทร์/ สรปส พจนา อัณญุกิตติกุล/ สรปส โภเมศ อุนรัตน์/สรปส	2560
58	ผลของการตีตราที่มีต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ เอดส์: การทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบ	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส พจนา อัณญุกิตติกุล/ สรปส ชุติวัลย์ พลเดช/สรปส	2561

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
59	ประสิทธิผลของโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแม่น้ำแม่น้ำสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11	ศิลธรรม เสริมฤทธิ์ รงค์/สรปส พจนา รัฐภูมิตริกุล/ สรปส	2561
โรคไวรัสตับอักเสบ			
60	โครงการ “การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบและรักษาทันที สำหรับผู้ใช้ยาและคู่ ในประเทศไทย: การวิจัยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบซี”(กำลังดำเนินการ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
61	โครงการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีที่มีคุณภาพมากขึ้น	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
62	โครงการศึกษาประสิทธิภาพยา Sofosbuvir/Daclatasvir ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
63	โครงการวิจัย DNDi-SOF/RDV-01-HCV เรื่อง “การวิจัยระยะที่ II/III แบบเปิดคลาก ในพหุสถาบัน เพื่อประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย ความทนต่อยา และเภสัชจลนาศาสตร์ ของยาโซฟอสบูเวียร์เมื่อใช้ร่วมกับยาไวดาสเวียร์ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เรื้อรัง (ติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วย) ทั้งที่มีและไม่มีอาการของโรคตับแข็ง ในประเทศไทย และมาเลเซีย”	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
64	โครงการวิจัยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษา และการคาดถัง (กำลังดำเนินการ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ			
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน			
65	โครงการศึกษาเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์งานวิจัยด้านอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย (ศวปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
66	โครงการศึกษาเรื่อง การบังคับใช้กฎหมายมาแล้วขึ้นในประเทศไทย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ เวียดนาม สิงคโปร์และไทย (ศวปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
67	กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทย (ศวปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม			
68	การศึกษาระดับการรับสัมผัสพิษสิงแวดล้อมในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยวิธี Poolet Urine	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
69	การพัฒนาชุดแผ่นทดสอบในการตรวจวัดการรับสัมผัสสารพาราค วอทของเกษตรกร (ระยะที่ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
70	การพัฒนาเครื่องมือตรวจวัดระดับօร์แกโนฟอสเฟตในปัสสาวะอย่างง่าย (ระยะที่ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
71	การพัฒนาเครื่องมืออย่างง่ายในการตรวจวัดการสัมผัสสารตะกั่วและprotoทในตัวอย่างชีวภาพ (ระยะ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
72	การศึกษาการรับสัมผัสสาร perfluorooctane sulfonate (PFOS) and perfluorooctanoate (PFOA) ในกลุ่มประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสสารมลพิษสิงแวดล้อม	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
73	การศึกษาวิจัยค่าprotoทในหัวใจอาหารพื้นที่โรงไฟฟ้าถ่านหินและพื้นที่แหล่งน้ำสาธารณะพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางของประเทศไทย	ดร.ศิริพร สิงห์ทอง,นส. เนตรนภา สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
74	การประเมินประสิทธิผลของการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากผลกระทบมลพิษขยายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6	พญ.บรรณา รักษาคม	ไม่ระบุ
75	การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาอุตสาหกรรมตามนโยบายภาครัฐ	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
76	การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และกลไกการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงประเด็นปัญหามลพิษสิงแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
77	การพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการแก้ไขปัญหารือป้องกันการรับสัมผัสสารมลพิษ จากสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
78	การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
79	การศึกษาในพื้นที่เปรียบเทียบ (Reference area) เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในพื้นที่มลพิษสิงแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ/ เผยแพร่
80	การศึกษาวิธีเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ตัวใหม่ๆ ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
81	การศึกษาวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาการรับสัมผัส / ลดการสัมผัสมลพิษในประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
82	การศึกษาสมรรถนะการสืบทอดโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสาธารณสุขประจำเดือนวิจัยเชิงระบบของการดำเนินงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
83	การพัฒนานโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่างๆ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
84	ระบบข้อมูลข่าวสารและ <ul style="list-style-type: none"> ▪ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบาดเจ็บ/ป่วยจากการทำงาน ระดับประเทศ ▪ การพัฒนาระบบข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ▪ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น ประเมินผลประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการลงข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มของหน่วยบริการสาธารณสุข 	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
85	ประสิทธิภาพระบบการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> ▪ การพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมในประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ แรงงานต่างด้าว 	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	พ.ศ. 2562 – 2564
86	บริหารจัดการค่าใช้จ่าย <ul style="list-style-type: none"> ▪ การศึกษาวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ▪ การประเมินความคุ้มค่าของต้นทุนในการดำเนินงาน จัดบริการอาชีวอนามัยในแรงงานชุมชน 	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	พ.ศ. 2562 – 2564

គណន៍ជំរឿក

1. นพ.กฤษฎา มโหแทน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
2. นพ.สมบัติ แหนประเสริฐสุข	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
3. นพ.พรชัย จิระชนากุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
4. พญ.ปิยนิตย์ ธรรมภารณ์พิลาศ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
5. พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
6. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพงษ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
7. นพ.จีรพัฒน์ ศิริชัยสินธพ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
8. พญ.วรรณา หาญเชาว์วรกุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
9. นพ.อนุพงศ์ สุจิริยากรุ่ง	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
10. พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
11. นพ.วิศลัย มูลศาสตร์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
12. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
13. นพ.พระศักดิ์ ออยเจริญ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
14. พญ.ปานพิพิญ โชคไบญจมาภรณ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ
15. นายไฟโรจน์ พรหมพันใจ	สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน
16. นางสาวจิราวรรณ เวสุวนารักษ์	กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน
17. นางสาวสุภาภรณ์ จุจันทร์	สถาบันบำราศนราดูร
18. นางสาวศุภิดา ทองเยี้้ย	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
19. นางธัญญา รอตสุข	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
20. นางตรีอมร วิสุทธิศิริ	สถาบันราชประชาสามัชัย
21. นายวิสุทธิ์ แซ่ลี่ม	สถาบันราชประชาสามัชัย
22. ดร.นวิยา นันทพานิช	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มและก่อฮอร์ล์
23. นางสาวสิริกุล วงศ์สิริสกากย์	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มและก่อฮอร์ล์
24. นางสาวอมรเรขา ตั้งจิตรา	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มและก่อฮอร์ล์
25. นายอวิชาติ โชติชูศรี	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มและก่อฮอร์ล์
26. นางสมคิด คงอยู่	สำนักธรรษาวิทยา
27. นางสาวปภาณีจ สงวน	สำนักวิชาชีววิทยา

28. นางสาวรุจิรา เลิศคุณภาพ	สำนักระบบวิทยา
29. ดร.พาหุรัตน์ คงเมือง ทัยสุวรรณ	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
30. ดร.นลินี ศรีพวง	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
31. ดร.โภวิทย์ บุญมีพงศ์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
32. นางสาวจุไรรัตน์ เครื่องมณี	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
33. นายประทัยดี เคนโยธา	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
34. นางสาวพิชาagantert วารีชนรเกียรติ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
35. นางสาวรุ้งประกาย วิฤทธิ์ชัย	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
36. สัตวแพทย์หญิงวิมิวิการ์ ศักดิ์ชัยนานนท์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
37. สัตวแพทย์หญิงอรพิรุษ พันธุ์ ยุรชัย	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
38. นางสาวอรทัย ทิมพงษ์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
39. นายอัมภัส วิเศษโมรา	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
40. นางสาวณิชาภัทร คุกิตรัตน์	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
41. นางสาวชนัดดา ตั้งวงศ์จุลเนียม	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
42. นางสาวณัฐิชา ทรงส์สามสิบหก	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
43. นางสาวกรรณิการ์ เจริญไทย	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
44. นางมนัญญา ประเสริฐสุข	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
45. นายจิรวรรธ ประมวลเจริญกิจ	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
46. นพ.ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์	สำนักโรคไม่ติดต่อ
47. นายชาญยุทธ วิหาโท	สำนักโรคไม่ติดต่อ
48. นางสาวชนิษฐา ศรีสวัสดิ์	สำนักโรคไม่ติดต่อ
49. นายเสนีย์ บำรุงสุข	สำนักโรคติดต่อทั่วไป
50. ดร.จิตาพร จิระวัฒนะไพศาล	สำนักวัณโรค
51. นางสาวอุบลรัตน์ อาทีริต	สำนักวัณโรค
52. นางสาวณัฐพร ชนะมาร	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
53. นางสาวพลอยไฟลิน เทพาทีปกรณ์	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
54. นางรัชนีกร คำหล้า	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
55. ดร.นารถดา ขันธิกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
56. ดร.ไพรัตน์ อันอิน	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก

- | | |
|------------------------------------|--|
| 57. นางสาวเจียรรัต ชีรยะพิบูล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก |
| 58. นางสาวทิพย์สุดา จองเนียม | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก |
| 59. นางสาวธนกรณ์ พรหมมูล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ |
| 60. นางสาวธัญญารัตน์ ทราบจังหารีด | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 ยะลา |
| 61. นางศุภลักษณ์ แย้มสกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี |
| 62. นางจอมสุดา อินทรภูล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี |
| 63. นางสาวศศิวิมล ศิริรักษ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี |
| 64. นางสุภาพร ศรพรหม | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี |
| 65. นางสาวกังสดาล สุวรรณรงค์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| 66. นางสาววรุณยุพา พรพลทอง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| 67. นางสาวมยุรา สีสาร | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| 68. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี |
| 69. นางสาวกิตติยา พิมพาเรือ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี |
| 70. นางประชาติ จิตกลาง | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา |
| 71. นางสาวจันนีกร คัชมา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา |
| 72. นางสาวอ้อมทิพย์ พลบุบพา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี |
| 73. นางสาวศิริวรรณ อุทา | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี |
| 74. นายภูมิพัฒน์ นริษฐ์ภูวพงษ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี |
| 75. พญ.พิมพ์ภา เตชะกมลสุข | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช |
| 76. ดร.สุรชาติ โภยดุลย์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช |
| 77. ดร.ปวิตร ชัยวิสิทธิ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช |



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



กรมควบคุมโรค
กองนักวิเคราะห์และวิจัย (กนว.)

กองนักวิเคราะห์และวิจัย
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข