



การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

5 กลุ่มโรค 5 มิติ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

ประจำปีงบประมาณ 2568

คำนำ

ตามกฎหมายกระทรวงการแบ่งส่วนราชการ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 กำหนดให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 มีหน้าที่สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ซึ่งประกอบด้วย 5 ระบบย่อย และ 1 ภัยสุขภาพ ได้แก่

1. ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ
2. ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
4. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
5. ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
6. ระบบเฝ้าระวังสาธารณสุขภัย

เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน กำหนดมาตรการและประเมินผลมาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ทั้ง 5 มิติ ได้แก่ 1) ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 2) ทราบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ 3) ทราบขนาดของปัญหา ได้แก่ อัตราป่วยและอัตราการตาย 4) ตรวจจับความผิดปกติของการเกิดโรคโดยใช้การเฝ้าระวังเหตุการณ์ 5) ผลผลิตจากการเฝ้าระวังนำไปสู่การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อเหตุการณ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้ดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ โดยได้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ และเชิญผู้รับผิดชอบแต่ละกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ โรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเบาหวาน โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากการจมน้ำ และอัคคีภัยเอกสารฉบับนี้เป็นการรวบรวมผลการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติจากฐานข้อมูลปี พ.ศ.2567 โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ต่อไป

กลุ่มระบาดวิทยา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ : โรคติดเชื้อไวรัสซิกา	4
โดย นายณัฐวุฒิ กาลาศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป นางนันทภัทร์ ศรีทองทา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.1 กาญจนบุรี นางสาวกรรณิกา ชูเนื่อง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.2 เพชรบุรี นางไอลดา มูลหล้า นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.3 ประจวบคีรีขันธ์ นายสถาวร พรหมชนะ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 5.4 ราชบุรี	
2. ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	15
โดย นางสาวอรรพรรณ วังลึก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน	
3. ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ: โรคเบาหวาน	31
โดย นางสาวบุญยวีร์ กุลวงศ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	
4. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ: การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ	45
โดย นางสาวทรรศวรรณ ประชาพิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ	
5. ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม: โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน (แรงงานในระบบ)	58
โดย นางสาวชุตติกาญจน์ หลงสวาสดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	
6. ระบบเฝ้าระวังสาธารณสุข: อักเสบ	70
โดย นางสาวพรพิมล ต้นทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน	

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567 ตามองค์ประกอบ 5 มิติ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

นายณัฐวุฒิ กาลาศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
นางนันทปภัทร์ ศรีทองทา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.1 กาญจนบุรี
นางสาวกรรณิกา ชูเนื่อง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.2 เพชรบุรี
นางไอลดา มูลห้ำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.3 ประจวบคีรีขันธ์
นายสถาวร พรหมชนะ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.4 ราชบุรี

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus disease) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลง โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ โดยพบเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus) ครั้งแรกในปาซิฟิกประเทศยูกันดา ในปีพ.ศ. 2490 ในเลือดของลิงแสม ซึ่งไวรัสซิกาเป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single-stranded RNA) อยู่ในตระกูลฟลาวิไวรัส (Flavivirus) จำพวกเดียวกับ ไวรัสไข้เหลือง ไวรัสเดงกี ไวรัสเวสต์ไนล์ และไวรัสไข้สมองอักเสบเจอี โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่อาจไม่มีอาการ หรือมีเพียงไข้ต่ำ ๆ และผื่นขึ้นตามตัว เยื่อบุตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ ซึ่งจะคงอยู่ประมาณ 2-7 วัน ซึ่งสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา แต่หากแม่ติดเชื้อไวรัสซิกาในระหว่างตั้งครรภ์ จะสามารถถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ได้ ซึ่งทารกแรกเกิดอาจมีความเสี่ยงศีรษะเล็กและในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสมองและสติปัญญา รวมถึงการคลอดก่อนกำหนดและการแท้งบุตร

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 เกี่ยวกับภาวะศีรษะเล็ก โรคทางระบบประสาทอื่นๆ และไวรัสซิกา โดยการระบาดของโรคไวรัสซิกาพบได้ทั่วทวีปอเมริกาและในภูมิภาคอื่นๆ ที่มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) อาศัยอยู่ในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้ป่วยโรคไวรัสซิกาที่ติดต่อทางยุงเป็นแห่งแรกในยุโรป และในปี พ.ศ. 2564 ตรวจพบการระบาดของไวรัสซิกาในอินเดีย ทั้งนี้จากรายงานการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease) ขององค์การอนามัยโลก พบว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสซิกายังคงมีอยู่ในหลายประเทศ โดยข้อมูลในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกาจากยุงลายพาหะในประเทศและดินแดนที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสซิกา ใน 89 ประเทศและเขตปกครอง

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาครั้งแรกในปี พ.ศ.2555 และได้ประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558

เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเต็มที่ จึงมีมาตรการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในกลุ่มประชากร 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ ทารกที่มีความผิดปกติศีรษะเล็ก และกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร (Guillain-Barre syndrome) และผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอักเสบอื่นๆภายหลังการติดเชื้อ โดยกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาจตั้งครรภ์ ซึ่งทารกที่คลอดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ความพิการทางสมองและระบบประสาท และความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการในภายหลัง เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสซิกา กระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือในการดำเนินการตามแนวทางเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ได้แก่ สื่อสารไปยังสถานพยาบาลในพื้นที่ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ป้องกันตนเองจากยุงกัดและหากพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ผื่น และปวดข้อ อาจป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ให้พิจารณาส่งตัวอย่างตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ สำนวณและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ให้ครอบคลุมสถานที่ 7 ร. (โรงเรียน โรงเรียน โรงธรรม โรงพยาบาล โรงแรม โรงงาน และสถานที่ราชการ) ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3 3 1 และในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยรายใหม่ ควรเก็บตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ส่งตรวจทุกราย และให้การวินิจฉัย ดูแล รักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guidelines : CPG) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้จากข้อมูลระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2567 พบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา สะสม 447 ราย อัตราป่วย 0.67 ต่อแสนประชากร เป็นผู้ป่วยทั่วไป 429 ราย และ หญิงตั้งครรภ์ 18 ราย โดยการติดเชื้อกระจายทุกภาค ใน 47 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ น่าน แพร่ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุโขทัย ตาก อุตรดิตถ์ ชัยนาท กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร อุทัยธานี อ่างทอง ลพบุรี นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี สระบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี ฉะเชิงเทรา จันทบุรี ชลบุรี ระยอง สมุทรปราการ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม อุรธานี ชัยภูมิ บุรีรัมย์ นครราชสีมา สุรินทร์ ศรีสะเกษ กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี นราธิวาส สงขลา ยะลา กรุงเทพมหานคร

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 5 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยในปีพ.ศ. 2562 – 2566 มีอัตราป่วย 0.00, 0.08, 0.00, 0.00, และ 0.53 ต่อแสนประชากร โดยมีแนวโน้มการระบาดที่สูงขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ.2567 พบว่ามีอัตราป่วยสูงถึง 0.83 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายจังหวัดจะพบว่า ในปีพ.ศ.2566 - 2568 เริ่มมีแนวโน้มการระบาดสูงและต่อเนื่อง ในพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดนครปฐม จำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรการอย่างเข้มข้น และเร่งด่วนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในพื้นที่ต่อไป

โดยสาเหตุหลักของการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus disease) เกิดจากการถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสกัดและช่องทางอื่นๆที่เป็นไปได้ เช่น การแพร่ผ่านทางเลือด แพร่จากมารดาที่ป่วยสู่ทารกในครรภ์ และยังสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งในด้านการรักษา โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนและยังไม่มียารักษาเฉพาะ

จึงต้องรักษาตามอาการ โดยคำแนะนำสำหรับประชาชนที่ดีที่สุด คือกักตัวเองเพาะพันธุ์ และป้องกันไม่ให้ยุ่งกัต ทั้งนี้ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อในประเทศไทย ซึ่งอาจมีผู้ติดเชื้อทั้งในประเทศ และจากต่างประเทศ รวมถึงอาจมีผู้ติดเชื้อจากประเทศไทยเดินทางไปต่างประเทศ เนื่องจากมีชาวไทย และชาวต่างประเทศ เดินทางเข้าออกพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคในหลายรูปแบบ สำหรับปัจจัยเสี่ยงในด้านยุทธศาสตร์พบโรค พบว่าจากรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) ผ่านโปรแกรม Smart อสม. ประจำปี พ.ศ.2567 สัปดาห์ที่ 49 -52 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีค่า HI (House Index) ในหมู่บ้าน/ชุมชน สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($HI < 5$) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ประกอบกับมีรายงานการศึกษาถึงพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลางอีกด้วย

ซึ่งจากสถานการณ์และความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในพื้นที่ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 - 5.4 จึงจัดทำ การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus disease) ทั้ง 5 มิติ ของการดำเนินงาน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567 เพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวทางการวิเคราะห์

การใช้ข้อมูลสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ข้อมูลสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาประเทศไทย จากระบบการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง ข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกาจากระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จำแนกตามมิติต่าง ๆ ข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) จากโปรแกรม Smart อสม. ข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคของประชาชน จากรายงานผลการวิจัยต่างๆ รวมทั้งข้อมูลรายงานความก้าวหน้าในการค้นพบวัคซีน และการรักษาไวรัสซิกา

ผลการวิเคราะห์

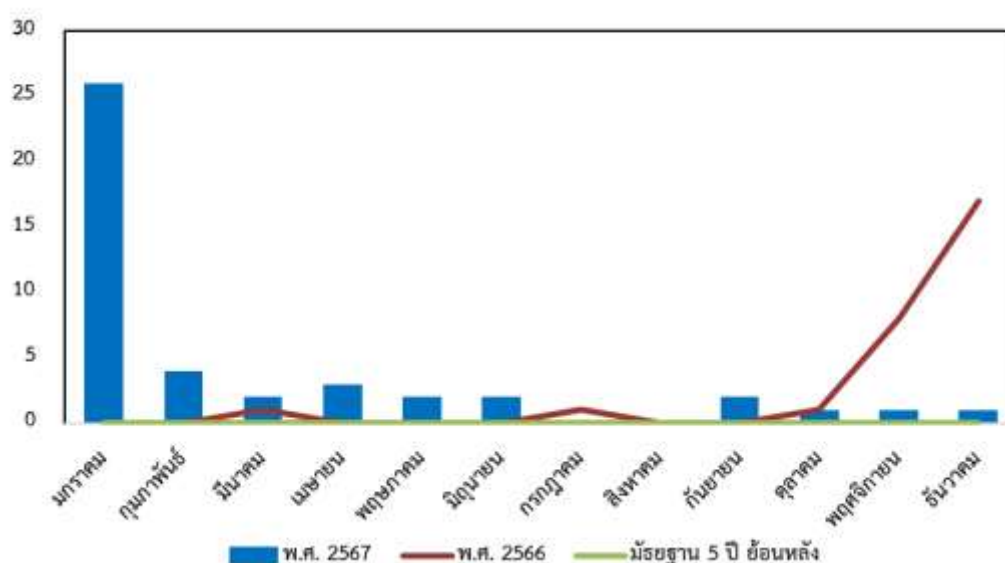
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวนทั้งสิ้น 44 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.83 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต (ตารางที่ 1) โดยพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นการระบาดต่อเนื่องจากเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 และมีแนวโน้มลดลงในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 (แผนภูมิที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 28 ราย อัตราป่วย 0.53 ต่อประชากรแสนคน พบว่าผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 57.14

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อัตราป่วย 5.42 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดเพชรบุรี อัตราป่วย 1.04 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดนครปฐม อัตราป่วย 0.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วย อัตราป่วย อัตราตาย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำแนกรายปี เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2567

ปี พ.ศ.	2562	2563	2564	2565	2566	2567
จำนวนป่วย	0	4	0	0	28	44
อัตราป่วย/ประชากรแสนคน	0.00	0.08	0.00	0.00	0.53	0.83
จำนวนเสียชีวิต	0	0	0	0	0	0
อัตราตาย/ประชากรแสนคน	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
อัตราป่วยตาย(%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ที่มา : ระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี



แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกรายเดือน
เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2566 และค่ามัธยฐาน 5 ปี (2562-2566)

ที่มา : ระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

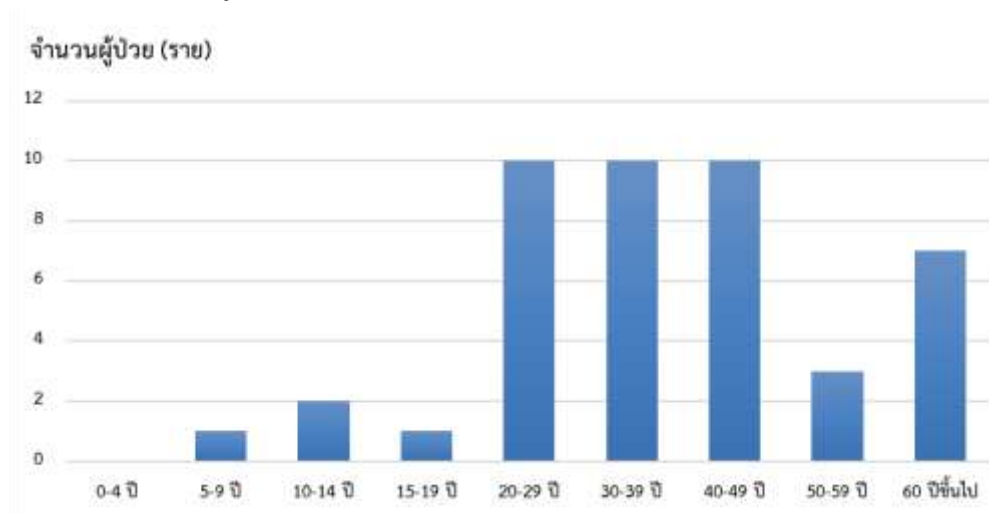
ตารางที่ 2 อัตราป่วยสะสมของโรคไข้เลือดออก เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด โดยเรียงตามอัตราป่วยสูงสุด

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนป่วย (ราย)	เสียชีวิต (ราย)	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)	อัตราตาย (ต่อประชากร แสนคน)	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
1	ประจวบคีรีขันธ์	30	0	5.42	0.00	0.00
2	เพชรบุรี	5	0	1.04	0.00	0.00
3	นครปฐม	5	0	0.54	0.00	0.00
4	สุพรรณบุรี	3	0	0.36	0.00	0.00
5	สมุทรสาคร	1	0	0.17	0.00	0.00
6	ราชบุรี	0	0	0.00	0.00	0.00
7	กาญจนบุรี	0	0	0.00	0.00	0.00
8	สมุทรสงคราม	0	0	0.00	0.00	0.00

ที่มา : ระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

กลุ่มอายุและเพศผู้ป่วย

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พบกลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุดเท่ากัน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 20 – 29 ปี กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี จำนวนกลุ่มละ 10 ราย รองลงมา กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7 ราย กลุ่มอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 3 ราย กลุ่มอายุ 10 – 14 ปี จำนวน 2 ราย กลุ่มอายุ 5 – 9 ปี กลุ่มอายุ 15 – 19 ปี จำนวนกลุ่มละ 1 ราย และไม่พบผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี (ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 2)



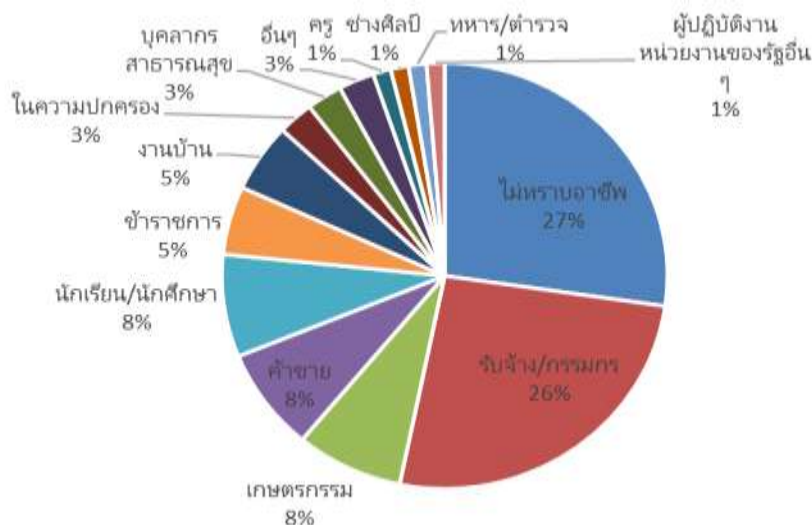
แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามอายุ

ที่มา : ระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงของจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เท่ากับ 1 : 1.80 หรือคิดเป็น สัดส่วนเพศชายเฉลี่ยร้อยละ 35.71 และเพศหญิงเฉลี่ยร้อยละ 64.29

กลุ่มอาชีพผู้ป่วย

จากรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 26 และกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 8 (ตามลำดับ) (แผนภูมิที่ 3)



แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

ที่มา : ระบบส่งรายงาน 506 (Digital 506) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

ปัจจัย/สาเหตุการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567

1. มีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการนำเชื้อกลับมายังพื้นที่ที่ไม่มีการระบาด เช่น จากการสอบสวนโรคในจังหวัดที่พบการระบาดพบว่า Index case เป็นหญิงตั้งครรภ์ มีประวัติการเดินทางไปยังจังหวัดที่พบการระบาดและมีรายงานผู้ป่วยจากจังหวัดเชียงใหม่

2. ชุมชนเมือง เขตเทศบาล มีอัตราการเคลื่อนย้ายประชากรสูง เพื่อการท่องเที่ยว ด้านเศรษฐกิจมีสภาพความเป็นอยู่ที่หนาแน่น สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ทำให้พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินมาตรฐาน และมีความชุกของยุงลายที่เพิ่มขึ้น

3. เนื่องจากเป็นเขตชุมชนเมืองและย่านเศรษฐกิจการค้า ตลาด ทำให้ยากต่อควบคุมโรค ความร่วมมือมีน้อย ความตระหนักในการป้องกันโรคน้อย ไม่สามารถหยุดกิจการได้ เพราะประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่อาชีพค้าขาย

4. โรคนี้ไม่อันตรายถ้าไม่ใช่สตรีตั้งครรภ์ มีเพียงอาการไข้ ผื่น รักษาในระยะเวลาอันสั้น อาการก็ทุเลา ไม่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต ดังนั้นประชาชนจึงขาดความตระหนักในการป้องกันโรค

5. การควบคุมยุงพาหะนำโรคโดยการพ่นสารเคมี การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ดำเนินการได้ไม่ทันเวลา และครอบคลุมตามมาตรฐานการควบคุมโรคติดต่อจากยุงลาย

เชื้อโรคไวรัสซิกา (Zika Virus disease)

ไวรัสซิกา (Zika virus) เป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single-stranded RNA) อยู่ในตระกูลฟลาวิไวรัส (Flavivirus) จำพวกเดียวกับ ไวรัสไข้เหลือง ไวรัสเดงกี ไวรัสเวสต์ไนล์ และไวรัสไข้สมองอักเสบเจอี เชื่อว่าไวรัสนี้ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงใดๆ ในมนุษย์ โดยเชื้อไวรัสซิกามีพาหะนำโรค คือ ยุงลาย (Aedes) โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้ออาจไม่มีอาการ หรือมีเพียงไข้ต่ำ ๆ และผื่นตามตัว ซึ่งสามารถหายไปได้โดยไม่ต้องรักษา จนกระทั่งต่อมาในช่วงปี พ.ศ.2557-2559 ได้มีรายงานถึงความสามารถของไวรัสซิกาในการก่อให้เกิดโรครุนแรงทางระบบประสาท เช่น Guillain-Barre syndrome และ meningoencephalitis หรือ myelitis ในมนุษย์ นอกจากนี้ยังพบว่าการระบาดของไวรัสซิกาในประเทศบราซิลสัมพันธ์กับอัตราการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์แบบ microcephaly โดยพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นกว่า 20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของซิกาไวรัส ซึ่งมูลเหตุเหล่านี้เองที่ทำให้นานาชาติ รวมทั้งองค์การอนามัยโลกมีการตื่นตัวต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์

ทั้งนี้ไวรัสซิกาสายพันธุ์เอเชีย ถือเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในทวีปอเมริกาในปัจจุบัน นอกจากนี้พบว่าไวรัสซิกาแต่ละสายพันธุ์นั้นมีความแตกต่างในระดับ nucleotides ค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับไวรัสชนิดอื่นๆ คือน้อยกว่าร้อยละ 12 จึงถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญในการพัฒนาการวินิจฉัยทางอณูวิทยา รวมไปถึงการคิดค้นยารักษา และผลิตวัคซีนเพื่อต่อต้านไวรัสซิกาทุกสายพันธุ์

การสำรวจพฤติกรรมของประชาชน

เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus disease) ยังไม่มีวัคซีนป้องกันและยารักษาเฉพาะโรค ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาที่สำคัญคือ การกำจัดยุงพาหะนำโรค และการป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด จากข้อมูลการสำรวจเชิงพฤติกรรมในประชาชน โดยการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชนไทยปี 2564 ของกรมควบคุมโรค ในประเด็นพฤติกรรมของโรคติดต่อนำโดยยุงลาย พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชนอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการปิดฝาภาชนะเก็บน้ำกิน น้ำใช้ เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงไปวางไข่และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองและบุตรหลานไม่ให้ถูกยุงกัด อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมในการเก็บบ้านให้ปลอดโปร่งเพื่อไม่ให้ยุงเกาะพัก มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลายของประชาชนเพิ่มเติม พบว่า จากผลการศึกษาของฤชอร วังศ์ภิรมย์และพฤศจิกายน ปัญญาคมจันทพูน, (2567)

เรื่องการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุคลายและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีและมุกดาหาร ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างจาก จำนวน 400 คน มีการรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($M=3.92$, $SD=1.03$) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลของการรับรู้ ร้อยละ 100.0 แหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงมากที่สุด 5 แหล่ง เรียงตามลำดับได้ดังนี้ 1) บุคคลที่ใกล้ชิด เช่น เพื่อน/ญาติ/คน ในครอบครัว 2) บุคลากรสาธารณสุข 3) วิทยู 4) อสม. และ 5) โทรศัพท์/เคเบิลทีวี ระดับความรู้เรื่องโรคติดต่อ นำโดยยุคลายอยู่ในระดับน้อย ($M=0.56$, $SD=0.75$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับมีปัญหา ($M=59.61$, $SD=9.20$) พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=11.37$, $SD=3.44$) แม้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ดี มีแหล่งข้อมูลหลากหลาย แต่ความรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับมีปัญหา เช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของอิศรา ศิริมณีรัตน์ และศรีนคร มังคะมณี, (2565) พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างของ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 95 คน มีผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุด แต่ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์ในภาพรวมกลับพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัด ราชบุรี ส่วนใหญ่อยู่ระดับน้อย สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี และการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไวรัสซิกาในจังหวัดราชบุรี อยู่ในระดับปานกลาง โดยสอดคล้องกับ การศึกษาของกุเกียรติ ก้อนแก้วและคณะ, (2562) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.46 ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิกา ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล ถึงร้อยละ 56.45 และความรู้ ร้อยละ 23.12 ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการป้องกันโรคซิกา ($p<0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร ประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อไวรัสซิกาและพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญให้มากขึ้น ผ่านช่องทางที่เหมาะสม

ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

จากรายงานผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) ผ่านโปรแกรม Smart อสม. ประจำปี พ.ศ. 2567 สัปดาห์ที่ 49 -52 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีค่า HI (House Index) ในหมู่บ้าน/ชุมชน ส่วนใหญ่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ($HI<5$) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค โดยค่า HI สูงสุด คือจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รองลงมา จังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี กาญจนบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี และราชบุรี ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการผลักดันด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมไปยังชุมชนและ/หน่วยงานองค์กรต่างๆ ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ตารางที่ 3 ค่า HI (House Index) ที่พบสูงสุดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ประจำปี พ.ศ.2567 (สัปดาห์ที่ 49 – 52)

จังหวัด	ค่า HI	อำเภอที่มีค่า HI สูงสุดในจังหวัด	ค่า HI
ประจวบคีรีขันธ์	12.29	สามร้อยยอด	19.39
สมุทรสงคราม	11.3	เมืองสมุทรสงคราม	15.72
สมุทรสาคร	11.25	เมืองสมุทรสงคราม	11.97
เพชรบุรี	11.23	ชะอำ	15.03
กาญจนบุรี	10.15	บ่อพลอย	22.40
นครปฐม	9.21	ดอนตูม	14.71
สุพรรณบุรี	8.20	ดอนเจดีย์	15.47
ราชบุรี	6.73	บ้านคา	10.11

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมาย HI ในหมู่บ้าน/ชุมชน < 5

ที่มา : โปรแกรม Smart อสม. (ปรับปรุงข้อมูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2568)

นวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

1.ความก้าวหน้าในการค้นพบวัคซีนและการรักษาไวรัสซิกา

การระบาดของโรคไวรัสซิกาในภูมิภาคอเมริกาในปี 2558-2559 แสดงให้เห็นว่าโรคที่เกิดจากยุงซึ่งค่อนข้างไม่ชัดเจนและไม่รุนแรงสามารถกลายเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพในระดับโลก ทำให้เกิดกลุ่มอาการไวรัสซิกาแต่กำเนิด รวมทั้งภาวะศีรษะเล็ก และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น กลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้ไวรัสซิกาและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในแถลงการณ์ ดร. มาร์กาเรต ชาน ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อหาแนวทางป้องกันและรักษาโรคไวรัสซิกา นับตั้งแต่มีการเรียกร้องให้ดำเนินการดังกล่าว ชุมชนนักวิจัยทั่วโลกได้ตอบรับด้วยการนำวัคซีนทดลอง 45 ชนิดเข้าสู่กระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งบางส่วนได้เข้าสู่การทดลองทางคลินิกในมนุษย์แล้ว

สถานการณ์ปัจจุบันของวัคซีนและการรักษาไวรัสซิกา ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการพัฒนาโดยได้มีการศึกษาในสัตว์ทดลอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจของวัคซีนไวรัสซิกาในการป้องกันการแพร่เชื้อจากการดาสุทาร์กในครรภ์ และสร้างภูมิคุ้มกันในผู้รับวัคซีน แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเพิ่มเติมในทางคลินิก ซึ่งปัจจุบันมีวัคซีนหลายตัวที่อยู่ในขั้นตอนการทดลองทางคลินิกในมนุษย์ระยะที่ 1 และ 2 อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ามีข้อจำกัดของการศึกษา ทั้งนี้ได้มีการเตรียมสถานที่สำหรับการทดลองทางคลินิกเพื่อการประเมินประสิทธิภาพการป้องกันของวัคซีนในการทดลองกับมนุษย์ระยะที่ 3 โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์

เพื่อคาดการณ์ว่าการระบาดของไวรัสซิกาอาจเกิดขึ้นเมื่อใดและที่ใด เพื่อเตรียมสถานที่สำหรับการทดลองทางคลินิกในอนาคต ทั้งนี้การพัฒนาของวัคซีนและการรักษาไวรัสซิกา จำเป็นต้องอาศัยความมุ่งมั่นและการลงทุนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงินและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องจากภาคอุตสาหกรรม นักวิจัย และพันธมิตรด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนา การอนุญาต และการเข้าถึงวัคซีนและยารักษาโรคซิกา จึงจะประสบผลสำเร็จได้ ทั้งนี้สามารถติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาวัคซีนและการรักษาไวรัสซิกา ได้จากเอกสารติดตามการพัฒนายารักษาขององค์การอนามัยโลก

สรุปผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังตามองค์ประกอบ 5 มิติ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้วางแผนการป้องกันและควบคุมโรค โดยนำข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี มาวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบ 5 มิติ ผลการศึกษาพบว่า มีแนวโน้มการระบาดที่เพิ่มขึ้น จากปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคได้แก่ สภาพอากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลายส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าค่ามาตรฐาน เป็นแหล่งชุมชนเมืองมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยหนาแน่น มีอัตราการเคลื่อนย้ายประชากรสูง การดำเนินการควบคุมยุงพาหะนำโรคดำเนินการได้ไม่ทันเวลาและไม่ครอบคลุม พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคการให้ความร่วมมือของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ยังไม่มียารักษาเฉพาะต้องรักษาตามอาการ และวัคซีนอยู่ระหว่างพัฒนา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ดำเนินการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อการรับรู้ทัศนคติของประชาชนต่อโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เพื่อเป็นฐานข้อมูลประกอบการพิจารณาการกำหนดแนวทาง/นโยบายต่อไป
2. พัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบโดยให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทต่อไป
3. ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับมาตรการ รวมทั้งมีการส่งเสริมการป้องกันส่วนบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2559.พิมพ์ครั้งที่ (1). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. กองโรคติดต่ออันตรายโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ประเทศไทย พ.ศ.2567 .แหล่งที่มาจาก : <https://lookerstudio.google.com/reporting/e81b3aaf-13fd-4dc4-862e-b6f6cdc83ebf/page/NhcnD>. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2568
3. กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (2567). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา พ.ศ.2562- 2567.กลุ่มระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี.ราชบุรี : ประเทศไทย
4. World Health Organization. Zika situation report [Internet]. [cited 2022 February 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/zika-epidemiology-update-february-2022>
5. วัคซีนและการบำบัดโรคซิกา: การวิเคราะห์ภูมิทัศน์และความท้าทายที่รออยู่ข้างหน้า Wilder-Smith A, Vannice K, Durbin A, Hombach J, Thomas SJ, Thevarajan I, Simmons CP. BMC Med. 2018 มิ.ย.; 16(1):84
6. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564 .พิมพ์ครั้งที่ (1). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ เอสออฟเซ็ท กราฟฟิค ดีไซน์.
7. ฤชอร วงศ์ภิรมย์, & พลศจิกาพรณ์ ปัญญาคม จันทพูน. (2024). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคติดต่ออันตรายโดยยุงลายและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในจังหวัด อุบลราชธานีและมุกดาหาร. วารสาร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุม โรค ที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี, 22(2), 9-24.
8. Konkeaw, K., Sangket, T., & Phupit, S. (2019). Factors Relating to Zika Virus Prevention Behavior among Pregnant Women in Sai-Ngam District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(2), 255-262.)
9. โปรแกรม Smart อสม. กรมควบคุมโรค.(2567).ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5.แหล่งที่มาจาก : https://lookerstudio.google.com/reporting/1c6501a5-e0b8-42cd-a4e5-10ad45fb4731/page/p_kvcm6o3z3c.สืบค้นเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567
ตามองค์ประกอบ 5 มิติ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

นางสาวอรรณ วังลึก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

บทนำ

จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค ปี 2567 ในช่วง พ.ศ. 2563–2567 ประเทศไทยเผชิญกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคซิฟิลิส ซึ่งมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าอัตราป่วยรวม 5 โรคหลัก ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน และกามโรคอื่นๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากประมาณ 33.8 รายต่อประชากรแสนคนในปี 2562 และมีแนวโน้มสูงขึ้นไปจนถึงประมาณ 41.97 รายต่อแสนคนในปี 2564 ทั้งนี้ในสถานการณ์ปี พ.ศ. 2567 พบว่า อัตราป่วยโรคหนองใน มีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์ค่ามัธยฐานของช่วง 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562–2566) โดยเฉพาะในช่วงปิดภาคเรียน (เดือนพฤษภาคมและพฤศจิกายน) โดยมีกลุ่มเยาวชนมีอัตราป่วยสูงสุด ขณะที่สถานการณ์โรคซิฟิลิสในปี 2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่า 8 เท่า เมื่อเทียบกับอดีต 10 ปี และพบในกลุ่มเยาวชนอายุ 15–24 ปี เพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่า และจากการรายงานของโปรแกรม HIV Info HUB ข้อมูล ณ ไตรมาส 2 ของปีงบประมาณ 2568 (ช่วงเดือนต.ค. 2567 – มี.ค. 2568) พบว่ามีผู้ป่วยซิฟิลิสสะสมถึง 13,708 ราย (อัตราป่วย 21.1 ต่อแสนประชากร) และผู้ป่วย STI 5 โรครวมอยู่ที่ 25,345 ราย ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงพฤติกรรมเสี่ยงและการขาดความรู้ด้านการป้องกันโรค (กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, 2568) โดยข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมที่ไม่ใช่ถุงยางอนามัยและการไม่เปลี่ยนคู่นอน เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีรายงานว่าคนที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีโอกาสติด HIV สูงกว่า 5–9 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2566) ความรุนแรงและการแพร่ระบาดที่เพิ่มขึ้นของโรคเหล่านี้เน้นย้ำความจำเป็นในการดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง การรณรงค์สาธารณะ และการส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อควบคุมการแพร่กระจาย ลดภาระระบบสาธารณสุข และป้องกันผลกระทบระยะยาวต่อสาธารณะ สุขภาพประชาชน

นอกจากนี้จากสถานการณ์พบว่าผู้ป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (เด็กแรกเกิดถึง 2 ปี) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งทารกที่ป่วยส่วนหนึ่งเป็นจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ จึงไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อซิฟิลิส หรือบางรายรับการฝากครรภ์แล้วไม่มีการติดตามผลเลือดกรณีติดเชื้อจึงไม่ได้รับการรักษาจนตรวจพบ เมื่อเข้ารับบริการคลอดในสถานพยาบาล

ข้อมูลจากสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (HIV INFO HUB) ประมวลผลจากการรายงานในโปรแกรม Digital Disease Surveillance (DDS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 23 มิถุนายน 2568 พบว่า สถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเขตสุขภาพที่ 5 พบสูงถึง 53.4

ต่อประชากรแสนคน พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร (97.2 ต่อประชากรแสนคน) อัตราด้วยโรคซิฟิลิส 28.8 ต่อประชากรแสนคน พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร (51.3 ต่อประชากรแสนคน)

ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำบัง การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน จังหวัดราชบุรี ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ในปีงบประมาณ 2564 ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี เช่น พฤติกรรม การดื่มสุราและใช้สารเสพติดก่อให้เกิด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ง่ายมากขึ้น โดยวัยรุ่นเชื่อว่า การดื่มสุรา และใช้สารเสพติดช่วยเพิ่มความสุขในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ได้ โดยการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นหญิงทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจขาดวิจารณญาณ ขาดการควบคุมสติ หรือถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ ง่ายและในบางการศึกษาพบว่ามียอัตราร้อยละ 34 และ 41 ในนักเรียน ปวช.ชายและหญิงที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ ถุงยางอนามัย และนอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมกำบังมีเพศสัมพันธ์อื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ ประสิทธิภาพ การมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์อายุน้อย มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่แฟน/คูรัก เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์ด้านระบาดวิทยาและการ วิเคราะห์นโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ตามกรอบระบบการเฝ้าระวังโรค 5 มิติ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มการเกิดอัตราการป่วย และเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ต่อการเกิดโรค เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวทางการวิเคราะห์

ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Risk		Prevention	Health	
Determinants	Behaviors	Program Response	Morbidity/ Mortality	Event-based
1.ชนิดของเชื้อโรค 2. จำนวนแหล่ง สถานบริการ	3. อัตราการใช้ถุงยาง อนามัยในประชากรกลุ่ม ต่างๆ 4 .พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของประชากรกลุ่มเสี่ยง 5.พฤติกรรมมารับ บริการสุขภาพ	6. ส รุ ป ผล การ ดำเนินการพัฒนา ระบบการขับเคลื่อน เพื่อป้องกันการบริการ และดูแลรักษาและ ควบคุมโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	7. อัตราป่วย โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	8.การพบผู้ป่วย โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ที่ มากกว่าปกติ

ผลการวิเคราะห์

1. ชนิดของเชื้อโรค

สิ่งที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือเชื้อก่อโรค เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

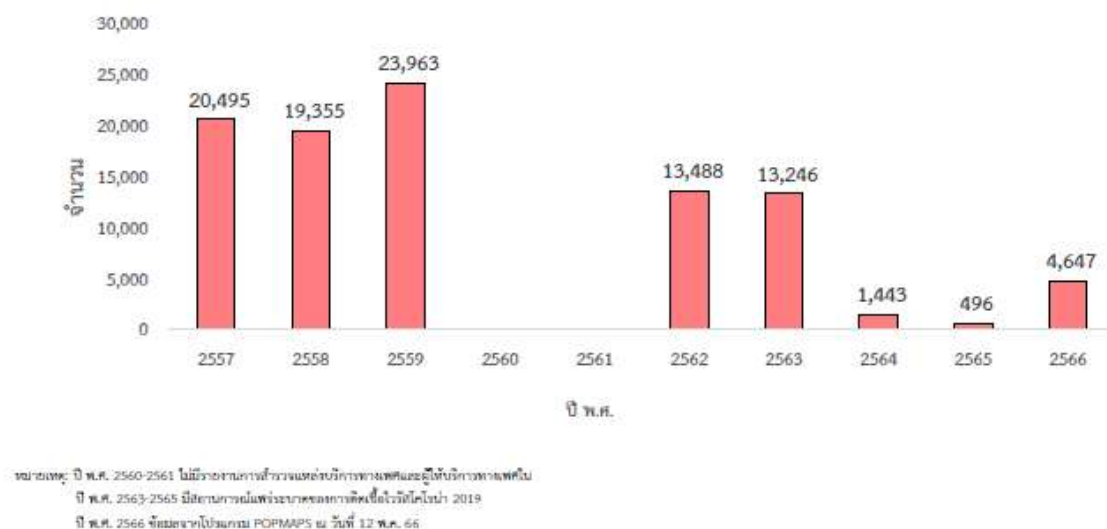
1. เกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งบางชนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้บางชนิดไม่มียารักษาและบางชนิดยังสามารถฝังตัวอยู่ และกลับมาเป็นซ้ำได้อีก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อไวรัส ได้แก่ เริ่มที่อวัยวะเพศ หูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก ไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ ที่ยังไม่มียารักษา มีแต่ยาต้านไวรัสที่ช่วยยับยั้งให้ร่างกายแข็งแรง
2. เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคที่อันตรายคือ โรคซิฟิลิสที่ไม่มีอาการสามารถแพร่เชื้อได้ และติดจากแม่ไปสู่ลูกได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาทำให้เกิดความรุนแรง โรคหนองใน เป็นโรคที่พบป่วยมากที่สุด เป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เนื่องจากแสดงอาการเร็ว และถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนมีอาการเพิ่มขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาแพร่เชื้อต่อให้คู่นอน อาการแสดงในผู้หญิงน้อยกว่าในผู้ชาย บางครั้งไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัดหนองไหล แต่มีเชื้อโรคสามารถแพร่ให้คู่นอนได้ถ้าไม่ป้องกัน ส่วนโรคหนองในเทียมจะพบหลังจากเป็นโรคหนองในจึงให้การรักษาไปพร้อมกัน โรคแผลริมอ่อน โรคกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลืองการเกิดโรคพบป่วยน้อยลง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 5 โรคหลัก สามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการใชยาปฏิชีวนะตามแนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558 และแนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ.2562 และป้องกันการเกิดโรคได้
3. เกิดจากเชื้ออื่นๆ เช่น พยาธิช่องคลอด เชื้อราช่องคลอด สังกัง หิด โสณ สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง

การสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงพื้นที่และเชิงประชากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายด้านการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) และการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี (HIV) ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ผู้ให้บริการทางเพศถือเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรค เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ STIs และ HIV สู่คู่นอนและต่อเนื่องไปยังประชากรทั่วไป การสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งถือเป็นการเฝ้าระวังปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค (Determinants) โดยกำหนดให้ดำเนินการสำรวจพร้อมกันทุกจังหวัดทั่วประเทศ ปีละ 1 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1 - 31 มกราคม ของทุกปี และใช้แบบสำรวจที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ทราบจำนวนแหล่งบริการทางเพศ และผู้ให้บริการทางเพศที่มีอยู่จริงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการให้บริการทางเพศ และการเปลี่ยนแปลงของแหล่งบริการต่าง ๆ

ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและการดำเนินการแก้ไขปัญหาในด้านการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ประเทศไทย ที่มีมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 พบว่า มีการรายงานการสำรวจแหล่งบริการอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าจำนวนแหล่งบริการมีแนวโน้มลดลง จากแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนแหล่งบริการที่สำรวจพบทั่วประเทศปี พ.ศ. 2557-2566

ที่มา: รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศประเทศไทยปี พ.ศ.2566 กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ให้บริการทางเพศทั้งหมดในประเทศไทย ปีงบประมาณ ตั้งแต่ 2557 -2566 จำแนกตามประเภทกลุ่มประเภทของผู้ให้บริการ พบว่า ในปี 2566 มีการรายงานเข้ามาในโปรแกรมการสำรวจ POPMAPS รวมทั้งสิ้น 65 จังหวัด คิดเป็น 84.4% จำนวน 4,647 แหล่ง โดยพบว่ามีจำนวนผู้ให้บริการทางเพศจำนวน 6,384 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม FSW มากที่สุด 5,083 ราย คิดเป็น 79.6 %

ตารางที่ 1 รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ.2557-2566

รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2557 – 2566

ปี / จังหวัด (% ความครอบคลุมของรายงาน)	จำนวน(แหล่ง)	ชาย			หญิง FSW	รวมจำนวน SW (ราย)
		MSW	TGSW	รวม		
ปี พ.ศ.2562 / 60 จังหวัด (77.9%)	13,488	3,461	439	3,900	17,196	21,096
ปี พ.ศ.2563 / 51 จังหวัด (66.2%)	13,246	483	186	669	8,774	9,443
ปี พ.ศ.2564 / 36 จังหวัด (46.7%)	1,443	148	43	191	1,983	2,174
ปี พ.ศ.2565 /13 จังหวัด (16.7%)	496	129	20	149	1,414	1,563
ปี พ.ศ. 2566 /65 จังหวัด (84.4%)	4,647	1,174	127	1,301	5,083	6,384

หมายเหตุ: ปี พ.ศ. 2560-2561 ไม่มีรายงานการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ
ปี พ.ศ. 2563-2565 มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่ได้ไปสำรวจ
ปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลจากโปรแกรม POPMAPS ณ วันที่ 12 พ.ค.66

ที่มา: รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศประเทศไทยปี พ.ศ.2566 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานบริการทางเพศที่เฝ้าระวัง พบว่ากลุ่มประชากรเฝ้าระวังส่วนใหญ่มีจุดรวมตัวที่สถานบริการ
ประเภทคาราโอเกะ 2,439 ราย รองลงมา นวดแผนโบราณ / สปา 682 ราย ตามลำดับ

ตารางที่ 2 รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี 2566

รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2566

ประเภทสถานบริการ	จำนวนแห่ง	Male(รวม)	MaleSW	MSM(รวม)	MSMSW	TG(รวม)	TGSW	FEMALE(รวม)	FSW	พนักงานทั่วไป (รวม)	SW (รวม)
สำนักค้าประเวณี (ช่อง)	21	13	6	6	0	0	0	202	179	221	185
โรงแรม	493	2,288	39	888	0	4	1	2,807	192	5,987	232
บังกะโล	39	41	5	0	0	0	0	60	8	101	13
เกสต์เฮาส์	21	19	3	3	1	0	0	42	17	64	21
บาร์เบียร์	728	1,282	47	307	26	224	28	3,284	579	5,097	680
บาร์เกย์	2	1	0	5	0	0	0	0	0	6	0
บาร์โฮกไก้	2	0	0	0	0	0	0	11	0	11	0
บาร์วิว	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ดิสโก้เธค	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ไนต์คลับ	15	98	35	7	0	1	0	124	52	230	87
ผับ	105	961	74	183	43	61	4	840	89	2,045	210
คาราโอเกะ	1,002	555	72	129	32	173	38	5,026	2297	5,883	2,439
คอกเทลเลาจน์	5	13	1	0	0	0	0	35	6	48	7
อาบ อบ นวด	106	310	6	288	11	206	8	870	380	1,674	405
นวดแผนโบราณ / สปา	684	667	14	482	30	166	2	3,413	636	4,728	682

ที่มา : ข้อมูลโปรแกรม POPMAPS ณ วันที่ 12 พ.ค. 66

ฉบับที่ : รายงานฉบับที่ 66

ตารางที่ 2 รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี 2566 (ต่อ)

รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ ปี พ.ศ. 2566 (ต่อ)											
ประเภทสถานบริการ	จำนวนแห่ง	Male(รวม)	MaleSW	MSM(รวม)	MSMSW	TG(รวม)	TGSW	FEMALE(รวม)	FSW	พนักงานทั่วไป (รวม)	SW (รวม)
ชาวนา / ฟิตเนส	16	105	1	90	0	0	0	45	27	240	28
คอฟฟี่ช็อป	28	47	3	31	1	1	1	57	12	136	17
คาเฟ่	43	149	2	64	1	4	2	187	5	404	10
ร้านอาหาร/สวนอาหาร	776	4,010	153	1,636	35	118	24	3,989	509	9,753	721
ร้านเสริมสวย	144	321	1	293	1	5	4	85	3	704	9
ร้านตัดผมชาย	55	123	2	70	1	2	0	15	0	210	3
บริการทางโทรศัพท์/ อินเทอร์เน็ต	2	0	0	0	0	10	10	1	0	11	10
สถานที่สาธารณะ	20	206	516	6	0	2	0	215	25	429	541
สถานบริการอื่นๆ	336	1,376	5	611	7	23	0	1,173	67	3,183	79
โรงน้ำชา	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ออนไลน์	2	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
รวม	4,647	12,585	985	5,099	189	1,005	127	22,481	5,083	41,170	6,384

* จำนวนรวม SW 6,384 ราย คิดเป็น 15.5% ของจำนวนรวมพนักงานทั่วไป

ที่มา : ข้อมูลโปรแกรม POPMAPS ณ วันที่ 12 พ.ค. 66

ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูลจาก จง 506

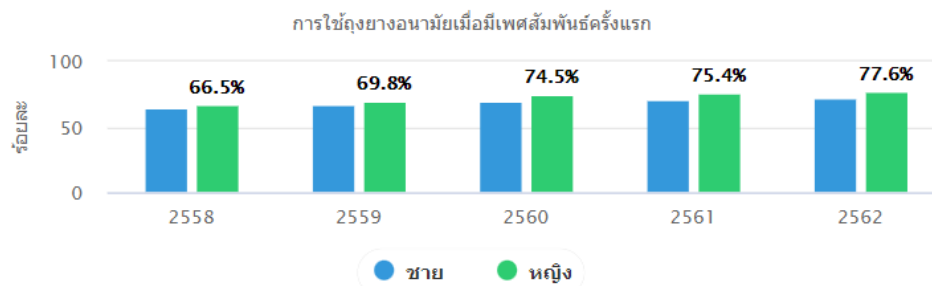
ที่มา: รายงานผลการสำรวจแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศประเทศไทยปี พ.ศ.2566 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มต่างๆ

3.1 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มการใช้เพิ่มมากขึ้น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 เพศชายมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 72.4 และเพศหญิง ร้อยละ 77.6 แผนภูมิที่ 2

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก



* ค่าเฉลี่ย

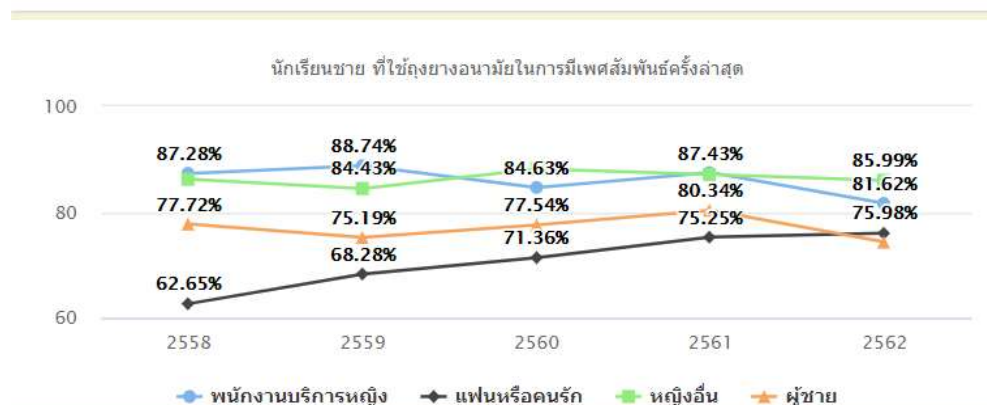
แผนภูมิที่ 2 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ที่มา : AIDS Surveillance System เข้าถึงโดย http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=bss

3.2 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

จากผลการสำรวจพบว่า เพศชายที่มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ปีพ.ศ. 2564 พบว่า มีร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับแฟนหรือคู่อีก สูงกว่าปี พ.ศ. 2561 ในขณะที่กลุ่มพนักงานบริการหญิง และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีอัตราการใช้ต่ำลง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย



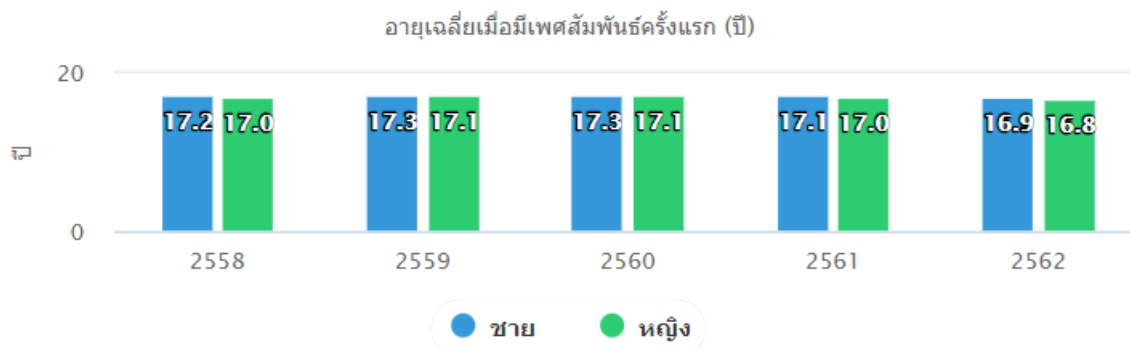
แผนภูมิที่ 3 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ที่มา : AIDS Surveillance System

4. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรกลุ่มเสี่ยง

4.1 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีแนวโน้มพบในช่วงอายุน้อยลง โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2562 เพศชาย พบว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 16.9 ปี และเพศหญิง 16.8 ปี ในขณะที่ ปี พ.ศ. 2561 มีอายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกทั้งเพศชายและหญิง อายุ 17.0 ปี ดังแผนภูมิที่ 4



* ค่าเฉลี่ย

แผนภูมิที่ 4 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ที่มา : AIDS Surveillance System

4.2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนใน 1 ปีที่ผ่านมา

จากผลการศึกษาของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน จังหวัดราชบุรี ข้อมูลพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ ในการสำรวจเพศชายได้ให้ข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ของคู่นอน ทั้งการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานหญิง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แพนหรือคนรัก และ หญิงอื่นที่ไม่ใช่แฟน ในขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์เฉพาะ แฟนหรือคนรักของตน และชายอื่นที่ไม่ใช่แฟน

4.3 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556 พบว่า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็น ผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน โดยจากข้อมูลของ HDC กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2563 พบว่า ผู้มีรับบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปแล้วได้รับการคัดกรองการติดสุรา ร้อยละ 33.45 พบว่าเป็นกลุ่มที่เป็นผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 11.63 และแบ่งกลุ่มได้เป็น ผู้ดื่มสุรา ความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 89.10 ความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 9.29 และความเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.61 รูปภาพที่ 8



แผนภูมิที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ที่มา : <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>

5. พฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ

5.1 การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรหลัก

จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปี 2564 ในโปรแกรมการรายงานผลการดำเนินงานของได้นิยามการคัดกรองว่าอย่างน้อยต้องได้รับการคัดกรองโรคซิฟิลิส พบว่าในปี พ.ศ.2564 มีข้อมูลของกลุ่มประชากรหลัก พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ชายมีอัตราการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองสูงที่สุด 47,920 ราย) รองลงมาคือ พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 23.09 (16,890 ราย) และ สาวประเภทสอง พนักงานบริการชาย และ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ตามลำดับ



แผนภูมิที่ 6 จำนวนประชากรหลักที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ที่มา : <https://hivhub.ddc.moph.go.th/response.php>

6. สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค ปี 2568

ข้อค้นพบมีดังนี้

หมวดที่ 1

1. มีผู้รับผิดชอบงาน/ผู้ประสานงาน ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI Coordinator) เพื่อประสานการจัดบริการ การส่งต่อระหว่างจุดบริการ การติดตาม ผู้สัมผัสทุกแห่ง ชัดเจนแยกเป็นแผนก โดยผู้รับผิดชอบหลักจะเป็นผู้รับผิดชอบงานด้าน คลินิก ARV ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีการเชื่อมโยงข้อมูลโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว มีผู้รับผิดชอบงานห้องคลอดและเวชกรรม ร่วมดำเนินการทำให้ข้อมูลการรักษา ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสมีความเชื่อมโยงกัน

2. แนวปฏิบัติการปฏิบัติในการดำเนินงานสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ายังมีการดำเนินงานเชิงรุกไม่ครบถ้วน

3. ไม่มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะ แต่มีการช่องทางให้เอื้อต่อผู้รับบริการ เช่น การเข้าติดตามการรักษาคลินิก ARV คลินิกยาเสพติด เป็นต้น

หมวดที่ 2

1. ระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น มีการตรวจสิ่งส่งตรวจเฉพาะ เพื่อการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ในกรณีโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีการเก็บสิ่งส่งตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอก ทำให้การรายงานผลใช้เวลามากกว่า 1 วัน

2. ระบบสนับสนุนการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมียาสำหรับใช้รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครบถ้วน

หมวดที่ 3

1. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID -19) 2-3 ปีที่ผ่านมา ทำให้การดำเนินงานเชิงรุกไม่สามารถทำได้ อีกทั้งกิจกรรมการสำรวจแหล่ง ปัจจุบันสถานบริการทางเพศได้มีการปรับเปลี่ยนตามยุคสมัย เป็นการให้บริการแฝง รวมไปถึงการให้บริการทางเพศผ่านระบบออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อสำรวจได้จริง รวมไปถึงกิจกรรมการค้นหาผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส เอชไอวี ทุก 3 - 6 เดือน ไม่สามารถดำเนินการได้
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงไม่ครบถ้วนทุกราย
3. การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัย ยังพบว่ายังไม่ถ้วน เช่น ได้รับการเก็บส่งตรวจเพื่อค้นหาการติดเชื้อโรคหนองในและโรคหนองในเทียม โดยวิธีย้อมสีแกรม และ ในเพศหญิงได้รับการเก็บส่งตรวจเพื่อหาภาวะติดเชื้อพยาธิช่องคลอดโดยวิธี wet smear หรือ Pap smear เป็นต้น
4. กิจกรรมการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้ครบถ้วน
5. การติดตามผู้สัมผัสในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่ครบถ้วน
6. การดำเนินการดูแลรักษาโรคซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก สามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานการฝากครรภ์ เช่น มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส และ ไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ กรณีพบผลเลือดผิดปกติ มีการติดตามต่อเนื่อง มารักษา และติดตามผลเลือดเมื่ออายุครรภ์ 28-32 week ทั้งนี้พิจารณาติดตามเร็วขึ้นตามระยะเวลาการรักษาครั้งแรก และการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาที่รักษาไม่ครบก่อนคลอด ในโรงพยาบาลขนาดเล็กมีการส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และติดตามทารกจนครบ 2 ปี ตามแนวทาง
7. มีการรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแม่สู่ลูก ยังไม่ครบทุกโรงพยาบาล

หมวดที่ 4

1. การจัดทำข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน 506 ข้อมูลสารสนเทศ การปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง นำเสนอให้แก่ผู้บริหาร แต่ยังขาดการวิเคราะห์เพื่อนำมาใช้ประโยชน์
2. ความครบถ้วนของการรายงาน 506 พบว่าทะเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของเขตสุขภาพ เมื่อเทียบกับทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล ไม่เท่ากัน โดยพบว่าผู้ป่วยของโรงพยาบาลยังไม่ได้เข้ารายงานในระบบ 506
3. การประเมินความถูกต้องของการรายงาน พบว่ามีการลงรหัสผิดในระบบ เช่น การลงรหัสโรคในสถานะการติดตามการรักษา ทำให้เกิดรายงานซ้ำเกินความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

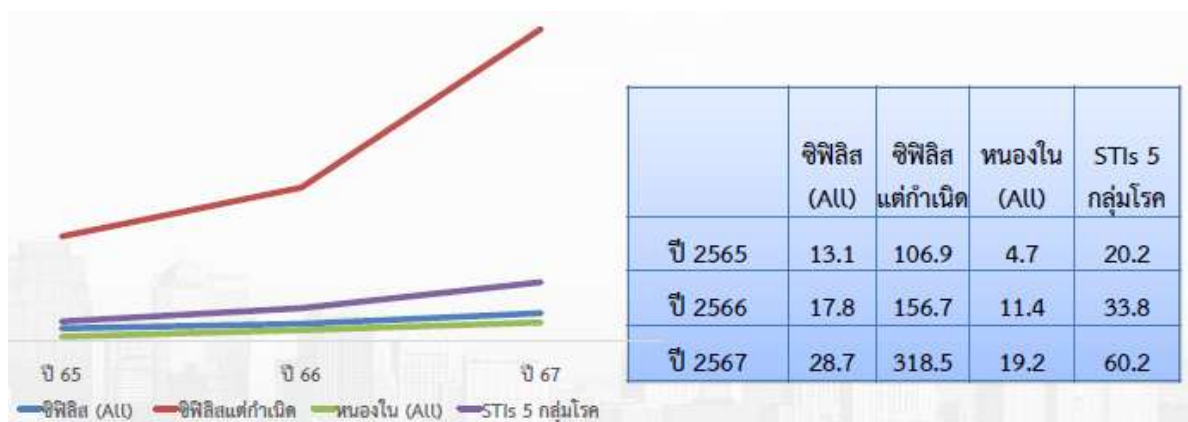
1. จัดทำแนวปฏิบัติในการดำเนินงานสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ครอบคลุมทุกประเด็น
2. ปรับเปลี่ยนรูปแบบการสำรวจแหล่ง เช่น สำรวจให้สถานที่เสี่ยง หรือ สถานที่ที่มีการรวมตัวของประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น อาบอบนวด โรงแรม รวมไปถึงการให้สุศึกษากลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษา

3. เพิ่มการชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำ flow chart ขั้นตอนการชักประวัติ การเก็บสิ่งส่งตรวจ ยาและขนาดที่ใช้การรักษาให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้อง เห็นได้ชัดเจน เข้าถึงง่าย
4. ควรมีการติดตามผู้สัมผัสในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. ควรมีการรายงานสอบสวนโรคซิฟิลิสแม่สู่ลูก
6. การจัดทำข้อมูลควรนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มาใช้ประโยชน์ โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน 506 ข้อมูลสารสนเทศการปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง นำเสนอให้ผู้บริหารรับทราบ
4. ทบทวนนิยามและรหัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระบบรายงาน 506 และอัปเดตข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

7. อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข โดยพบการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยจากระบบการรายงานการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ประกอบด้วย โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วง/กามโรคต่อมน้ำเหลือง ซึ่งกลุ่ม 5 โรคหลักดังกล่าว สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้

7.1 จากข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ของระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 (National Disease Surveillance (Report 506) ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 รวมทั้งสิ้น 8 จังหวัด มีการรายงานอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในปี 2566 ตามแผนภูมิที่ 7



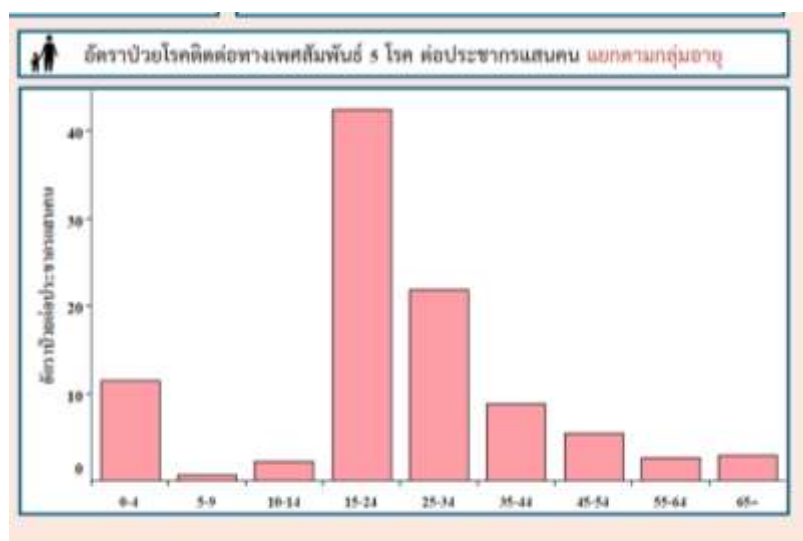
แผนภูมิที่ 7 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2565-2567

ที่มา : HIV INFO HUB เมื่อวันที่ 7 พ.ค. 68



แผนภูมิที่ 8 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2566

เมื่อจำแนกตามกลุ่มช่วงอายุในอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก จะพบในกลุ่มอายุ 15 -24 ปี สูงที่สุดกว่ากลุ่มอายุอื่น เนื่องจากในวัยกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยมากที่สุด



แผนภูมิที่ 9 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคจำแนกตามกลุ่มอายุ เขตสุขภาพที่ 5

8. การพบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มากกว่าปกติ

โดยสรุป อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก มีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยโรคที่พบป่วยสูง ได้แก่ โรคหนองใน โรคซิฟิลิส เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และป่วยด้วยโรคหนองในสูงที่สุด รองลงมาโรคซิฟิลิส หนองในเทียม เมื่อวิเคราะห์ตามธรรมชาติของการเกิดโรค โรคหนองในเมื่อมีอาการจะสังเกตได้ง่าย อาการชัดเจน ระยะฟักตัวเร็ว จะติดต่อยากิน เดาอาการได้ง่าย

ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้ถ้าซื้อยารักษาเองอาจไม่หายมีอาการมากขึ้น ต้องมาโรงพยาบาล และตามคำนิยามของระบบวิทยารายงานโรคหนองใน ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการสงสัยและผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาชั้น ม. 2 ม. 5 และปวช. 2 ทั้งชายและหญิง ของสำนักกระบวนวิทยาพบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุ 15 ปี ส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟนหรือคนรัก สื่อให้เห็นว่ามีคู่นอนหลายคน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประเภทต่างๆในภาพรวมนักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานหญิงบริการสูงที่สุด และนักเรียนทุกกลุ่มใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักต่ำที่สุด ถ้าเปรียบเทียบการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับการใช้ครั้งล่าสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักพบว่าการใช้ถุงยางกับแฟนหรือคู่อีกทุกครั้งต่ำมาก

นอกจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงแล้วการเฝ้าระวังพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพของนักเรียนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2561 พบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มักไปโรงพยาบาลของรัฐและส่วนหนึ่งปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้โดยไม่รักษาโดยเฉพาะในนักเรียนหญิงและพบว่านักเรียนหญิงซื้อยากินเองมากกว่านักเรียนชาย ในขณะที่สถานบริการสาธารณสุขให้บริการตรวจรักษาได้ตามมาตรฐานยังน้อยอยู่ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและกลุ่มเยาวชน มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยต่ำโดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาชั้น ปวช.2 การป้องกันโดยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย กรมควบคุมโรค ให้การสนับสนุนถุงยางอนามัยแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยส่วนใหญ่กระจายผ่านทางหน่วยงานบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสนับสนุนถุงยางอนามัย ได้แก่ ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและไม่เปิดเผยสถานะ พนักงานบริการทางเพศ สถานบริการทางเพศ วัยรุ่น/เยาวชน ผู้มารับบริการตรวจรักษา และชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย

สรุปผลการวิเคราะห์

สถานการณ์และแนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ประเทศไทยเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อเนื่องในช่วงปี 2563–2567 โดยเฉพาะโรค ซิฟิลิส ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นกว่า 8 เท่าเมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อน โดยพบสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15–24 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด โดยเพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่าเมื่อเทียบกับอดีต โดยอัตราป่วยรวมของ 5 โรคหลัก (หนองใน, หนองในเทียม, ซิฟิลิส, แผลริมอ่อน และกามโรคอื่นๆ) อยู่ในระดับสูงและเพิ่มต่อเนื่อง แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังคงดำเนินอยู่

ข้อมูลเชิงพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงเขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราป่วย STIs 53.4 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ พบว่าจังหวัดสมุทรสาครพบอัตราป่วยซิฟิลิสสูงที่สุด 51.3 ต่อแสนประชากร และ มีอัตราป่วยรวมของ STIs 97.2 ต่อแสนประชากร อีกทั้งผู้ให้บริการทางเพศและสถานบริการบางประเภท เช่น คาราโอเกะ สปา/นวดแผนโบราณ เป็นแหล่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อ

ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม ที่สำคัญมีส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้น มีปัจจัยดังนี้ การไม่ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก การมีคู่นอนหลายคน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและนักเรียนระดับมัธยม/อาชีวะ การดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพิ่มโอกาสในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ต่ำลง (ประมาณ 16–17 ปี) ผู้ชายมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าผู้หญิง เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่อื่นหลายคน (แฟน, พนักงานบริการ, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย)

การเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบบริการ พบว่าการตรวจคัดกรองโรคยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก เช่น เยาวชน พนักงานบริการ และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การชักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การติดตามผู้สัมผัสยังไม่ทั่วถึง ระบบรายงานโรค (รายงาน 506) ยังไม่ครบถ้วนและไม่สอดคล้องกับข้อมูลจริง พบการลงรหัสโรคผิด และมีปัญหาความไม่ตรงกันระหว่างข้อมูลจากเขตสุขภาพกับโรงพยาบาล โดยถึงแม้หน่วยบริการจะมีการรักษา STIs ครบถ้วน และมีมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย แต่การดำเนินงานเชิงรุกยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะช่วงโควิด-19 ที่ทำให้ไม่สามารถสำรวจพื้นที่หรือค้นหากลุ่มเสี่ยงได้เต็มที่

สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปัจจุบัน เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์แต่ ไม่ได้ติดตามผลตรวจเลือด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้เชื้อซิฟิลิสถ่ายทอดไปสู่ทารก และพบผู้ป่วยในเด็กแรกเกิดถึงอายุ 2 ปีเพิ่มขึ้นผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย STIs และซิฟิลิสโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น เป็นตัวบ่งชี้ถึงแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เนื่องจากการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มความเสี่ยงติด HIV ได้สูงกว่า 5–9 เท่า ปัญหาเหล่านี้สร้างภาระต่อระบบสาธารณสุข ทั้งด้านค่าใช้จ่าย การรักษา และความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในระยะยาว หากไม่มีมาตรการเข้มแข็ง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรในวัยแรงงานและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ด้านการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยง ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ขยายช่องทางการเข้าถึงถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นฟรี เช่น ในโรงเรียน มหาวิทยาลัย แหล่งชุมชน และพื้นที่สาธารณะจัดโครงการ “ถุงยางคู่ชีวิต” เพื่อสร้างค่านิยมการใช้ถุงยางกับคูรัก ไม่ใช่เฉพาะการใช้กับพนักงานบริการจัดกิจกรรมป้องกันเชิงรุกในกลุ่มเยาวชนและนักศึกษา เน้นเพศศึกษาเชิงบวกที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง สนับสนุนโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (peer-to-peer education) ในสถานศึกษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย โดยบูรณาการกับโครงการสุขภาพจิตและการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ด้านระบบบริการสุขภาพ พัฒนาคลินิกบริการที่เป็นมิตร (Youth/STI-friendly clinics) เพิ่มช่องทางให้วัยรุ่นและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการตรวจและรักษาโดยไม่ถูกตีตรา ให้บริการนอกเวลาราชการและผ่านระบบ telemedicine เพื่อลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ยกกระดับบริการฝากครรภ์และป้องกันซิฟิลิสแต่กำเนิด กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ต้องตรวจซิฟิลิสและ HIV อย่างน้อย 2 ครั้ง (ครั้งแรกเมื่อฝากครรภ์ และเข้า

ที่ 28–32 สัปดาห์) พัฒนาระบบติดตามผลตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์และคู่นอน เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับการรักษาครบถ้วนปรับกระบวนการรักษาและติดตามผู้สัมผัส จัดทำ flow chart มาตรฐาน ครอบคลุมการซักประวัติ การเก็บส่งตรวจ การใช้ยา และการติดตามคู่สัมผัส เพิ่มทีมสหสาขา (แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุข) เพื่อสนับสนุนงาน STI ในทุกโรงพยาบาล

3. ด้านการเฝ้าระวังและข้อมูลข่าวสาร พัฒนาระบบรายงานโรค (506) ให้ถูกต้องและทันสมัย ทบทวนนิยามโรคและปรับปรุงรหัสโรคให้เป็นมาตรฐานสากล ใช้ระบบเชื่อมโยงอัตโนมัติระหว่างโรงพยาบาล เขตสุขภาพ และกรมควบคุมโรค เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เฝ้าระวังเชิงพื้นที่และเชิงพฤติกรรม สำหรับสถานบริการทางเพศและกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศเป็นประจำทุกปี และขยายไปสู่ แพลตฟอร์มออนไลน์/แอปพลิเคชัน ที่มีการซื้อขายบริการทางเพศ จัดทำ “ฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชน” เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและใช้วางแผนป้องกัน

4. ด้านการสร้างการรับรู้และรณรงค์สาธารณะ จัดแคมเปญสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อออนไลน์ที่เยาวชนเข้าถึงง่าย เช่น TikTok, YouTube, Instagram เพื่อสร้างการรับรู้เรื่องการป้องกัน STIs และ HIV ผลิตเนื้อหาสื่อที่ “เข้าใจง่าย ไม่ตีตรา” และกระตุ้นให้ตรวจคัดกรองเป็นเรื่องปกติ บูรณาการเพศศึกษาเชิงบวกในสถานศึกษา สอดแทรกการเรียนรู้เรื่อง STIs, HIV, การใช้ถุงยางอนามัย และทักษะการปฏิเสธ (refusal skills) ในหลักสูตรสุขศึกษา ร่วมมือกับครูแนะแนวและชมรมเยาวชน เพื่อสร้างพื้นที่พูดคุยเรื่องเพศอย่างปลอดภัย

5. ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ บูรณาการ STI และ HIV ในแผนสุขภาพระดับชาติ กำหนดตัวชี้วัดร่วมในระดับเขตสุขภาพ เช่น อัตราการใช้ถุงยางอนามัย, อัตราการคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์, อัตราติดตามคู่สัมผัส จัดสรรงบประมาณเฉพาะด้าน STI สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานเชิงรุก เช่น การ outreach, mobile clinic และการตรวจคัดกรองในสถานศึกษาเสริมสร้างความร่วมมือข้ามภาคส่วน ทำงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ และองค์กรท้องถิ่น เพื่อบูรณาการการแก้ปัญหาเชิงพื้นที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและองค์กรเยาวชน

6. ด้านการวิจัยและนวัตกรรม สนับสนุนงานวิจัยด้านพฤติกรรมเพศและเทคโนโลยีป้องกันใหม่ ๆ เช่น การใช้ชุดตรวจ STIs ด้วยตนเอง (self-testing), การพัฒนายาต้านจุลชีพป้องกัน (PrEP/PEP for STIs) พัฒนานวัตกรรมการเฝ้าระวังดิจิทัล ใช้ Big Data และ AI วิเคราะห์แนวโน้มโรคจากพฤติกรรมออนไลน์ เพื่อคาดการณ์และเตือนภัยล่วงหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค. (2568). รายงานเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: สรุปสถานการณ์ไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
2. กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานสถานการณ์โรคซิฟิลิสในประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
3. แผนงานเร่งรัดป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2566 – 2570 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2561 – 2580) ระยะสร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ.2566 - 2570)
4. AIDS Surveillance System. (2566) สืบค้นจาก http://aidsboe.moph.go.th/aids_system/index.php?link=stis
5. วงเดือน สุวรรณศิริ, นันทนา น้ำฝน, และวรวรรณ ทิพย์วาริรมย์. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. Naresuan University Journal: Science and Technology 2008, 16 (2), 147-155.
6. วัชรภรณ์ บัตรเจริญ ปาหนัน พิษยภิญโญ และ อาภาพร เผ่าวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนไทย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น . Journal of Public Health 2012, 42 (1), 29-39.
7. รัชมี สังข์ทอง และ ดาริกา ไสงาม. เยาวชนไทยใครมีปัญหา ผลการศึกษาเรื่องเยาวชนกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและข้อเสนอแนะ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 17กุมภาพันธ์ 2564]. แหล่งข้อมูล <https://cads.in.th/cads/media/upload/15680220797.%20%E0%B9%80%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0>

การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ตามองค์ประกอบ 5 มิติ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

บุญยวีร์ กุลวงศ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จ.ราชบุรี

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นโรคที่ตรวจพบได้จากการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังเป็นเวลานาน โดยโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้ได้รับการวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นตา (จอตาเสื่อม) เกิดแผลเบาหวานที่เท้า จากการเสื่อมของระบบประสาทรับรู้สัมผัสและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจร้ายแรงถึงขั้นตัดเท้า ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดูแลและจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 14,341 คน ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลการตายปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 16,856 คน จากการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 3,640,410 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 8.12 เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 97,015 รายคิดเป็นร้อยละ 2.09 ข้อมูล HDC ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย (National health exam survey) ครั้งที่ 7 (ปี พ.ศ. 2567-2568) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่าความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีถึง 2.8 ล้านคน ที่สำคัญ ในจำนวนนี้ไม่รู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการรักษาว่า 1 ล้านคน จึงทำให้เกิดโครงการรณรงค์การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรไทย ซึ่งการคัดกรองนี้ถือเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของ สธ.

จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2567 รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 339,318 คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 8.20 อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน 6,801 คิดเป็นร้อยละ 1.62 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคเบาหวานสูงเกินค่าเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 9.59 จังหวัดสมุทรสาคร 9.46 จังหวัดสมุทรสงคราม 8.93 และจังหวัดราชบุรี 8.56 จังหวัดที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานสูงเกินค่าเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี คิดเป็นร้อยละ 2.37 จังหวัดสมุทรสงคราม คิดเป็นร้อยละ 2.15 จังหวัดราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 1.84 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ คิดเป็นร้อยละ 1.78 และจังหวัดเพชรบุรี คิดเป็นร้อยละ 1.73 ข้อมูล HDC ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2567

แนวทางการวิเคราะห์

การเฝ้าระวังโรคเบาหวานมีข้อมูลสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 มิติ คือ ด้านปัจจัยต้นเหตุหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants) ได้แก่ ลักษณะประชากร การเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การคัดกรองโรคในระยะแรกๆ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยง (Behaviors risk) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การรับประทานผักผลไม้ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) ได้แก่ ระบบการคัดกรองที่ครอบคลุม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการพัฒนาบุคลากร ด้านการป่วย/การเสียชีวิต (Morbidity/Mortality) ได้แก่ อัตราตาย ด้านเหตุการณ์ผิดปกติ (Event-based) ได้แก่ เหตุการณ์ระบาดของผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยง และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป่วย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ ในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานแยกตามองค์ประกอบ 5 มิติ

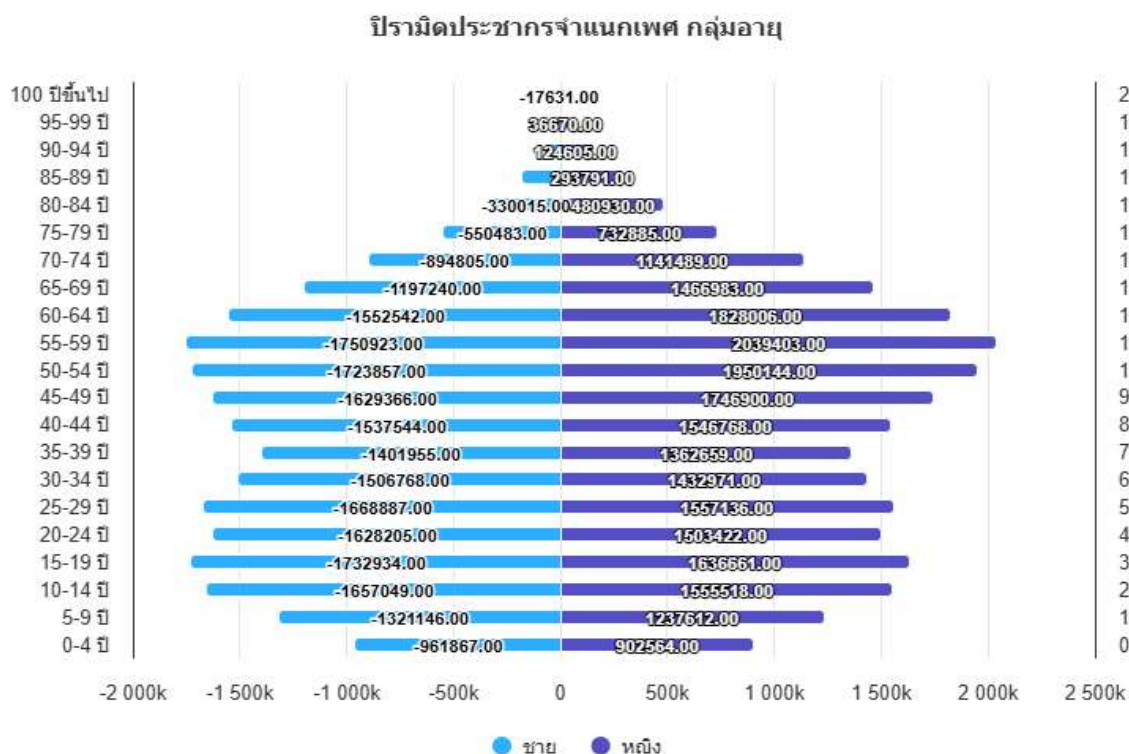
Risk		Prevention	Health outcome	
Determinants	Behaviors	Program response	Morbidity/ Mortality	Even base
1. ลักษณะประชากร เช่น โครงสร้างประชากร การเพิ่มประชากรสูงอายุ 2. การเพิ่ม และ/หรือการขยายตัว	4. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การรับประทานผักผลไม้ การสูบบุหรี่ และการดื่ม	7.นโยบาย มาตรการเชิงโครงสร้าง และการจัดการเพื่อลดพฤติกรรมสุขภาพระดับประชากรและกลุ่มเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมการออกกำลังกาย	10.อัตราป่วย 11.อัตราตาย	12.อุบัติการณ์

ของผลิตภัณฑ์ อุปโภค/บริโภค 3. การเข้าไม่ถึง ระบบบริการ สุขภาพเพื่อการ ป้องกันและ ควบคุมโรค เช่น การคัดกรองปัจจัย เสี่ยงและคัดกรอง โรคในระยะแรก และการดูแลรักษา ต่อเนื่อง	สุรา และการ บริโภคอาหารเกิน จำพวกอาหาร หวาน มัน เค็ม เกินค่ามาตรฐาน ต่อวัน) 5. ปัจจัยเสี่ยงทาง ชีวภาพ ความชุก ของภาวะน้ำหนัก เกิน/ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลใน เลือดสูง 6. พฤติกรรมการ ใช้บริการสุขภาพ เพื่อป้องกันและ ควบคุมโรค	8. การพัฒนาระบบการจัดบริการ สุขภาพในทุกระดับ สถานบริการมี คุณภาพและเป็นมาตรฐาน 9. การพัฒนาคุณภาพการดูแล รักษา ตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้ ครอบคลุมทุกระดับสถานบริการ เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแล/รักษา โรคอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ ลดความรุนแรง และ ภาวะแทรกซ้อนของโรค		
---	---	---	--	--

ผลการวิเคราะห์

มิติที่ 1 ปัจจัยต้นเหตุ Determinant

สาเหตุหลักของการเกิดโรคเบาหวาน ประกอบด้วยปัจจัยต้นเหตุที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีหลายปัจจัย เช่น ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ในเขตสุขภาพที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จากโครงสร้างจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2567 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1 พิธีมติประชากร ปี พ.ศ. 2567 ในเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดราชบุรี พบแนวโน้มผู้สูงอายุมากขึ้น และกลุ่มวัยทำงานเพิ่มมากขึ้น การมีความชุกภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น การเพิ่ม/การขยายผลิตภัณฑ์ อุปโภคบริโภค การขายอาหารสำเร็จรูป มีร้านค้าสะดวกซื้อเข้าถึงชุมชน การบริการอาหารส่งอาหารถึงที่พัก ทำให้การเข้าถึงการบริโภคอาหารสำเร็จรูปสะดวกมากขึ้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง



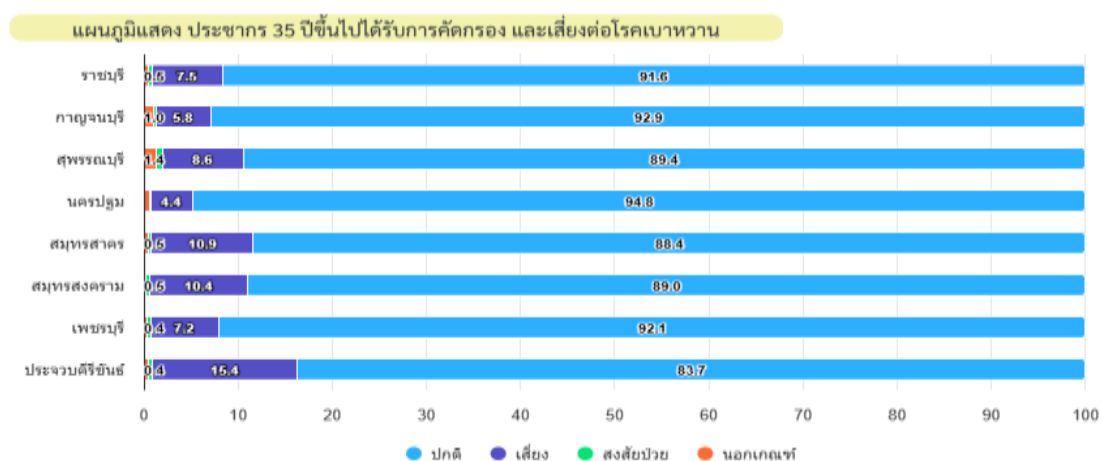
แผนภูมิที่ 1 พิรามิดประชากร ปี พ.ศ. 2567 ในเขตสุขภาพที่ 5

ที่มา : ฐานข้อมูล Health Data Center ณ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2567

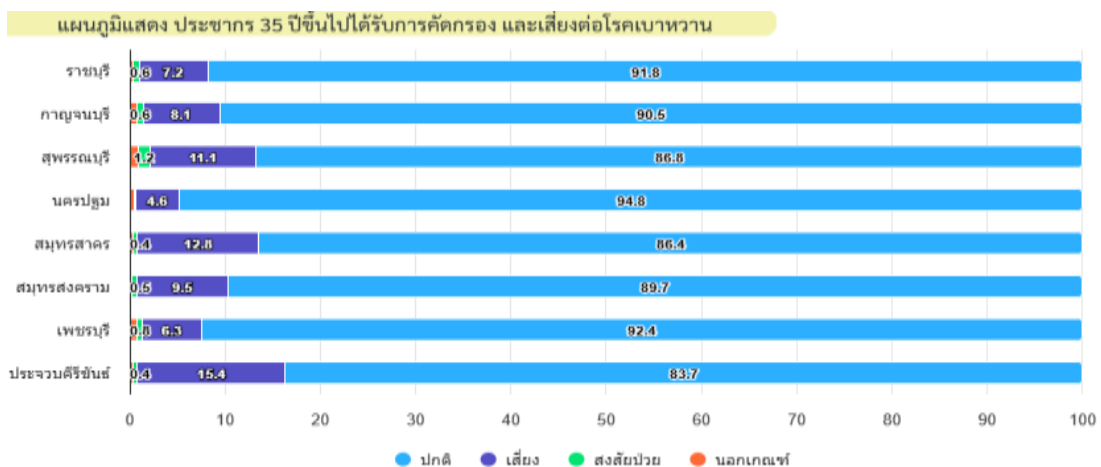
การคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี จากการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 ร้อยละ 78.87, 87.29, 90.19, และ 90.94 ตามลำดับ และลดลงในปี พ.ศ. 2564-2567 ร้อยละ 88.79, 86.80, 72.92 และ 61.67 ตามลำดับ การคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2567 พบกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 8.83 และสงสัยป่วย ร้อยละ 0.56 จังหวัดที่มีการคัดกรองมากที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 90.27 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ร้อยละ 83.44 และจังหวัดเพชรบุรี ร้อยละ 77.78 ตามลำดับ จังหวัดที่คัดกรองได้น้อยที่สุด คือ จังหวัดกาญจนบุรี 37.33 จังหวัด สุพรรณบุรี 51.39 และจังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 55.43 ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2 - 4 ที่แสดงดังต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ 2565



แผนภูมิที่ 3 ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ 2566

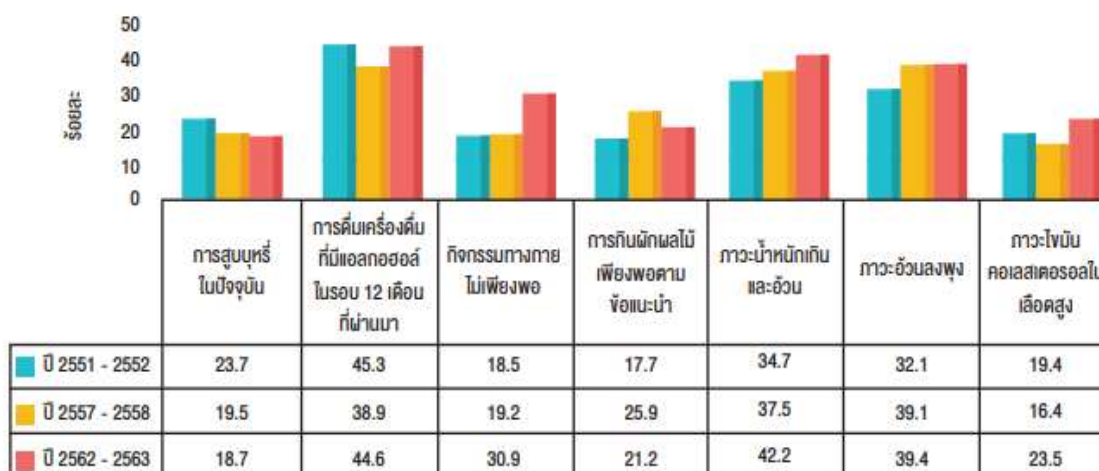


แผนภูมิที่ 4 ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ 2567

ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

มิติที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavioral)

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2551-2552, 2557-2558 และ 2562-2563 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงสถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การกินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา, การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ, ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($\text{BMI} \geq 25$ กก./ม²), ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (แผนภูมิที่ 5)



แผนภูมิที่ 5 ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES) ปี พ.ศ. 2551-2552, 2557-2558 และ 2562-2563

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 ระดับเขตสุขภาพ (1-12) (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) ผลการสำรวจ ได้รายงานค่าความชุกตัวชี้วัดสุขภาพสำหรับการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อที่แสดงสถานะสุขภาพ และแสดงถึงปริมาณ คุณภาพของมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ด้านพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงทางด้านภาวะ BMI เกิน ในประชากรอายุ 15-79 ปี พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ยังพบสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งปัญหานี้อาจก่อให้เกิดความรุนแรงของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นในอนาคต (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (เขตสุขภาพที่ 5)

สถานะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง	ความชุก (ร้อยละ)	
	เขตสุขภาพที่ 5	ระดับประเทศ
สถานะสุขภาพทั่วไป		
1. การประเมินสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพพอใช้ สุขภาพไม่ดีหรือไม่แข็งแรง	34.2	28.8
2. การประเมินตนเองว่าไม่มีความบกพร่องทางสุขภาพที่มีผลต่อการกิจประจำวันทั้ง 5 มิติ คือด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บปวด และความวิตกกังวล	89.7	81.2
พฤติกรรมเสี่ยง		
1. การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน	20.5	21.3
2. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	31.1	36.2
3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 30 วันที่ผ่านมา	28.2	30.7
4. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ heavy ภายใน 30 วันที่ผ่านมา (เพศชาย ดื่มเฉลี่ยมากกว่า 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน เพศหญิงดื่มเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน)	8.6	7.3
5. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ binge ภายใน 30 วันที่ผ่านมา (เพศชาย เคยดื่มครั้งละมากกว่า 5 แก้วมาตรฐาน เพศหญิงดื่มเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน)	12.3	13.6
6. การรับประทานผักหรือผลไม้เฉลี่ยน้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา	73.3	75.7
ปัจจัยเสี่ยง		
1. การมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ตั้งแต่ 25 กก./ม ²)	38.5	30.5
2. การมีภาวะอ้วน (BMI ตั้งแต่ 30 กก./ม ²)	13.4	7.5
3. การรับรู้ว่าคุณมีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ	25.3	21.9
โรคเรื้อรังสำคัญ		
1. ภาวะความดันโลหิตสูง	20.9	15.3
2. โรคเบาหวาน	9.1	8.3
3. โรคอัมพาต อัมพฤกษ์ หรือหลอดเลือดสมอง	0.7	0.7
4. โรคหัวใจขาดเลือด (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน)	1.5	0.8
5. โรคถุงลมโป่งพอง หรือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง	0.4	0.4
6. โรคโลหิตจาง โรคเลือดจาง	2.2	1.8

สถานะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยง	ความชุก (ร้อยละ)	
	เขตสุขภาพที่ 5	ระดับประเทศ
7. โรคไตวายเรื้อรัง	0.5	0.4
8. โรคซึมเศร้า	0.2	0.7
9. โรคกระดูกพรุน	0.2	0.7
10. โรคข้อเสื่อม หรือรูมาตอยด์	1.2	1.6

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 BRFSS 2015, กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูลจากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568) พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ในประชากรวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 5 มีค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

- ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 23$ ถึง < 25 กก./ม²) ค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 20.24 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยมากกว่าภาพรวมระดับเขต ได้แก่ จังหวัดนครปฐม (ร้อยละ 22.52 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด) จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 22.37) และจังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 22.34)

- ผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับ 1 ($BMI \geq 25$ ถึง < 30) เกินค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 18.51) คือ จังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 23.29) จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 23.11) จังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 21.34) และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ร้อยละ 19.64)

- ผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับ 2 ($BMI \geq 30$ ถึง < 35) เกินค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 5 (ร้อยละ 7.13) คือ จังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 9.46) จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 9.23) จังหวัดกาญจนบุรี (ร้อยละ 8.26) ประจวบคีรีขันธ์ (ร้อยละ 7.86) และจังหวัดสมุทรสาคร (ร้อยละ 7.15) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 ร้อยละของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 5
จำแนกรายจังหวัด

ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568

มิติที่ 3 การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)

นโยบาย มาตรการเชิงโครงสร้างและการจัดการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือส่งเสริมสุขภาพระดับประชากรและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การจำกัดการโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ในด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) การดำเนินงานในการจัดการโรคเบาหวาน เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่ และให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ของเขตสุขภาพที่ 5 ดำเนินการดังนี้

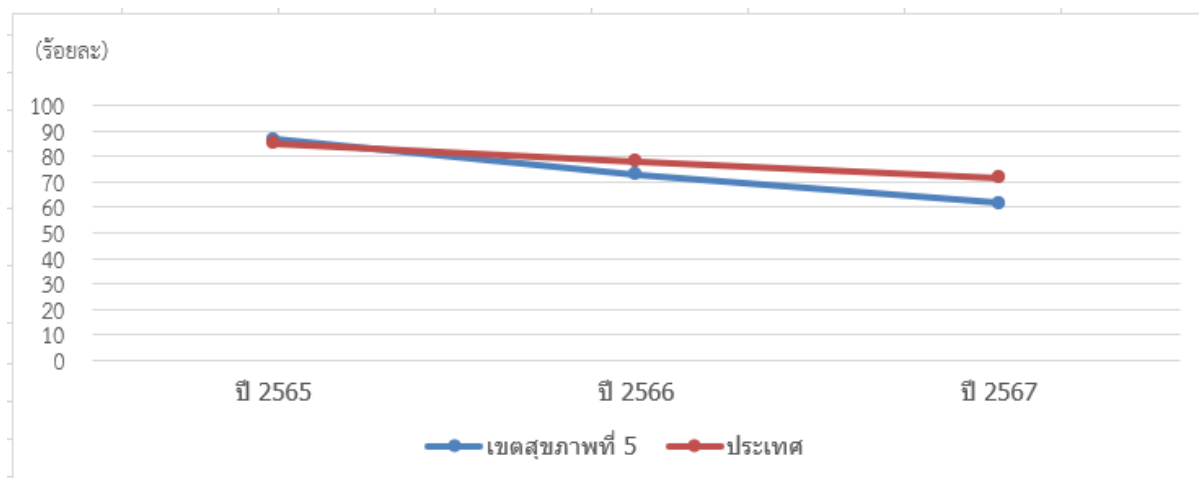
1. มีการติดตามข้อมูล คัดกรอง ตรวจติดตามการตรวจวินิจฉัยยืนยันสงสัยป่วย และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ผ่านระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 8 จังหวัดมีผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สามารถถ่ายทอดนโยบายงานโรคไม่ติดต่อ สามารถติดตามงานได้ต่อเนื่อง และสามารถทำให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย

2. พัฒนาศักยภาพ System Manager และ Case Manager โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและสามารถพัฒนางานเชิงระบบและคุณภาพงานบริการให้ได้มาตรฐาน

3. ประเมินคลินิก NCD คุณภาพและดำเนินการปิด GAP เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการในคลินิก NCD ให้ได้มาตรฐาน เขตสุขภาพที่ 5 ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทั้ง 68 โรงพยาบาล ใน 8 จังหวัด ซึ่งผ่านการประเมินทุกโรงพยาบาล ครบทั้ง 6 องค์ประกอบของการประเมินทั้งในส่วนของการจัดระบบ บริการ ในคลินิก NCD และเชื่อมโยงถึงการดำเนินงานในชุมชน

4. รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัยถึงปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยทั้ง 8 จังหวัดมีการดำเนินงานผ่าน DM Remission Clinic เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานคนไทยห่างไกล NCDs โดยมีการจัดรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานระยะสงบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

สำหรับการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น เป็นดำเนินการต่อเนื่องทุกปี จากการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 5 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2566 ร้อยละ 86.80, 72.92 ตามลำดับ และลดลง ในปี พ.ศ. 2567 ร้อยละ 61.67 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดพบว่ามีค่าไม่แตกต่างกันมากนัก (แผนภูมิที่ 7)



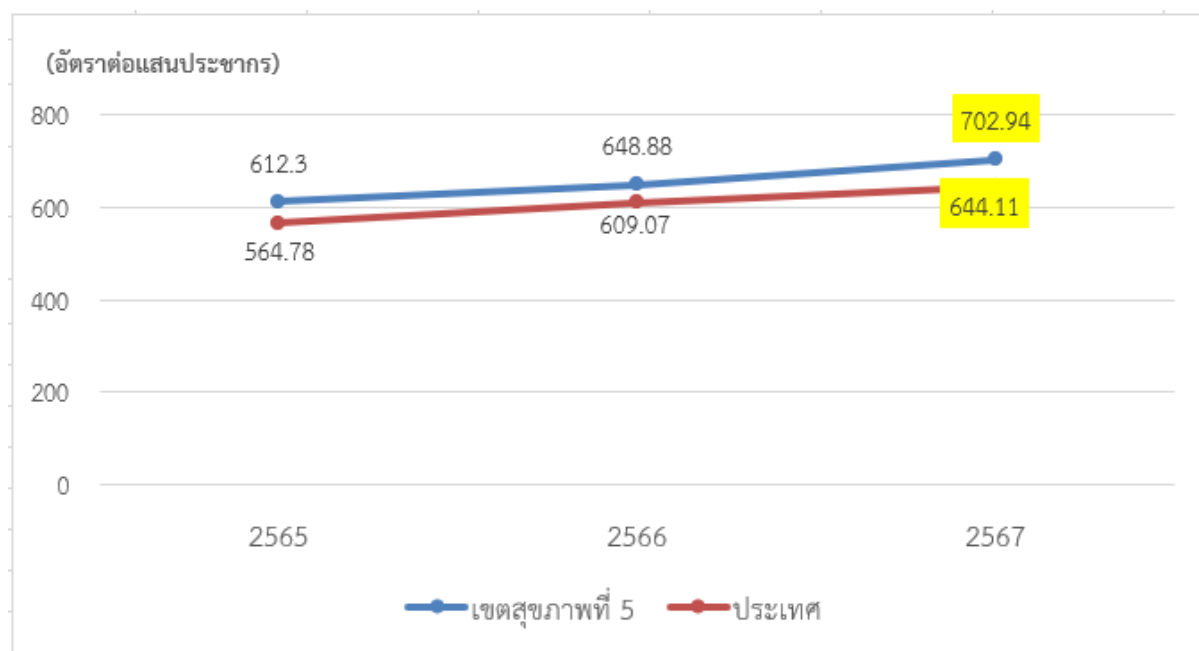
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2565 – 2567 เปรียบเทียบระดับประเทศ

ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568

การพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพมาตรฐานบริการ ได้มีการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 และพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปี 2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2567 มีการประเมินทั้งหมด 68 แห่ง (ร้อยละ 100) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีขึ้นไป 54 แห่ง (ร้อยละ 79.10) ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 14 แห่ง (ร้อยละ 20.9) เนื่องจากส่วนใหญ่ Nurse case manager ไม่ได้รับการอบรม นอกจากนี้ NCD clinic ส่วนใหญ่ไม่มี System manager ทำให้ดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2568 มีการประเมินทั้งหมด 68 แห่ง (ร้อยละ 100) ยังไม่สามารถสรุปผลคะแนนได้เนื่องจากเดือนที่จัดทำเอกสารอยู่ในช่วงระยะการประเมินรอบที่ 2 ยังไม่สรุปผลคะแนนการประเมิน

มิติที่ 4 การป่วย/เสียชีวิต (Morbidity/Mortality)

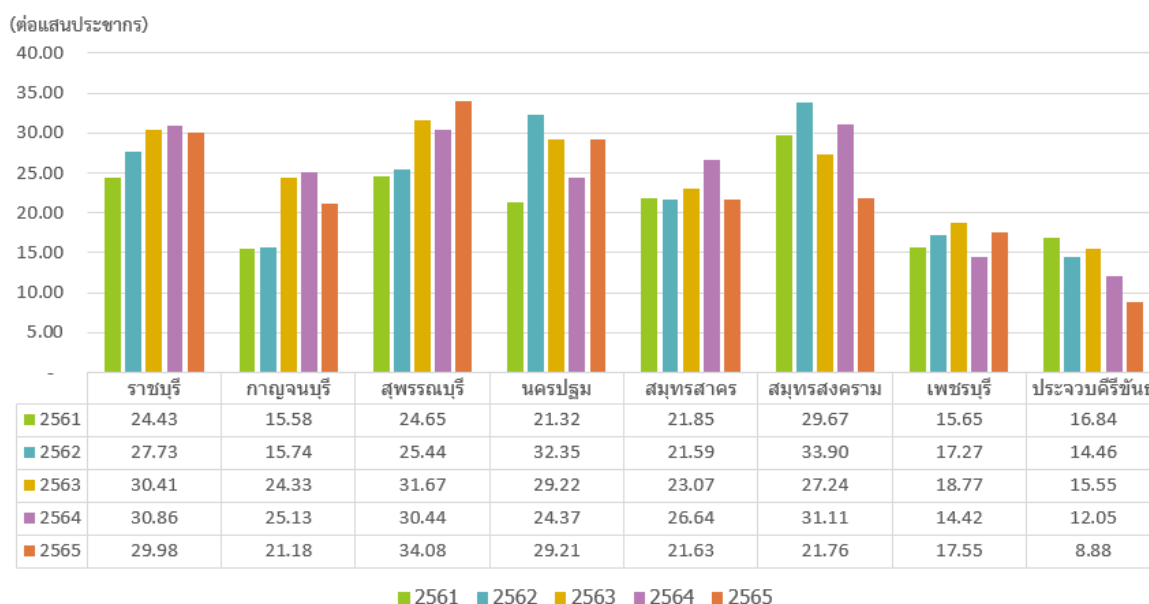
สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 339,318 คน อัตราป่วยร้อยละ 8.20 อัตราป่วยมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.56 (217,649คน) รองลงมา กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 11.76 (75,193 คน) และกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 5.41 (31,997คน) สำหรับระหว่างปี 2565 – 2566 มีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นในปี 2567 เขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 702.94 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (644.11 ต่อประชากรแสนคน) เปรียบเทียบกับปี 2566 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 648.88 ต่อประชากรแสนคน (แผนภูมิที่ 8)



แผนภูมิที่ 8 อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่โรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ระหว่างปีงบประมาณ 2565 – 2567 เปรียบเทียบระดับประเทศ

ที่มา : ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2568

ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 91,797 คน อัตราป่วยตายร้อยละ 2.28 อัตราป่วยตายมากที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.85 (77,983คน) รองลงมา กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 1.14 (9,837 คน) และกลุ่มอายุ 40-19 ปี ร้อยละ 1.00 (3,124 คน) จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง ปี 2561-2565 เขตสุขภาพที่ 5 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นและลดลงโดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 945 คน (ร้อยละ 17.56) ซึ่งสูงกว่าข้อมูลการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2565 ที่มีจำนวน 873 คน (ร้อยละ 16.18) และเมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่ามีแนวโน้มอัตราตายสูงขึ้นเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาข้อมูลปี 2565 พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราตายมากที่สุด 34.08 ต่อประชากรแสน รองลงมา คือ ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาครกาญจนบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ เท่ากับ 29.98, 29.21, 21.76, 21.63, 21.18, 17.55, และ 8.88 ต่อแสนประชากรตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิ (แผนภูมิที่ 9)



แผนภูมิที่ 9 อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2560-2565 เขตสุขภาพที่ 5
 จำแนกรายจังหวัด

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวง

มิติที่ 5 อุบัติการณ์ Event-Based

ไม่มี

สรุปผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคเบาหวานในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังตามองค์ประกอบ 5 มิติ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้วางแผนการป้องกันและควบคุมโรค วิธีศึกษา คือนำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรีมาวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบ 5 มิติ ผลการศึกษาพบว่า ความชุกผู้ป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มลดลง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านปัจจัยต้นเหตุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในวัยทำงาน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคเบาหวานที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน ส่วนหนึ่งเข้าถึงบริการคัดกรองโรคล่าช้า ทำให้พัฒนาเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้น ด้านข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง ประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยทางสรีระที่เป็นผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าดำเนินงานผ่าน

DM Remission Clinic เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานคนไทยห่างไกล NCDs โดยมีการจัดรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานระยะสงบ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง สามารถการคัดกรอง ตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรค และการเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้นแต่ยังมี NCD clinic Plus ส่วนหนึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จากปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและมาตรการที่ยังดำเนินการไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น การควบคุมระดับน้ำตาลได้ลดลง และอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เน้นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการ และการสร้างความตระหนักในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

2) ข้อเสนอแนะหน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5

2.1) ขับเคลื่อนมาตรการเพื่อป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ) โดยการเพิ่มช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุกในชุมชน

2.2) เพิ่มการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ให้ได้รับการวินิจฉัย และเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว

2.3) พัฒนาคุณภาพ NCD clinic รวมทั้งพัฒนาศักยภาพ Case manager และเพิ่มบุคลากร หรือผู้รับผิดชอบ System manager

2.4) เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยการสำรวจหรือวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 5 มิติ จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวโน้มโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2553.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูล สถิติการตาย/ ป่วย โรคไม่ติดต่อ[อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223>
4. วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey, NHES) ครั้งที่ 6 (ปี พ.ศ. 2562-2563). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. พีรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ[อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f>
6. สมาคมความโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. เข้าถึงได้จาก: https://drive.google.com/file/d/1OWot_is09slDaR1f8L-Af6DzlAvToA-h/view

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567 ตามองค์ประกอบ 5 มิติ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

นางสาวพรรณวรรณ ประชาพิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า การจมน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก ในแต่ละปีทั่วโลกมีคนจมน้ำเสียชีวิตปีละประมาณ 300,000 คน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยมากกว่าร้อยละ 50 เกิดขึ้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีสัดส่วนการเสียชีวิตจากการจมน้ำมากที่สุด (ร้อยละ 24 ของการเสียชีวิตจากการจมน้ำทั้งหมด) รองลงมา คือ เด็กอายุ 5 - 14 ปี (ร้อยละ 19) และเยาวชนอายุ 15 - 29 ปี (ร้อยละ 14)

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2557 – 2566) ประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ 36,500 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 6,703 คน ซึ่งการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของเด็กไทย ในทุกๆ วันจะสูญเสียคนไทยจากการจมน้ำถึงวันละ 10 คน โดยเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2 คน ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ 4,480 คน เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 523 คน เพศชายจมน้ำเสียชีวิตสูงมากกว่าเพศหญิง 4.9 เท่า เดือนตุลาคมพบคนจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด (516 คน) รองลงมา คือ กันยายน (439 คน) และสิงหาคม (433 คน) แหล่งน้ำที่พบการจมน้ำและเสียชีวิตมากที่สุด คือ แหล่งน้ำตามธรรมชาติ (ร้อยละ 68.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงที่สุด (อัตราการตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 8.9) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (2.1) ภาคกลาง (5.5) และภาคใต้ (4.4) ตามลำดับ โดย ๑๐ จังหวัดแรกที่มีอัตราการจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ สุรินทร์ (13.6) บุรีรัมย์ (13.4) นครสวรรค์ (13.3) สระแก้ว (12.4) นครนายก (11.6) ชัยภูมิ (11.0) ศรีสะเกษ (10.2) ปราจีนบุรี (10.1) สมุทรสงคราม (10.1) และพระนครศรีอยุธยา (4.4) และข้อมูลจากระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ในปี พ.ศ. 2566 พบเหตุการณ์การจมน้ำเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยสาเหตุเกิดจากการชวนกันไปเล่นน้ำมากที่สุด (ร้อยละ 64.4) ในจำนวนเหตุการณ์ที่เด็กชวนกันไปเล่นน้ำตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตพร้อมกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่ขาดทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำและไม่รู้วิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง และในช่วงปิดเทอมพบเด็กจมน้ำในสถานที่ท่องเที่ยวถึง 4 เหตุการณ์ และส่วนใหญ่ไม่มีการจัดการพื้นที่เล่นน้ำให้มีความปลอดภัย

ที่ผ่านมาองค์การป้องกันบาดเจ็บ ควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญในการป้องกันการจมน้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และได้มีการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัด (ปี 2567) โดยพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดเพชรบุรี พื้นที่เสี่ยงปานกลาง ได้แก่

จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ มีความครอบคลุม กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ 5 มิติ

แนวทางการวิเคราะห์

การเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ มีข้อมูลสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 มิติ คือ ด้านปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) ได้แก่ แหล่งน้ำเสี่ยง กิจกรรมก่อนเกิดเหตุการณ์ตกรน้ำ จมน้ำ ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors risk) ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ตกรน้ำ จมน้ำ พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ และการสวมเสื้อชูชีพ/เสื้อพยุงตัวขณะเกิดเหตุ ความสามารถในการว่ายน้ำ และทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ วิธีการช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) ได้แก่ จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำ จำนวนสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน/โรงเรียนที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้กับผู้ดูแลเด็กและประชาชน เด็กที่ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวนแหล่งน้ำเสี่ยงที่ได้รับการจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการป่วย/การเสียชีวิต (Morbidity/Mortality) ได้แก่ จำนวนและอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำด้านเหตุการณ์ผิดปกติ (Event-based) ได้แก่ รายงานการสอบสวนการจมน้ำ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ ในการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ แยกตามองค์ประกอบ 5 มิติ

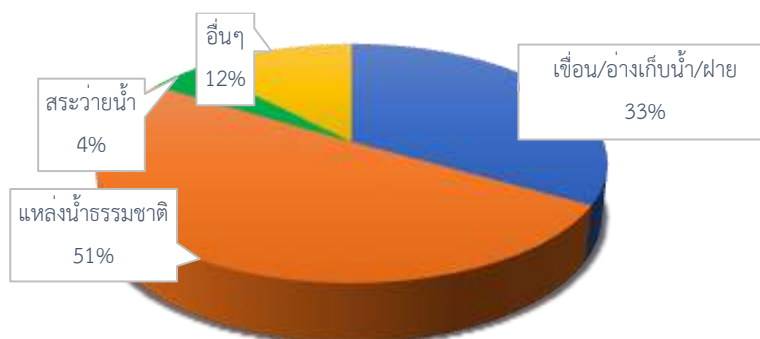
Determinants	Behaviors	Program response	Morbidity/ Mortality	Event - based
1. แหล่งน้ำเสี่ยง 2. กิจกรรมก่อนเกิดเหตุการณ์ตกรน้ำ จมน้ำ	3. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ตกรน้ำ จมน้ำ 4. พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ และการสวมเสื้อชูชีพ/เสื้อพยุงตัวขณะเกิดเหตุ 5. ความสามารถในการว่ายน้ำ และทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ 6. วิธีการช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	7. จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำ 8. จำนวนสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน/โรงเรียนมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้กับผู้ดูแลเด็กและประชาชน 9. เด็กที่ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด 10. จำนวนแหล่งน้ำเสี่ยงที่ได้รับการจัดการสิ่งแวดล้อม	11. จำนวนและอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำ	12. รายงานการสอบสวนการจมน้ำ

ผลการวิเคราะห์

มิติที่ 1 ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)

แหล่งน้ำเสี่ยง

จากระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ปี พ.ศ. 2563 – 2567 ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่า แหล่งน้ำที่เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำสูงที่สุด คือ แหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ 51) รองลงมา คือ เขื่อน/อ่างเก็บน้ำ/ฝาย (ร้อยละ 33) และอื่นๆ (ร้อยละ 12) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1

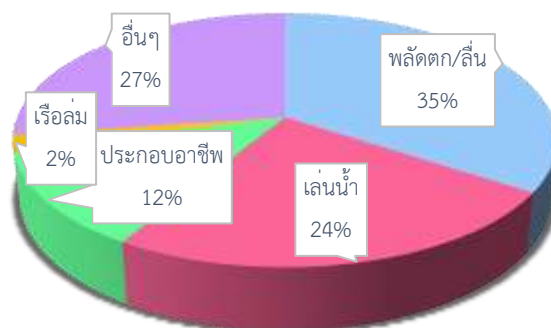


แผนภูมิที่ 1 ร้อยละเฉลี่ยการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ จำแนกตามแหล่งน้ำที่เกิดเหตุ
เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 - 2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

กิจกรรมก่อนเกิดเหตุการณ์ตกน้ำ จมน้ำ

จากข้อมูลระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า สาเหตุของการตกน้ำ จมน้ำ เกิดจากการพลัดตก/ลื่น ร้อยละ 35 รองลงมา คือ อื่นๆ ร้อยละ 27 และชวนกันไปเล่นน้ำ ร้อยละ 24 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2



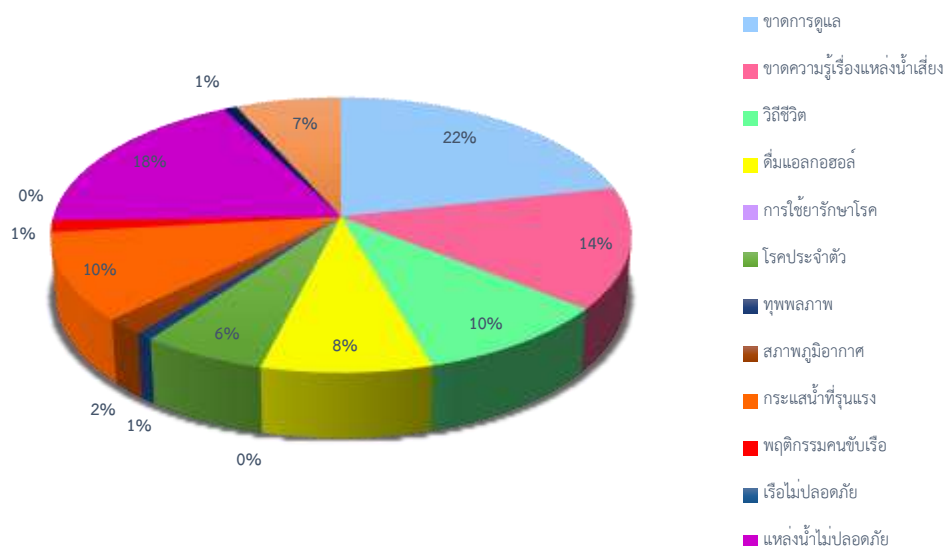
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละเฉลี่ยการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ จำแนกตามสาเหตุของการตกน้ำ จมน้ำ
เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 – 2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral Risk)

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ตกน้ำ จมน้ำ

จากข้อมูลระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ส่วนใหญ่เกิดจากขาดการดูแล ร้อยละ 22 (เช่น เผลอเผลอเพียงชั่วขณะ ปลดปล่อยเด็กไว้ตามลำพัง) รองลงมา คือ แหล่งน้ำไม่ปลอดภัย ร้อยละ 18 และ ขาดความรู้เรื่องแหล่งน้ำเสี่ยง ร้อยละ 14 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละเฉลี่ยการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ จำแนกตามพฤติกรรมเสี่ยง

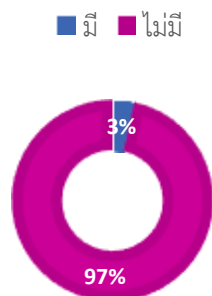
เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 - 2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

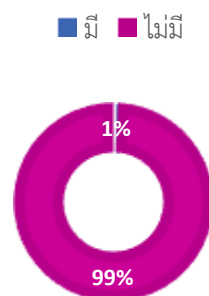
พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ และการสวมเสื้อชูชีพ/เสื้อพองตัวขณะเกิดเหตุ

จากข้อมูลระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า ผู้ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ร้อยละ 96.5 ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ และเกือบทั้งหมดไม่มีการสวมเสื้อชูชีพขณะลงเล่นน้ำ (ร้อยละ 99) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 4

การใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ



การสวมเสื้อชูชีพ/เสื้อพองตัว



แผนภูมิที่ 4 ร้อยละเฉลี่ยการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ จำแนกตามการใช้อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำ และการสวมเสื้อชูชีพ/เสื้อพองตัวขณะเกิดเหตุ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563-2567

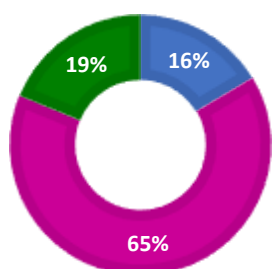
ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ความสามารถในการว่ายน้ำ และทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ

จากข้อมูลระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2563 – 2566 พบว่า ผู้ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ร้อยละ 65 ว่ายน้ำไม่เป็น และมีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ เพียงร้อยละ 4 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 5

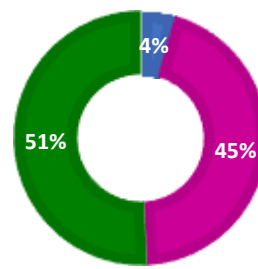
ความสามารถในการว่ายน้ำ

■ เป็น ■ ไม่เป็น ■ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ



ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ

■ มี ■ ไม่มี ■ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ



แผนภูมิที่ 5 ร้อยละเฉลี่ยการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ จำแนกตามความสามารถในการว่ายน้ำ และ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563-2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

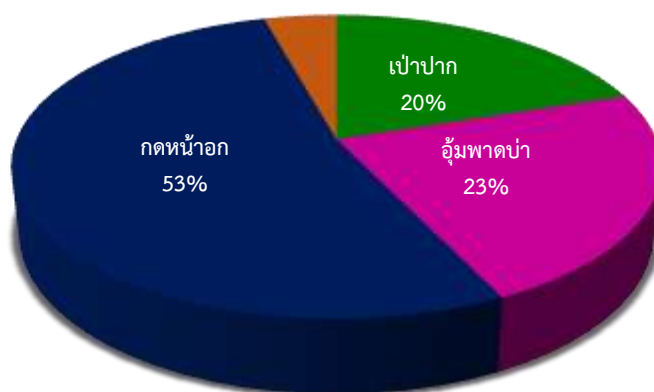
วิธีการช่วยเหลือและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

จากข้อมูลระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) ของกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2563 – 2567 พบว่า เมื่อพบเจอคนตกน้ำ จมน้ำ จะใช้วิธีการกระโดดลงไปช่วยมากที่สุด ร้อยละ 51 รองลงมา คือ ตะโกนเรียกคนมาช่วย และหาอุปกรณ์โยนให้จับ (ร้อยละ 42 และ 7 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 6 และเมื่อทำการช่วยเหลือแล้วจะปฐมพยาบาลโดยใช้วิธีการกดหน้าอกมากที่สุด ร้อยละ 53 รองลงมา คือ อุ้มพาดบ่า และเป่าปาก (ร้อยละ 23 และ 20 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 6 ร้อยละเฉลี่ยวิธีการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากการตกน้ำ จมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563-2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค



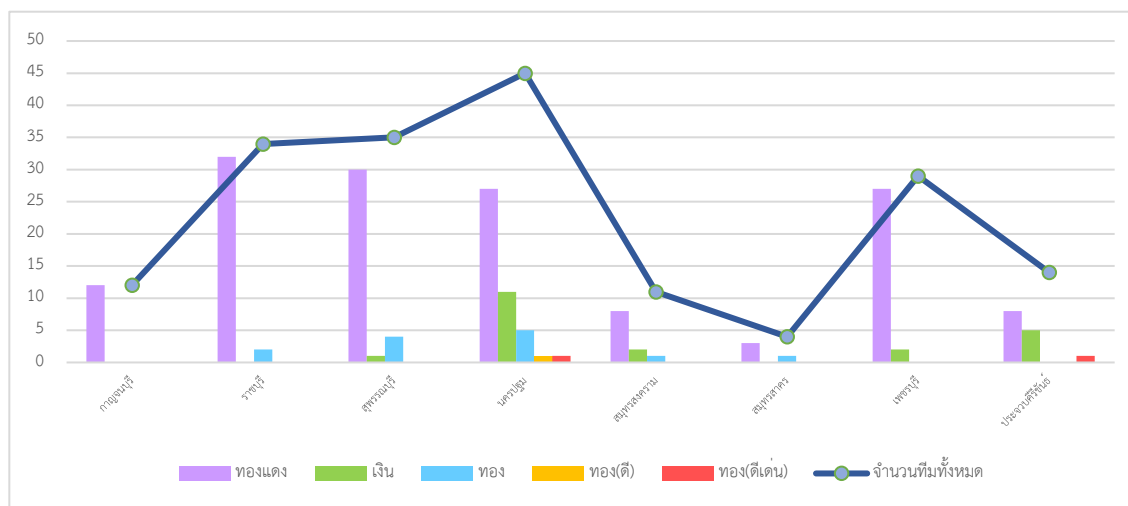
แผนภูมิที่ 7 ร้อยละเฉลี่ยวิธีการปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5

ปี พ.ศ. 2563 - 2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

มิติที่ 3 การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response)

การลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กไทยจำเป็นต้องมีการดำเนินงานในหลายมาตรการควบคู่กันไป โดยในปีงบประมาณ 2558 กรมควบคุมโรค ได้มีการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่สำคัญขึ้น คือ การสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่กระตุ้นให้พื้นที่เกิดการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำแบบสหสาขาอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในทุกมาตรการ รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยเกณฑ์การประเมินผู้ก่อการดี ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1.นโยบาย 2.การบริหารจัดการ 3.สถานการณ์และข้อมูล 4.การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง 5.การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล 6.การให้ความรู้ 7.การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด 8.การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) 9.การสื่อสารประชาสัมพันธ์ 10.การศึกษาวิจัย หรือติดตามประเมินผล ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2566 ได้มีการปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ไปเป็น MERIT MAKER Plus ภายใต้แนวคิด “พื้นที่ทำได้ ทีมทำต่อเนื่อง ยกระดับทีมทอง” โดยปรับเกณฑ์ตัวชี้วัดในบางองค์ประกอบ เปลี่ยนการวัดผลไปเน้นผลผลิตและผลลัพธ์ลดภาระของพื้นที่ในการเตรียมเอกสาร และเพิ่มผู้ก่อการดีในระดับเพชรขึ้นมา จากการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2559 - 2567 พบว่า มีทีมผู้ก่อการดี ทั้งหมด 184 ทีม แบ่งเป็น ระดับทองแดง จำนวน 147 ทีม ระดับเงิน จำนวน 21 ทีม ระดับทอง จำนวน 13 ทีม ระดับทอง (ดี) จำนวน 1 ทีม และระดับทอง (ดีเด่น) จำนวน 2 ทีม เมื่อนำทีมผู้ก่อการดี มาจำแนกตามจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า จังหวัดที่มีทีมผู้ก่อการดีมากที่สุด คือ จังหวัดนครปฐม (45 ทีม) รองลงมา คือ จังหวัดสุพรรณบุรี (35 ทีม) และจังหวัดราชบุรี (34 ทีม) โดยจังหวัดราชบุรี ผ่านการประเมินระดับทองแดงมากที่สุด จำนวน 32 ทีม จังหวัดนครปฐม ผ่านการประเมินรับรองระดับเงิน และระดับทองมากที่สุด จำนวน 11 ทีม และ 5 ทีม ตามลำดับ ในส่วนการประกวดระดับทอง (ดี) ในเขตสุขภาพที่ 5 มีจำนวน 1 ทีม คือ ทีมจากจังหวัดนครปฐม และระดับทอง (ดีเด่น) จำนวน 2 ทีม ได้แก่ ทีมจากจังหวัดนครปฐม 1 ทีม และทีมจากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1 ทีม รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 8



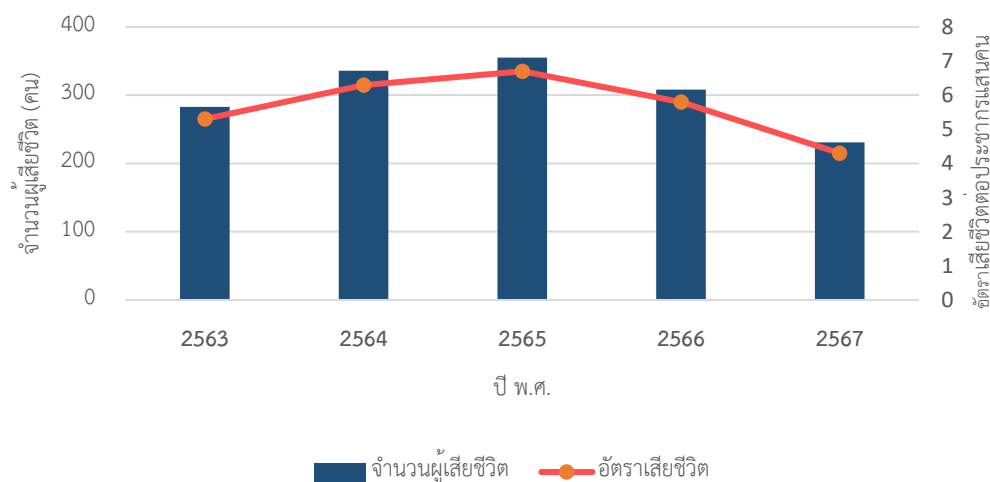
แผนภูมิที่ 8 จำนวนทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2567

จากการดำเนินงานของทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในเขตสุขภาพที่ 5 (ข้อมูล ปีงบประมาณ 2567) ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับพื้นที่ ดังนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการดำเนินการป้องกันเด็กจมน้ำ (การสอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง และมีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกศูนย์) จำนวน 27 แห่ง สถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน/โรงเรียน มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ จำนวน 125 แห่ง เด็กที่ได้เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จำนวน 2,016 คน คนในชุมชนหรือเด็กได้ฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลคนจมน้ำ จำนวน 3,932 คน และแหล่งน้ำเสี่ยงที่ได้รับการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย (ติดป้ายคำเตือน สร้างรั้ว มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำ) จำนวน 92 แห่ง

มิติที่ 4 การวิเคราะห์การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality)

จำนวนและอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 - 2567

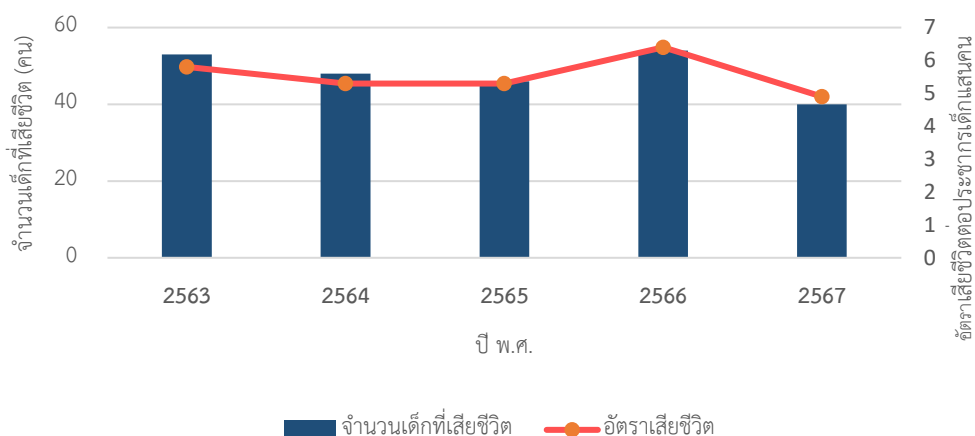
จากข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 - 2567 พบว่า ประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 เสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 1,513 คน หรือเฉลี่ยวันละ 1 คน อัตราเสียชีวิตอยู่ในช่วง 4.3-6.7 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลพบว่า อัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่กลับลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2566 - 2567 รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 9



แผนภูมิที่ 9 จำนวนและอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำต่อประชากรแสนคน ในทุกกลุ่มอายุ เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 - 2567

ที่มา : ข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อจำแนกเฉพาะกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีพบว่า ช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2563-2567) มีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 241 คน อัตราเสียชีวิตอยู่ในช่วง 4.9 - 6.4 ต่อประชากรแสนคน รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 10

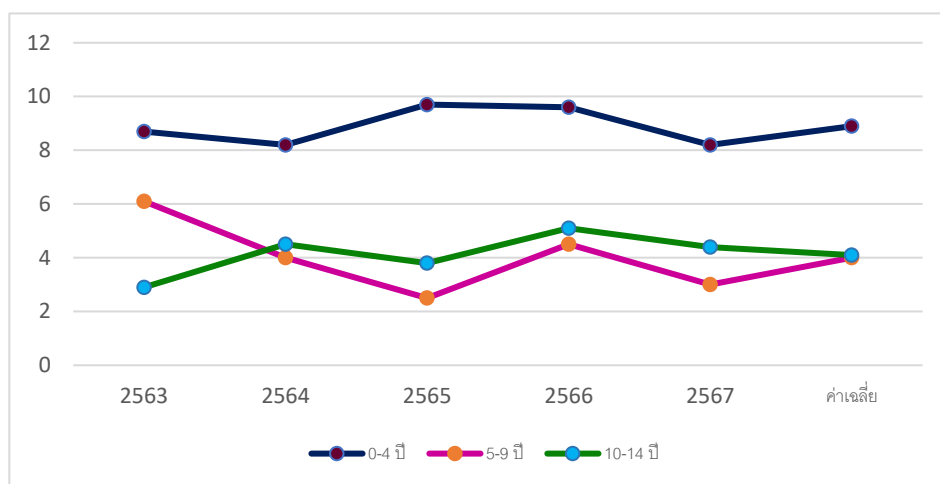


แผนภูมิที่ 10 จำนวนและอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำต่อประชากรเด็กแสนคน ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 – 2567

ที่มา : ข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำ จำแนกรายกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ค่าเฉลี่ย 5 ปี) พบกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราเสียชีวิตสูงที่สุด เท่ากับ 8.9 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 5-9 ปี เท่ากับ 4.1 และ 4.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 11



แผนภูมิที่ 11 อัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำต่อประชากรเด็กแสนคน จำแนกรายกลุ่มอายุ เขตสุขภาพที่ 5
ปี พ.ศ. 2563 – 2567

ที่มา : ข้อมูลรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำทุกกลุ่มอายุ จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำ ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า จังหวัดนครปฐม มีค่าเฉลี่ยผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำมากที่สุด (55 คน) แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำ พบว่าจังหวัดสมุทรสงครามมีอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำมากที่สุด (9.1 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครปฐม (6.6, 6.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำต่อประชากรแสนคน ทุกกลุ่มอายุ
จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563 – 2567

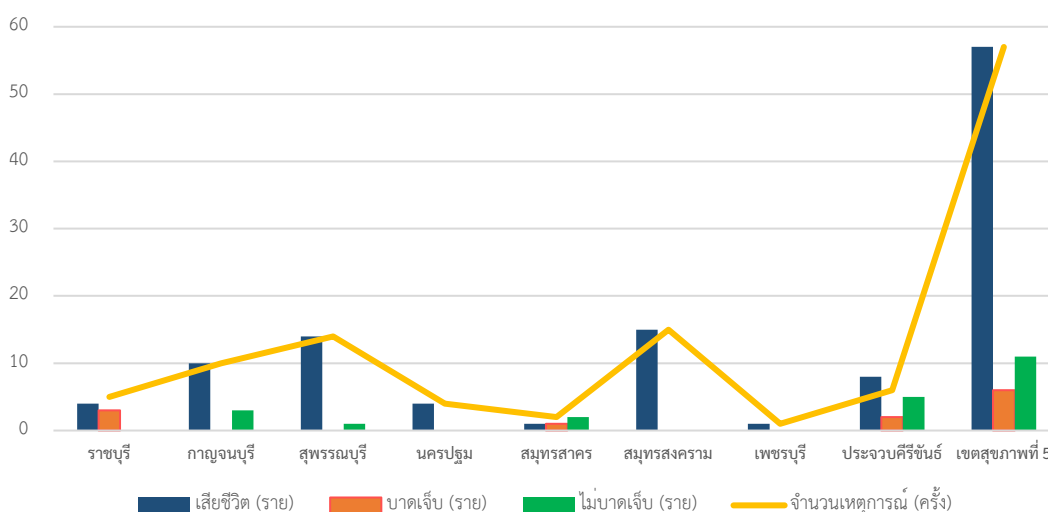
ปี พ.ศ. จังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิต (อัตราเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน)					ค่าเฉลี่ย
	2563	2564	2565	2566	2567	
ราชบุรี	37 (4.3)	37 (4.3)	38 (4.4)	43 (5.0)	30 (3.5)	37 (4.3)
กาญจนบุรี	52 (5.9)	61 (6.9)	62 (7.0)	49 (5.5)	50 (5.7)	55 (6.2)
สุพรรณบุรี	42 (5.0)	74 (8.8)	69 (8.2)	56 (6.7)	35 (4.2)	55 (6.6)
นครปฐม	64 (7.0)	63 (6.9)	67 (7.4)	54 (5.9)	45 (4.9)	59 (6.4)
สมุทรสาคร	25 (4.5)	25 (4.5)	30 (5.4)	36 (6.5)	22 (4.0)	28 (5.0)
สมุทรสงคราม	15 (7.9)	20 (10.5)	21 (11.0)	13 (6.8)	18 (9.4)	18 (9.1)
เพชรบุรี	24 (5.0)	35 (7.3)	24 (5.0)	30 (6.3)	19 (4.0)	26 (5.5)
ประจวบคีรีขันธ์	24 (4.4)	21 (3.9)	44 (8.1)	27 (5.0)	12 (2.2)	26 (4.7)

ที่มา : ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

มิติที่ 5 การวิเคราะห์เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based)

จากการเฝ้าระวัง และติดตามสถานการณ์การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการจมน้ำ เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2567 (วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2567) ผ่านระบบ Drowning Report พบการรายงานเหตุการณ์การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 56 ครั้ง โดยจากการรายงาน มีผู้เสียชีวิต จำนวน 57 รายบาดเจ็บ 6 ราย และไม่บาดเจ็บ

11 ราย เกิดเหตุในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดสมุทรสงครามมากที่สุด จำนวน 14 ครั้ง รองลงมา ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (10 และ 6 ครั้ง ตามลำดับ) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 12



แผนภูมิที่ 12 จำนวนการรายงานเหตุการณ์การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการจมน้ำผ่านระบบ Drowning Report ปี พ.ศ. 2567

ที่มา : ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ (Drowning Report) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

สรุปผลการวิเคราะห์

จากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจมน้ำ ตามองค์ประกอบ 5 มิติ พบว่า แหล่งน้ำที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ มากที่สุด คือ แหล่งน้ำธรรมชาติ สาเหตุของการตกน้ำ จมน้ำ ส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตก/ลื่น โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ คือ ขาดการดูแล ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต และส่วนใหญ่อะไรเกิดเหตุไม่มีการสวมเสื้อชูชีพ หรือเสื้อพยุงตัว โดยมาตรการที่ใช้ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี คือ การสร้างทีมเครือข่ายผู้ก่อการดี (Merit Maker) ซึ่งเป็นการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำแบบสหสาขาอย่างต่อเนื่อง โดยในเขตสุขภาพที่ 5 มีทีมผู้ก่อการดีทั้งหมด 184 ทีม จากการดำเนินงานของทีมผู้ก่อการดี ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับพื้นที่ ทำให้เด็กสามารถว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้ เด็กและประชาชนในพื้นที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ รวมถึงแหล่งน้ำเสี่ยงต่างๆในชุมชนได้รับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

การเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ การกำหนดมาตรการให้มีประสิทธิภาพต้องใช้หลายมาตรการควบคู่กันไป การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กส่วนใหญ่เกิดขึ้นในแหล่งน้ำธรรมชาติ ดังนั้น ในการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงควรมีหน่วยงาน หรือประชาชนในพื้นที่/ชุมชน หลากหลายภาคส่วน ร่วมมือกันจัดการบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงด้วยการติดป้ายคำเตือน การจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำที่หาได้ง่ายในชุมชน รวมถึงต้องฝึกเด็กให้มีทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และเห็นความสำคัญในการสวมเสื้อชูชีพทุกครั้งที่ทำกิจกรรมทางน้ำ ส่วนในกลุ่มเด็กเล็ก ความเสี่ยงที่พบบ่อย

คือ ภาชนะใส่น้ำภายในบ้าน และรอบๆบ้าน โดยเกิดจากการขาดความเอาใจใส่ของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ประกอบกับคิดว่าแหล่งน้ำนั้นไม่เป็นอันตราย มาตรการสำหรับเด็กกลุ่มนี้ คือ กำหนดพื้นที่เล่นให้มีความปลอดภัย ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการในหลายมาตรการที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไปในรูปแบบสหสาขา และการแบ่งปันทรัพยากรที่มีในพื้นที่ จนนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สร้างความตระหนักในการป้องกันการจมน้ำให้กับประชาชนในชุมชน
2. ผลักดันหลักสูตรการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ การเอาชีวิตรอดในน้ำ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการทำ CPR ในสถานศึกษาทุกระดับ
3. สร้างสภาพแวดล้อมแหล่งน้ำในชุมชนให้มีความปลอดภัย เช่น ติดตั้งป้ายเตือน สร้างรั้วกัน
4. ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการความปลอดภัยทางน้ำของชุมชน เช่น การบังคับสวมเสื้อชูชีพทุกครั้งที่ทำกิจกรรมทางน้ำ
5. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการจมน้ำของชุมชน เช่น จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครเพื่อคอยดูแลบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยงภายในชุมชน
6. ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กร และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข :ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท ฮีส์ จำกัด
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค :สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด
3. World Health Organization. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2568 สืบค้นจาก : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>
4. กองป้องกันการบาดเจ็บ (กรมควบคุมโรค).ข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำ (w65 - w74) ประเทศไทย ค่าเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2561 – 2565) จำแนกรายจังหวัด. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2568 สืบค้นจาก: https://www.ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=15356&deptcode=dip
5. กรมควบคุมโรค.ระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2568 สืบค้นจาก: <https://drowningreport.ddc.moph.go.th/satdrowning/#/>

**การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน (แรงงานในระบบ)
เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567 ตามองค์ประกอบ 5 มิติ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี**

นางสาวชุดิภาญจน์ หลงสวัสดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

บทนำ

โรคพิษตะกั่ว หมายถึง โรคอันเกิดจากการได้รับสารตะกั่ว หรือสารประกอบของตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย จนก่อให้เกิดอาการเป็นพิษขึ้น ภาวะพิษจากสารตะกั่วเป็นปัญหาที่สำคัญในทางสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังมีรายงานผู้ป่วยได้รับพิษจากสารตะกั่ว การสัมผัสสารตะกั่วทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาท ระบบเม็ดเลือด ระบบสืบพันธุ์ และระบบไต อีกทั้งองค์การวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้จัดตะกั่วเป็นสารในกลุ่มสารอาจก่อมะเร็งในมนุษย์ (Group IIB) ส่วนสารประกอบตะกั่วอนินทรีย์ จัดอยู่ในกลุ่มสารที่น่าจะก่อมะเร็งในมนุษย์ (Group IIA) การสัมผัสสารตะกั่วในผู้ประกอบอาชีพมักได้รับการสัมผัสจากการหายใจเป็นหลักและจากการกินเป็นรอง ไอตะกั่วและฝุ่นตะกั่วที่ละลายน้ำได้มักถูกดูดซึมผ่านทางเดินหายใจได้เกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 80) ในผู้ใหญ่ทั่วไปเมื่อได้รับตะกั่วผ่านทาง การกิน ร้อยละ 10 – 15 ของตะกั่วจะถูกดูดซึมผ่านทางเดินอาหาร จากนั้นตะกั่วจะกระจายไปที่เนื้อเยื่อต่างๆ และมักไปสะสมที่กระดูก แต่การสะสมที่กระดูกนี้ไม่ใช่การสะสมที่ถาวร ตะกั่วเหล่านี้สามารถออกจากเนื้อเยื่อกระดูกกลับเข้าไปในกระแสเลือดได้

ปัจจุบันประเทศไทยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจทั้งภาคเกษตรกรรมและภาคอุตสาหกรรม โดยจากข้อมูลกรมโรงงานอุตสาหกรรม ณ สิ้นปี พ.ศ.2567 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนสถานประกอบกิจการ ทั้งหมด 73,710 แห่ง เป็นสถานประกอบกิจการที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 14,468 แห่ง พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาคือนครปฐม และราชบุรี ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามแหล่งกำเนิดและลักษณะของผู้ประกอบอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสตะกั่ว เช่น การทำเหมืองแร่ การทำแบตเตอรี่ งานเชื่อมโลหะ/ตัดโลหะ งานขัดผิวโลหะ งานทาสีหรือพ่นสี งานทำเหล็กกล้า อุตสาหกรรมผลิตเซมิคอนดักเตอร์/อิเล็กทรอนิกส์/คอมพิวเตอร์ อุตสาหกรรมผลิตและบรรจุสารกำจัดศัตรูพืช อุตสาหกรรมเซรามิก อุตสาหกรรมเครื่องประดับโลหะ อยู่ซ่อมรถยนต์/เรือ อุตสาหกรรมสี อุตสาหกรรมผลิตท่อ/แผ่นโลหะ/ชุบโลหะ อุตสาหกรรมการพิมพ์/หล่อตัวพิมพ์ อุตสาหกรรมผลิตกระสุนปืน เป็นต้น พบสถานประกอบการเกี่ยวกับตะกั่ว จำนวน 1,361 แห่ง (ร้อยละ 44.0) และจากข้อมูลการเฝ้าระวังอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ปี 2563 – 2567 พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง และไม่พบอัตราป่วยในปี 2563 และ 2566

จากสถานการณ์ดังกล่าว กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี เห็นความสำคัญในการเฝ้าระวังสุขภาพ มาตรการการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการแจ้งการรายงานกรณีพบผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ในกลุ่มวัยแรงงานหรือผู้ประกอบการอาชีพ จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ 5 มิติ เพื่อนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

แนวทางการวิเคราะห์

รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ของเขตสุขภาพที่ 5 จัดทำขึ้นเพื่อเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบการเฝ้าระวัง 5 มิติ ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) 2) การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) 3) การวิเคราะห์การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) 4) การวิเคราะห์การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality) 5) เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based) รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูล 5 มิติการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

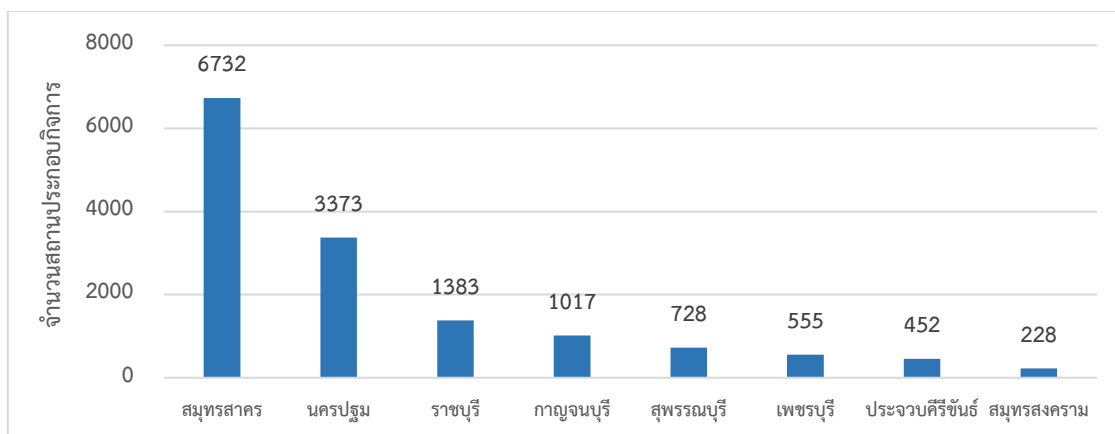
Risk		Prevention		Health outcome
Determinants	Behaviors	Key Measure	Morbidity/ Mortality	Event-based
1. ข้อมูลจำนวนสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5	3. พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	5. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ ตามแพ็กเกจจัดการโรค	6. ข้อมูลอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน	7. การรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน
2. ข้อมูลจำนวนคนงานในสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว	4. พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน	จากการประกอบอาชีพ		

ผลการวิเคราะห์

1. การวิเคราะห์ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

1.1 ข้อมูลสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

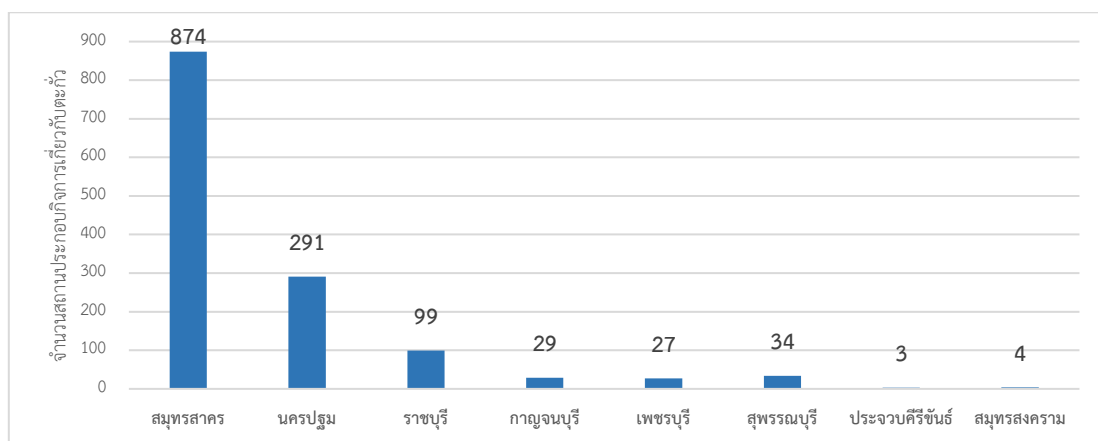
พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 14,468 แห่ง พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาคือ นครปฐม และราชบุรี ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนสถานประกอบกิจการในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม เข้าถึงได้ที่ <https://www.diw.go.th/webdiw/static-fac/> เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568

เขตสุขภาพที่ 5 พบจำนวนสถานประกอบกิจการสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร 6,732 แห่ง (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือนครปฐม 3,373 แห่ง (ร้อยละ 23.3) และราชบุรี 1,383 แห่ง (ร้อยละ 9.6) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาตามประเภทกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว พบจำนวนทั้งหมด 1,361 แห่ง (ร้อยละ 9.4) สูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาคือจังหวัดนครปฐม ราชบุรี ตามลำดับ จำแนกรหัสประเภทกิจการดังแผนภูมิที่ 2

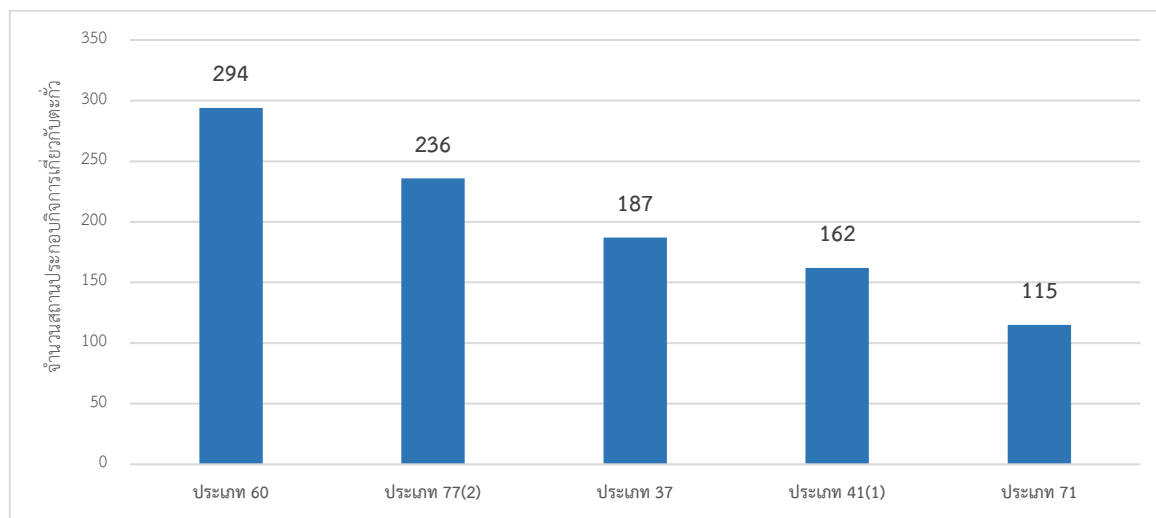


แผนภูมิที่ 2 จำนวนสถานประกอบกิจการเกี่ยวกับตะกั่ว จำแนกรายจังหวัด

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม เข้าถึงได้ที่ <https://www.diw.go.th/webdiw/static-fac/> เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568

เมื่อพิจารณาตามประเภทกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว พบสูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร 874 แห่ง (ร้อยละ 63.2) รองลงมาคือนครปฐม 291 แห่ง (ร้อยละ 18.9) และราชบุรี 99 แห่ง (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรหัสประเภทกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว^A พบสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ ประเภท 60 เกี่ยวกับการถลุง หลอม หล่อ รีด ดึง หรือผลิตเหล็ก หรือเหล็กกล้าในขั้นต้น รองลงมาเป็นประเภท 77 (2) เกี่ยวกับการทำชิ้นส่วนพิเศษหรืออุปกรณ์สำหรับรถยนต์หรือรถพ่วง ประเภท 37 เกี่ยวกับการทำเครื่องเรือนหรือเครื่อง

ตกแต่งภายในอาคารจากไม้ แก้ว ยาง หรือโลหะอื่น ซึ่งมีใช้จากพลาสติกอัดเข้ารูป ประเภท 41 (1) เกี่ยวกับการพิมพ์ การทำแผ่นเก็บเอกสาร การเย็บเล่ม ทำปก หรือตกแต่งสิ่งพิมพ์ และประเภท 71 เกี่ยวกับการผลิต ประกอบ ดัดแปลง หรือซ่อมแซมเครื่องจักรหรือผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้า ตามลำดับ ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 จำนวนสถานประกอบการกิจการเกี่ยวกับตะกั่ว จำแนกตามรหัสประเภทกิจการ

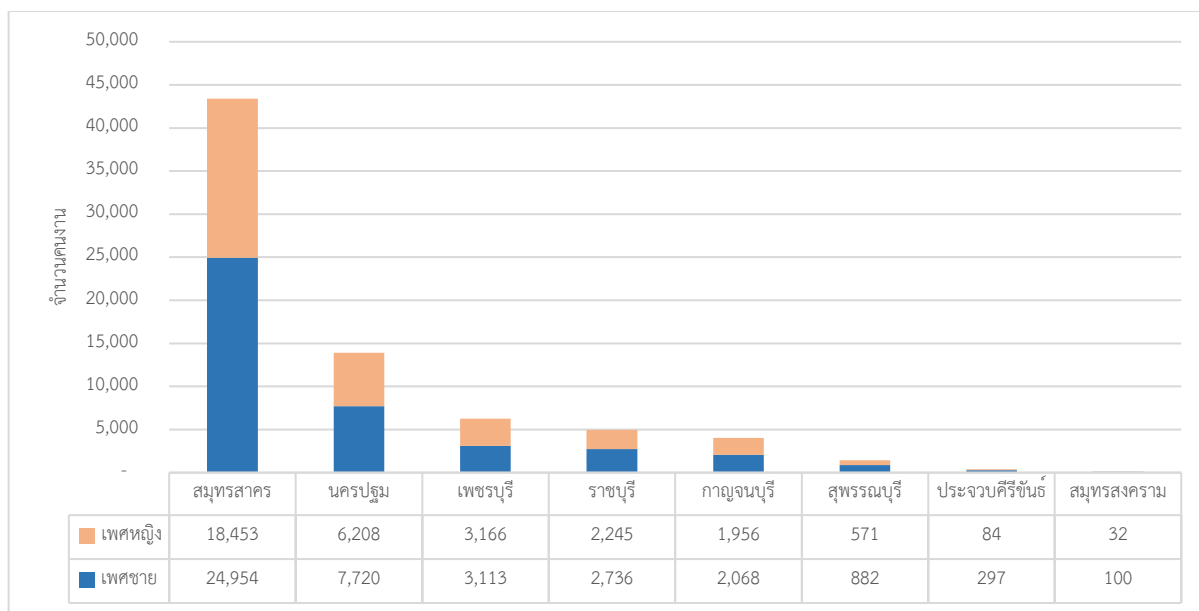
ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม เข้าถึงได้ที่ <https://www.div.go.th/webdiv/static-fac/> เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568

หมายเหตุ: ประเภทสถานประกอบการกิจการเกี่ยวกับตะกั่ว ได้แก่ 37 41(1) 41(2) 60 69 71 72 74(3) 74(5) 77(2) 78(2) 99 และ 100(5)

เมื่อพิจารณาตามรหัสประเภทกิจการที่เกี่ยวกับตะกั่ว พบสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ ประเภท 60 จำนวน 294 แห่ง (ร้อยละ 21.3) รองลงมาเป็นประเภท 77 (2) จำนวน 236 แห่ง (ร้อยละ 17.1) ประเภท 37 จำนวน 187 แห่ง (ร้อยละ 13.5) ประเภท 41 (1) จำนวน 162 แห่ง (ร้อยละ 11.7) และประเภท 71 จำนวน 115 แห่ง (ร้อยละ 8.3) ตามลำดับ

1.2 ข้อมูลจำนวนคนงานในสถานประกอบการที่เกี่ยวกับตะกั่ว

จากข้อมูลสถานประกอบการที่เกี่ยวกับตะกั่ว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 พบจำนวนคนงานที่มีโอกาสสัมผัสตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในสถานประกอบการทั้งหมด 74,585 คน สูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาคือนครปฐม เพชรบุรี ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบเพศชาย จำนวน 41,870 คน (ร้อยละ 56.1) และเพศหญิง จำนวน 32,715 คน (ร้อยละ 43.9) ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 จำนวนคนงานในสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม เข้าถึงได้ที่ <https://www.div.go.th/webdiv/static-fac/> เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568

จากข้อมูลสถานประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับตะกั่ว ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 พบจำนวนคนงานที่มีโอกาสสัมผัสตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในสถานประกอบกิจการ สูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 43,407 คน (ร้อยละ 58.2) รองลงมาคือนครปฐม จำนวน 13,928 คน (ร้อยละ 18.7) เพชรบุรี จำนวน 6,279 คน (ร้อยละ 8.4) ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

2.1 พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงาน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงานที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้สงสัยป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ของโรงงานผลิตกระสุนปืนแห่งหนึ่ง จ.ราชบุรี จำนวน 69 คน พบพนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ (1) หน้ากากป้องกันฝุ่น (2) กางเกงขายาว (3) รองเท้าบูท/ผ้าใบ (4) แว่นตา และ (5) เสื้อแขนยาว ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงาน

การใช้อุปกรณ์	ใช้ทุกครั้ง (คน)	ร้อยละ	ใช้บางครั้ง (คน)	ร้อยละ	ไม่เคยใช้ เลย (คน)	ร้อยละ
หมวกากป้องกันฝุ่น	48	69.57	13	18.84	8	11.59
แว่นตา	31	44.93	11	15.94	27	39.13
รองเท้านิรภัย	54	78.26	3	4.35	12	17.39
เสื้อแขนยาว	15	21.74	3	4.35	51	73.91
กางเกงขายาว	56	81.16	3	4.35	10	14.49

ที่มา: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2567

จากข้อมูลพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงาน พบสวมใส่หมวกากป้องกันฝุ่นทุกครั้ง จำนวน 48 คน (ร้อยละ 69.57) ใช้บางครั้ง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 18.84) ไม่เคยใช้เลย จำนวน 8 คน (ร้อยละ 11.59) สวมใส่แว่นตาทุกครั้ง จำนวน 31 คน (ร้อยละ 44.93) ใช้บางครั้ง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.94) ไม่เคยใช้เลย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 39.13) สวมใส่รองเท้านิรภัยทุกครั้ง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 78.26) ใช้บางครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.35) ไม่เคยใช้เลย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 17.39) สวมใส่เสื้อแขนยาวทุกครั้ง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 21.74) ใช้บางครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.35) ไม่เคยใช้เลย จำนวน 51 คน (ร้อยละ 73.91) และสวมใส่กางเกงขายาวทุกครั้ง จำนวน 56 คน (ร้อยละ 81.16) ใช้บางครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.35) ไม่เคยใช้เลย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 14.49)

2.2 พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้สงสัยป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ของโรงงานผลิตกระสุนปืนแห่งหนึ่ง จ.ราชบุรี จำนวน 69 คน พบพนักงานมีพฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ (1) ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร (2) อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงาน (3) เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงาน (4) เปลี่ยนรองเท้านิรภัยก่อนออกจากสถานที่ทำงาน และ (5) นำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้าน รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน

พฤติกรรม/สุขลักษณะ	ทุกครั้ง/ ประจำ (คน)	ร้อยละ	บางครั้ง (คน)	ร้อยละ	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่ใช่ (คน)	ร้อยละ
ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	67	97.10	2	2.90	-	-
อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงาน	-	-	2	2.90	67	97.10
เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงาน	5	7.25	-	-	64	92.75
เปลี่ยนรองเท้าก่อนออกจากสถานที่ทำงาน	2	2.90	1	1.45	66	95.65
นำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้าน	44	63.77	-	-	25	36.23

ที่มา: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2567

จากข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน พบพนักงานมีพฤติกรรมล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง/ประจำ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 97.10) บางครั้ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.90) อาบน้ำก่อนออกจากสถานที่ทำงานบางครั้ง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.90) ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 97.10) เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนออกจากสถานที่ปฏิบัติงานทุกครั้ง/ประจำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 7.25) ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 64 คน (ร้อยละ 92.75) เปลี่ยนรองเท้าก่อนออกจากสถานที่ทำงานทุกครั้ง/ประจำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.90) บางครั้ง 1 คน (ร้อยละ 1.45) ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 66 คน (ร้อยละ 95.65) และนำหรือสวมเสื้อผ้าที่ปนเปื้อนกลับบ้านทุกครั้ง/ประจำ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 63.77) ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 36.23)

จากข้อมูลพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และพฤติกรรมด้านสุขลักษณะและความปลอดภัยในการทำงาน ยังพบพนักงานที่ไม่เคยใช้หรือสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและไม่ได้ปฏิบัติงานด้วยพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการได้รับสัมผัสตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องและสื่อสารความเสี่ยงให้กับพนักงานได้ตระหนักถึงอันตราย เช่น ติดป้ายแสดงวิธีการแต่งกาย การสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่สอดคล้องกับลักษณะความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน จัดให้มีการทำความสะอาดบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงานโดยเฉพาะพื้นโรงงานและจุดบริการน้ำดื่มอย่างสม่ำเสมอ จัดให้มีห้องน้ำหรือสถานที่สำหรับทำความสะอาดร่างกายและล้างมือหลังจากการปฏิบัติงาน รวมถึงควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.) หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษตะกั่วในกลุ่มพนักงาน

3. การวิเคราะห์การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

ในปี 2567 - 2568 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี มีการดำเนินงานการพัฒนาและขับเคลื่อนแพ็คเกจการเฝ้าระวังสุขภาพโรคจากการประกอบอาชีพ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับผู้ประกอบการอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง มุ่งเน้นโรคหรืออาการสำคัญ ๔ โรคสำคัญ ได้แก่ (1) โรคจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (แร่ใยหิน) (2) โรคจากฝุ่นซิลิกา (3) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว และ (๔) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โดยมีการดำเนินงานดังนี้

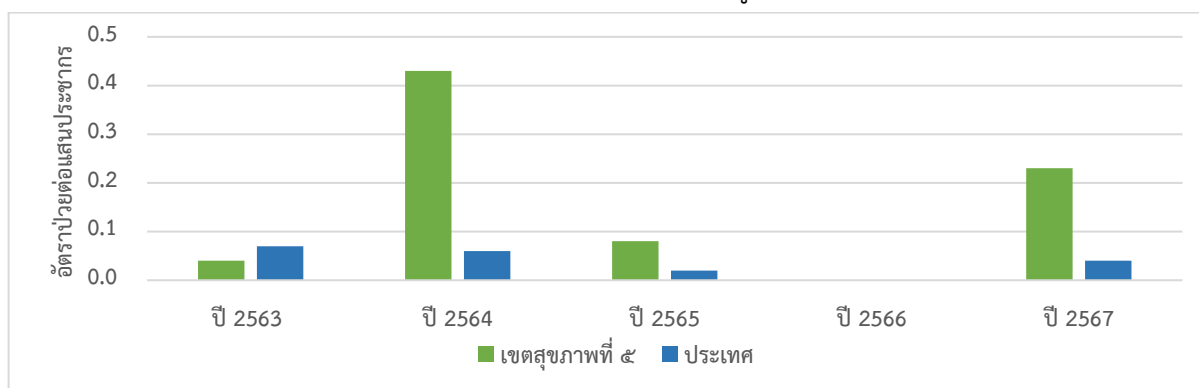
- ปรับปรุง จัดทำฐานข้อมูล ที่เป็นปัจจุบันของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สถานประกอบกิจการเสี่ยง และลูกจ้างหรือผู้ที่สัมผัสความเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพ 4 โรคสำคัญ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
- ประชุมราชการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงานโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 5 ถ่ายทอดค่าเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน
- สนับสนุนคู่มือ แนวทาง สื่อสิ่งพิมพ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 8 จังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
- จัดทำ Google form สำหรับรายงานผลการดำเนินงานตามแพ็คเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพของสถานประกอบกิจการ และหน่วยบริการสุขภาพ
- ขอความอนุเคราะห์ไปยังสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานประกันสังคมจังหวัด และโรงพยาบาลที่มีคลินิกโรคจากการทำงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อประชาสัมพันธ์ให้สถานประกอบกิจการเข้าร่วมดำเนินการตามแพ็คเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ
- สนับสนุน นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานตามแพ็คเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ สำหรับสถานประกอบกิจการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาและขับเคลื่อนแพ็คเกจการเฝ้าระวังสุขภาพโรคจากการประกอบอาชีพ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ปีงบประมาณ 2567 - 2568 โดยการลงพื้นที่นิเทศ ติดตาม และข้อมูลจากระบบรายงานผลการดำเนินงานสถานประกอบกิจการ (ออนไลน์) พบว่ามีการเข้าร่วมและดำเนินการตามแพ็คเกจ ฯ จำนวน 38 แห่ง โดยเป็นสถานประกอบกิจการประเภทเกี่ยวกับตะกั่ว จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 23.68) ทั้งนี้ ยังมีผู้ประกอบการกลุ่มเสี่ยงโรคพิษตะกั่วได้รับการดูแลสุขภาพตามแพ็คเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ จำนวน 476 คน

4. การวิเคราะห์การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality) โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

4.1 อัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

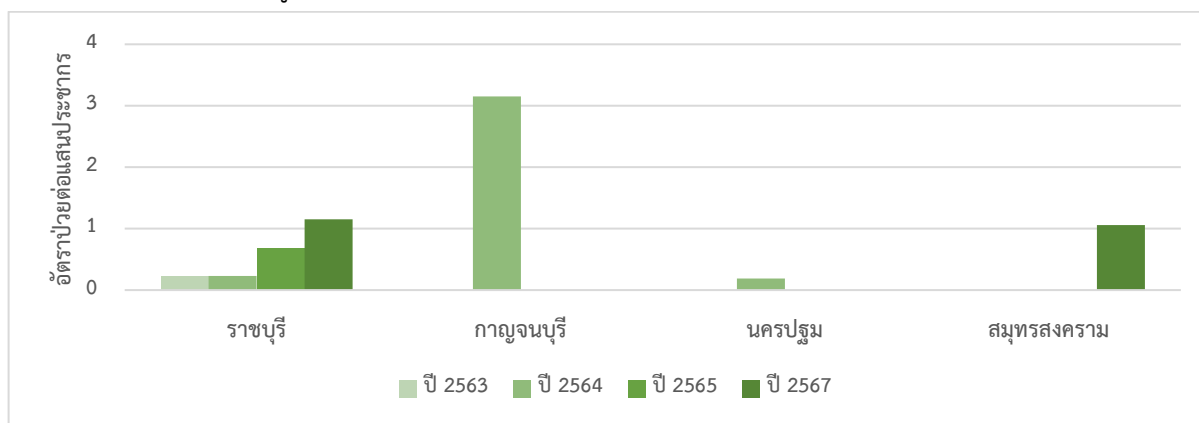
ข้อมูลตั้งแต่ปี 2563 – 2567 เขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงานในปี 2563 – 2565 และ 2567 ทั้งนี้ไม่พบอัตราป่วยในปี 2566 ดังแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 อัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ปี 2563 – 2567

ที่มา: Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เข้าได้ที่ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568

เขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ปี 2563 – 2567 โดยมีอัตราป่วย 0.04, 0.43, 0.08, 0 และ 0.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน คือจังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม และสมุทรสงคราม จังหวัดที่ไม่พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร สุพรรณบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ดังแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 อัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ปี 2563 – 2567 จำแนกรายจังหวัด

ที่มา: Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เข้าได้ที่ <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568

พิจารณารายจังหวัดพบว่า ในปี 2563 – 2567 จังหวัดที่พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน คือจังหวัดราชบุรี อัตราป่วย 0.23, 0.23, 0.68, 0 และ 1.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ กาญจนบุรี อัตราป่วย 0, 3.15, 0, 0 และ 0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ นครปฐม อัตราป่วย 0, 0.19, 0, 0 และ 0 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ต่อแสนประชากร และสมุทรสงคราม อัตราป่วย 0, 0, 0, 0 และ 1.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

5. เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based) โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

5.1 การรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

จากข้อมูลการรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ปี 2566 – 2568 พบการรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์ ทั้งหมด 5 เหตุการณ์ รายละเอียดดังนี้

(1) วันที่ 24 เมษายน 2566 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี พบผู้ที่มีค่าตะกั่วในเลือด เกินค่ามาตรฐาน 20 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 12 ราย จากการเข้าร่วมโครงการตรวจเลือดเพื่อหาระดับสารตะกั่วในเลือดและความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพนักงานและเฝ้าระวังพนักงานของบริษัทผลิตโซ่ สวดสปริง สลักเกลียว และตะปูควง ต.เจ็ดเสมียน อ.โพธาราม จ.ราชบุรี

(2) วันที่ 27 ตุลาคม 2566 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี พบมีผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 7 ราย ทำงานบริษัทแห่งหนึ่ง อ.จอมบึง จ.ราชบุรี ผลตรวจเลือดพบระดับตะกั่วในเลือดสูงตั้งแต่ 20 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร

(3) วันที่ 28 มีนาคม 2567 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี พบผู้มีระดับตะกั่วในเลือดสูงเกิน 20 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรเป็นกลุ่มก้อน ในโรงงานผลิตลวด ขอบล้อยางแห่งหนึ่งใน ต.เจ็ดเสมียน อ.โพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 17 ราย

(4) วันที่ 7 ตุลาคม 2567 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี พบรายงานเหตุการณ์ค่าตะกั่วเกินค่าอ้างอิงมาตรฐานในพนักงาน 15 ราย ในโรงงานแห่งหนึ่ง เป็นโรงงานผลิตกระสุนปืนแห่งหนึ่ง ต.รางบัว อ.จอมบึง จ.ราชบุรี จากการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงาน

(5) วันที่ 4 มีนาคม 2568 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี กรณีพบพนักงานสถานประกอบกิจการหลอมแบตเตอรี่แห่งหนึ่ง อ.เมือง จ.ราชบุรี มีระดับตะกั่วในเลือดมากกว่า 20 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 15 ราย

สรุปผลการวิเคราะห์

เขตสุขภาพที่ ๕ มีสถานประกอบกิจการ จำนวน ๑๔,๔๖๘ แห่ง เป็นประเภทกิจการที่เกี่ยวกับตะกั่ว พบจำนวนทั้งหมด ๑,๓๖๑ แห่ง (ร้อยละ ๙.๔) สูงสุดที่จังหวัดสมุทรสาคร รองลงมาคือจังหวัดนครปฐม ราชบุรี ตามลำดับ จำนวนคนงานที่มีโอกาสสัมผัสตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่วในสถานประกอบกิจการ ทั้งหมด ๗๔,๕๘๕ คน เพศชาย จำนวน ๔๑,๘๗๐ คน (ร้อยละ ๕๖.๑) และเพศหญิง จำนวน ๓๒,๗๑๕ คน (ร้อยละ ๔๓.๙) เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงโรคตะกั่วจากการทำงาน พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงานที่มีความเสี่ยง ผู้ป่วยและผู้สงสัยป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงานของ โรงงานผลิตกระสุนปืนแห่งหนึ่ง จ.ราชบุรี พบพบพนักงานที่ไม่เคยใช้หรือสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลและไม่ได้ปฏิบัติงานด้วยพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการได้รับสัมผัสตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องและสื่อสารความเสี่ยงให้กับพนักงานได้ตระหนักถึงอันตราย ทั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี มีการดำเนินงานการพัฒนาและขับเคลื่อนแฟ้มเอกสาร เฝ้าระวังสุขภาพโรคจากการประกอบอาชีพ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้เกิดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับ ผู้ประกอบอาชีพที่มีโอกาสสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยง รวมถึงมีการวิเคราะห์การป่วย/การตาย โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน พบอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงานในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๗ ทั้งนี้ไม่พบอัตราป่วยในปี ๒๕๖๖ และมีการรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์โรคพิษตะกั่วจากการทำงาน ตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ พบการรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์ ทั้งหมด ๕ เหตุการณ์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สถานประกอบการร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากพิษตะกั่วจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง
2. สถานประกอบการมีการดำเนินการด้านอาชีวอนามัย ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดตาม พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 และ พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำกับ ติดตาม ให้สถานประกอบการดำเนินการตามกฎหมาย
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับคลินิกโรคจากการทำงานและหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ กำหนดแนวทางการซักประวัติ คัดกรอง และการส่งปรึกษา กรณีพบผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยโรคพิษตะกั่วจากการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2568 สืบค้นจาก:
<https://www.diw.go.th/webdiw/static-fac/>
2. กระทรวงสาธารณสุข.ระบบ Health Data Center (HDC). [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568 สืบค้นจาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc /main/index.ph](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.ph)
3. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค: แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ 2563.

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาการเฝ้าระวังโรคโรคและภัยสุขภาพจากอัคคีภัย เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2567 ตามองค์ประกอบ 5 มิติ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

นางสาวพรพิมล ดันทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

บทนำ

อัคคีภัย เป็นเหตุการณ์ไฟไหม้ หรือเหตุการณ์อันตรายที่เกิดจากไฟ ซึ่งไฟเป็นพลังงานอย่างหนึ่งที่ทำให้ความร้อน เมื่อขาดการควบคุมดูแล จะทำให้เกิดการติดต่อลูกกลมไปตามบริเวณที่มีเชื้อเพลิงจนเกิดการลุกไหม้ต่อเนื่อง⁽¹⁾ และเกิดการลุกลามมากยิ่งขึ้น โดยองค์ประกอบพื้นฐานหลักของการเกิดไฟมีด้วยกัน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ เชื้อเพลิง (fuel) ออกซิเจน (oxygen) และความร้อน (heat) ซึ่งสาเหตุของการเกิดอัคคีภัยที่สำคัญ ส่วนใหญ่เกิดจากความประมาท ขาดความระมัดระวังหรือการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ การเกิดไฟฟ้าลัดวงจร อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า การลุกไหม้จากการระเบิดของแก๊สหุงต้ม สารเคมี การลุกไหม้ด้วยตัวเองที่เกิดจากการสะสมของสารบางชนิด เช่น ขยะแห้ง ถ่านหิน หรือจากการลอบวางเพลิง รวมถึงการขาดมาตรการป้องกันที่เหมาะสม จึงก่อให้เกิดการลุกลามและเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งอันตรายจากไฟไหม้ส่งผลอันตรายต่อชีวิต ได้แก่ ความมืดและแก๊สพิษจากควันไฟ โดยส่วนผสมของแก๊สพิษจะแผ่ตัวอยู่ในควันไฟที่สำคัญ ได้แก่ แก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide : CO) แก๊สไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide : NO₂) แก๊สซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (Sulfur Dioxide : SO₂) และแก๊สโอโซน (Ozone : O₃)⁽²⁾ และพบว่าผู้ที่เสียชีวิตและบาดเจ็บ สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากการได้รับแก๊สพิษและควันไฟจากรายงานสาธารณสุข กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า มีการเกิดอัคคีภัย 2,646 ครั้ง และจำนวนการเกิดอัคคีภัยทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 38.93, 34.43, 54.31, 70.93 และ 60.02⁽³⁾ ในแต่ละปีตามลำดับ ซึ่งอัคคีภัยเป็นภัยที่มีจำนวนการเกิดสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับการเกิดสาธารณภัยทั้งหมด

สถานการณ์อัคคีภัยของประเทศไทย ปี 2567 พบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 เกิดอัคคีภัย จำนวน 107 ครั้ง โดยจังหวัดที่เกิดอัคคีภัยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สมุทรสาคร 33 ครั้ง ราชบุรี 29 ครั้ง และสมุทรสงคราม 20 ครั้ง ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าว สถานที่ที่เกิดอัคคีภัยมากที่สุด คือสถานประกอบการ เช่น โรงงานอุตสาหกรรม โกดังเก็บสินค้า เป็นต้น รองลงมา ได้แก่ บ้านเรือนประชาชน วัด และสำนักงานราชการ เป็นต้น จากสถานการณ์อัคคีภัยดังกล่าว ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 4 ราย และบาดเจ็บ 36 ราย

แนวทางการวิเคราะห์

การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากอัคคีภัย ใช้แนวทางการวิเคราะห์จากสรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2559 กรมควบคุมโรค โดยมีการปรับสอดคล้องกับภัยสุขภาพเพื่อติดตามสถานการณ์ คาดการณ์สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ จึงมีการวิเคราะห์และจำแนกตามมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors) การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality) และเหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากอัคคีภัย 5 มิติ

Risk		Prevention		Health Outcomes
ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants)	พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors)	การตอบสนองของ แผนงานควบคุมโรค (Program response)	การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality)	เหตุการณ์ผิดปกติและ การระบาด (Event-based)
1. ปัจจัยด้าน สถานที่ที่สัมพันธ์ กับการเกิด อัคคีภัย	2. พฤติกรรมการ ประมาทของมนุษย์ ทั้งตั้งใจ และไม่ ตั้งใจ	3. ฐานข้อมูลการเฝ้า ระวัง ติดตาม สถานการณ์ สาธารณสุข ประจำวันในเขตพื้นที่ สุขภาพที่ 5	4. จำนวนผู้บาดเจ็บ/ ผู้เสียชีวิต/ผู้ได้รับ ผลกระทบทาง สุขภาพ	5. เหตุการณ์ผิดปกติ จากฐานข้อมูลในระบบ เฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event- based surveillance system)

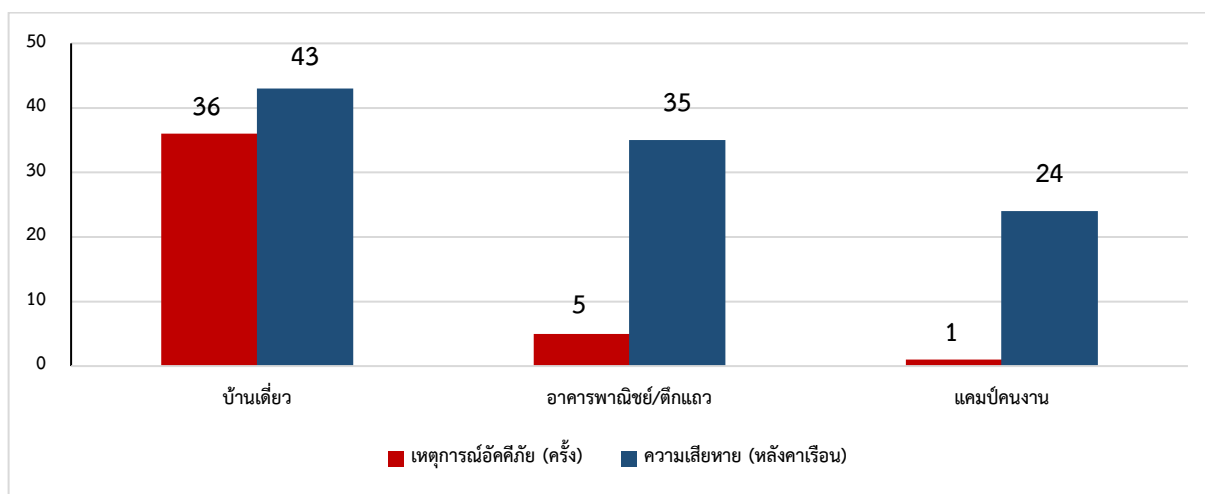
ผลการวิเคราะห์

1. การวิเคราะห์ปัจจัยต้นเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง (Risk: Determinants)

ปัจจัยต้นเหตุด้านสถานที่

จากข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์สาธารณสุข (อัคคีภัย) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2567 สถานที่ที่เกิดอัคคีภัย ได้แก่ ที่พักอาศัย สถานประกอบ และอื่นๆ เช่น สถานที่ราชการ ยานพาหนะ เป็นต้น เมื่อจำแนกตามสถานที่เกิดเหตุ พบว่าการเกิดอัคคีภัยในสถานที่พักอาศัย ได้รับความเสียหายมากที่สุด รองลงมา คือ สถานประกอบการ รายละเอียด ดังนี้

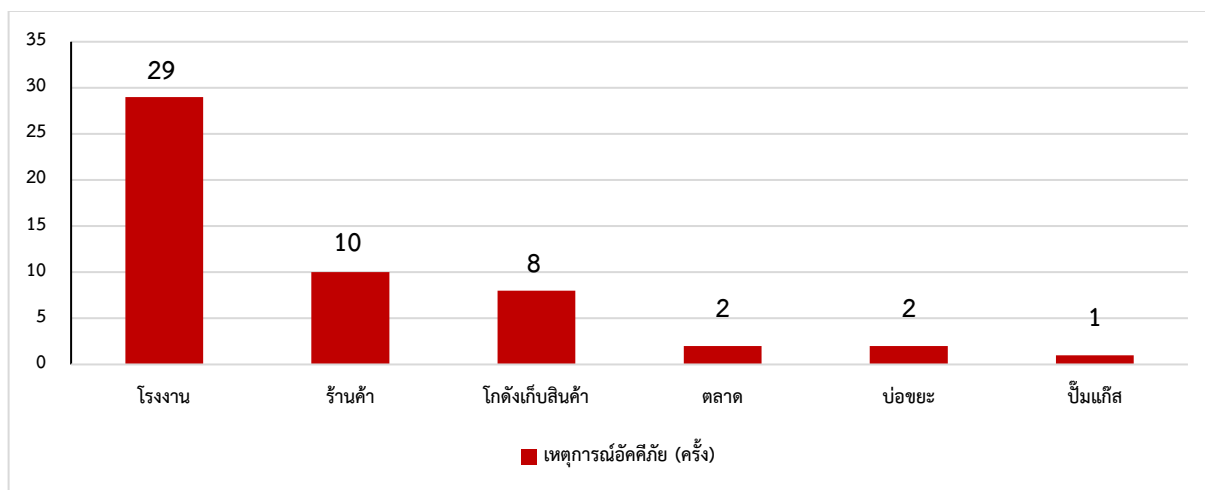
ที่พักอาศัย เช่น บ้านเดี่ยว อาคารพาณิชย์หรือตึกแถว และแคมป์คนงาน เกิดเหตุการณ์ จำนวน 41 ครั้ง พบว่า ลักษณะบ้านเดี่ยว เกิดเหตุการณ์มากที่สุด 36 ครั้ง ความเสียหาย 43 หลังคาเรือน รองลงมาคือ อาคารพาณิชย์หรือตึกแถว เกิดเหตุการณ์ 5 ครั้ง ความเสียหาย 35 หลังคาเรือน และแคมป์คนงานเกิดเหตุการณ์ 1 ครั้ง ความเสียหาย 24 หลังคาเรือน รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 จำนวนความเสียหายจำแนกตามลักษณะที่พักอาศัย

ที่มา: DPM REPORTER กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เข้าถึงได้ที่ <https://dpmreporter.disaster.go.th/portal/disaster-news>⁽⁴⁾

สถานประกอบการ เช่น โรงงาน โกดังเก็บสินค้า บ่อขยะ ร้านค้า และตลาด เป็นต้น เกิดเหตุการณ์ จำนวน 52 ครั้ง พบว่า โรงงานเกิดเหตุการณ์มากที่สุด 29 ครั้ง รองลงมาคือ ร้านค้า (จำหน่าย/รับซื้อ) 10 ครั้ง โกดังเก็บสินค้า 8 ครั้ง ตลาดและบ่อขยะ สถานที่ละ 2 ครั้ง และสถานบริการแก๊สปิโตรเลียม (ปั๊มแก๊ส) 1 ครั้ง รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 จำนวนการเกิดเหตุการณ์อัคคีภัยแยกตามลักษณะสถานประกอบการ

ที่มา: DPM REPORTER กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เข้าถึงได้ที่ <https://dpmreporter.disaster.go.th/portal/disaster-news>⁽⁴⁾

2. พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors)

จากข้อมูลการรายงานข่าวสาธารณภัย กรณีการเกิดอัคคีภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของมนุษย์ที่ก่อให้เกิดอัคคีภัย ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนถึงเหตุปัจจัยที่แน่ชัด เพียงแต่มีการสันนิษฐานเบื้องต้น เช่น เกิดจากเหตุไฟฟ้าลัดวงจร และอยู่ระหว่างการสอบสวนของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป จากการรายงานดังกล่าว ทำให้ทราบถึงเหตุที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของมนุษย์ แต่ก็ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงจากการไม่ตรวจสอบระบบ หรืออุปกรณ์ไฟฟ้าให้ปลอดภัยอยู่เสมอ

3. การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response)

1. กลุ่มควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน จัดทำฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์ สาธารณภัยประจำวันในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 เพื่อจัดเก็บข้อมูลและประเมินสถานการณ์ แนวโน้มของพื้นที่และประชาชนหรือกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบ หากเหตุการณ์อุทกภัยมีผลกระทบต่อประชาชน จังหวัดหรือพื้นที่ที่มีการเปิดศูนย์อพยพ หรือมีผลกระทบต่อโครงสร้างพื้นฐาน เช่น โรงเรียน วัด โรงพยาบาล และสถานที่ราชการ กลุ่มควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินจะแจ้งรายละเอียดเหตุการณ์ แก่ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ประจำสัปดาห์

2. ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ประจำสัปดาห์ ติดตามสถานการณ์และประสานข้อมูลเพิ่มเติมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ จากแบบรายงานสถานการณ์สาธารณภัย (Disaster) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อติดตามข้อมูลประชาชนที่ได้รับผลกระทบด้านโรคและภัยสุขภาพ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยจากโรคที่ต้องเฝ้าระวัง การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอัคคีภัย และจัดทำสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เพื่อเสนอต่อผู้บริหารและในกรณีเหตุการณ์อัคคีภัยมีสถานการณ์ที่ต้องเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การยกระดับ/ลดระดับ ศูนย์ EOC สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ตามแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค Hazard Specific Plan กรณีอัคคีภัย ปี 2567 เพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรรองรับสถานการณ์ เพื่อลดผลกระทบกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

3. กลุ่มสื่อสารความเสี่ยง จัดทำข้อมูล ข่าวสาร สื่อความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับคำแนะนำสำหรับประชาชน เพื่อการดูแลและป้องกันความเสี่ยงจากอัคคีภัยผ่านสื่อโซเชียล และเว็บไซต์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ในรูปแบบอินโฟกราฟิก หรือวิดีโอ เป็นต้น

4. กลุ่มโรคติดต่อ โดยงานเภสัชกรรม จัดเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนพื้นที่

4. การป่วย/การตาย (Morbidity/Mortality)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังสถานการณ์สาธารณสุข (อัคคีภัย) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2567 จากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พบผู้บาดเจ็บ จำนวน 36 ราย และผู้เสียชีวิต จำนวน 4 ราย โดยทั้ง 4 ราย เสียชีวิตในที่พักอาศัย

และจากรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ปี 2567 พบรายงานจากเหตุการณ์ไฟไหม้กรณีไฟไหม้บ่อขยะเอกชน ประมาณ 3 ไร่ เกิดจากการลักลอบนำขยะมาทิ้งจนกลายเป็นบ่อขยะ เช่น ยางรถยนต์ ขอบยางกระจก และเศษพลาสติก ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบทางสุขภาพ จำนวน 35 ราย จำแนกเป็นอาการทางเดินหายใจ จำนวน 31 ราย และเวียนศีรษะ จำนวน 4 ราย

5. เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based)

จากการติดตามเหตุการณ์ผิดปกติ จากฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ปี 2567 พบว่ามีการแจ้งเหตุการณ์ไฟไหม้ จำนวน 3 เหตุการณ์ โดยเกิดขึ้นในสถานประกอบการ ได้แก่ โกดังเก็บสินค้า โรงงาน และบ่อขยะ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ และอาการเวียนศีรษะ เนื่องจากสถานที่เกิดไฟไหม้ เป็นสถานที่มีการจัดเก็บ ผลิต และเป็นจุดจัดเก็บของเสีย ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น จึงมีควันไฟและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บและผลิตสินค้านั้นๆ โดยการจัดตั้งสถานประกอบการดังกล่าว ห่างจากชุมชน ตั้งแต่รัศมี 100 – 500 เมตร และส่งผลกระทบแตกต่างกันออกไป รายละเอียดดังนี้

(1) วันที่ 11 มิถุนายน 2568 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เกิดเหตุไฟไหม้โรงงานแห่งหนึ่งในพื้นที่ ตำบลหนองชุมพล อำเภอเขาย้อย ซึ่งเป็นคลังเก็บวัตถุดิบการผลิตสารเคมีประเภท ทินเนอร์ กาว ขงพลาสติก ฝาครีမ် และขงยา เป็นต้น ในรัศมี 500 เมตร มีหอพักอยู่ 2 จุด ไม่มีประชาชนได้รับผลกระทบรุนแรง

(2) วันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เกิดเหตุไฟไหม้โรงงานแห่งหนึ่งในพื้นที่ตำบลนาดี อำเภอเมืองสมุทรสาคร เป็นโรงงานจำพวกที่ 3 ประกอบกิจการผลิต ลวด เคเบิลและของที่ทำจากลวด ตะแกรงพัดลม พบว่าเกิดไฟฟ้าลัดวงจร ด้านฝั่งของตรงข้ามโรงงานมีหอพักที่ เกิดเหตุประมาณ 300 เมตร ไม่พบผู้ได้รับผลกระทบสุขภาพ

(3) วันที่ 24 พฤศจิกายน 2567 ได้รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เกิดเหตุไฟไหม้บ่อขยะในพื้นที่เอกชน ประมาณ 3 ไร่ ในพื้นที่ตำบลอุ้มอ่อง อำเภออุ้มอ่อง เกิดจากการลักลอบนำขยะมาทิ้งจนกลายเป็นบ่อขยะ เช่น ยางรถยนต์ ขอบยางกระจก และเศษพลาสติก พบผู้ได้รับผลกระทบจากรายงานสอบสวน รายงานเหตุการณ์ไฟไหม้กรณีไฟไหม้บ่อขยะเอกชน โดยมีการแบ่งการสำรวจเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะรัศมี 100 เมตร ทำการสำรวจ 16 หลังคาเรือน จำนวน 59 ราย พบผู้ที่มีอาการ ผิดปกติ 29 ราย มีอาการเวียนศีรษะ 4 ราย ไอ หายใจลำบาก 20 ราย และอื่นๆ ได้แก่ แสบจมูก แสบตา หรือแสบคอ จำนวน 5 ราย

- ระยะรัศมี 300 เมตร ทำการสำรวจ 15 หลังคาเรือน จำนวน 50 ราย พบผู้ที่มีอาการผิดปกติ 4 ราย มีอาการแสบจมูก แสบตา หรือแสบคอ 4 ราย

- ระยะรัศมี 500 เมตร ทำการสำรวจ 10 หลังคาเรือน จำนวน 18 ราย พบผู้ที่มีอาการผิดปกติ 2 ราย มีอาการแสบจมูก แสบตา หรือแสบคอ จำนวน 2 ราย

รวมการสำรวจเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพเบื้องต้น จำนวน 41 หลังคาเรือน จำนวน 127 ราย พบว่ามีอาการทางเดินหายใจ จำนวน 31 ราย และเวียนศีรษะ 4 ราย

สรุปผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากอัคคีภัย 5 มิติ ของ การดำเนินงาน พบว่า มิติปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) เป็นปัจจัยเสี่ยงของลักษณะพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเกิดอัคคีภัย เช่น สถานประกอบการที่มีการผลิตและจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดอัคคีภัย ส่งผล ต่อต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน มิติพฤติกรรมเสี่ยง (Behavior) ของประชาชนเป็นการคาดการณ์ เพียงว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่น การไม่ตรวจสอบระบบไฟฟ้าและอุปกรณ์ให้ ปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดไฟฟ้าลัดวงจร ในประเด็นมิติการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) เพื่อให้การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังอัคคีภัย ในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสามารถบูรณาการการปฏิบัติได้ทันทีที่เกิดภัย จึงจำเป็นต้องมีการ เฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์อัคคีภัย ในมิติการป่วย/ตาย (Morbidity/Mortality) โดยการเฝ้าระวังจากฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์สาธารณสุขประจำวันในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5 รวมถึงแบบรายงานสถานการณ์สาธารณสุขภัย (Disaster) ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (กรณีภัยจากอัคคีภัย) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบผู้บาดเจ็บจำนวน 36 ราย เสียชีวิต 4 ราย และมีผู้ได้รับผลกระทบทาง สุขภาพ จำนวน 35 ราย ด้านมิติเหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Event-based) เป็นการติดตามจาก รายงานจากฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) พบเหตุการณ์ อัคคีภัย จำนวน 3 เหตุการณ์ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ และก่อให้เกิดผู้ได้รับ ผลกระทบทางสุขภาพจากบริเวณโดยรอบของสถานที่นั้นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากสาธารณสุขที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากภัยที่คุกคามชีวิตประชาชนไม่ได้มีเพียงแคโรค แต่ภัยสุขภาพก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น อากาศภัย ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจ ดังนั้นการออกแบบระบบเฝ้าระวังที่เกิดจากภัยเหล่านี้จึงถือเป็นสิ่งสำคัญ และช่วยตรวจจับความผิดปกติและเตรียมตอบโต้ให้เร็วขึ้นได้
2. ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสถานการณ์ภัย และบูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากภัยดังกล่าว เนื่องจากปัจจุบันเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบที่สามารถเข้าถึงได้
3. การติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์และประเมินความเสี่ยงในการเกิดอุทกภัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถวิเคราะห์กลยุทธ์หรือแนวทางในการตอบโต้สถานการณ์ดังกล่าวฯ เพื่อลดผลกระทบหรือความเสียหายที่เกิดทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2570. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก <https://ndwc.disaster.go.th/ndwc/cms/2744?id=44525>
2. Santo fire. อัคคีภัย คืออะไร การป้องกันและระงับไฟไหม้ ทำอย่างไร สาเหตุการเกิดอัคคีภัยเกิดจากอะไร. อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงได้จาก <https://santofire.co.th/fire-and-cause-of-fire/>
3. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. สถิติสาธารณภัย. เข้าถึงได้จาก [อินเทอร์เน็ต] <https://dpmreporter.disaster.go.th/portal/disaster-statistics>
4. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. ข่าวสาธารณภัย. เข้าถึงได้จาก [อินเทอร์เน็ต] <https://dpmreporter.disaster.go.th/portal/disaster-news>