

สรุปผลการวิเคราะห์ ระบบฟ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ



กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข



สรุปผลการวิเคราะห์ระบบฟ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ

ที่ปรึกษา

1. นพ. ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล
2. นพ. ธนรักษ์ ผลิพัฒน์
3. นพ. คำณวน อึ้งชูศักดิ์

บรรณาธิการ

1. ดร.สพ.ญ. เสาวพัตร อึ้งน้อย
2. นส. ปภาณิจ สวงโท
3. พญ. พิมพ์ภา เตชะกมลสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2558
พิมพ์ที่: บริษัท ฮีธ จำกัด
จัดทำโดย: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข
จำนวน: 200 เล่ม

สารจาก ผู้บริหาร

ในอดีตที่ผ่านมา ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ยังมีปัญหาการเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและกระจัดกระจายตามหน่วยงานต่างๆ ไม่มีความเป็นเอกภาพ และไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ในด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่เป็นการใช้ข้อมูลเชิงสถิติมากกว่าการใช้ตรวจจับความผิดปกติ การนำไปสังเคราะห์ให้เกิดประเด็นในการกำหนดนโยบาย มาตรการการวางแผนประเมิน ผลการดำเนินงานแผนงานโครงการด้านสุขภาพไม่ได้อย่างที่ควรเป็นภายใต้การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อประโยชน์ต่อประชาชน กรมควบคุมโรคจึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลัก เพื่อการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โดยการจัดแบ่งระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพเป็น ๕ กลุ่ม ประกอบด้วย โรคติดต่อ โรคเอดส์และวัณโรค โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม โดยภายใต้แต่ละระบบจะมีกลุ่มโรค/ปัญหา ซึ่งรวมทั้งสิ้นมี ๒๑ กลุ่มย่อย แต่ละโรคหรือภัยสุขภาพ จะมีองค์ประกอบที่ต้องเฝ้าระวังอย่างน้อย ๕ ด้าน ได้แก่ ปัจจัยต้นเหตุ พฤติกรรมที่สนับสนุนการเกิดโรค การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย การเฝ้าระวังเหตุการณ์/การระบาด (event-based) และการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program response) โดยรูปแบบการดำเนินงาน คือ ทุกสำนักวิชาการจะต้องมีทีมงานเฝ้าระวังร่วมกับสำนักโรคระบาดวิทยาในการเฝ้าระวังโรค/ภัย และควรมีการประสานข้อมูลจากหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการพัฒนาตั้งแต่ปี 2556 กรมควบคุมโรคได้มุ่งมั่นดำเนินการตามหลักการที่ว่า “ให้มีการเฝ้าระวังและใช้ประโยชน์ทุกระดับเพื่อตรวจจับสาเหตุผิดปกติ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และปรับปรุงแผนงานด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญตั้งแต่ระดับรากหญ้าจนถึงระดับประเทศ” เน้นอนว่าจัดการปัญหาที่ผมเพิ่งได้กล่าวถึง และการมุ่งมั่นตามหลักการดังกล่าว คงมิใช่เรื่องง่าย จากการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ในช่วงสองปีที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการนำข้อมูลเฝ้าระวังจากฐานข้อมูลในมิติต่างๆ ทั้ง 5 มิติมาวิเคราะห์ ทำให้เห็นสถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพที่แต่ละสำนักวิชาการรับผิดชอบอยู่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประมวลผลจากฐานข้อมูลในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง สิ่งนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นสิ่งที่สำนักวิชาการควรไปให้ถึง แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้เกิดการบูรณาการฐานข้อมูลเฝ้าระวังทั้งหมดระหว่างหน่วยงานที่จะให้เกิดผลการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังในลักษณะภาพรวม มาสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคได้อย่างสมบูรณ์

ในทุกะบบโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเรายอมรับว่าสาเหตุส่วนหนึ่งนั้นมาจากการที่ขาดข้อมูลที่สำคัญในบางกลุ่มโรคและบางมิติ และขาดรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจนในการวิเคราะห์เชื่อมโยงแต่ละมิติเข้าไว้ด้วยกัน ดังนั้น เราจึงวางแผนพัฒนาให้มีการบูรณาการงานสำรวจ (survey) ในส่วนข้อมูลที่ขาดไปเข้าไว้ด้วยกันเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน อีกทั้งยังเป็นการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ และยังพยายามจัดให้มีการทำแนวทางการวิเคราะห์ ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ คือหนังสือฉบับนี้ เพื่อให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางของการดำเนินการในพื้นที่ ร่วมกับคู่มือระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี 2557 ที่ได้สั่งขบวนทางการดำเนินงานในแต่ละระบบ ให้ทุกเขตสุขภาพ สคร. สสจ. และหน่วยบริการได้เข้าใจและเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันแบบมีทิศทางและมุ่งผลสัมฤทธิ์



ผู้บริหารสำนักวิชาการ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรติดตามทบทวนความก้าวหน้าของทุกระบบอย่างน้อยปีละครั้ง ให้เกิดการนำข้อมูลเฝ้าระวังจากฐานข้อมูลในมิติต่างๆ ทั้ง 5 มิติ มาวิเคราะห์ ทำให้เห็นสถานการณ์ของโรคและภัยสุขภาพที่แต่ละสำนักวิชาการรับผิดชอบอยู่ และจะติดตามประเมินผลแผนงานตามนโยบาย โครงการสำคัญของกรมฯ ใน 5 ด้าน (5 I : information Innovation Intervention International standard และ Immediate) เป็นภาพรวมของกรมฯ ให้ได้เป็นสถานการณ์ที่ประมวลผลจากฐานข้อมูลในทุกมิติที่เกี่ยวข้องให้ได้อย่างแท้จริง เพื่อผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพสูงสุดอันพึงมีของการควบคุมโรคและภัยที่สำคัญของประเทศ

สุดท้าย ผมขอชื่นชมทีมผู้จัดทำ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนหนังสือเล่มนี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดีและขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและความเข้าใจมาอย่างต่อเนื่อง ต่องานพัฒนาการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 ระบบ 5 มิติไว้ ณ ที่นี้

กรกฎาคม 2558

โสภณ เมฆธน

โสภณ เมฆธน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

สารบัญ

บทที่ 1 ระบบฟ้าระวังโรคติดต่อ 5

โรคทริคิโนสิส	6
โรคพิษสุนัขบ้า	8
โรคเลปโตสไปโรซิส	10
โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส ซูอิส	12
โรค布鲁เซลโลสิส	14
โรคอาหารเป็นพิษ	16
อหิวาตกโรค	18
โรคไข้เลือดออก	21
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิตัวตืด	23
โรคคอตีบ	25
โรคหัด	27
โรคเรื้อน	29
โรคมือ เท้า ปาก	31

บทที่ 2 ระบบฟ้าระวังโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค 33

โรคเอดส์	34
วัณโรค	43

บทที่ 3 ระบบฟ้าระวังโรคไม่ติดต่อ 44

โรคหัวใจขาดเลือด	45
ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	47

บทที่ 4 ระบบฟ้าระวังการบาดเจ็บ 49

อุบัติเหตุทางถนน	50
------------------	----

บทที่ 5 ระบบฟ้าระวังจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม 53

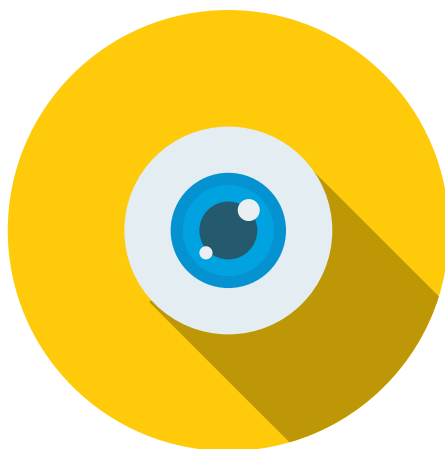
กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมภาครวม	54
กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม	57

ภาคผนวก 59

คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 322/2558 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค	59
---	----

บทที่ 1

ระบบฟ้าระวัง
โรคติดต่อ





การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคทริคิโนสิส (Trichinosis) ทั้ง 5 มิติของงานดำเนินงาน

อรพิรุทธิ์ สการะเศรณี และชาติระวีไชย จันทร์พร้อม
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคทริคิโนสิสในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลความหนาแน่นของสุกรในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ข้อมูลอัตราป่วยจากระบบการรายงานโรค ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค และข้อมูลรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการทำให้มีผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบ หลู้ ก้อย ปลา และแหนม โดยเฉพาะจากเนื้อสุกรหรือเนื้อสัตว์ป่าดิบๆ และมาจากความหนาแน่นของสุกรในพื้นที่ (เฉพาะภาคเหนือ) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นเพียงปัจจัยหนึ่ง แต่อาจไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคในคน เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคนี้ พบว่าโครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรคทริคิโนสิสในคน คือ การให้สุศึกษาเพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ ให้หันมาบริโภคอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้นและให้เป็นไปอย่างยั่งยืน รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการรับรู้ความเสี่ยง อันตรายจากการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ และหน่วยงานสาธารณสุขควรดำเนินงานแบบเข้มข้นกับภาคีเครือข่ายร่วมกับภาคชุมชนในการคิดหาต้นแบบโครงการการให้สุศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ ให้หันมาบริโภคอาหารที่ปรุงสุก และมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

มีการสร้างฐานข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้าในแต่ละหน่วยงาน แต่ยังไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเป็นทางการ

โรคพิษสุนัขบ้า

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้าในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้






ข้อมูลเฟิร์มแวร์โรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลความชุกของโรคในสัตว์
- #2 ข้อมูลการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคและพฤติกรรม การดูแลบาดแผลของประชาชน
- #3 ข้อมูลการป่วยตายจากระบบการรายงานโรค
- #4 ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค
- #5 ข้อมูลการประเมินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
- #6 เหตุการณ์ผิดปกติอื่นๆในคน

หากพบโรคระบาด

100% ของผู้เสียชีวิต ไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า หรือเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงแค่เข็มแรกเท่านั้น และไม่ได้เข้ารับวัคซีนอย่างครบชุด

จากการสำรวจประชากรสุนัข พบว่า พ.ศ. 2558 มีสุนัขมากถึง 8 ล้านตัว แต่มีสุนัขที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเพียง 2 ล้านตัว 95% ของสุนัขที่ขึ้นทะเบียนเป็นสุนัขที่ไม่ผ่านการทำหมันคุมกำเนิด

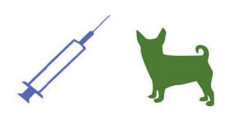
มีอัตราการควบคุมสุนัขที่น้อยเกินไป

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ความเชื่อเกี่ยวกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตลอดจนการป้องกันตนเองจากการถูกสุนัขกัด

ส่งเสริมการเลี้ยงสุนัขอย่างถูกวิธี

ภาคีเครือข่ายสนับสนุนการทำงานในความรับผิดชอบให้มีความครอบคลุม

“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”



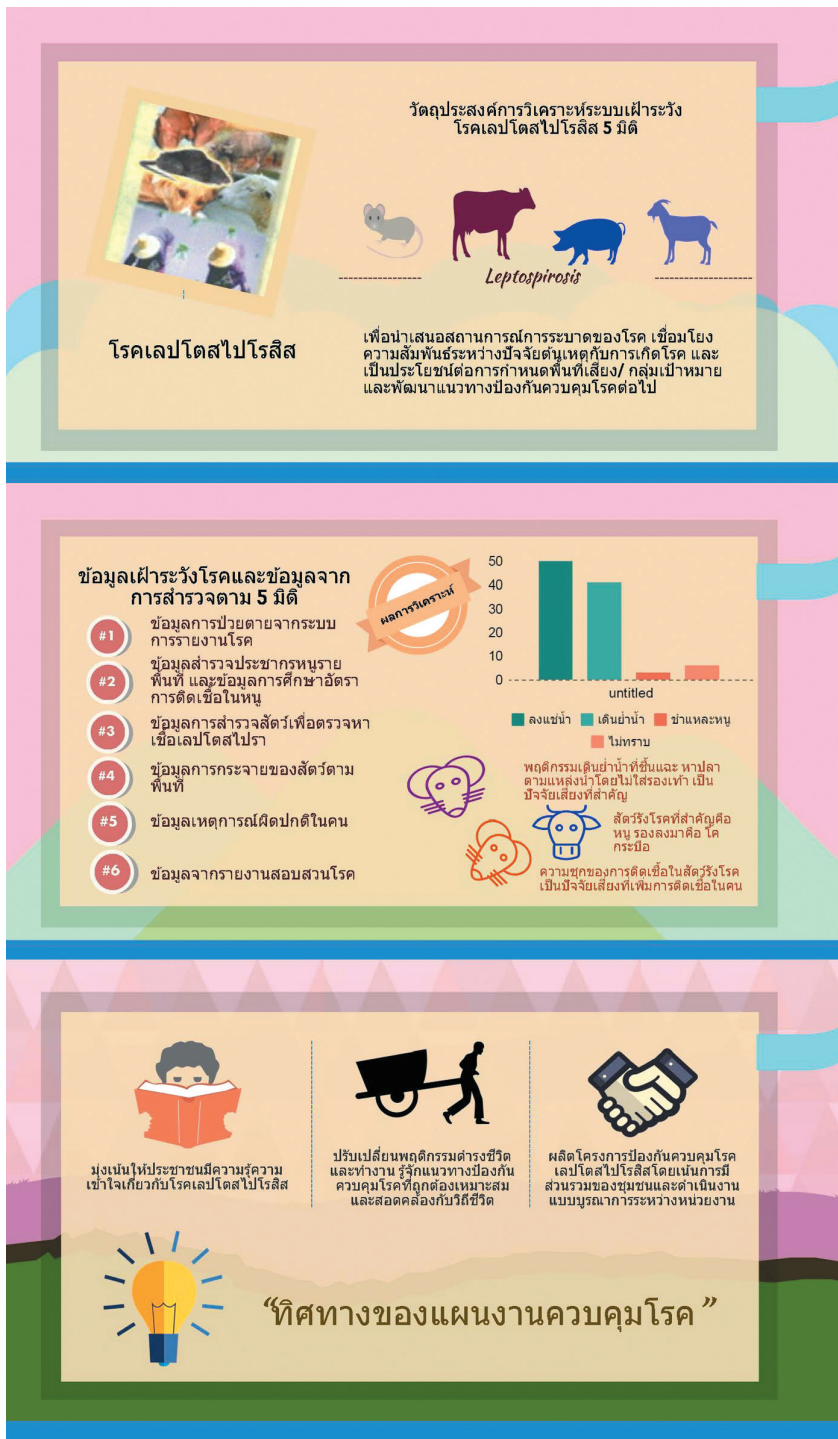



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

อรพิรุทธิ์ สการะเศรณี
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้าในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลความชุกของโรคในสัตว์ ข้อมูลการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคและพฤติกรรม การดูแลบาดแผลของประชาชน ข้อมูลการป่วยตายจากระบบการรายงานโรค ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค ข้อมูลการประเมินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และเหตุการณ์ผิดปกติอื่นๆ ในคน ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคนคือ การไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และอัตราการควบคุมจำนวนประชากรสุนัขที่น้อยเกินไป ทำให้การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ายังมีประสิทธิภาพที่ไม่เพียงพอ เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคนี้ พบว่า โครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนคือ การให้สุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม/ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การเข้าถึงการบริการสาธารณสุข การเลี้ยงสุนัขอย่างถูกวิธี การทำหมันควบคุมจำนวนประชากรสุนัข และมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

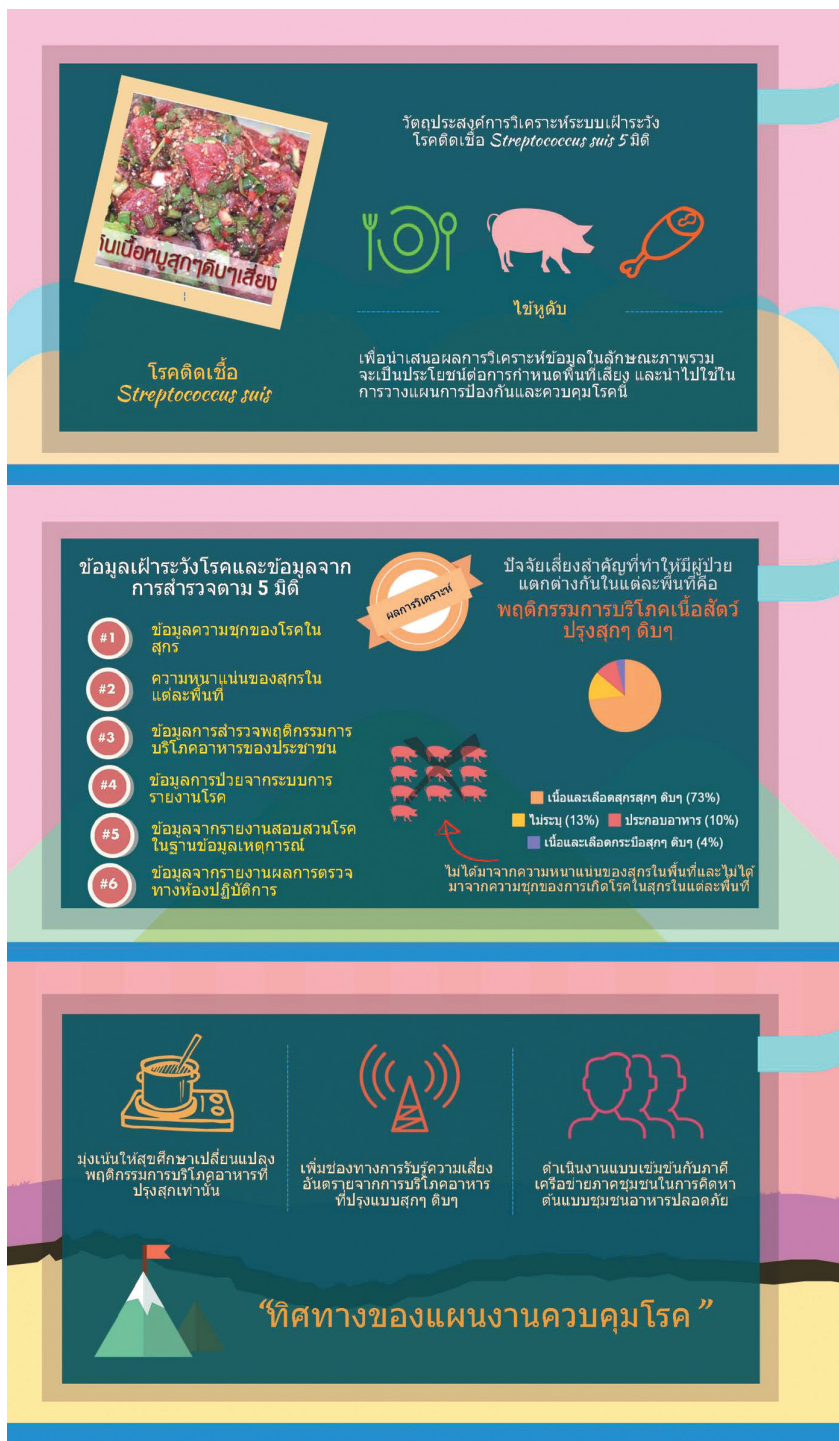


การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส (leptospirosis) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

วิมวิการ์ ศักดิ์ชียนานนท์
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การสำรวจข้อมูลบางองค์ประกอบยังไม่มี การดำเนินงานที่สามารถเป็นตัวแทนข้อมูลทั้งประเทศ และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การระบาดของโรค เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต้นเหตุบางประการกับการเกิดโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจเชิงวิจัยตาม 5 มิติ มาวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้คนเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส คือ พฤติกรรมการเดินย่ำน้ำหรือที่ชื้นแฉะ หาปลาตามแหล่งน้ำต่าง ๆ โดยไม่ใส่รองเท้า สัตว์รังโรคที่สำคัญ คือ หนู รองลงมา ได้แก่ โค กระบือ ความชุกของการติดเชื้อในสัตว์รังโรคเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการติดเชื้อในคน เนื่องจากสัตว์มีโอกาปลดปล่อยเชื้อออกมากับปัสสาวะปนเปื้อนลงสู่สิ่งแวดล้อมมากขึ้น การศึกษาทางระบาดวิทยาโดยการแยกเชื้อจากสิ่งส่งตรวจและสัตว์รังโรคเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการเฝ้าระวังโรคและการเตรียมวัคซีนที่เหมาะสม เป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคและลดการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาพิจารณาร่วมกับการวางแผนงานป้องกันควบคุมโรค พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ คือ โครงการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตและการทำงาน รู้จักแนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยปลูกฝังความรู้ตั้งแต่เป็นเยาวชน นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนแล้ว ควรมีการผลิตโครงการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ *Streptococcus suis* ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

เสาวพัทธ์ร์ อึ้งน้อย อาทิตา วงศ์คำมา อีรศักดิ์ ชักนำ และประวิทย์ ชุมเกษียร
สำนักโรคติดต่อ

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลโรค *Streptococcus suis* ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลความชุกของโรคในสุกร ความหนาแน่นของสุกรในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ข้อมูลการป่วยจากระบบการรายงานโรค ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคในฐานข้อมูลเหตุการณ์ และข้อมูลรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการทำให้มีผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ปรุงสุกๆ ดิบๆ ไม่ได้มาจากความหนาแน่นของสุกรในพื้นที่หรือความชุกของการเกิดโรคในสุกรในแต่ละพื้นที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งแต่ไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคในคน เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคนี้ พบว่า โครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในคนคือการให้สุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ มาบริโภคอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น และให้เป็นไปอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งการเพิ่มช่องทางการรับรู้ความเสี่ยง อันตรายจากการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ และควรดำเนินงานแบบเข้มข้นกับภาคีเครือข่ายภาคชุมชนในการคิดหาต้นแบบโครงการ และมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

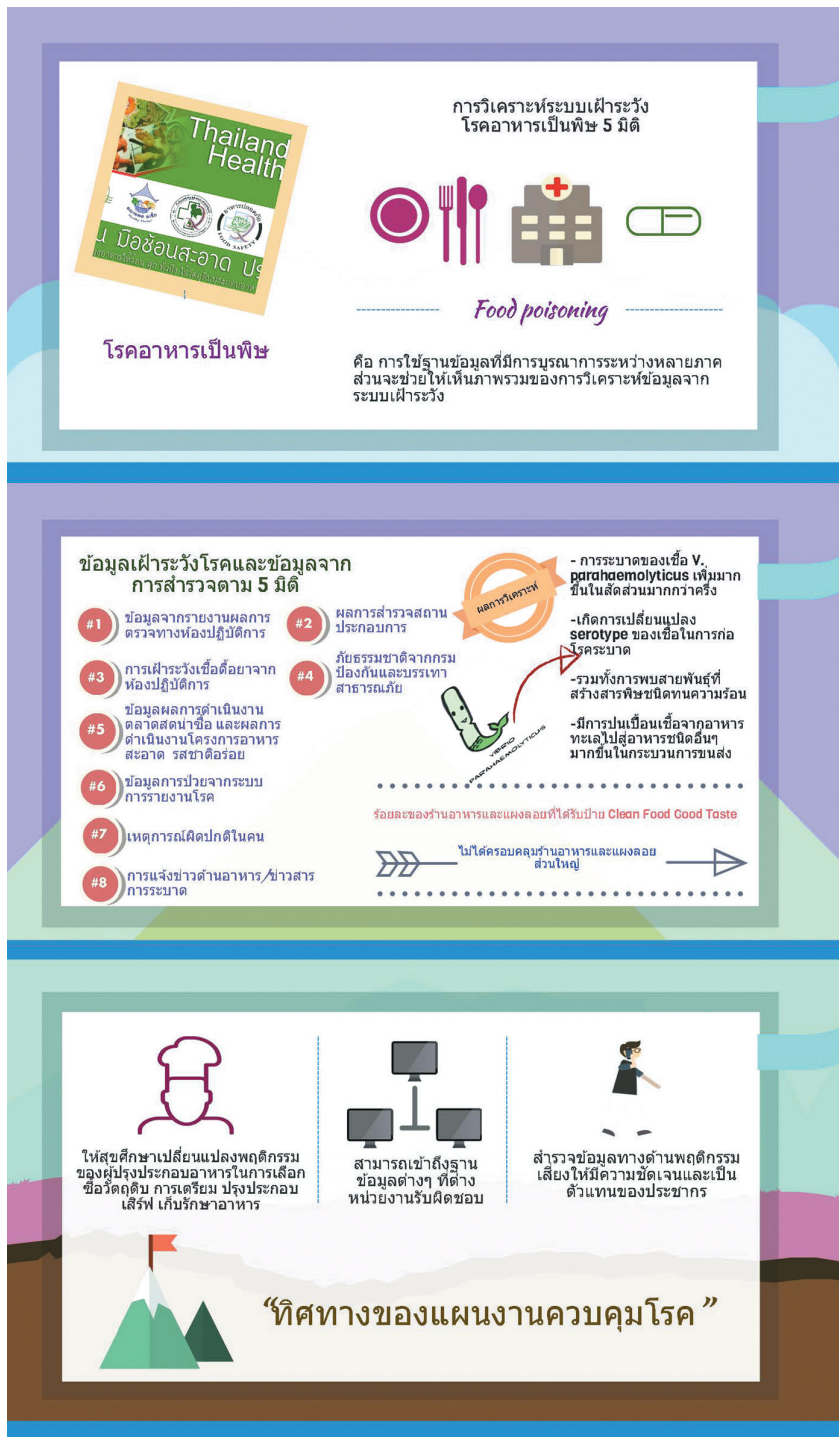


การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเพื่าระวังโรคบรูเซลโลสิส (Brucellosis) ทั้ง 5 มิติของการทำงาน

อรพิรุทธิ์ สการะเศรณี
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติประกอบด้วย ข้อมูลความชุกของโรคในปศุสัตว์และการกระจายตามพื้นที่ ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคบรูเซลโลสิสของเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ ข้อมูลการป่วยจากระบบการรายงานโรค ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคในฐานะข้อมูลเหตุการณ์ และข้อมูลรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการทำให้มีผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ อัตราการเลี้ยงปศุสัตว์ในพื้นที่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงานกับปศุสัตว์ พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น บริโภคเนื้อสัตว์ปรุงสุกๆ ดิบๆ การบริโภคนมหรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านความร้อนที่ถูกต้อง เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางการดำเนินงานควบคุมโรคนี้ พบว่าโครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรคบรูเซลโลสิสในคนคือการให้สุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆมาบริโภคอาหารที่ปรุงสุกหรือผ่านความร้อนอย่างถูกต้องเท่านั้นและให้เป็นไปอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งการเพิ่มช่องทางการรับรู้ความเสี่ยง อันตรายจากการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆดิบๆ และควรดำเนินงานแบบเข้มข้นกับภาคีเครือข่ายภาคชุมชนในการคิดหาต้นแบบโครงการ และมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม และการบูรณาการการดำเนินงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคบรูเซลโลสิส



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษ ทั้ง 5 มิติ ของการดำเนินงาน

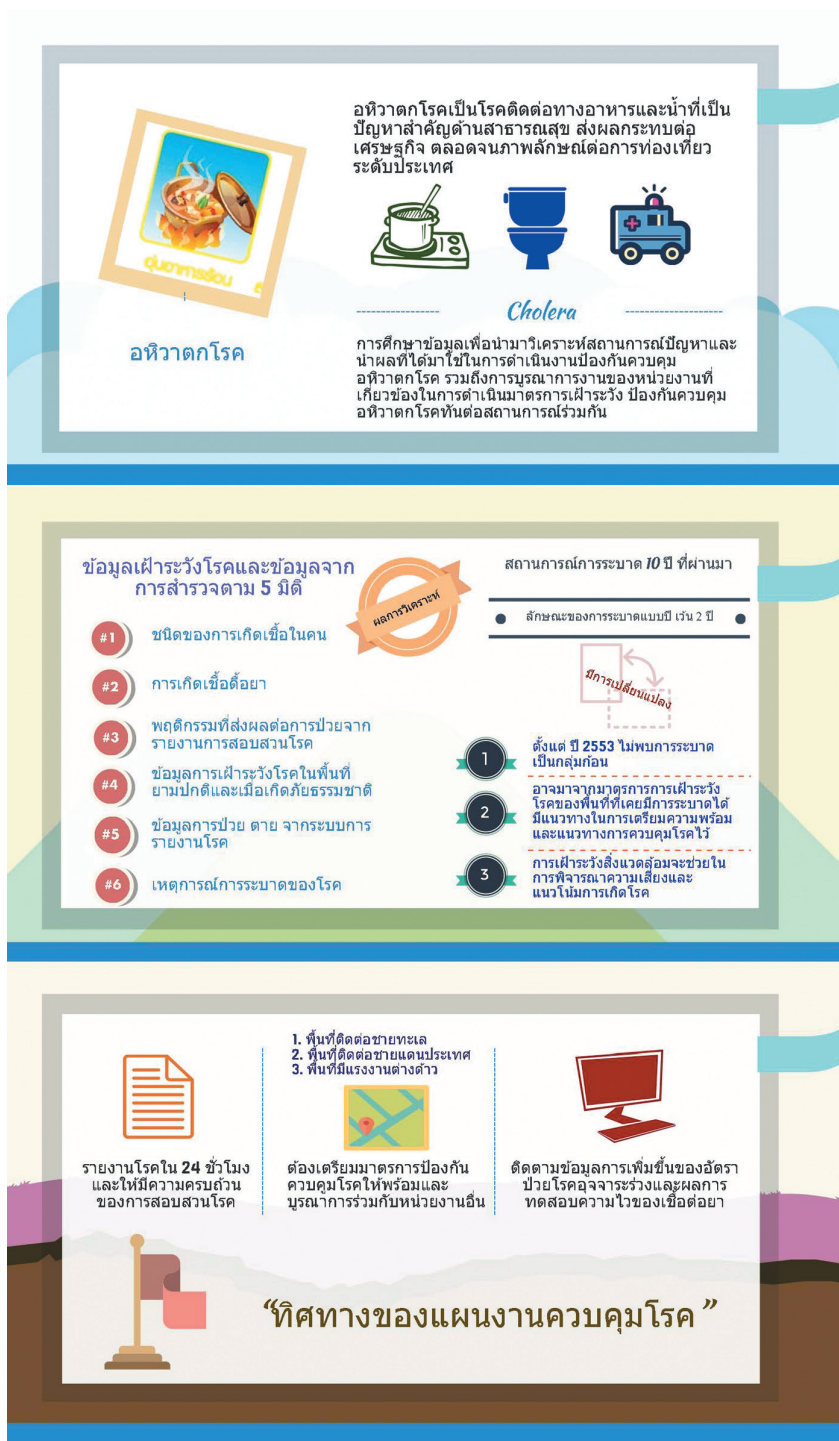
คุณุตม์ ทองพูนซัง
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning) เกิดจากการรับประทานอาหาร หรือน้ำ ที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (แบคทีเรีย ไวรัส หรือพยาธิ) สารพิษที่เชื้อสร้างขึ้นในอาหาร เช่น สารพิษของเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus*, *Clostridium botulinum*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* เป็นต้น หรือสารพิษที่เชื้อโรคสร้างขึ้นในร่างกายภายหลังจากรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าไป เช่น *Clostridium perfringens* เป็นต้น หรือสารพิษจากสิ่งอื่นๆ โดยระยะฟักตัว และอาการแสดงจะขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อที่สร้างสารพิษ หรือพิษที่ปนเปื้อนในอาหาร

สถานการณ์การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ 5 ปี ที่ผ่านมา (ปี 2553 - 2557) พบอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 (171.22 ต่อแสนประชากร) ถึงปี พ.ศ. 2557 (207.81 ต่อแสนประชากร) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษพบได้เป็นครั้งคราวตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่พบจำนวนผู้ป่วยสูงในเดือนมกราคมของทุกปี แล้วค่อยๆ ลดลงแต่ไม่มากนัก และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม แต่จำนวนไม่สูงเท่าเดือนมกราคม โดยที่จำนวนผู้ป่วยในช่วงฤดูฝนสูงกว่าฤดูร้อน หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงจนถึงเดือนธันวาคมภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูงที่สุดทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ ภาค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วยสูงสุดทุกปี การระบาดเกิดในโรงเรียนมากที่สุด และจากการซื้ออาหารมารับประทาน/ปรุงประกอบเอง สาเหตุการระบาดที่สามารถระบุได้ เกิดจากอาหารทั่วไป อาหารทะเล อาหารสุกๆ ดิบๆ นมโรงเรียน และเครื่องดื่ม ปี พ.ศ. 2555 - 2556 พบพฤติกรรมเสี่ยงสาเหตุของเหตุการณ์อาหารเป็นพิษของนักเรียนในโรงเรียน ได้แก่ การเตรียมอาหารของผู้ปรุงประกอบอาหารและตัวนักเรียนที่ไม่มีความรู้ในเรื่องการเลือกซื้อหรือเก็บรักษาอาหาร ในส่วนของนมโรงเรียน มีสาเหตุมาจากระบบการเก็บรักษานมโรงเรียน พ.ศ. 2557 พบพฤติกรรมเสี่ยงการปรุงประกอบอาหารของผู้ขาย ที่เป็นสาเหตุของเหตุการณ์อาหารเป็นพิษอันดับหนึ่ง ซึ่งพบได้มากขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 - 2556 จากผลการตรวจชนิดเชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษจากตัวอย่างที่ได้จากผู้ป่วย พบเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* มากที่สุด

เมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์โรคและมาตรการต่างๆ พบว่าไม่สอดคล้องกันกับการลดอัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษ ทั้งนี้อาจเพราะการดำเนินการมาตรการต่างๆ ยังไม่มีความครอบคลุมถึงการกำจัดปัจจัยก่อโรค และอาจยังไม่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นอาจต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ในการพิจารณาปัจจัยเสี่ยง แนวโน้มการเกิดโรค และอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานในการดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ต่อไป



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังอหิวาตกโรค (Cholera) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

สุรัสวดี กลิ่นชั้น
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

อหิวาตกโรคเป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะอุตสาหกรรมอาหารส่งออก ตลอดจนภาพลักษณ์ต่อการท่องเที่ยวระดับประเทศ ปัจจุบันนี้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการปรุงอาหารรับประทานเองเป็นการรับประทานอาหารนอกบ้านหรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จ ทำให้เสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่ผลิตไม่ได้มาตรฐาน มีการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรคและสามารถแพร่กระจายเชื้อก่อโรคไปได้ในวงกว้างเร็วขึ้น การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและนำผลที่ได้มาใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมอหิวาตกโรค รวมถึงการบูรณาการงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมอหิวาตกโรคตามบริบทของพื้นที่อย่างเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ร่วมกัน

สถานการณ์การระบาดของอหิวาตกโรค 10 ปี ที่ผ่านมา (ระหว่างปี 2548 - 2557) ประเทศไทยมีลักษณะของการระบาดในภาพรวมแบบปีเว้น 2 ปี โดยมีการระบาดใหญ่ ในปี 2550 พบผู้ป่วย 986 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.57 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 7 ราย และ ในปี 2553 พบผู้ป่วย 1,597 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.51 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 14 ราย เหตุการณ์ระบาดใหญ่ในภาพรวมของประเทศนั้นการระบาดส่วนมากจะเกิดในช่วงเดือนมีนาคม - เมษายน และมักจะเกิดการระบาดอีกครั้ง ในช่วงเดือนพฤศจิกายนของปีเดียวกัน ส่วนในปีที่ไม่มีการระบาดใหญ่จะมีผู้ป่วยตั้งแต่ 8 - 300 ราย โดยในปี 2556 ที่คาดว่าจะครบรอบการเกิดการระบาดนั้น มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 8 ราย หรือ ปี 2557 มีผู้ป่วยเพียง 12 ราย จากข้อมูลรายงาน 506 ระหว่างปี 2548 - 2557 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,786 ราย เสียชีวิตรวม 30 ราย ส่วนมากเป็นเพศชาย 1,924 ราย (ร้อยละ 50.8) อยู่ในช่วงอายุ 16 - 25 ปี 682 ราย (ร้อยละ 18.0) มีสัญชาติไทย 2,761 ราย (ร้อยละ 72.9) สถานภาพโสด 1,448 ราย (ร้อยละ 38.2) ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง 1,401 ราย (ร้อยละ 37.0) สายพันธุ์ของเชื้อส่วนมากเป็นเชื้อ *Vibrio cholera* O1 El Tor Inaba 1,977 ราย (ร้อยละ 52.2)

นับจากการระบาดใหญ่ ช่วงปี 2553 เมื่อพิจารณาข้อมูลการระบาดตามแต่ละพื้นที่แล้ว ไม่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ส่วนหนึ่งอาจมาจากมาตรการการเฝ้าระวังโรคของพื้นที่ที่เคยมีการระบาดได้มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมและแนวทางการควบคุมโรคไว้ ดังนั้น แนวโน้มการเกิดโรคอาจไม่ได้เป็นลักษณะปีเว้นสองปีตลอดไป อาจต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ในการพิจารณาความเสี่ยง และแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ปรุงและผู้ป่วย เพราะในช่วงปี 2556 - 2557 นั้น ผู้ป่วยมีการบริโภคประเภทอาหารที่หลากหลาย และบางรายไม่ได้รับประทานอาหารทะเล รวมถึงเป็นอาหารที่ปรุงเอง การมีรายงานป่วยแสดงให้เห็นถึงการปนเปื้อนเชื้อทั้งในอาหารหรือสิ่งแวดล้อมอยู่ ดังนั้นการดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังและตรวจจับการระบาด รวมถึงการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมถือเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อให้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาได้ดีขึ้น ได้แก่ จังหวัดพื้นที่เสี่ยงทั้ง 3 คุณลักษณะควรมีมาตรการเตรียมพร้อมในการป้องกันด้านสุขาภิบาล การเตรียมความพร้อมสำหรับดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมอหิวาตกโรคในประชากรกลุ่มแรงงานต่างชาติ การรณรงค์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและสุขวิทยาส่วนบุคคล บูรณาการกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการล้างตลาดและควบคุมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การติดตามสถานการณ์โรคโดยพิจารณาข้อมูลของการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วง และติดตามผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยายังมีความสำคัญ



โรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง
โรคไข้เลือดออก 5 มิติ



โรคไข้เลือดออก

- เพื่อการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูล
ต่างๆ ซึ่งอาจขาดความครบถ้วนในแต่ละปัจจัย จึงควรชี้ให้
เห็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุง

- เพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการกำหนดพื้นที่เสี่ยง
และการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการ
สำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรค
จำแนกพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง
- #2 ข้อมูลการเฝ้าระวังด้านชนิดเชื้อ
ไวรัสเด็งกี
- #3 ข้อมูลการเฝ้าระวังและการ
สำรวจความหนาแน่นของยุง
พาหะ
- #4 ข้อมูลการสำรวจเชิงพฤติกรรม
- #5 ข้อมูลการป่วยจากระบบการ
รายงานโรค



ผลการวิเคราะห์



#1

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือ
ความหนาแน่นของยุง
พาหะนำโรค



จากการสำรวจช่วงก่อนฤดูการ
ระบาด ปี พ.ศ. 2558 โดยทำการ
สำรวจในโรงพยาบาล โรงเรียน
และศาสนสถาน จังหวัดละ 1 แห่ง

พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายยังคง
สำรวจพบในอัตราเกินกว่า
มาตรฐานที่กำหนด

สนับสนุนสื่อสารประชาสัมพันธ์
เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม
ในการจัดการกำจัดแหล่งเพาะ
พันธุ์ยุงลายในครัวเรือน



การควบคุมโรค
ไข้เลือดออก
เริ่มต้นที่..บ้าน



สร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจใน
การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง



“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฟียร์วังก์โรคไข้เลือดออก ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

ธีรชาติ กอพยัคฆินทร์ จิระพัฒน์ เกตุแก้ว และอนุตรศักดิ์ รัชตะทัต
สำนักโรคติดต่ออันตราย

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ตามองค์ประกอบการเกิดโรคทางระบาดวิทยา ซึ่งข้อมูลต่างๆ ยังขาดความครบถ้วนสมบูรณ์ในแต่ละปัจจัยที่ต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ในการกำหนดพื้นที่เสี่ยงและการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตามองค์ประกอบ 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคจำแนกพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง ข้อมูลการเฝ้าระวังด้านชนิดเชื้อไวรัสเด็งกี ข้อมูลการเฝ้าระวัง และการสำรวจความหนาแน่นของยุงพาหะ ข้อมูลการสำรวจเชิงพฤติกรรม การวิเคราะห์ พบว่า การเกิดโรคไข้เลือดออกเกิดจากปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือความหนาแน่นของยุงพาหะนำโรคที่สามารถตรวจพบได้ในทุกพื้นที่ ซึ่งสะท้อนความสำคัญของมาตรการด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรค ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อโอกาสการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ในทุกพื้นที่ ทิศทางของแผนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงควรสนับสนุนด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือน และสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายดังกล่าวอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ภายใต้ความคิด “การควบคุมโรคไข้เลือดออก เริ่มต้นที่บ้าน” พร้อมทั้งการส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคในทุกภาคส่วน



โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
อีโอซีโนฟิลิก

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ



โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ
อีโอซีโนฟิลิก

นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะ
เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการ
วางแผนการป้องกันและควบคุมโรค

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจาก การสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ความชุกของโรคในสัตว์พาหะ
และสัตว์พาหะกึ่งกลาง
- #2 ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม
การบริโภคอาหาร
- #3 ข้อมูลการป่วยตายจาก
ระบบการรายงานโรค
- #4 ข้อมูลเหตุการณ์ผิดปกติในคน
- #5 ข้อมูลรายงานผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการ



ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการทำให้
มีผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ

พฤติกรรมบริโภค เนื้อสัตว์ปรุงสุกๆ ดิบๆ



ไม่ได้มาจากความหนาแน่นหรือ
ความชุกของการเกิดโรคในหมู่นกและ
หอยป่าจัดต่างๆ ในแต่ละพื้นที่



ให้สุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมบริโภคอาหารที่
ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ มาบริโภค
อาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น



เพิ่มช่องทางการรับรู้ความเสี่ยง
อันตรายจากการบริโภคอาหารที่
ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ



ดำเนินงานแบบเข้มข้นกับ
ภาคเครือข่ายภาคชุมชนใน
การคัดค้านแบบชุมชน
อาหารปลอดภัย



“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบฟ้าระวัจโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ อีโอซิโนฟิลิก (Eosinophilic meningoencephalitis) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

จิตติมา วงศาโรจน์ วรยุทธ นาคชัย และอัมภัส วิเศษโมรา
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลโรคในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลความชุกของโรคและความหนาแน่นในหนูและหอยน้ำจืดต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ข้อมูลการป่วยจากระบบการรายงานโรค ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคในฐานะข้อมูลเหตุการณ์ และข้อมูลรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อการทำให้ผู้ป่วยแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่คือ พฤติกรรมการบริโภคเนื้อสัตว์ปิ้งสุกๆ ดิบๆ ไม่ได้มาจากความหนาแน่นหรือความชุกของการเกิดโรคในหนูและหอยน้ำจืดต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งแต่ไม่เป็นเหตุผลเพียงพอที่จะส่งผลต่อการเกิดโรคในคน เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคนี้ พบว่า โครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบอีโอซิโนฟิลิกในคนคือการให้สุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ มาบริโภคอาหารที่ปรุงสุกเท่านั้น และให้เป็นไปอย่างยั่งยืน พร้อมทั้งการเพิ่มช่องทางการรับรู้ความเสี่ยงอันตรายจากการบริโภคอาหารที่ปรุงแบบสุกๆ ดิบๆ และควรดำเนินงานแบบเข้มข้นกับภาคีเครือข่ายภาคชุมชนในการคิดหาต้นแบบโครงการ และมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นรูปธรรม

โรคคอตีบ

วัตถุประสงค์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ครั้งนี้

- เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลโรคคอตีบในลักษณะภาพรวมทั้ง 5 มิติของการดำเนินงานเพื่อร่วมกันวางแผนบูรณาการฐานข้อมูลการรายงานโรคและข้อมูลในหลากหลายมิติ

Diphtheria

- ได้แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลในส่วนที่ขาดให้มีความสมบูรณ์สามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ
- #2 ข้อมูลสาเหตุที่ผู้ป่วยครองไม่เข้าเด็กกลุ่มเป้าหมายไปรับวัคซีนให้ครบถ้วน
- #3 ข้อมูลอัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบ
- #4 ข้อมูลการป่วยตายจากระบบรายงานโรค
- #5 ฐานข้อมูล outbreak verification

ปี 2548-2551

มีผู้ป่วยไม่เกินปีละ 10 ราย

ตั้งแต่ปี 2552

ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นเด็ก ยกเว้นปี 2555 ที่ผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่มีสัดส่วนพอ ๆ กัน

ปี 2555

พบการระบาดในผู้ใหญ่ โดยเริ่มจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกระจายไปยังภาคอื่น ๆ

ปี 2556-2557

ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่เป็นเด็ก

กลุ่มเป้าหมาย 20 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุ ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบใน 1 ปี

รณรงค์ฉีดวัคซีนคอตีบ - บาดทะยักแก่ประชากรกลุ่มอายุ 20 - 50 ปี ทุกคนๆ ละ 1 ครั้ง

ในเด็กต้องเร่งรัดมาตรการให้วัคซีนตามระบบปกติให้ครบถ้วน

ฐานข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเพื่อใช้กำหนดพื้นที่เสี่ยงให้ชัดเจนเป็นสิ่งที่สำคัญและเร่งพัฒนา

“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบแพ้ระวังโรคคอตีบ (Diphtheria) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

พอพิศ วรินทร์เสถียร และวรวรรณ กลิ่นสุภา
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

วัตถุประสงค์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลโรคคอตีบในลักษณะภาพรวมทั้ง 5 มิติของการดำเนินงานเพื่อร่วมกันวางแผนบูรณาการฐานข้อมูลการรายงานโรคและข้อมูลในหลากหลายมิติ รวมทั้งให้ได้แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลในส่วนที่ขาดให้มีความสมบูรณ์สามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ ข้อมูลสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่นำเด็กกลุ่มเป้าหมายไปรับวัคซีนให้ครบถ้วน ข้อมูลอัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลสถานการณ์โรคและเหตุการณ์ผิดปกติจากระบบการรายงานโรค (รง. 506) ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป และฐานข้อมูล outbreak verification ใน website ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป ผลการวิเคราะห์พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบที่เคยลดลงเหลือไม่เกิน 10 รายต่อปี ก่อนปี พ.ศ. 2551 กลับมีเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2552 โดยพบมากในเด็กเล็กบริเวณ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากเหตุการณ์ไม่สงบ การระบาดดังกล่าวยังคงพบมาจนถึงปัจจุบัน และในปี พ.ศ. 2555 พบการระบาดในผู้ใหญ่โดยเริ่มจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกระจายไปยังภาคอื่นๆ สาเหตุเนื่องจากเป็นผู้ที่เกิดในยุคก่อนการให้วัคซีน (ปี พ.ศ. 2520) หรือเกิดในช่วงต้นของการให้วัคซีนที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนยังต่ำอยู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายสถาบันที่พบว่า กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไปมีภูมิคุ้มกันไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคคอตีบในสัดส่วนที่สูง ทำให้มีมาตรการการให้วัคซีนคอตีบแก่ประชากรกลุ่มอายุ 20 - 50 ปีในปี พ.ศ. 2557 - 2558 และคงต้องมีมาตรการให้วัคซีนต่อเนื่องต่อไปอีก เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันอย่างเพียงพอในการป้องกันโรคและต่อเนื่องสำหรับในเด็กคงต้องเร่งรัดมาตรการการให้วัคซีนตามระบบปกติให้ครบถ้วน ฐานข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเพื่อใช้ในการกำหนดพื้นที่เสี่ยงให้ชัดเจน เป็นประเด็นที่ทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและเร่งพัฒนา



โรคหัด

วัตถุประสงค์ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

- เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลโรคหัดในลักษณะภาพรวมทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน
- เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบข้อมูลโรคหัดให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น



- เพื่อให้มีข้อมูลที่สามารถใช้สำหรับการวางแผนในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ
- #2 ข้อมูลสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่นำเด็กกลุ่มเป้าหมายไปรับวัคซีน
- #3 ข้อมูลอัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน
- #4 ข้อมูลการป่วยตายจากระบบการรายงานโรค
- #5 ข้อมูลเหตุการณ์และสายพันธุ์ที่มีการระบาด



40%

ของ

ผู้ป่วยโรคหัดเป็นเด็กก่อนวัยเรียน

- #1 กลุ่มที่ติดตามผู้ปกครองที่เป็นแรงงานเคลื่อนย้ายทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ
- #2 กลุ่มที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลการคมนาคม
- #3 กลุ่มชุมชนแออัดในเขตเมือง
- #4 กลุ่มที่อาศัยในพื้นที่ไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้



- ปรับกำหนดการให้วัคซีน MMR เข็มสอง ซึ่งแต่เดิมให้ใน 7 ปี เป็น 2.5 ปี โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ สค. 2557

- เร่งรัดให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กอายุ 2.5-7 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มสอง



เพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนมุ่งเน้นในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง

ยกระดับการเฝ้าระวังโรค โดยเพิ่มการเฝ้าระวังผู้ป่วยไขข้ออักเสบ ร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกราย



“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฟิร์สวัยโรคหัด (Measles) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

เลิศฤทธิ์ ลีลาธร
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฟิร์สวัยโรคหัดทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน มีข้อมูลที่น่าสนใจมาวิเคราะห์ ประกอบด้วย ข้อมูลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างส่งตรวจในผู้ป่วยสงสัยโรคหัด ข้อมูลสาเหตุที่ผู้ปกครองไม่นำเด็กกลุ่มเป้าหมายไปรับวัคซีนให้ครบถ้วน ข้อมูลอัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลสถานการณ์โรค และเหตุการณ์การระบาดจากระบบการรายงานโรค (รง. 506) และฐานข้อมูลเพื่อการกำจัดโรคหัดของสำนักโรคติดต่อวิทยา จากการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า อัตราป่วยโรคหัดของประเทศไทยลดลงมากเมื่อเทียบกับในอดีต เป็นผลจากการขยายแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการรักษาและเพิ่มระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนให้สูงขึ้น ทั้งนี้ ยังคงพบการระบาดทั้งในกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่อยู่บ้าง ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่พบในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นเด็กก่อนวัยเรียน เพื่อเป็นการยกระดับการดำเนินงานตามพันธะสัญญานานาชาติ โดยการกำจัดโรคหัดให้บรรลุผลสำเร็จในอนาคต จึงจำเป็นต้องบูรณาการในการทำงานร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดมาตรการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษต่อไป



โรคเรื้อน

ยังใช้ระบบรายงานของสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นข้อมูลเฝ้าระวังโรคเรื้อนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลโรคเรื้อนในครั้งนี้



Leprosy

วัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

#1

ข้อมูลความชุกของโรคเรื้อน

#2

อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่

#3

จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กอายุ 0-14 ปี

#4

ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2

#5

ผู้ป่วยใหม่ประเภทเขื่อนมาก

#6

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นคนต่างด้าว

#7

ข้อมูลการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่

#8

ข้อมูลอัตราการรักษาด้วยยา MDT ครบถ้วน

#9

ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค



สถานการณ์ของโรคเรื้อนในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ต่ำมาก



พบผู้ป่วยมากอยู่ในบางพื้นที่ ได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์โรคเรื้อนที่เป็นคนต่างด้าวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



การกำหนดพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นสิ่งสำคัญ



เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยให้พบโดยเร็ว ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความพิการและลดการแพร่โรคในชุมชน



เพิ่มมาตรการการคัดกรองผู้สงสัยโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าว



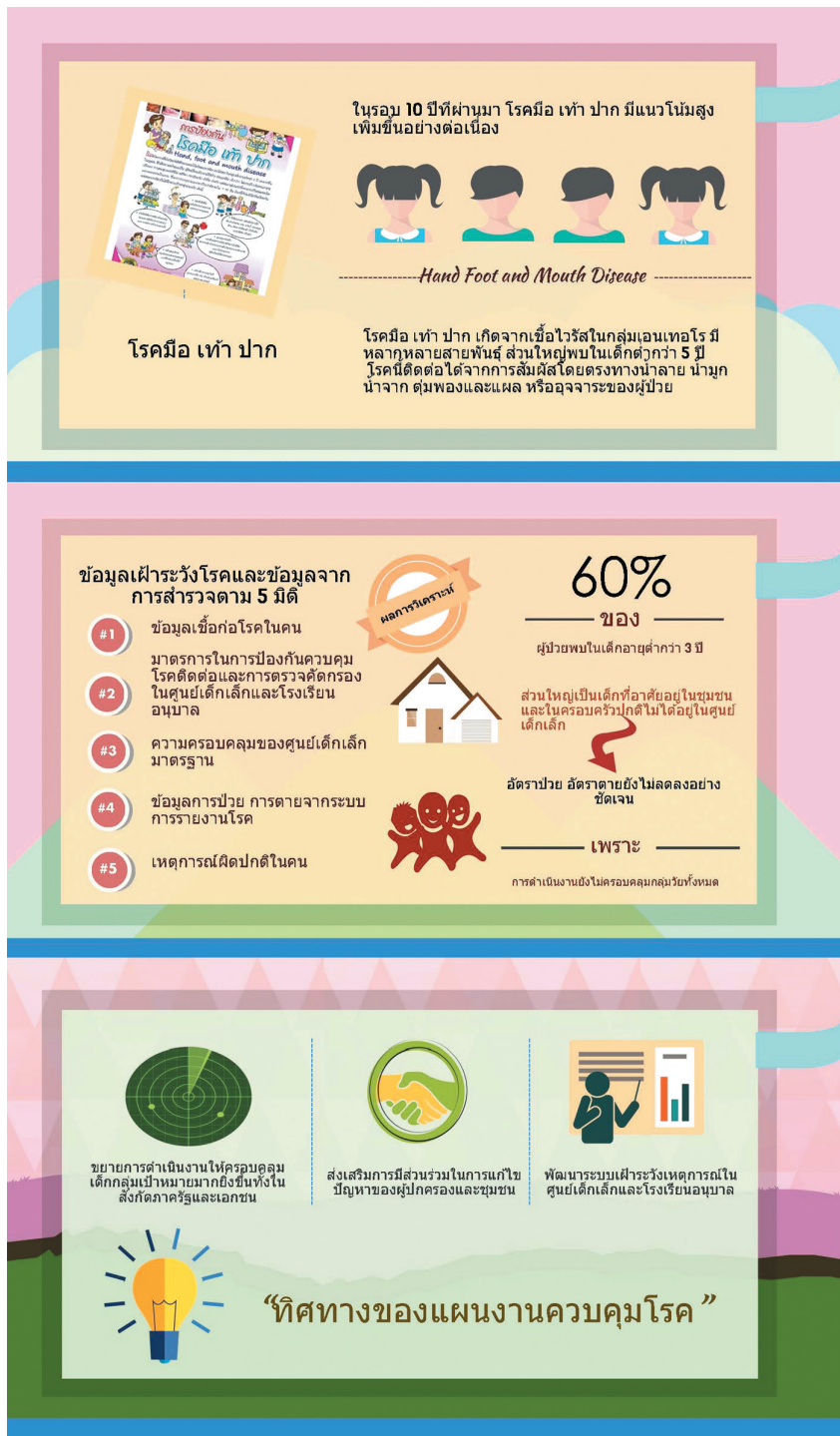
“ทิศทางการดำเนินงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฟิร์ววัยโรคเรื้อน (Leprosy) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

อาจินต์ ชลพันธุ์ และฉลวย เสรีจกิจ
สถาบันราชประชาสมาสัย

บทสรุป

ยังใช้ระบบรายงานของสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นข้อมูลเฝ้าระวังโรคเรื้อน การวิเคราะห์ข้อมูลโรคเรื้อนในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลความชุกของโรคเรื้อน อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้) ผู้ป่วยใหม่ประเภทเชื้อมาก (MB) ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นคนต่างด้าว ข้อมูลการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ข้อมูลอัตราการรักษาด้วยยา MDT ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ และข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค ผลการวิเคราะห์พบว่า สถานการณ์ของโรคเรื้อนในประเทศไทยอยู่ในระดับที่ต่ำมาก โดยในปี 2557 พบผู้ป่วยใหม่เพียง 208 ราย การกระจายของโรคพบผู้ป่วยมากอยู่ในบางพื้นที่ ได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในขณะที่สถานการณ์โรคเรื้อนที่เป็นคนต่างด้าวกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคเรื้อน พบว่า การกำหนดพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นสิ่งสำคัญเพื่อดำเนินมาตรการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยให้พบโดยเร็วก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความพิการ และลดการแพร่โรค ในชุมชนพร้อมทั้งเพิ่มมาตรการการคัดกรองผู้สงสัยโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฟิร์ววัยโรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot and Mouth Disease) ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

ปรารภณา สุขเกษม สมนึก เลิศสุโกชนิชย์ และพรศักดิ์ อยู่เจริญ
สำนักโรคติดต่อทั่วไป

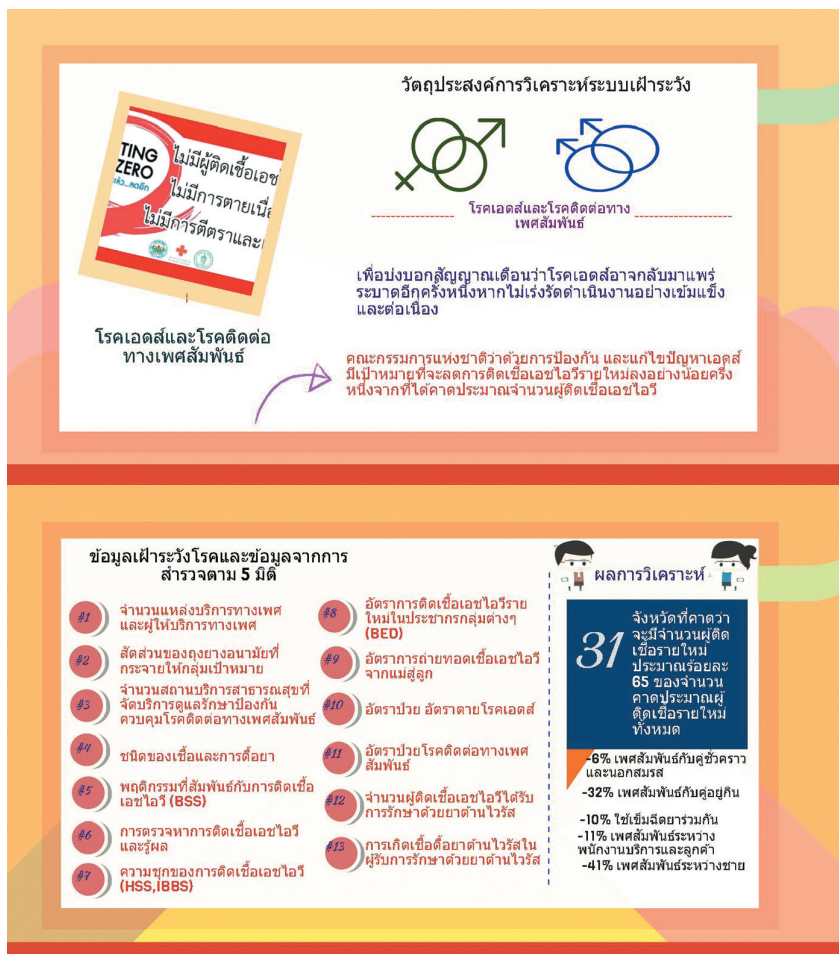
บทสรุป

พบว่าอัตราป่วย อัตราตายยังไม่ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มวัยทั้งหมด (เด็กอายุ 0 - 5 ปี) ต้องขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมเด็กกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น ได้แก่ โรงเรียนอนุบาลและสถานรับเลี้ยงเด็กทั้งในสังกัดภาครัฐและเอกชน ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยพบในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในครอบครัวปกติไม่ได้อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ปกครองและชุมชนจึงมีความสำคัญ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ยังมีรายงานค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีรายงานผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (ทั้งการรายงานโรคและการรายงานเหตุการณ์)

บทที่ 2

ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์





การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบแพ้ระวังโรคเอดส์ ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

สำนักงานระบาดวิทยา และสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทสรุป

ลักษณะการแพ้ระวังของโรคเอดส์ในประเทศไทยเกิดขึ้นในประชาชนวัยแรงงานซึ่งเป็นทรัพยากรหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคเอดส์ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่สำคัญคือการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งมีรายละเอียดเบื้องต้นดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาบ่งบอกสัญญาณเตือนว่าโรคเอดส์อาจกลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งหนึ่ง ลักษณะดังกล่าว เป็นข้อบ่งชี้ที่อาจทำให้คาดการณ์ได้ว่า หากไม่เร่งรัดดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง ประเทศไทยอาจไม่สามารถควบคุมการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเอดส์ที่มีเป้าหมายว่าจะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่ได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลสัญญาณเตือนที่สำคัญประกอบด้วย

- 1.1 ผลการเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
- 1.2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพนักงานบริการทางเพศยังไม่มีแนวโน้มลดลง และพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการแฝงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยความชุกของการติดเชื้อพบสูงมากในกลุ่มหญิงขายบริการเร่ร่อนที่ยืนตามถนนหรือสวนสาธารณะ และการขายบริการผ่านเครือข่ายขายบริการทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งกลุ่มผู้ขายบริการกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่เข้าถึงระบบบริการป้องกัน ดูแลรักษา รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ
- 1.3 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน เป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 1.4 การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดสูงมาก และไม่มีแนวโน้มลดลง ประกอบกับการแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะยาบ้ายังมีอยู่ในเด็ก และเยาวชน

- 1.5 สถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
- 1.6 การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวประมงเริ่มสูงมากขึ้น
2. ปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีอันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิต ได้แก่
 - 2.1 ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นที่ยอมรับในกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น
 - 2.2 พฤติกรรมการเล่นแบบส่งผลให้เยาวชนส่วนหนึ่งคล้อยตามในการมีคู่นอนหลายคน
 - 2.3 การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของในเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น
 - 2.4 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย
 - 2.5 การขาดทักษะและความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.6 ความเจริญก้าวหน้าของสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ กับการขาดทักษะในการจัดการให้เกิดประโยชน์ของเยาวชน และการขาดความรับผิดชอบของผู้ประกอบการ ส่งผลให้เด็ก และเยาวชนเข้าถึงสื่อลามก และความรุนแรงต่างๆ ได้อย่างง่ายดาย
3. สถานการณ์ด้านการให้บริการป้องกัน ดูแล และรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์
 - 3.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 - 3.1.1 เยาวชน

ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการเสริมสร้างทักษะชีวิตในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับเด็กและเยาวชน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ หลังจากนั้นมา ได้มีการประสานความร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการเพื่อพัฒนากลุ่มแกนนำด้านการป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา โดยบูรณาการงานเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บุหรี่ และแอลกอฮอล์ เพื่อสนับสนุนให้เยาวชนแกนนำสามารถให้คำแนะนำแก่เพื่อนและจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในสถานศึกษาหรือชุมชนได้ รวมถึงมีการรณรงค์ในสถานศึกษาในรูปแบบต่างๆ อีกด้วย

สำหรับเยาวชนนอกสถานศึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 สำนักโรคเอดส์ฯ ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน ในชุมชนด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยแกนนำจะมีส่วนร่วมในการจัดทำ แผนชุมชน และจัดกิจกรรมป้องกันเอดส์ในชุมชน

นอกจากนี้ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 เริ่มมีการส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตรด้านอนามัย เจริญพันธุ์แก่เยาวชน โดยมีบริการที่ครอบคลุม ทั้งการให้การปรึกษา การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การวางแผนครอบครัว ให้ถุงยางอนามัย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและบริการส่งต่อที่เหมาะสม

3.1.2 ผู้ใช้สารเสพติด

กรมควบคุมโรคได้ร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการ ดำเนินกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่อง และได้นำ แนวคิดเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm reduction) มาประยุกต์ ใช้ในการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้สารเสพติดสามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพอย่างครบวงจร และลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ เอชไอวี

3.1.3 พนักงานบริการ

แผนงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% เป็นแผนงานสำคัญในการ ป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับกลุ่มพนักงาน บริการทางเพศในสถานบริการ แม้ว่าการจัดสรรงบประมาณสำหรับ ถุงยางอนามัยจะลดลงค่อนข้างมาก แต่ก็ยังคงสนับสนุนถุงยางอนามัย ให้แก่พนักงานบริการหญิง และมีการปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ความรู้แก่ พนักงานบริการ การสำรวจสถานบริการทางเพศทั่วประเทศ การจัดทำ มาตรฐานการดำเนินงานของคลินิกให้บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ รวมทั้งในปี พ.ศ. 2551 - 2552 ได้มีการจัดทำสื่อต้นแบบ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ในกลุ่มสาวคาราโอเกะด้วย

3.1.4 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเครือข่ายความหลากหลายทางเพศ ในประเทศไทย ได้จัดทำแผนปฏิบัติการในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ ปี 2555 - 2559 โดยอิงฐานของแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึง และครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2554

แผนงาน/โครงการส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เป็นการสนับสนุนการทำงานของกลุ่มเครือข่ายความหลากหลายทางเพศ ในลักษณะของการสร้างกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้เป็นผู้ให้ความรู้ในกลุ่ม (Peer educator) และศูนย์บริการ drop-in center ในขณะที่ภาครัฐก็ได้เริ่มพัฒนาระบบบริการที่มีความจำเพาะ และเป็นมิตรกับกลุ่มฯ รวมทั้งเชื่อมโยงการทำงานของกลุ่มฯ นอกจากนี้ ยังได้ริเริ่มการทำงานร่วมกันของกลุ่มฯ กับสำนักกระบวนวิชาในการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และจัดเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศ

3.1.5 แรงงานข้ามชาติ

เนื่องจากข้อจำกัดของกลุ่มประชากรข้ามชาติบางส่วนอยู่ในสถานะคนหลบหนีเข้าเมือง ทำให้ระบบการบริการของรัฐ และการบริการด้านสุขภาพ ยังไม่ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มนี้เท่าที่ควร ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาด้านเอดส์สำหรับประชากรกลุ่มนี้ถูกถ่ายโอนไปอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบขององค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม ดังนั้นแผนการดำเนินโครงการ ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาเลเรีย สำหรับประชากรข้ามชาติ ในปี 2553 จึงเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยมุ่งเน้นให้มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ซึ่งการดำเนินงานหลักคือ การให้ความรู้กับประชากรข้ามชาติเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และป้องกันภาวะเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวี การจัดสภาพแวดล้อมในการบริการสาธารณสุข และทางสังคมให้เอื้อต่อการดำเนินงาน และการดูแลช่วยเหลือประชากรข้ามชาติ พร้อมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นมาตรฐานในระดับประเทศ

3.1.6 กลุ่มประชากรอื่นๆ

กลุ่มคู่รักที่มีผลเลือดต่าง : พัฒนาสื่อต้นแบบเฉพาะ และคู่มือการให้บริการ และให้บริการปรึกษาแก่คู่ที่มีผลเลือดต่าง สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาล

กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ: ดำเนินการอบรมแกนนำผู้ต้องขัง และแกนนำผู้คุมในการเป็นวิทยากรด้านเอดส์ และจัดกิจกรรมป้องกันเอดส์ รวมทั้งจัดอบรมเพื่อปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่เรือนจำที่มีต่อโรคเอดส์ การตรวจ

วินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และให้บริการปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยเจ้าหน้าที่เรือนพยาบาลในเรือนจำ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และระบบส่งต่อการได้รับยาต้านไวรัส โดยมีการจัดมุมให้บริการปรึกษาจากแกนนำผู้ต้องขังในแดนต่างๆ อีกด้วย

กลุ่มประมงไทย: สำนักรโรคเอดส์ฯ ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาอาสาสมัครลูกเรือ/ชุมชนในการเป็นแกนนำด้านเอดส์ มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ลูกเรือ การพัฒนาศูนย์สุขภาพลูกเรือ ระบบส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ รวมทั้งมีการจัดทำสื่อให้ความรู้และรณรงค์ด้านการป้องกันและดูแลรักษาโรคเอดส์ในจังหวัดปัตตานี สมุทรสาคร สงขลา และระยอง

กลุ่มแรงงานในระบบ: สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ ร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดทำมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO-Thailand) และสนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายคณะทำงานระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมผลักดันให้มีการนำมาตรฐาน ASO ไปใช้ในสถานประกอบการ และนิเทศติดตามผลการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมป้องกันเอดส์ในสถานประกอบการ รวมถึงการส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยในสถานประกอบการอีกด้วย

กลุ่มแรงงานนอกระบบ: สำนักรโรคเอดส์ฯ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พัฒนาชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้สร้างเครือข่ายคณะทำงาน/คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย และร่วมกันสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เน้นความยั่งยืน โดยสร้างแกนนำอาสาสมัครในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายเพื่อเป็นวิทยากรทำหน้าที่ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นผู้ให้บริการปรึกษา และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม จัดกิจกรรมขยายผลรูปแบบต่างๆ เช่น ศิลปินพื้นบ้าน สอดแทรกความรู้ในวิถีชีวิต โดยดำเนินงานในจังหวัดเชียงราย และขอนแก่น

3.2 การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

3.2.1 การบริการปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

การเข้ารับบริการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหลังจากติดเชื้อเอชไอวี มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแล และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไปสู่ผู้อื่น กระบวนการเข้ารับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน การเข้ารับบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ยังมีน้อย และไม่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากด้วยความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวียังมีไม่มากพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูง ย่อมส่งผลให้สามารถแพร่กระจายการติดเชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

3.2.2 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามนโยบายการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้ต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความครอบคลุมของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์เป็นไปอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลจากการคาดการณ์ พบว่ามีผู้ป่วยอีกประมาณ ร้อยละ 40 ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาได้ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก หรือกลุ่มที่ถูกกีดกันทางสังคม รวมทั้งประชาชนด้อยโอกาสที่ขาดสิทธิการดูแลรักษาพยาบาล จะไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการได้

นอกจากนี้ ปัญหาการเข้าไม่ถึงระบบบริการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวี การไม่ได้รับการส่งต่อ การเข้าไม่ถึง หรือเข้ารับบริการดูแลรักษาล่าช้า ส่งผลให้การดูแลรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อัตราการเสียชีวิตในช่วง 6 เดือนแรกหลังเข้ารับการรักษาจากการสำรวจในสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยเฝ้าระวังยังสูงอยู่มาก (ร้อยละ 7) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิต เข้ารับการรักษาในระยะสุดท้ายหลังมีอาการของโรคแล้ว

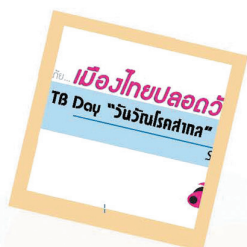
3.2.3 การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี และทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเด็กเกือบทั้งหมดเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกซึ่งอาจเกิดในช่วงตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด หรือจากการ

คืบมนมารดา ซึ่งเป้าหมายหลักของการดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ การป้องกันไม่ให้ทารกติดเชื้อเอชไอวี ให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพแข็งแรง และมีความสุข รวมทั้งการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อต้องได้รับการดูแลให้มีชีวิตยืนยาวโดยมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ปัจจุบัน ร้อยละ 40 ของเด็กติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อภายในอายุขวบปีแรก ทำให้ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม เด็กอาจเสียชีวิตก่อนรับการวินิจฉัยหรือเข้าสู่ระบบบริการเมื่อเริ่มแสดงอาการป่วยจากการติดเชื้อ หรือมีอาการของโรคเอดส์เมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้เสียโอกาสการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในเวลาที่เหมาะสม ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก เด็กที่ไม่มารับการตรวจเลือดส่วนใหญ่น่าจะมาจากไม่มาตามนัด หลายรายย้ายที่อยู่ หรือเด็กไม่ได้อยู่กับมารดาแต่มีป้า ตายายเป็นผู้เลี้ยงดู ซึ่งมารดาไม่ได้บอกเรื่องการติดเชื้อของตนกับผู้ดูแลเด็ก จึงไม่ได้พาเด็กไปตรวจตามนัด

สามารถสรุปปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้พอสังเขปดังต่อไปนี้

1. ระบบข้อมูลและการรายงานที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศฐานข้อมูลส่วนใหญ่ที่มีอยู่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณทางระบาดวิทยา ยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนปัญหาในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม
2. ระบบข้อมูลและการรายงานในพื้นที่ส่วนใหญ่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยประสานและรวบรวม จัดส่งให้หน่วยงานส่วนกลาง โดยไม่ผ่านสำนักงานควบคุมป้องกันโรค ทำให้เกิดช่องว่างในการรวบรวมข้อมูลในระดับเขต
3. ปัจจุบันสถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ต้องให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีจำนวนสะสมเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่บุคลากรมีจำกัดอีกทั้งต้องทำหน้าที่รวบรวมบันทึกและรายงานผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการฯ ตามระบบรายงานที่ยังแยกส่วนเป็นหลายระบบและมีรูปแบบการจัดเก็บที่แตกต่างกัน ทำให้มีปัญหาในเรื่องความครบถ้วนและความทันเวลาของการรายงานในบางระบบ
4. นอกจากนี้การให้ประโยชน์ในระดับสถานบริการสุขภาพจากฐานข้อมูลในระบบต่างๆ ที่มีอยู่ ยังมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่น ความสามารถของบุคลากรในการวิเคราะห์ข้อมูล บุคลากรระดับจังหวัดที่มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสังเคราะห์ข้อมูล สำหรับใช้วางแผนและพัฒนาป้องกันการแพร่ระบาดมีจำนวนน้อย
5. ข้อจำกัดของข้อมูลทางระบาดวิทยาบางระบบ ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนในระดับเขตหรือจังหวัด



วัณโรค

ข้อมูลเฝ้าระวังวัณโรคที่นำมาวิเคราะห์นี้ พื้นฐานข้อมูลจากระบบรายงานวัณโรคจากสถานบริการสาธารณสุข

ยังไม่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและระบบฐานข้อมูลอื่นเช่น ฐานข้อมูลวัณโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฐานข้อมูลระบบแฟ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข



วัณโรค

วัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ครั้งนี้เพื่อนำเสนอความเชื่อมโยงของปัจจัยเสี่ยงกำหนดการเกิดวัณโรค และผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะประโยชน์ต่อการวางแผน กำหนดมาตรการและกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ



การเร่งรัดค้นหาวัณโรคเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง



1. ผู้สูงอายุ
2. ผู้ต้องขังเรือนจำ
3. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี
4. แรงงานข้ามชาติ



โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทางในผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”



การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคฉี่หนู ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

สุขสันต์ จิตติมณี, จิรวัดน์ วรสิงห์, ศิริินภา จิตติมณี, สมพร สมทอง,
ธนกร กระต่ายทอง และเชวตสร นามวาท
สำนักโรค

บทสรุป

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคฉี่หนูที่นำมาวิเคราะห์นี้ พื้นฐานข้อมูลจากระบบรายงานโรคจากสถานบริการสาธารณสุข ยังไม่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและระบบฐานข้อมูลอื่น เช่น ฐานข้อมูลโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฐานข้อมูลระบบแพ้มมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ครั้งนี้เพื่อนำเสนอความเชื่อมโยงของปัจจัยเสี่ยงกำหนดการเกิดโรค และผลการดำเนินงานโรคของประเทศในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน กำหนดมาตรการและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเร่งรัดการค้นหาและดูแลรักษาให้หาย ซึ่งนำไปสู่การตัดวงจรการแพร่เชื้อโรค นำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงกำหนดและข้อมูลจากระบบรายงานโรคตาม 5 มิติ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเสี่ยงกำหนดการเกิดโรค 2) ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม 3) ผลการดำเนินงานของแผนงานโรคแห่งชาติ 4) ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และ 5) การตอบสนองรายการณี ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยเสี่ยงกำหนดการเกิดโรคในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น โครงสร้างประชากรสูงอายุ แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขังเรือนจำ และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งผลการดำเนินงานโรคด้านการให้การดูแลรักษายังพบอัตราตายระหว่างการรักษา และอัตราการขาดยาสูงในแต่ละพื้นที่ เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานของแผนงานโรคแห่งชาติ พบว่าโครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมโรคคือ การเร่งรัดค้นหาโรคเชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขังเรือนจำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทั้งในผู้ป่วยโรคที่ไวต่อยาและผู้ป่วยโรคดื้อยา

บทที่ 3

ระบบไฟฟ้าระวาง
โรคไม่ติดต่อ



กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและอันดับหนึ่งในประเทศไทยทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อถูกบรรจุไว้ในแผนสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน โดยมุ่งผลลัพธ์ คือ ลดป่วย ลดตาย จากโรคไม่ติดต่อและให้ความสำคัญกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

Coronary Heart disease

โรคหัวใจขาดเลือด

การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเกี่ยวข้องกับหลายมิติ ได้แก่ ปัจจุบันกำหนดทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกำหนดทางด้านสภาพเศรษฐกิจสังคม ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางสรีรวิทยา ปัจจัยความเจ็บป่วย ที่นำสู่การตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

#1 การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

- ความชุกการสูดกรองโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง
- ความชุกการสูบบุหรี่/การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ความชุกการออกกำลังกายไม่เพียงพอ/การรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ
- ความชุกการได้รับรังสีว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง
- ความชุกภาวะน้ำหนักเกิน /ภาวะอ้วน /ภาวะเอนกีน

#2 ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- อัตราป่วย
- อัตราตาย
- อัตราตายปรับฐานอายุ ร่วมกับการทำนายแนวโน้มการตาย

ตั้งแต่ พ.ศ. 2550

อัตราป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

ตั้งแต่ พ.ศ. 2552

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

อายุ 15-74 ปี

ภาวะอ้วนลงพุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การรับประทานผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ พบความชุกสูงกว่าร้อยละ 70

อาศัยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

ติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง

สิ่งสำคัญ จัดการปัจจัยเสี่ยงหลัก

พัฒนาโยบาย

กำหนดเป้าหมายทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบฟ้าระวัจโรคหัวใจขาดเลือด ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

ศุภวรรณ มโนสุนทร
สำนักโรคไม่ติดต่อ

บทสรุป

มาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการดำเนินการเพื่อการลดการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ มาตรการทางประชากรและมาตรการบุคคล ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย กรมการแพทย์ และกรมควบคุมโรค โดยมาตรการสำคัญที่กล่าวได้ว่าเป็นผลสำเร็จของประเทศไทย คือ การนำโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้าสู่การคัดกรองและการจัดการโรค การสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีศักยภาพในการจัดการ ลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในชุมชนของตนเอง การเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเริ่มจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แต่ทั้งนี้การจะลดการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ จะต้องมุ่งเน้นความสำคัญในเรื่องของการลดปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยสรีระ ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พบว่า ประชากรอายุ 15 - 74 ปี มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงบริการเพื่อการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการสำรวจใน 4 ครั้งที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2553 พบความชุกการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 45.6 และความชุกการคัดกรองความดันโลหิตสูงร้อยละ 68.0 นอกจากนี้ ประชากรอายุ 15 - 74 ปี พบปัจจัยชีวิตสรีระ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและเป็นสาเหตุของการป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะอ้วนลงพุง ในขณะที่ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพทางด้านลบแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ระดับความชุกโดยรวมยังคงสูงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ที่พบความชุกสูงกว่าร้อยละ 70 ในขณะเดียวกันการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักแม้ว่าความชุกพบประมาณร้อยละ 4 ในปี พ.ศ. 2553 แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจใน 4 ครั้งที่ผ่านมา

เป็นที่ทราบกันดีว่าการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ คือ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงหลัก ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน รวมทั้งต้องใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งมาร่วมในการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังอันจะนำสู่การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจำเป็นต้องอาศัยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม การพัฒนาให้มีกลไกระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน จึงเป็นสิ่งจำเป็น นับตั้งแต่กระบวนการพัฒนานโยบาย การกำหนดเป้าหมายทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น การนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผลในการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง และต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมายระดับชาติ โดยใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรกลไกและกระบวนการ รวมถึงนโยบายและยุทธศาสตร์และเครื่องมือที่ประเทศไทยมีอยู่ และการลงทุนเพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง

**วัตถุประสงค์การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง
ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 มิติ**






Alcohol



ปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันควบคุมปัญหา

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลการโฆษณาเพื่อชักจูงใจให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- #2 ข้อมูลการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- #3 ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- #4 ข้อมูลการเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมาย
- #5 ข้อมูลการพัฒนากฎหมายและอนุบัญญัติต่างๆ
- #6 ข้อมูลมาตรการด้านภาษีและราคา
- #7 ข้อมูลการจัดระเบียบร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา
- #8 ข้อมูลอัตราการป่วย อัตราตาย
- #9 ข้อมูลเหตุผิดปกติ

ผลการวิเคราะห์

ปัจจัยสำคัญคือ

- #1 ราคาและค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- #2 การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- #3 การตลาดและการโฆษณา



มาตรการควบคุมราคาและค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



มาตรการควบคุมการตลาดและการโฆษณา



“ทิศทางของแผนงานควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฟิร์มแวร์ปัญหาจาก เครื่องดีเอ็มแอลกอฮอล์ ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

สิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์, อมรเวช ตั้งจิตตร, นภัสสร สอาด และนิภาพร วันพิรุณ
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทสรุป

รายงานการเฝ้าระวังปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันควบคุมปัญหา โดยนำข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลการโฆษณาเพื่อชักจูงใจให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางด้านราคา วัน เวลา สถานที่ บุคคล ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมาย ข้อมูลการพัฒนากฎหมายและอนุบัญญัติต่างๆ ข้อมูลมาตรการด้านภาษีและราคา ข้อมูลการจัดระเบียบร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา ข้อมูลอัตราการป่วย อัตราตายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และข้อมูลเหตุผิดปกติที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม โดยในส่วนนี้กล่าวถึงปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของสังคมใน 3 ส่วน ได้แก่ ราคาและค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตลาดและการโฆษณา

เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางการดำเนินงานควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การมีมาตรการควบคุมราคาและค่าใช้จ่ายสำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมาตรการควบคุมการตลาดและการโฆษณา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินงานอย่างจริงจังกับภาคีเครือข่ายร่วมกับภาคชุมชนเพื่อให้เกิดการเกิดการบูรณาการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม และขยายใช้ในระดับพื้นที่ต่อไป

บทที่ 4

ระบบฟ้าระวัง การบาดเจ็บ





อุบัติเหตุทางถนน

มีรายงานการศึกษาข้อมูลอย่างเป็นระบบของระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย โดยสามกระทรวงหลักและงานประจักษ์ และเริ่มมีการบูรณาการงานข้อมูลเฟียร์วังก์ ระหว่างหน่วยงานตั้งแต่ปี 2553



อุบัติเหตุทางถนน

การวิเคราะห์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง และนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้

ข้อมูลเฟียร์วังก์โรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

- #1 ข้อมูลรถจดทะเบียนสะสม
- #2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของผู้บาดเจ็บ
- #3 ข้อมูลการสำรวจการสวมหมวกนิรภัย
- #4 ข้อมูลการป่วย ตายจากระบบการรายงานโรคที่มีการบูรณาการ
- #5 ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคในฐานข้อมูลเหตุการณ์
- #6 ข้อมูลการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้บาดเจ็บรุนแรง



กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี



1 มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

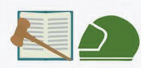
2 ปัญหาการบาดเจ็บในกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 25-30 ต่อปี และส่วนใหญ่เกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์

3 เพศชายบาดเจ็บและเสียชีวิตเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า

4 ใน 5 ของยานพาหนะต้นเหตุของการบาดเจ็บรุนแรงและการตายสูงสุดของอุบัติเหตุทางถนนเป็นรถจักรยานยนต์

กลุ่มผู้ตายไม่สวมหมวกนิรภัย

ถึงร้อยละ 93-97



มุ่งเน้นมาตรการและนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นชื่อรถจักรยานยนต์ได้อย่างปลอดภัย



ออกแบบถนนปลอดภัยที่สอดคล้องกับรถจักรยานยนต์



ยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย



ให้ความรู้และรณรงค์ให้ประชาชน ผู้ใช้รถใช้ถนน มีพฤติกรรมและจิตสำนึกด้านความปลอดภัย



พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้บาดเจ็บ



“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางถนน ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

ไพฑูริย์ สิงห์คำ บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์
กาญจน์ย์ ดำนาจแก้ว และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์
สำนักโรคไม่ติดต่อและสำนักกระบาดวิทยา

บทสรุป

มีรายงานการศึกษาข้อมูลอย่างเป็นระบบของระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทย โดยสามกระทรวงหลักและงานประกันภัย และเริ่มมีการบูรณาการงานข้อมูลเฝ้าระวัง ระหว่างหน่วยงานตั้งแต่ปี 2553 โดยเฉพาะ 1) ข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS) และแฟ้มอุบัติเหตุในระบบแฟ้มสุขภาพ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 2) ข้อมูล MORTALITY จากสามฐาน คือ มรณบัตรและใบรับรองการตาย ข้อมูลสำนักงานตำรวจแห่งชาติและข้อมูลประกันภัย และการวิเคราะห์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยงและนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคนี้ นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลรถจดทะเบียนสะสม ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของผู้บาดเจ็บ ข้อมูลการสำรวจการสวมหมวกนิรภัย (ROADSIDE OBSERVATION SURVEY) ข้อมูลอัตราป่วย ตาย จากระบบเฝ้าระวังเชิงรับที่มีการบูรณาการ ข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรคในฐานข้อมูลเหตุการณ์และข้อมูลการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้บาดเจ็บรุนแรง ผลการวิเคราะห์พบว่าอุบัติเหตุทางถนนมีส่วนจากการตายจากการบาดเจ็บรุนแรงทั้งหมดสูงสุด และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 จากการบาดเจ็บในกลุ่มอายุที่มากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยสัดส่วนบาดเจ็บรุนแรงที่สูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี และกลุ่มสูงอายุมากกว่า 60 ปี อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญขณะนี้อยู่ที่กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ที่เป็นวัยรุ่นเนื่องจากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของปัญหาการบาดเจ็บในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 25 - 30 ต่อปี ซึ่งเกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์ กลุ่มเยาวชนนี้มีการตายจากการบาดเจ็บบนท้องถนนด้วยอัตราที่สูง โดยเฉพาะในเพศชายยังคงมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุด พบเพศชายเสี่ยงมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า นอกจากนี้ข้อมูลยังแสดงถึงปัญหาและยืนยันว่าอุบัติเหตุทางท้องถนนจากผู้ขับขี่เมาสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย มีมากและความรุนแรงสูง อีกทั้งเมื่อวิเคราะห์โดยรวมรถจักรยานยนต์เป็นสาเหตุทั้งการบาดเจ็บรุนแรงและการตายสูงสุดของอุบัติเหตุทางถนน คือ สี่ในห้าของยานพาหนะต้นเหตุทั้งหมด ซึ่งเมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยเสี่ยงการไม่สวมหมวกนิรภัยทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารพบว่ากลุ่มผู้ตายมีการไม่สวมถึงร้อยละ 93 - 97 อีกทั้งสะท้อนถึงการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง และเป็นผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ เมื่อนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาเพื่อสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคนี้พบว่าโครงการสำคัญที่จะต้องมุ่งเน้นเพื่อควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ การพิจารณามาตรการและนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้อย่างปลอดภัยรวมถึงการออกแบบถนนปลอดภัยที่เอื้อต่อรถจักรยานยนต์ รวมถึงการยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย การให้ความรู้และการรณรงค์ให้ประชาชน ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร ผู้ใช้รถใช้ถนนให้มีพฤติกรรมและจิตสำนึกด้านความปลอดภัยต่อตัวเองและผู้อื่นที่อยู่ร่วมกันในสังคม นับเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ

บทที่ 5

ระบบเพื่าระวังจากการประกอบอาชีพ
และสิ่งแวดล้อม





โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้คัดเลือกจำนวน ๙ กลุ่มโรค ประกอบด้วยกลุ่มพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคปอดฝุ่นหิน (silicosis) กลุ่มโรคจากแร่ใยหินแอสเบสตอส กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคบาดเจ็บจากการทำงาน กลุ่มโรคพิษสารตัวทำลายอินทรีย์ กลุ่มโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง โรคพิษตะกั่วในเด็กปฐมวัย และกลุ่มอาการเนื่องจากมลพิษนอกฤดูร้อนภาคเหนือตอนบน



โรคและภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญระดับนโยบายของประเทศ มาจัดทำระบบเฝ้าระวังโรค ๕ มิติตามโครงสร้างของกรมควบคุมโรค

ข้อมูลเฝ้าระวังโรคและข้อมูลจากการสำรวจตาม 5 มิติ

#1

ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

- ข้อมูลจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม
- ข้อมูลจากกรมวิชาการเกษตร
- ข้อมูลจากสำนักงานปศุสัตว์และเชื้อโรคสัตว์ รกส.
- ข้อมูลคุณภาพอากาศจากกรมควบคุมมลพิษ
- ข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ

#2

ข้อมูลสุขภาพ

- ข้อมูลการเจ็บป่วยจากฐานข้อมูลการบริการด้านการแพทย์และสุขภาพแบบ ๔๓ แฟ้ม
- ข้อมูลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากผลการดำเนินงานตามโครงการหรือมาตรการของสำนัก
- ข้อมูลผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน



#1

ปัจจัยต้นเหตุและพฤติกรรมเสี่ยงไม่สมบูรณ์

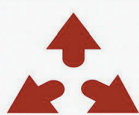
ต้องดำเนินการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางอาชีวอนามัยในกลุ่มอาชีพเสี่ยงในภาคเกษตรกรรมร่วมกับปศุสัตว์. ๑๒ แห่ง

#2

มีข้อมูลการสอบสวนโรคจากพื้นที่ถูกบันทึกและจัดเก็บลงในโปรแกรม outbreak online เป็นจำนวนน้อย

#3

หลายโครงการที่สำคัญ เช่น การเฝ้าระวังป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วในเด็กปฐมวัย การเฝ้าระวังโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง เป็นโครงการที่เริ่มดำเนินการทำให้ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลเก็บไว้



ผลักดันให้สคร. นำระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมไปใช้และพัฒนากระบวนการข้อมูลในแต่ละมิติ



ส่งเสริมและสนับสนุนให้สคร. ดำเนินการสอบสวนโรคและภัย และการรายงานและบันทึกผลลงโปรแกรม out break ของสำนักระบาดวิทยา



“ทิศทางของแผนงานควบคุมโรค”

การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเพื่าระวังโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

บทสรุป

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้คัดเลือกโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๙ กลุ่มโรค ประกอบด้วยกลุ่มพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคปอดฝุ่นหิน (silicosis) กลุ่มโรคจากแร่ใยหินแอสเบสตอส กลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มโรคบาดเจ็บจากการทำงาน กลุ่มโรคพิษสารตัวทำลายอินทรีย์ กลุ่มโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง โรคพิษตะกั่วในเด็กปฐมวัย และกลุ่มอาการเนื่องจากมลพิษหมอกควันภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญระดับนโยบายของประเทศ มาจัดทำระบบเฝ้าระวังโรค ๕ มิติ ตามโครงสร้างของกรมควบคุมโรค เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษามีจำนวน ๔๔ ตัวแปร แหล่งข้อมูลที่นำมาสังเคราะห์และประมวลผล ประกอบด้วย ๑) ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ข้อมูลจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมวิชาการเกษตร สำนักงานปศุสัตว์และกรมการข้าว ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ข้อมูลคุณภาพอากาศจากกรมควบคุมมลพิษ และข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ ๒) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยจากฐานข้อมูลการบริการด้านการแพทย์ และสุขภาพแบบ ๔๓ แฟ้มของสำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ และข้อมูลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงนำมาจากผลการดำเนินตามโครงการหรือมาตรการของสำนัก ข้อมูลผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานนำมารายงานประจำปีของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน เป็นต้น

ผลการรวบรวมข้อมูลในแต่ละมิติและนำมาวิเคราะห์ผล พบว่าข้อมูลที่จำเป็นสำหรับงาน อาชีวอนามัย และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่จะต้องพัฒนาร่วมกับ สคร. ต่อไป ได้แก่

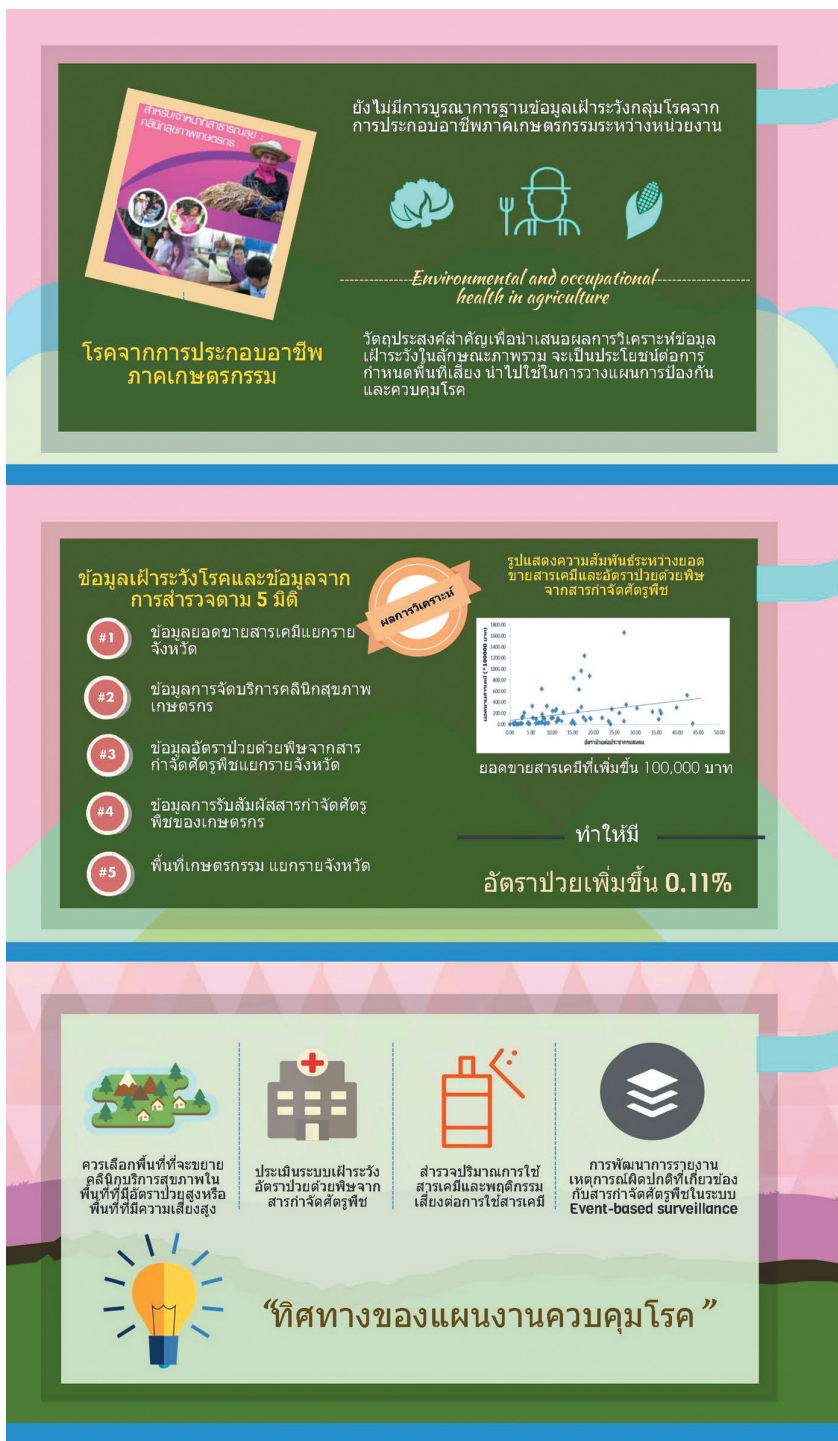
๑. ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) และพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) เป็นข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์จะต้องมีการดำเนินการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางอาชีวอนามัย ในกลุ่มอาชีพเสี่ยงในภาคเกษตรกรรมเพิ่มเติมในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยจะดำเนินการร่วมกันกับ สคร. ทั้ง ๑๒ แห่ง ส่วนข้อมูลการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การตรวจวัดปริมาณฝุ่นซิลิกา และฝุ่นใยแอสเบสตอส สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจะต้องสนับสนุนให้ สคร. มีศักยภาพทางวิชาการสามารถดำเนินการ

ตรวจวัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานเองได้ และสนับสนุนโรงพยาบาลระดับพื้นที่ให้ดำเนินงานแบบเชิงรุกมากขึ้น

๒. ข้อมูลการเกิด event base จะต้องพัฒนาร่วมกับสำนักระบาดวิทยา และสื่อสารให้ สคร. มีการบันทึกและจัดเก็บลงในโปรแกรม outbreak online เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ได้
๓. แผนงานควบคุมโรคที่นำไปใช้ในพื้นที่เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค ในแต่ละมาตรการ เป็นโครงการที่เริ่มการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ส่วนโครงการเฝ้าระวังป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วในเด็กปฐมวัย โครงการเฝ้าระวังโรคประสาทรูเลียมจากเสียงดังภายใต้โครงการให้บริการคลินิกโรคจากการทำงาน และโครงการเฝ้าระวังโรคพิษสารทำละลายอินทรีย์ (Organic Solvents Poisoning) เป็นโครงการศึกษาวิจัย และพัฒนารูปแบบนั้น ได้ผลักดันให้ สคร. สนับสนุนจังหวัดดำเนินการในปี ๒๕๕๙ ทำให้ยังไม่มีกรบันทึกข้อมูลเก็บไว้

ข้อเสนอที่จะต้องพัฒนาต่อ

๑. การผลักดันให้ สคร. นำระบบการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมไปใช้และพัฒนาระบบข้อมูลในแต่ละมิติเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพยากรณ์โรคหรือวางมาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
๒. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ สคร. ดำเนินการสอบสวนโรคและภัยจากการประกอบอาชีพตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการรายงานและบันทึกลงโปรแกรม outbreak ของสำนักระบาดวิทยา



การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ ภาคเกษตรกรรม ทั้ง 5 มิติของการดำเนินงาน

จุไรวรรณ ศิริรัตน์*, วัฒนา ภักดิ์สิริวิชัย*, ธวัชชัย รักษานนท์*,
ปรีชา เปรมปรี*, เสาวพัตร อื่นจ้อย**

*สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, **สำนักระบาดวิทยา

บทสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังในลักษณะภาพรวม จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดพื้นที่เสี่ยง นำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรค นำข้อมูลเฝ้าระวังโรคจำแนกตาม 5 มิติ ประกอบด้วย ข้อมูลยอดขายสารเคมีเพื่อเป็นตัวแทน ข้อมูลปริมาณการนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชและปริมาณการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ ข้อมูลการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ข้อมูลอัตราป่วยด้วยพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ข้อมูลการรับสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรได้จากข้อมูลการคัดกรองผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช และพื้นที่เกษตรกรรมนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับอัตราป่วย ผลการวิเคราะห์พบว่า อัตราป่วยด้วยพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชกับข้อมูลยอดขายสารเคมี มีความสัมพันธ์จากสมการพยากรณ์ที่ได้ พบว่า ทุกยอดขายสารเคมีที่เพิ่มขึ้น 100,000 บาท ทำให้มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น 0.11% หรือมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 110 คนในประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์มาสะท้อนทิศทางของแผนงานควบคุมโรคหรือคลินิกบริการสุขภาพนั้น พบว่า ควรเลือกพื้นที่ที่จะขยายคลินิกบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงหรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น พื้นที่ที่มีการใช้ปริมาณสารเคมีเป็นจำนวนมากเป็นลำดับแรกและเมื่อพิจารณาข้อจำกัดของข้อมูลเฝ้าระวังโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน เรื่องเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา คือ การประเมินระบบเฝ้าระวังอัตราป่วยด้วยพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช การสำรวจปริมาณการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมี และการพัฒนาการรายงานเหตุการณ์ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสารกำจัดศัตรูพืชในระบบ Event-based surveillance ของกรมควบคุมโรค

ภาคผนวก

คำสั่งกรมควบคุมโรคที่ 322/2558

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค



คำสั่งกรมควบคุมโรค
ที่ ๓๒๒ / ๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค

ตามที่กรมควบคุมโรคมีนโยบายพัฒนาระบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งระบบเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายพิเศษ นั้น

เพื่อให้ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมีการพัฒนาได้มาตรฐาน สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็ว และตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค และคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค ดังนี้

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมโรค

ประกอบด้วย

๑.๑	อธิบดีกรมควบคุมโรค	ประธานกรรมการ
๑.๒	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นางวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์)	รองประธานกรรมการ
๑.๓	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายโอภาส การย์กวินพงศ์)	รองประธานกรรมการ
๑.๔	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล)	รองประธานกรรมการ
๑.๕	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายสุภมิตร ชุณหสวัณวิวัฒน์)	กรรมการ
๑.๖	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายคำนวน อึ้งชูศักดิ์)	กรรมการ
๑.๗	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์)	กรรมการ
๑.๘	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์)	กรรมการ
๑.๙	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
๑.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรรมการ
๑.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๑.๑๒	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทางแมลง	กรรมการ
๑.๑๓	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	กรรมการ
๑.๑๔	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย	กรรมการ
๑.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักจัดการความรู้	กรรมการ
๑.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่	กรรมการ

๑.๑๗ ผู้อำนวยการ...

-๒-

๑.๑๗ ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค	กรรมการ
๑.๑๘ ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๑.๑๙ ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ	กรรมการ
๑.๒๐ ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	กรรมการ
๑.๒๑ เลขานุการกรมควบคุมโรค	กรรมการ
๑.๒๒ ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการ
๑.๒๓ ผู้อำนวยการกองคลัง	กรรมการ
๑.๒๔ ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	กรรมการ
๑.๒๕ ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมาย	กรรมการ
๑.๒๖ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑ กรุงเทพฯ	กรรมการ
๑.๒๗ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๒ สระบุรี	กรรมการ
๑.๒๘ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๓ ชลบุรี	กรรมการ
๑.๒๙ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๔ ราชบุรี	กรรมการ
๑.๓๐ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๕ นครราชสีมา	กรรมการ
๑.๓๑ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๖ ขอนแก่น	กรรมการ
๑.๓๒ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๘ นครสวรรค์	กรรมการ
๑.๓๓ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๙ พิษณุโลก	กรรมการ
๑.๓๔ ผู้อำนวยการสำนักโรคบาตวิทยา	กรรมการและเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. ศึกษาวิเคราะห์ประเด็นที่มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต
๒. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาควบคุมโรค
๓. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว
๔. ออกแบบการพัฒนาโปรแกรม (program) เพื่อพัฒนาระบบควบคุมโรค
๕. ประสานการจัดหางบประมาณและทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของทุกหน่วยงาน
๖. กำกับดูแลและติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมทุกหน่วยงาน
๗. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

๒. คณะอนุกรรมการ...

-๓-

๒. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ประกอบด้วย

๒.๑	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล)	ประธานกรรมการ
๒.๒	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายคำณวน อึ้งชูศักดิ์)	กรรมการ
๒.๓	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ)	กรรมการ
๒.๔	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายสมเกียรติ ศิริรัตนพลฤกษ์)	กรรมการ
๒.๕	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นางสาวปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาต)	กรรมการ
๒.๖	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
๒.๗	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กรรมการ
๒.๘	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่	กรรมการ
๒.๙	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรรมการ
๒.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค	กรรมการ
๒.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ	กรรมการ
๒.๑๒	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	กรรมการ
๒.๑๓	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย	กรรมการ
๒.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๒.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กรรมการ
๒.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	กรรมการ
๒.๑๗	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการ
๒.๑๘	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ	กรรมการ
๒.๑๙	นางสาวเสาวพัทธ์ อินจ้อย	สำนักกระบาดวิทยา
๒.๒๐	นางสาวพิมพ์ภา เดชะกมลสุข	สำนักกระบาดวิทยา
๒.๒๑	นางอรุณี รังผึ้ง	สำนักกระบาดวิทยา
๒.๒๒	นางสาวปภาณิจ สวงโท	สำนักกระบาดวิทยา
		กรรมการและเลขานุการ
		กรรมการและเลขานุการ
		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
		กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- กำหนดทิศทาง นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนแม่บทการพัฒนาและบูรณาการระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- อำนวยการสนับสนุน การบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงาน
- ติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนแม่บทได้อย่างมีประสิทธิภาพทันกำหนดเวลา

๓. คณะอนุกรรมการ...

-๕-

๓. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย

๓.๑	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายโอภาส การ์ยกวินพงศ์)	ประธานกรรมการ
๓.๒	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล)	รองประธานกรรมการ
๓.๓	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายศุภมิตร ชุณหสวัณ)	กรรมการ
๓.๔	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์)	กรรมการ
๓.๕	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นางสาวจุไร วงศ์สวัสดิ์)	กรรมการ
๓.๖	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
๓.๗	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรรมการ
๓.๘	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๓.๙	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทางแมลง	กรรมการ
๓.๑๐	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	กรรมการ
๓.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่	กรรมการ
๓.๑๒	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ	กรรมการ
๓.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	กรรมการ
๓.๑๔	เลขานุการกรมควบคุมโรค	กรรมการ
๓.๑๕	ผู้อำนวยการกองแผนงาน	กรรมการ
๓.๑๖	ผู้อำนวยการกองคลัง	กรรมการ
๓.๑๗	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่	กรรมการ
๓.๑๘	ผู้อำนวยการศูนย์กฎหมาย	กรรมการ
๓.๑๙	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๓ ชลบุรี	กรรมการ
๓.๒๐	นางวีณา ภักดีสิริวัชย์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๓.๒๑	นายอนุตรศักดิ์ รัชตะหัตถ์	สำนักโรคติดต่อทางแมลง
๓.๒๒	ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา	กรรมการและเลขานุการ
๓.๒๓	นางสาวพวงมา นศิริอารยาภรณ์	สำนักโรคระบาดวิทยา

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- กำหนดเป้าหมาย แผนงาน วิธีดำเนินงาน โครงสร้างการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการกักกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันและเหมาะสมกับสถานการณ์ในอนาคต
- ศึกษา วิเคราะห์ และกำหนดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และพัฒนาศักยภาพบุคลากร รองรับการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค
- ประสานการจัดหางบประมาณและทรัพยากร เพื่อพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค

๔. ขับเคลื่อน...

-๕-

๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในระดับหน่วยงาน
๕. กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีบทบาทพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข
๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

๔. คณะอนุกรรมการพัฒนาศักยภาพช่องทางเข้าออกและระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรต่างดาว ประกอบด้วย

๔.๑	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายศุภมิตร ชุณหสวัณวัฒน์)	ที่ปรึกษา
๔.๒	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายภาสกร อัครเสวี)	ที่ปรึกษา
๔.๓	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นายโอภาส การ์ยกวินพงศ์)	ประธานกรรมการ
๔.๔	ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา	กรรมการ
๔.๕	ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	กรรมการ
๔.๖	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค	กรรมการ
๔.๗	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทางแมลง	กรรมการ
๔.๘	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย	กรรมการ
๔.๙	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	กรรมการ
๔.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๔.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑ กรุงเทพฯ	กรรมการ
๔.๑๒	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๒ สระบุรี	กรรมการ
๔.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๓ ชลบุรี	กรรมการ
๔.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๔ ราชบุรี	กรรมการ
๔.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๕ นครราชสีมา	กรรมการ
๔.๑๖	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๖ ขอนแก่น	กรรมการ
๔.๑๗	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๗ อุบลราชธานี	กรรมการ
๔.๑๘	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๘ นครสวรรค์	กรรมการ
๔.๑๙	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๙ พิษณุโลก	กรรมการ
๔.๒๐	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑๐ เชียงใหม่	กรรมการ
๔.๒๑	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	กรรมการ
๔.๒๒	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๑๒ สงขลา	กรรมการ
๔.๒๓	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย	กรรมการ
๔.๒๔	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการและเลขานุการ
๔.๒๕	นางวรวิภา ด้วงคณะกุล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๔.๒๖	นายวิชาญ ปาวิน	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่...

-๖-

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. สร้างกลไกการประสานงานเครือข่ายของคณะทำงานพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ
๒. ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ
๓. พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรต่างด้าว
๔. รายงานข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรต่างด้าวให้คณะกรรมการระบบควบคุมโรคทราบอย่างน้อยทุก ๖ เดือน
๕. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม

๕. คณะอนุกรรมการพัฒนาจังหวัดสุขภาพชายแดน ประกอบด้วย

๕.๑	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค (นางวรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์)	ประธานกรรมการ
๕.๒	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ ชลบุรี	กรรมการ
๕.๓	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ ราชบุรี	กรรมการ
๕.๔	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ นครราชสีมา	กรรมการ
๕.๕	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น	กรรมการ
๕.๖	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ อุบลราชธานี	กรรมการ
๕.๗	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ นครสวรรค์	กรรมการ
๕.๘	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก	กรรมการ
๕.๙	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ เชียงใหม่	กรรมการ
๕.๑๐	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	กรรมการ
๕.๑๑	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา	กรรมการ
๕.๑๒	ผู้อำนวยการสำนักโรคระบาดวิทยา	กรรมการ
๕.๑๓	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
๕.๑๔	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่	กรรมการ
๕.๑๕	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
๕.๑๖	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร	กรรมการ
๕.๑๗	ผู้อำนวยการสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๕.๑๘	นายจักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ สำนักโรคระบาดวิทยา	กรรมการ
๕.๑๙	นางสาวเกษณี ศรีรักษา สำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศ	กรรมการ
๕.๒๐	นางสาวมยุรฉัตร เบี้ยกลาง สำนักโรคติดต่อทั่วไป	กรรมการ
๑.๒๑	นายธีรศักดิ์ ชักน้ำ สำนักโรคระบาดวิทยา	กรรมการและเลขานุการ

มีอำนาจหน้าที่...

-๗-

มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. ให้คำปรึกษาเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนความมั่นคงทางสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ
๒. ส่งเสริม สนับสนุน ประสานความร่วมมือ กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง
๓. กำกับ ติดตาม เร่งรัด ประเมินผลให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดปฏิบัติตามเป้าหมายและกิจกรรมตามวาระความมั่นคงทางสุขภาพ
๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



(นายโสภณ เมฆธน)
อธิบดีกรมควบคุมโรค

สำเนาถูกต้อง



(นายชำนาญ ม่วงแดง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ประกาศรี พิมพ์/ตรวจ



สำนักงานวิทยา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

อาคาร ๔ และ ๖ ชั้น ๖ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๗๙๓ แฟกซ์ ๐๒-๕๙๐-๑๗๘๔

เว็บไซต์สำนัก <http://www.boe.moph.go.th/>