



รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564



รูปเล่มรายงาน

กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม 2563 ถึง พฤศจิกายน 2564

ISBN (e-book)	978-616-11-4972-7
ที่ปรึกษา	แพทย์หญิงปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า ทัชชา ม่านตา
คณะผู้เขียน	บทสรุปผู้บริหาร อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค บทที่ 1 : สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย พันธนี ธิติชัย, ภัณฑิลา ทวีวิทยาการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค บทที่ 2 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก สุชีรา บรรลือศิลป์ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย บทที่ 3 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการป่วยและการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, ยศวัต ศรีโกลม กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค บทที่ 4 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย โสภิต นาสืบ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ บทที่ 5 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ 5.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร บังเอิญ ทองมอญ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 5.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย สุพิชชา วงศ์จันทร์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย 5.3 พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ อรณิชา ชำนาญศิลป์, วัชรพล ร่มเย็น, ราณี โตสาแน กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค 5.4 พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มนรัตน์ ยินดี, เพ็ญพิศุทธิ์ สุวรรณฤกษ์, อมรเรข ตั้งจิตร สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค 5.5 สุขภาพจิต วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

มกราคม 2563 ถึง พฤษภาคม 2564

คณะผู้เขียน (ต่อ)	บทที่ 6 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อ ณัฐฉัตร พันธ์มุง, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์, ประภัสรา บุญทวี กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ธนวรรณ อุณนະนันท์ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ บทที่ 7 : ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ กุลพิมล เจริญดี กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ดาวรุ่ง คำวงศ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก วศิน เลาหิวนิจ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พิสูจน์อักษรและ ออกแบบรูปเล่ม	ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า ทัชชา ม่านตา สุธิดา แก้วทา
ผู้จัดทำ และเผยแพร่	กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ปีที่เผยแพร่	ตุลาคม 2565
สนับสนุนโดย	โครงการวิจัยผลกระทบของสถานการณ์โควิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยและการบรรลุเป้าหมายระดับโลกและระดับชาติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

คำนำ

โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และสุขภาพจิต เป็นยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) เนื่องด้วยโรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่แสดงอาการ และความรุนแรงช้าและโรคไม่ติดต้อมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิตประจำวันที่ปรับเปลี่ยนได้ไม่ง่าย เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีกิจกรรมทางกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด อย่างไรก็ตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในช่วงหลายปีที่ผ่านมาส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมีแนวโน้มลดลง แต่การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ภาวะน้ำหนักเกิน และจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต้อยังกลับเพิ่มสูงขึ้น

เมื่อเดือนมกราคม 2563 การระบาดของโรคโควิด-19 ได้อุบัติขึ้นในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก มาตรการควบคุมโรคระบาดที่เข้มข้น ได้ส่งผลกระทบต่อ ธุรกิจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อเนื่องไปยังวิถีชีวิตที่เป็นความเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด และการมีกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล นั้นหมายถึงการระบาดของโรคโควิด-19 ไม่เพียงแต่สร้างความสูญเสียชีวิตและสุขภาพอันเกิดจากการติดเชื้อแล้วยังสร้างความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต และสุขภาพอันเกิดจากโรคไม่ติดต่อในอนาคตด้วย เปรียบดั่งเช่นระเบิดเวลาที่ถูกจุดขึ้นในช่วงของการระบาด

กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อที่เกิดขึ้นในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 และได้ออกมาตราการเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมสำหรับวิถีชีวิตแบบใหม่เพื่อห่างไกลโรคไม่ติดต่อ แต่ด้วยสถานการณ์การระบาดยาวนานกว่า 2 ปี ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง มีการระบาดเกิดขึ้นหลายระลอก มาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาด และผลกระทบที่เกิดขึ้นสะสมด้านเศรษฐกิจ และสังคม

รายงานฉบับนี้ได้ทำการรวบรวม และทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานที่แสดงถึงสถานการณ์การระบาดผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคม และวิวัฒนาการของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของประชาชนในประเด็น การบริโภคอาหาร ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกาย สุขภาพจิต และผลกระทบต่อระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อ ในช่วงการระบาด ทั้ง 4 ระลอก ได้แก่ ระลอกแรก, ระลอกใหม่, ระลอกสอง และระลอกสาม (ระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 ระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 และระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564) ภายใต้ความร่วมมือของกองโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สำนักโภชนาการ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และสำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยผลกระทบของสถานการณ์โควิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในประเทศไทย และการบรรลุเป้าหมายระดับโลกและระดับชาติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สวสท.) ซึ่งรายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นถึงประวัติศาสตร์ และวิวัฒนาการของการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของประชาชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ มกราคม 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 อันจะเป็นบทเรียนสำคัญสำหรับการรับมือการเปลี่ยนแปลงครั้งใหม่ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	III
สารบัญ	IV
สารบัญแผนภูมิ	VI
สารบัญตาราง	VII
สารบัญรูปภาพ	VIII
บทสรุปผู้บริหาร	X
- สรุปบทเรียนที่สำคัญ	XI
- ภาพรวมสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม 2563 ถึง พฤศจิกายน 2564	XIII
บทที่ 1: สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย	1
1.1 จุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	2
1.2 สถานการณ์โรคโควิด-19 ทั่วโลก ณ ปัจจุบัน	3
1.3 สถานการณ์การป่วย	4
1.4 สถานการณ์การเสียชีวิต	5
1.5 อัตราป่วยตาย	6
1.6 สถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย	8
1.7 การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563	10
1.8 การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564	13
1.9 การระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564)	15
1.10 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	17
1.11 มาตรการวัคซีน	18
บทที่ 2: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก	25
2.1 ผลกระทบทบทวนการศึกษาทั่วโลกในประเด็นโรคไม่ติดต่อ	26
2.2 ผลกระทบทบทวนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19	27
2.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรัง	32
2.4 นวัตกรรมการจัดบริการ และการเข้ามาของเทคโนโลยี รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการด้านโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19	35
บทที่ 3: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการป่วยและการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ	42
3.1 บทนำ	43
3.2 ผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	43
3.3 ผลกระทบต่อการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ	48
3.4 สรุป	51

บทที่ 4: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย	52
4.1 ภาพรวม GDP การเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับโลก และภูมิภาค ASEAN	53
4.2 ผลกระทบในมิติต่าง ๆ	54
4.3 การเติบโตของภาคธุรกิจบางประเภท และบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัล	56
4.4 ความขัดแย้งในสังคม/ประชากรที่เกิดขึ้น	58
4.5 ผลกระทบในประเทศไทย	59
4.6 ภาพรวมมาตรการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย	63
4.7 การบริหารจัดการ และการจัดสรรงบประมาณในประเทศไทย	67
4.8 Timeline อัตราว่างงาน	68
4.9 Timeline ตัวชี้บ่งชี้ด้านเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย	69
4.10 Timeline หนี้ครัวเรือน และการบริโภคในประเทศไทย	69
บทที่ 5: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ	73
5.1 ผลกระทบต่อบริโภคยาสูบ	74
5.2 ผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	85
5.3 ผลกระทบต่อการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผักและผลไม้	98
5.4 ผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย	105
5.5 ผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง	116
บทที่ 6: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	127
6.1 บทนำ	128
6.2 การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน	128
6.3 ผลกระทบและการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง	129
6.4 ผลลัพธ์ของการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง	137
6.5 สรุป	138
บทที่ 7: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	140
7.1 บทนำ	141
7.2 ผลกระทบต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	142
7.3 สรุป	152

บทที่ 3: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการป่วยและการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

แผนภูมิที่ 3.1	อุบัติการณ์เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2560-2563	44
แผนภูมิที่ 3.2	อุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2560-2563	45
แผนภูมิที่ 3.3	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559-2563 จำแนกตามรายเดือน	45
แผนภูมิที่ 3.4	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559-2563 จำแนกตามรายเดือน	46
แผนภูมิที่ 3.5	จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559-2563 จำแนกตามรายเดือน	46
แผนภูมิที่ 3.6	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตามนัด ปีงบประมาณ 2560-2563 จำแนกตามรายเดือน	47
แผนภูมิที่ 3.7	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตามนัด ปีงบประมาณ 2560-2563 จำแนกตามรายเดือน	47
แผนภูมิที่ 3.8	จำนวนผู้เสียชีวิตโรคโควิด -19 ในประเทศไทย ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564)	48
แผนภูมิที่ 3.9	ร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด -19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามสถานะสุขภาพ	49
แผนภูมิที่ 3.10	จำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด -19 ในกลุ่ม Non-NCD และกลุ่ม NCD ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกรายเดือน	49
แผนภูมิที่ 3.11	ร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด -19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อ	50
แผนภูมิที่ 3.12	ร้อยละผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามกลุ่มอายุในผู้ที่มีและไม่มี ความดันโลหิตสูง	50
แผนภูมิที่ 3.13	ร้อยละผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามกลุ่มอายุในผู้ที่มีและไม่มีเบาหวาน	50

บทที่ 5: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

5.4 ผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย

แผนภูมิที่ 5.1	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562	106
แผนภูมิที่ 5.2	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามเพศ	106
แผนภูมิที่ 5.3	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามช่วงวัย	107

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

5.4 ผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย (ต่อ)

แผนภูมิที่ 5.4	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามภูมิภาค	107
แผนภูมิที่ 5.5	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563	110
แผนภูมิที่ 5.6	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563 จำแนกตามเพศ	110
แผนภูมิที่ 5.7	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563 จำแนกตามช่วงวัย	111
แผนภูมิที่ 5.8	ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563 และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 จำแนกตามภูมิภาค	111

5.5 ผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง

แผนภูมิที่ 5.9	ผลกระทบระยะยาวจากโควิด-19	116
แผนภูมิที่ 5.10	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2540 - 2563	117
แผนภูมิที่ 5.11	สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย และกำหนดสำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2564	119
แผนภูมิที่ 5.12	ภาพรวมภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2564	121
แผนภูมิที่ 5.13	ภาวะซึมเศร้าของคนไทย รายเขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563 - 2564	122
แผนภูมิที่ 5.14	ความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย รายเขตสุขภาพ ปี พ.ศ. 2563 - 2564	122

สารบัญตาราง

บทที่ 1: สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย

ตารางที่ 1.1	จำนวนผู้ป่วยยืนยัน ผู้เสียชีวิต และอัตราป่วยตาย ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรียงลำดับตามจำนวนผู้ป่วยสะสม ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564	8
--------------	---	---

บทที่ 4: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย

ตารางที่ 4.1	สรุปมาตรการกระตุ้นช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในประเทศไทยถึงเดือนพฤษภาคม 2564	64
--------------	---	----

บทที่ 5: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

5.1 ผลกระทบต่อบริโภคยาสูบ

ตารางที่ 5.1	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคยาสูบในช่วง 4 ระยะ ของการระบาดของโรคโควิด-19	80
--------------	--	----

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

บทที่ 7: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ตารางที่ 7.1	การบริหารความเสี่ยงแผนปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)	143
ตารางที่ 7.2	การจัดลำดับความสำคัญของงานตามภารกิจในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)	144
ตารางที่ 7.3	บริบทและผลกระทบด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)	146
ตารางที่ 7.4	การดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมภายใต้แผนปฏิบัติการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนที่ได้วางไว้ตั้งแต่ต้นก่อนบริหารจัดการ (n=60)	147
ตารางที่ 7.5	การปรับแผนปฏิบัติการและการใช้จ่ายงบประมาณของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)	148
ตารางที่ 7.6	ความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภาพรวม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n=60)	150
ตารางที่ 7.7	เปรียบเทียบผลสำเร็จตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่าง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 กับ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (n=59)	151

สารบัญรูปภาพ

บทที่ 1: สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย

รูปภาพที่ 1.1	จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายวันตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564	3
รูปภาพที่ 1.2	จำนวนผู้ป่วยยืนยันรายสัปดาห์จำแนกตาม WHO Region ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564	3
รูปภาพที่ 1.3	อัตราป่วยโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศสหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล อังกฤษ รัสเซีย และไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564	4
รูปภาพที่ 1.4	อัตราการเสียชีวิตโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศสหรัฐอเมริกา บราซิล อินเดีย เม็กซิโก รัสเซีย และไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564	5
รูปภาพที่ 1.5	จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายสัปดาห์ของประเทศเปรูตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564	6
รูปภาพที่ 1.6	จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายสัปดาห์ของประเทศเยเมนตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564	7

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

		หน้า
รูปภาพที่ 1.7	อัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร รายวัน (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564	9
รูปภาพที่ 1.8	ภาพบรรยากาศในการแข่งขันมวย คีกลุ่มพินี่แชมป์เนกริกโร เกียรติเพชร วันที่ 6 มีนาคม 2563 ณ สนามมวยคิมพินี่	11
รูปภาพที่ 1.9	จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ ตามวันที่รายงาน ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563	12
รูปภาพที่ 1.10	จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ และสะสม จำแนกตามวันที่ตรวจพบ จังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ถึง 16 กุมภาพันธ์ 2564	13
รูปภาพที่ 1.11	: จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ ตามวันที่รายงาน ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 มีนาคม 2564	14
รูปภาพที่ 1.12	จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายวัน (ไม่รวมผู้ป่วยในเรือนจำและผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ) จำแนกตามกลุ่มจังหวัด กรุงเทพฯและปริมณฑล (นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร) ชายแดนใต้ (สงขลา ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ต่างจังหวัด (67 จังหวัดที่เหลือ) และทั้งประเทศ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 1 พฤศจิกายน 2564	16
รูปภาพที่ 1.13	สัดส่วนของสายพันธุ์ของเชื้อ SARS-CoV-2 19 ที่ตรวจพบในประเทศไทย ในช่วงเดือนเมษายน - 19 พฤศจิกายน 2564	17
รูปภาพที่ 1.14	จำนวนการตรวจโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 - 20 พฤศจิกายน 2564 (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง)	17
รูปภาพที่ 1.15	จำนวนการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย สะสมตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2564	18
รูปภาพที่ 1.16	รูปแบบการให้วัคซีนในภาวะปัจจุบัน ที่มีการระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตาเพิ่มมากขึ้น อย่างรวดเร็ว ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย	18
รูปภาพที่ 1.17	จำนวนผู้เสียชีวิตจำแนกตามประวัติการได้รับวัคซีน เดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2564	19
บทที่ 4: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย		
รูปภาพที่ 4.1	การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก (Global GDP growth) และการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลกต่อประชากร (Per capita GDP growth) รายปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1871 ถึง ค.ศ.2021	53
รูปภาพที่ 4.2	อัตราการเติบโตผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก (GLOBAL GDP Growth) ในกลุ่มประเทศต่าง ๆ ปี ค.ศ. 2020	53
รูปภาพที่ 4.3	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมที่เกิดจากการผลิตภาคการท่องเที่ยวในประเทศ ต่างๆ ที่มีรายได้หลักจากอุตสาหกรรมท่องเที่ยว	55
รูปภาพที่ 4.4	ปัญหา และอุปสรรคสำคัญในการทำงานระยะไกล	57

สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย (ต่อ)

รูปภาพที่ 4.5	จำนวนแรงงานกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการถูกลดชั่วโมงการทำงานออกจากงาน หรือกลุ่มว่างงานชั่วคราว จากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม จำแนกตามสาขาการผลิต	59
รูปภาพที่ 4.6	จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 33 และอัตราผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานต่อผู้ประกันตนมาตรา 33 รายไตรมาส ระหว่างปี 2561 - 2564	68

บทที่ 6: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

รูปภาพที่ 6.1	Conceptual Framework ของการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical services)	130
รูปภาพที่ 6.2	ร้อยละของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ โรคโควิด-19	132
รูปภาพที่ 6.3	ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับผลกระทบช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการจัดบริการ	132
รูปภาพที่ 6.4	ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้ปรับเปลี่ยนการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19	133
รูปภาพที่ 6.5	ร้อยละผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD clinic ที่ระบุว่ามีการปรับรูปแบบการติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางต่าง ๆ	134
รูปภาพที่ 6.6	ร้อยละของ NCD Clinic ที่ปรับเปลี่ยนการจัดบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19	134
รูปภาพที่ 6.7	ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่ามีบุคลากร/ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด-19	135
รูปภาพที่ 6.8	ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับการจัดสรร อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และงบประมาณ ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19	135

บทที่ 7: ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

รูปภาพที่ 7.1	หลักความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal Relationship: XYZ)	142
---------------	--	-----

สรุปบทเรียนที่สำคัญ

- เทคโนโลยีดิจิทัล และอินเทอร์เน็ต เป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ประชาชน สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริการ และเป็นช่องทางสื่อสาร และความรู้ต่าง ๆ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
- ทิศทางการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงาน และการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล มีอยู่เดิม นับเป็นทุนที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนา และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในช่วงที่มีการระบาด เป็นเรื่องที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามด้วยความสำเร็จของการประยุกต์ใช้ทำให้การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศบางส่วนพัฒนาไม่ทันตามความต้องการ
- นโยบาย มาตรการ และภาวะผู้นำที่ดี ภายใต้ความกดดันของความต้องการที่หลากหลายทั้งภาคประชาชน และภาคธุรกิจที่มีต่อการควบคุมการระบาดโควิด-19 ทำให้สามารถควบคุมการระบาดระลอกแรกได้รวดเร็ว
- ความร่วมมือของประชาชนในการปรับวิถีชีวิตตนเอง รวมถึงความเสียสละผลประโยชน์ส่วนตน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้สามารถควบคุมการระบาดระลอกแรกได้รวดเร็ว
- การควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็วในการระบาดระลอกแรก โดยสามารถจำกัดวงระบาดให้อยู่ในบางจังหวัด ทำให้เกิดบทเรียนให้กับพื้นที่อื่นในการเตรียมพร้อมมาตรการควบคุมโรค และการจัดบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และซ้อมแผนก่อนเกิดการระบาดในระลอกถัดไปที่ยาววงกว้างในหลายจังหวัดมากขึ้น อย่างไรก็ตามการวางระบบในบางพื้นที่ที่ยังดำเนินการได้ไม่ทันการณ์
- การปรับตัวของประชาชนต่อวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปนั้นส่งผลทั้งทางลบ และทางบวกต่อความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ โดยส่งผลให้บริโภคอาหารและเครื่องดื่มรสหวาน มัน เค็ม บริโภคบุหรี่ยี่ และสูราลดลง ในขณะที่การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และความเครียดเพิ่มมากขึ้น
- ความกดดันทางภาวะเศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดขึ้นช่วงระบาดฯ ส่งผลให้วัยแรงงานบางส่วนบริโภคบุหรี่ยี่ และสูราเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะมีความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักต่ออันตรายก็ตาม
- ความกดดันทางภาวะเศรษฐกิจ มาสู่ความกดดันทางการเมือง ส่งผลให้การขับเคลื่อนมาตรการควบคุมการผลิต และการบริโภคสินค้าที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพถูกชะลอออกไป เช่น ภาษีรสเค็ม นอกจากนี้ความกดดันดังกล่าวทำให้เกิดการแสวงหาโอกาสในการผลักดันธุรกิจที่เป็นภัยต่อคุณภาพชีวิต โดยอ้างการเหตุผลเพื่อการกระตุ้นเศรษฐกิจ หรือการเพิ่มรายได้ครัวเรือน ซึ่งจริง ๆ แล้วเป็นการทำลายคุณภาพชีวิตคนไทยระยะยาว เช่น ข้อเสนอการเปิดเสรีการผลิตสุรา ข้อเสนอการเปิดบ่อนการพนันเสรี เป็นต้น

- การระบาดที่ยืดเยื้อ และการแบกรับผลกระทบที่ยาวนานของประชาชน ส่งผลให้ความร่วมมือของประชาชนภายใต้มาตรการควบคุมป้องกันโรคระบาดลดลง ซึ่งนโยบายภาครัฐเองก็ปรับตามความกดดันของภาคประชาชน ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ยาสูบ และสุรา มีแนวโน้มกลับเพิ่มสูงขึ้นในขณะเดียวกันการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในประชาชนก็เพิ่มขึ้นด้วย
- ทุกปัจจัยเสี่ยงเป็นทั้งเหตุและผลด้านสุขภาพจิต การระบาดที่ยืดเยื้อ การปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เพิ่มความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต
- การเลื่อนนัด และการปรับระบบการติดตามรักษาแบบทางไกล (telemedicine) ช่วยลดภาระงานบริการในคลินิก ในช่วงเวลาเดียวกับการสูญเสียบุคลากรที่ให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเพื่อไปช่วยงานควบคุมโรคระบาดฯ ทำให้ผลการปรับบริการไม่ส่งผลต่อคุณภาพบริการมากนัก อย่างไรก็ตามช่วงแรกการปรับรูปแบบบริการอาจมีความยุ่งยากในการเตรียมระบบ และการวางบุคลากรดำเนินงาน
- การสำรวจผ่านช่องทางออนไลน์เป็นเครื่องมือที่ประสิทธิภาพ ได้ข้อมูลเร็ว และคุ้มค่า โดยในช่วงการระบาดระลอกแรกมีการสำรวจพฤติกรรมประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์จำนวนมาก ซึ่งประชาชนให้ความร่วมมือในการตอบคำถามค่อนข้างมาก แต่ภายหลังการสำรวจทำได้ยากขึ้นเนื่องด้วยมีการสำรวจออกมามากและประชาชนเริ่มไม่ค่อยสนใจตอบแบบสำรวจออนไลน์
- การระบาดฯ ได้ส่งผลให้การดำเนินการควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพด้านอื่นชะลอตัวลงจากผลกระทบด้านการจัดสรรทรัพยากร และกำลังคน ส่งผลกระทบต่อผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนฯ ที่ลดลงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
- แผนระดับประเทศขององค์กรในช่วงการระบาดฯ ช่วยให้องค์กรได้มีโอกาสทบทวนภารกิจหลัก จัดลำดับความสำคัญของโครงการ และทบทวนการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ภาพรวมสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม 2563 ถึง พฤศจิกายน 2564

โรคไม่ติดต่อเป็น และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรค และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) โดยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, ภาวะความดันโลหิตสูง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, และสุขภาพจิต

ประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มีการดำเนินงานทั้งในภาพรวมของโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงเฉพาะร่วมกับการมีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) สอดคล้องภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมทั้งการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) จากความร่วมมือของภาคีเครือข่าย นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุมทั้งประเด็น ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน การบริโภคโซเดียม กิจกรรมทางกาย และสุขภาพจิต แต่ทว่าภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อและการจัดบริการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้รับผลกระทบ และจำเป็นต้องปรับการดำเนินการในรูปแบบ “วิถีใหม่”

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 อุบัติขึ้นบนโลกตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ภายหลังได้รับบาดเจ็บมายังประเทศไทยเมื่อเดือนมกราคม 2563 โดยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย สามารถแบ่งตามช่วงเวลาได้ 4 ระลอก ได้แก่ ระลอกแรก ระลอกใหม่ ระลอกสอง และระลอกสาม (ระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 ระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 และระลอกสาม เป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564)) ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย เสียชีวิตสะสม 19,260 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยส่วนใหญ่ มากกว่า 1.8 ล้านรายเกิดขึ้นในช่วงการระบาดระลอกสาม

ผลกระทบจากการระบาดโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการเติบโตของ GDP โลก ซึ่งเกิดภาวะถดถอยทั่วโลกกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานและการค้าระหว่างประเทศทั่วโลก เนื่องจากการปิดพรมแดน และการห้ามเคลื่อนย้ายผู้คน ทำให้การท่องเที่ยวหยุดชะงักอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน และคนหลายล้านคนต้องเผชิญกับโอกาสที่จะตกงาน รัฐบาลทุกประเทศได้ออกมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจอย่างเข้มข้น เช่นเดียวกับในประเทศไทย การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการระบาด ส่งผลกระทบต่อการจ้างงาน แรงงานทั้งภาคการผลิต การเกษตร การท่องเที่ยว และบริการ ธุรกิจหลายประเภทปิดตัวลง อัตราการว่างงานสูงขึ้น สัดส่วนภาระหนี้ต่อรายได้สูงขึ้น อันมีผลต่อเนื่องยังระดับครัวเรือน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กเล็ก คนพิการและคนป่วย และยิ่งต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ไปถึงการลดลงของคุณภาพชีวิต การไม่สามารถเข้าถึง

การศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง หรือการไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงผลจากการมีต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะออกมาตรการผ่อนปรน และมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ และชดเชยรายได้ให้ประชาชนในบางช่วงที่การขยายตัวการระบาดของโรครุนแรงขึ้น แต่ก็ยังไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่เชื้อไวรัสได้มีการกลายพันธุ์บ่อยครั้ง โดยสายพันธุ์มีความสามารถในการแพร่สูงกว่าสายพันธุ์เดิม จนเกิดการระบาดหลายระลอก และเป็นระลอกที่ใหญ่ขึ้น ถึงแม้ว่าการพัฒนาวัคซีนในระดับโลก และการกระจายวัคซีนมายังประเทศไทยจะสามารถทำได้ ซึ่งรัฐบาลต้องกลับมาใช้มาตรการควบคุมที่เข้มข้นอีกครั้ง

ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดมาอย่างต่อเนื่อง และปรับความเข้มข้นตามความรุนแรงของสถานการณ์ตั้งแต่พบการระบาดครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และ เมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 รัฐบาลประกาศบังคับใช้พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งมีผลควบคุมการปิดห้างร้าน กำหนดเวลาเคอร์ฟิว จำกัดการเดินทาง ส่งเสริมการทำงานที่บ้าน ห้ามจำหน่ายสุรา เลื่อนเวลาเปิดเทอม และส่งเสริมมาตรการ Social distancing อย่างจริงจัง ซึ่งมาตรการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนอย่างเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกาย และสุขภาพจิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ดังที่สรุปในเนื้อความถัดไปดังนี้

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ: ในปี 2563 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย เป็นโรคเบาหวาน (DM) หรือความดันโลหิตสูง (HT) ลดลงมากกว่าร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า (ปี 2559 - 2562) โดยการพบผู้ป่วยรายใหม่ลดลงนี้ อาจเป็นไปได้จากการเข้าถึงการวินิจฉัยที่ลดลงซึ่งอัตราการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำลงเป็นประเด็นที่อันตรายเพราะเป็นภาวะที่รุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉินที่เหมาะสมและทันเวลา ทว่าภายหลังการระบาดระลอกแรก ตั้งแต่ช่วงผ่อนปรนระลอกแรกในเดือน มิถุนายน 2563 จำนวนผู้ป่วยรายเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่กลับเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า สอดคล้องกับอัตราการเข้ารับบริการตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่ำลงในช่วงการระบาดระลอกแรก อย่างไรก็ตามการลดลงของอัตราการเข้ารับบริการตามนัดบางส่วนเกิดจากการเลื่อนนัด และใช้ระบบรับยาผ่านช่องทางอื่นเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกับการนัดนอกโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการพัฒนา ทำให้ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยอาจไม่ปรากฏในระบบ แต่ยังคงมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดนัด และขาดยา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสำรวจที่พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัดความดันโลหิตถี่น้อยลง มากกว่าผู้ที่วัดถี่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ร้อยละความครอบคลุมการได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงประจำปียังคงอยู่ในระดับสูง และค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับช่วงก่อนระบาดฯ ซึ่งสะท้อนว่า หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ยังคงให้ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเบาหวานประจำปี

จากข้อมูลการเสียชีวิตกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 มีโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 โรค และมีสัดส่วนคงที่ในแต่ละระลอกของการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 สูงกว่าคนทั่วไปมากถึง 2 - 5 เท่า

การจัดบริการส่งเสริม ควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อ และการเข้าถึงบริการ: นโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” เป็นหนึ่งในนโยบายเร่งรัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีดำริมาตั้งแต่ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 การระบาดของโรคโควิด-19 ช่วยเร่งรัดการตอบสนองนโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” ให้เร็วขึ้น เห็นได้จากการดำเนินการในช่องทางที่ไม่เคยมีมาก่อนตั้งแต่การระบาดระลอกแรก เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ถึงร้อยละ 23, การส่งยาโดย อสม. ร้อยละ 72.3, และการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ร้อยละ 6.5, การปรึกษาผ่าน mobile application, และการพัฒนาการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ รพ. นำร่อง 15 แห่ง ถึงแม้การปรับรูปแบบบริการในช่วงการระบาดฯ ที่ทำให้สูญเสียบุคลากรในคลินิก และงบประมาณเพื่อไปสนับสนุนงานด้าน โรคโควิด-19 และเพิ่มภาระงานให้บุคลากร อัตรากำลังเพื่อจัดบริการโรคไม่ติดต่อลดลง การจัดบริการก็ลดลง แต่จากการประเมินผลในบางพื้นที่พบว่า การปรับเปลี่ยนระบบบริการช่วยลดระยะเวลารอคอย ประหยัดค่าใช้จ่ายเดินทาง ประชาชนส่วนใหญ่พึงพอใจ อย่างไรก็ตามยังมีความต้องการการพัฒนาระบบสารสนเทศเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังพบว่าผลกระทบต่อการจัดบริการในช่วงการระบาดระลอกที่สอง มีมากกว่าการระบาดระลอกแรก ดังนั้นติดตามประเมินผลเพิ่มเติมยังคงต้องดำเนินการเพิ่มเติมเช่นกัน

การบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม: การระบาดของโควิด-19 ยังทำให้กระส่ำกระสอยสุขภาพและความปลอดภัยมีมากขึ้น ประกอบกับการจำกัดเวลาร้านค้า และการห้ามรับประทานภายในร้านร่วมกับความกังวลต่อความไม่แน่นอนของสถานการณ์การระบาดทำให้ประชาชนระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้มีการทำอาหารกินเองที่บ้านมากขึ้น และมากกว่าครึ่งลดค่าใช้จ่ายในการกินอาหารที่ร้าน ในขณะเดียวกันธุรกิจทั้งขนาดเล็กและใหญ่ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ทันกับไลฟ์สไตล์ของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป เช่น การให้บริการส่งถึงบ้านหรือดีลิเวอรี่ผ่านแอปพลิเคชันผู้ให้บริการ จากร้านอาหาร หรือกระทั่ง Home cooking การระบาดระลอกแรกกระทบต่อการลดลงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเกือบทุกด้าน ทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ชา กาแฟ และโกโก้ การรับประทานของหวาน ลูกกวาด การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง ขนมกรุบกรอบ โดยการบริโภคที่เพิ่มขึ้นพบในอาหารประเภท ผัก ผลไม้ แต่ทว่าสัดส่วนของผู้ที่ระบุว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นกลับสูงกว่าผู้ที่ระบุว่าน้ำหนักตัวลดลงเกือบ 2 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง การรับประทานอาหารที่ปรุงเองที่มีปริมาณมากกว่าปริมาณอาหารที่ซื้อ อย่างไรก็ตามไม่มีสถานการณ์เปรียบเทียบการบริโภคอาหารระหว่างระลอกการระบาดต่าง ๆ แต่การดำเนินมาตรการควบคุมการระบาดอย่างต่อเนื่องยาวนานส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากเกิดความล้า และต้องการเปลี่ยนบรรยากาศการบริโภคทำให้การบริโภคที่ร้านจึงยังเป็นที่ต้องการ โดยเฉพาะในช่วงผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรค

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์: รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มาตรการควบคุมการระบาดฯ ส่งผลให้ร้านค้าต้องจำกัดการจำหน่ายประชาชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยากขึ้น การตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เป็นไปตามแผน และต้องปรับตัวตาม lifestyle ของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป การตลาดผ่านช่องทางออนไลน์เป็นช่องทางหลักในการสื่อสาร อย่างไรก็ตามเนื้อหาการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ถูกจำกัดโดยกฎหมาย จึงมีการนำเสนอผ่านเนื้อหาแนวรับผิดชอบต่อสังคม หรือแทรกในเนื้อหาอื่นเช่นดนตรี กีฬา เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2563 ก็เพิ่มมีผลบังคับใช้ในช่วงการระบาดพอดี เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2563 ประกอบกับความตระหนักของประชาชนต่อสุขภาพ และความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผู้บริโภคที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงก่อนการระบาด ดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วงการระบาดระลอกแรกกว่าร้อยละ 80 และความชุกของผู้ที่ระบุว่าดื่มสุราในปัจจุบันลดลงร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับในปี 2558 แม้กระนั้นผู้บริโภคบางกลุ่มยังสามารถแสวงหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองผ่านช่องทางอื่น เช่น การซื้อต้นไว้อ่อนหน้า การดื่มที่บ้านเพื่อน หรือแม้แต่การลักลอบจำหน่าย การลดลงของการบริโภคกระทบต่อภาพรวมอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสุราในประเทศ สุรานำเข้า เบียร์ ไวน์ ฯลฯ ซึ่งสูญเสียมูลค่าตลาดไปหลายหมื่นล้านบาท อย่างไรก็ตาม หลังจากที่มีรัฐบาลไทยประกาศผ่อนปรนให้สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ take home ได้ สัดส่วนการดื่มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20% และภายหลังการผ่อนปรนให้สามารถนั่งดื่มในร้านได้ สัดส่วนการดื่มเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 เมื่อเทียบช่วงการระบาดระลอกแรก สะท้อนว่ายังมีความต้องการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ค่อนข้างสูงจำนวนหนึ่ง และภายหลังการระบาดฯ ปัญหาเศรษฐกิจภาพรวมประเทศและครัวเรือนกลายเป็นปัญหาขนาดใหญ่ที่คนส่วนใหญ่มองว่าเป็นปัจจัยหลักที่กระทบคุณภาพชีวิต กลายเป็นความอ่อนไหวทางการเมืองและสังคม อันเป็นความเสี่ยงต่อการเปิดโอกาสต่อมาตรการที่หวังการเพิ่มรายได้หรือกระตุ้นเศรษฐกิจ แต่จะกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตระยะยาว ได้แก่ ความพยายามผลักดันนโยบายเปิดเสรีการผลิตสุราสำหรับรายย่อย

กิจกรรมทางกาย: ช่วงกว่า 10 ปี ก่อนการระบาดฯ สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการระบาดฯ ส่งผลให้สวนสาธารณะ สนามกีฬา ต้องปิดให้บริการ จำกัดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายแบบรวมกลุ่มพร้อมกันหลาย ๆ คน โดยในช่วงการระบาดฯ ระลอกแรกสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลงไปมากกว่าร้อยละ 30 โดยเฉพาะเพศหญิงที่ลดลงไปมากกว่าร้อยละ 40 ถึงแม้การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือออนไลน์เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในช่วงระบาดฯ แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ แรงบันดาลใจมากพอ อย่างไรก็ตามภายหลังการระบาดฯ ระลอกแรกประชาชนสามารถปรับตัวได้ ทำให้อัตราการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มสูงขึ้น โดยในช่วงระบาดระลอกที่สองสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายสูงขึ้นประมาณร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการระบาดฯ ระลอกแรก ดังนั้นการประสานความร่วมมือระหว่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้การจัดกิจกรรม สุขภาพและกีฬามวลชนถูกจัดขึ้นและดำเนินไป ภายใต้มาตรฐานด้านความปลอดภัยและสามารถ

ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพจึงยังเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ยาสูบ: การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลทั้งแง่บวกและแง่ลบต่อการบริโภคยาสูบ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม เช่น รายได้ที่ลดลง ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ภาษี กลไกราคา ของบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น และเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ได้มีการปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิต โดยจัดเก็บภาษีตามปริมาณ ทำให้ยาสูบมีราคาแพงขึ้น ประกอบกับมาตรการสื่อสารเพื่อการควบคุมการบริโภคบุหรี่ถูกดำเนินการโดยพุ่งเป้าไปที่กลุ่มวัยแรงงานที่เป็นกลุ่มใหญ่ที่ถูกกระทบในด้านการเงิน ผ่านการรณรงค์ “เลิกสูบ เลิกจน” ช่วยสร้างความตระหนักต่อควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสามในประชากร ดังนั้นโดยภาพรวมการระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการระบาด มีผลต่อการสูบลดลงมากกว่าสูบเพิ่มขึ้น พบว่าร้อยละ 87 ของผู้สูบบุหรี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในทางที่ดีขึ้น ประชาชนทั่วไปมีความกังวลอย่างมากต่อควันบุหรี่มือสองและควันบุหรี่มือสาม ร้อยละ 64.7 มากกว่าร้อยละ 50 ทราบว่าบุหรี่เป็นความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงจากโควิด-19 ในขณะที่กลุ่มแรงงานที่สูบเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ยังไม่เชื่อว่าเพิ่มความเสี่ยง การส่งเสริมการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง และไม่พึ่งพายาเสพติดเช่น บุหรี่ ในประชากรยังต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมช่องทางเข้าถึงคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และการบำบัดยาสูบแบบทางไกล (Teleconsultation)

สุขภาพจิต: ภาพรวมภาวะซึมเศร้าของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระยะแรกและเริ่มมีแนวโน้ม สูงต่อเนื่องตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 จนถึงระลอกสาม โดยพบสูงสุดในการระบาดระลอก 3 คือ 13.6% เช่นเดียวกับภาพรวมความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยที่มีอัตราสูงขึ้นปลายระลอกแรก และสูงอย่างต่อเนื่อง โดยพบความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยสูงสุดในการระบาดระลอกสาม คือ 2.2% จากการระบาดที่ยาวนานของโรคโควิด-19 จนเกิดการสะสมของปัญหา ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ การขาดรายได้ ความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต การเรียนออนไลน์ การแบ่งแยกจากความคิดเห็นที่แตกต่าง เป็นต้น อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2557 โดยอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องชัดเจนตั้งแต่ปี 2560 โดยในปี 2563 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรก มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดที่ 7.37 คนต่อประชากรแสนคน แม้ว่าภาพรวมภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จะไม่สูงเท่ากับการสำรวจในต่างประเทศ แต่แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างนั้นยังน่าเป็นห่วง ดังนั้นจึงควรสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้วัคซีนใจในชุมชน รับสื่อออนไลน์อย่างมีสติและสร้างสรรค์ และสร้างความตระหนักกับประชาชนไทยเกิดความรู้ ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และครอบครัว ตลอดจนการพัฒนาระบบการรักษา และการเพิ่มช่องทางให้คำปรึกษา แก่กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วย

การบริหารจัดการแผนงานโรคไม่ติดต่อ: ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 งานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้แผนปฏิบัติการหน่วยงานได้รับงบประมาณลดลง จำนวนผู้ปฏิบัติงานลดลง และภาระงานเพิ่มขึ้นจากเดิม ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ได้มีการบริหารจัดการแผนฯ ได้แก่ การปรับแผนฯ การปฏิบัติงาน โดยปรับรูปแบบหรือวิธีดำเนินการเป็นรูปแบบออนไลน์ (online) ลดขนาดหรือจำนวนพื้นที่

ในการดำเนินการ และยกเลิกบางโครงการหรือบางกิจกรรม และการปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณระหว่างปี โดยปรับคืนเงินงบประมาณ และบูรณาการทรัพยากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ทำให้โครงการหรือกิจกรรมสำคัญยังคงสามารถดำเนินงานได้ เช่น การชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย การขับเคลื่อนงานตามนโยบาย และตัวชี้วัด และการเกิดรูปแบบหรือวิธีการบริหารจัดการแบบใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนฯ ลดลง ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ของประเทศ และเป้าหมายการป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทบทวนเป้าหมายยุทธศาสตร์ของประเทศใหม่ หรือมีแผนเร่งรัดการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ของประเทศ ภายหลังการระบาดฯ เบาบางลง

บทที่ 1

สถานการณ์โรคโควิด-19

และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย

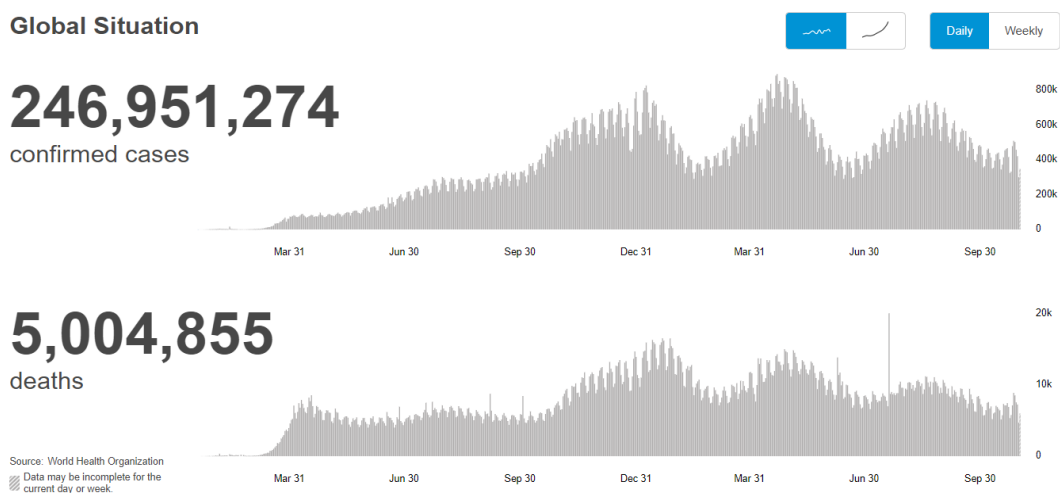
- 1.1 จุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
- 1.2 สถานการณ์โควิด-19 ทั่วโลก ณ ปัจจุบัน
- 1.3 สถานการณ์การป่วย
- 1.4 สถานการณ์การเสียชีวิต
- 1.5 อัตราป่วยตาย
- 1.6 สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย
- 1.7 การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563
- 1.8 การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564
- 1.9 การระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564)
- 1.10 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 1.11 มาตรการวัคซีน

1.1 จุดเริ่มต้นการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ได้ออกประกาศเป็นทางการว่าพบกลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ (1) หรือที่รู้จักกันภายหลังในชื่อโรคโควิด-19 (2) ที่เกี่ยวข้องกับตลาดหัวหนาน ซึ่งเป็นตลาดค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่ที่สุดในอู่ฮั่น และภาคกลางของจีน โดยมีพื้นที่กว่า 50,000 ตารางเมตร และมีพื้นที่บางส่วนเปิดเป็นร้านขายสัตว์ป่า ตลาดได้ถูกสั่งปิดให้บริการ เพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหลังสอบสวนโรคพบความเชื่อมโยงกับโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 หน่วยงานด้านสาธารณสุขประเทศจีน ได้รายงานเหตุการณ์ไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุจำนวน 27 ราย โดย 7 ราย (ร้อยละ 26) มีอาการรุนแรง ไม่พบผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายและผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับการแยกกักเพื่อสังเกตอาการ และยังไม่พบหลักฐานการแพร่เชื้อจากคนสู่คน (3) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่นยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกระจายไปยังมณฑลอื่น ๆ เนื่องจากชาวจีนจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนาหรือท่องเที่ยวทั้งในและต่างประเทศในช่วงเดือนมกราคมซึ่งเป็นเทศกาลตรุษจีน โดยก่อนที่รัฐบาลจีนจะประกาศใช้มาตรการล็อกดาวน์ (lockdown) ในวันที่ 23 มกราคม 2563 เพื่อควบคุมการแพร่กระจายโรคในเมืองอู่ฮั่นและเมืองข้างเคียงในมณฑลหูเป่ย์ ได้มีการประมาณการว่าน่าจะมีชาวอู่ฮั่นกว่า 5 ล้านคนเดินทางออกนอกเมืองไปแล้ว (4) ทำให้สิ้นเดือนมกราคม 2563 จีนมีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มเป็น 11,791 ราย เสียชีวิต 259 ราย (ร้อยละ 2.2) (5) สำหรับการติดเชื้อนอกประเทศจีนนั้น ได้ถูกรายงานเป็นครั้งแรกในวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยประเทศไทยได้รายงานการติดเชื้อโควิด-19 นอกประเทศจีนเป็นประเทศแรก (2) วันที่ 21 มกราคม 2563 โรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปยังทวีปอเมริกาเหนือ โดยประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยรายแรกในรัฐวอชิงตัน วันที่ 24 มกราคม 2563 ฝรั่งเศสเป็นประเทศแรกในทวีปยุโรปที่รายงานการพบผู้ป่วย 3 รายแรก ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีประวัติเดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น (2) วันที่ 29 มกราคม 2563 เชื้อได้แพร่กระจายไปยังภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงกลางซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เอมิเรตส์ วันที่ 25 มกราคม 2563 ประเทศออสเตรเลียประกาศพบผู้ป่วยรายแรก วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ตัดสินใจประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern, PHEIC) เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ณ ขณะนั้นทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 7,834 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศจีน (98 รายเป็นผู้ป่วยจากประเทศอื่น ๆ 18 ประเทศ) และมีผู้เสียชีวิต 170 ราย (ในประเทศจีนทั้งหมด)นอกจากนั้น ยังพบหลักฐานยืนยันการติดเชื้อจากคนสู่คนใน 4 ประเทศ (6) วันที่ 14 และ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ประเทศอียิปต์ ทวีปแอฟริกาและประเทศบราซิล ทวีปอเมริกาใต้ รายงานพบผู้ป่วยรายแรกในทวีป ตามลำดับ (7)(8) การระบาดในครั้งนี้นำเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันรายแรกจากประเทศจีน (1 ธันวาคม 2562) (9) จนกระทั่งเชื้อได้แพร่กระจายไปยัง 6 ทวีปทั่วโลก เมื่อการระบาดขยายวงกว้างออกไปในหลายประเทศมากขึ้น วันที่ 11 มีนาคม 2563 WHO จึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ Pandemic

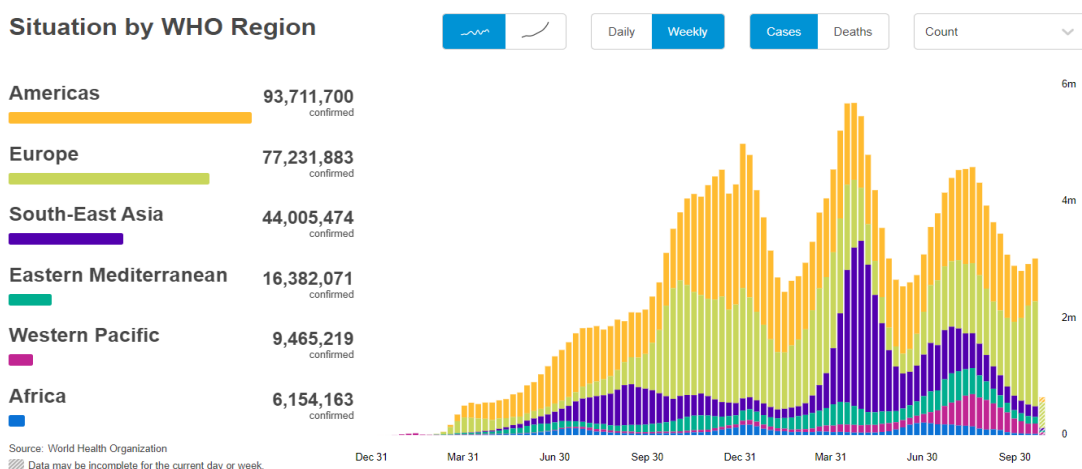
1.2 สถานการณ์โควิด-19 ทั่วโลก ณ ปัจจุบัน

ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ยอดผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ทั่วโลกมีจำนวน 246,951,274 ราย (คิดเป็น 3,163 รายต่อแสนประชากร หรือ ร้อยละ 3 ของประชากรโลก) เสียชีวิต 5,004,855 ราย (คิดเป็น 64 รายต่อแสนประชากร) (10) อัตราป่วยตายอยู่ที่ 2.03% มีประเทศที่พบผู้ติดเชื้อแล้ว 188 ประเทศ จาก 193 ประเทศทั่วโลก (97%) โดยประเทศที่ยังไม่มีการรายงานผู้ติดเชื้อรายแรกอย่างเป็นทางการ ได้แก่ เกาหลีเหนือ เติร์กเมนิสถาน ตองกา ตูวาลู และนาอูรู (11) ถึงแม้ WHO จะมีการกำหนดนิยามผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อให้การเฝ้าระวังและการรายงานสถานการณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (12) แต่ในทางปฏิบัติอาจจะมีการดัดแปลงนิยามโรคเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทด้านสาธารณสุขของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ศักยภาพในการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อตัวเลขผู้ติดเชื้อของแต่ละประเทศโดยตรง



รูปภาพที่ 1.1: จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายวันตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 [WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard]

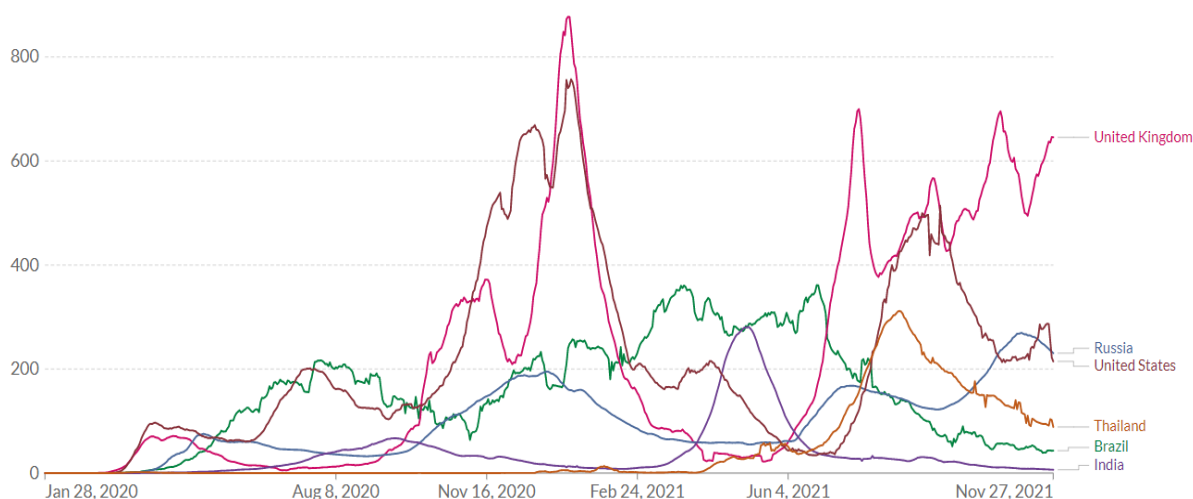
ภูมิภาคที่มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสมมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ อเมริกา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 38 ของผู้ป่วยยืนยันทั้งหมดทั่วโลก ยุโรปร้อยละ 31 และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 18



รูปภาพที่ 1.2: จำนวนผู้ป่วยยืนยันรายสัปดาห์จำแนกตาม WHO Region ข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 [WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard]

1.3 สถานการณ์การป่วย

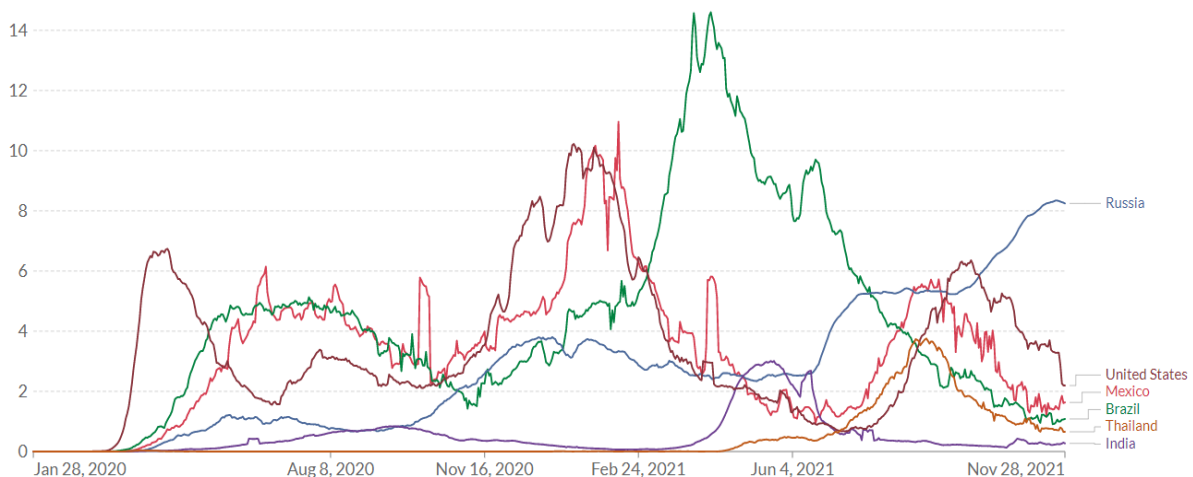
ประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (45.6 ล้านราย) อินเดีย (34.3 ล้านราย) บราซิล (21.8 ล้านราย) อังกฤษ (9.1 ล้านราย) และรัสเซีย (8.5 ล้านราย) แต่เมื่อคิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรจะพบว่า ประเทศเหล่านี้มีอัตราป่วยอยู่ที่ 13,787 2,484 10,257 13,342 และ 5,861 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ ประเทศมอนเตเนโกร เซเชลส์ อันดอร์รา จอร์เจีย และเช็ก มีอัตราป่วยอยู่ที่ 16,510 - 22,974 ต่อแสนประชากร (10) ทุกประเทศยกเว้นเซเชลส์ (ทวีปแอฟริกา) ตั้งอยู่ในทวีปยุโรป มีพื้นที่ขนาดเล็กและประชากรค่อนข้างน้อย (13) ทั้ง 5 ประเทศจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว หรือกลุ่มประเทศรายได้สูงตามนิยามของ United Nations Development Programme (UNDP), International Monetary Fund (IMF) หรือ World Bank (WB) (14) มีระบบสาธารณสุขที่มีศักยภาพ ในการค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อ ดังนั้นถึงแม้จะมีอัตราป่วยสูงเป็น 5 ลำดับแรก แต่ก็มีอัตราป่วยตายเพียงร้อยละ 0.5-1.7 ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก (ร้อยละ 2.03)



รูปภาพที่ 1.3: อัตราป่วยโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศสหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล อังกฤษ รัสเซีย และไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564 [source: ourworldindata.org] (15)

1.4 สถานการณ์การเสียชีวิต

สำหรับการเสียชีวิตโรคโควิด-19 ประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (7.4 แสนราย) บราซิล (6 แสนราย) อินเดีย (4.6 แสนราย) เม็กซิโก (2.9 แสนราย) และรัสเซีย (2.4 แสนราย) เมื่อคิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรจะพบว่า ประเทศเหล่านี้มีอัตราตายอยู่ที่ 224 286 33 224 และ 164 ต่อแสนประชากร ส่วนประเทศที่มีรายงานอัตราการตายสูงสุดของโลกคือ ประเทศเปรู ซึ่งมีอัตราการตายสูงถึง 607 รายต่อแสนประชากร ในขณะที่ลำดับที่ 2-5 ได้แก่ ประเทศบอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา บัลแกเรีย มาซิโดเนีย และมอนเตเนโกร มีอัตราตายอยู่ที่ 334-352 รายต่อแสนประชากร (10)



รูปภาพที่ 1.4: อัตราการเสียชีวิตโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศสหรัฐอเมริกา บราซิล อินเดีย เม็กซิโก รัสเซีย และไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564 [source: ourworldindata.org] (15)

เปรูมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ประมาณ 200,000 ราย จากประชากร 32 ล้านคน สาเหตุที่ทำให้เปรูมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก ทั้ง ๆ ที่เป็นประเทศแรก ๆ ในกลุ่มละตินอเมริกาที่ตัดสินใจดำเนินมาตรการ lockdown ปิดพรมแดน และเคอร์ฟิวตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ก่อนประเทศอังกฤษและอีกหลายประเทศในยุโรปคือ ระบบสาธารณสุขที่ไม่พร้อมรับมือสถานการณ์การระบาดขนาดใหญ่ และการขาดแคลนงบประมาณด้านสาธารณสุข เปรูเผชิญปัญหาการขาดแคลนออกซิเจนที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยและเตียงรองรับผู้ป่วยวิกฤต (ICU bed) (16) เปรูมีเตียงรองรับผู้ป่วยวิกฤตเพียง 1,656 สำหรับประชากร 32 ล้านคนทั่วประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับเมืองโบโกตา เมืองหลวงของประเทศโคลอมเบียซึ่งมีประชากร 7.4 ล้านคน มีเตียงสำหรับผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1,800 เตียง (17) นอกจากนี้เปรูยังมีปัญหาขาดแคลนวัคซีน การดำเนินการฉีดวัคซีนที่ล่าช้า และศักยภาพที่จำกัดในการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ WHO แนะนำ (18) ในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2564 ประชากรชาวเปรูที่ได้รับวัคซีนครบสองเข็มมีเพียง 4% ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้านอย่างบราซิลและชิลีมีประชากรที่ได้รับวัคซีนครบสองเข็มประมาณ 10% และ 40% ตามลำดับ นอกจากนั้นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเปรูที่ไม่เอื้อต่อการควบคุมการระบาด มาตรการ lockdown ไม่ได้ผลเท่าที่ควรเนื่องจากประชาชนเปรูร้อยละ 70 อยู่ในภาคธุรกิจที่มีการจ้างงานแบบรายวัน ประชาชนจึงจำเป็นต้องออกไปทำงานเพื่อหาเงินมาใช้จ่าย ถึงแม้ว่า

รัฐบาลจะมีมาตรการจ่ายเงินเพื่อช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ แต่มีชาวเปรูเพียง 38% เท่านั้นที่มีบัญชีธนาคาร ส่งผลให้รัฐบาลไม่สามารถจ่ายเงินช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง ครอบครัวชาวเปรูมักอาศัยอยู่กันอย่างแออัดซึ่งง่ายต่อการแพร่กระจายเชื้อ และมากกว่าร้อยละ 40 ไม่มีตู้เย็น ทำให้ต้องเดินทางไปซื้ออาหารที่ตลาดซึ่งเป็นสถานที่พลุกพล่านเสี่ยงต่อการระบาดเป็นประจำ (16)

Peru Situation

2,224,344

confirmed cases

200,866

deaths

Source: World Health Organization
Data may be incomplete for the current day or week.

รูปภาพที่ 1.5: จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายสัปดาห์ของประเทศเปรูตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2564 [WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard]

1.5 อัตราป่วยตาย

ประเทศที่มีอัตราป่วยตาย (case fatality rate, CFR) สูงสุด 5 ลำดับแรก คือ เยเมน (ร้อยละ 19.2) เปรู (9.1) เม็กซิโก (7.6) ชูดาน (7.4) และเอกวาดอร์ (6.4) (10) อัตราป่วยตายนั้นเป็นดัชนีตัวหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งสามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของตัวโรค ประสิทธิภาพของกระบวนการรักษา และความสามารถในการรองรับความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพ ประเทศเยเมนเผชิญเหตุการณ์ความไม่สงบในประเทศยืดเยื้อยาวนานกว่า 6 ปี ระบบสาธารณสุขและระบบสาธารณสุขของประเทศได้รับความเสียหายจากสงครามกลางเมือง สถานพยาบาลสามารถเปิดให้บริการได้เพียงครึ่งหนึ่งจากจำนวนทั้งหมด หลายโรงพยาบาลต้องปิดให้บริการหรือปฏิเสธไม่รับผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกันโรค (personal protective equipment, PPE) อย่างไรก็ตาม ตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตที่แท้จริงของประเทศเยเมนน่าจะสูงกว่านี้เพราะโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากสงคราม ทำให้ความสามารถในการตรวจหาผู้ติดเชื้อจำกัด ไม่มีระบบรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพ เสถียรและครอบคลุม นอกจากนั้นประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาด อาหาร หน้ากากอนามัย และสบู่ล้างมือ (19) การประเมินสถานการณ์การติดเชื้อในเยเมนจึงต้องอาศัยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากตามที่ผู้วิจัยแต่ละคนคาดการณ์ เช่น มหาวิทยาลัย London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK ได้คาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตในประเทศเยเมนไว้ที่ 11 ล้านราย และ 62,000-85,000 ราย

ตามลำดับ ในขณะที่ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศเยเมน (Altat Musani) คาดว่าน่าจะมีผู้ติดเชื้อประมาณ 28 ล้านราย (เยเมน มีประชากรประมาณ 30 ล้านคน (13)) จะเห็นได้ว่า คุณภาพของข้อมูลการป่วยและเสียชีวิตนั้น ส่งผลกระทบต่ออัตราป่วยตายโดยตรง ถ้าเยเมนรายงานจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตได้ครบถ้วนมากขึ้นน่าจะทำให้เห็นอัตราป่วยตายที่ลดลง เนื่องจากประชากรในเยเมนส่วนใหญ่อายุน้อย (ร้อยละ 96 ของประชากร อายุต่ำกว่า 60 ปี) กลุ่มนี้ถ้าติดเชื้อแล้วมักไม่มีการรุนแรง ผู้เสียชีวิตร้อยละ 40 เป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ซึ่งมีอยู่เพียงร้อยละ 4 ของประเทศ (19) อย่างไรก็ตาม ระบบสาธารณสุขที่ไม่พร้อมในการรับมือสถานการณ์ระบาดที่มีความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน ย่อมทำให้อัตราป่วยตายสูงขึ้น (20) ดังเช่น ประเทศเยเมน และเปรู

Yemen Situation

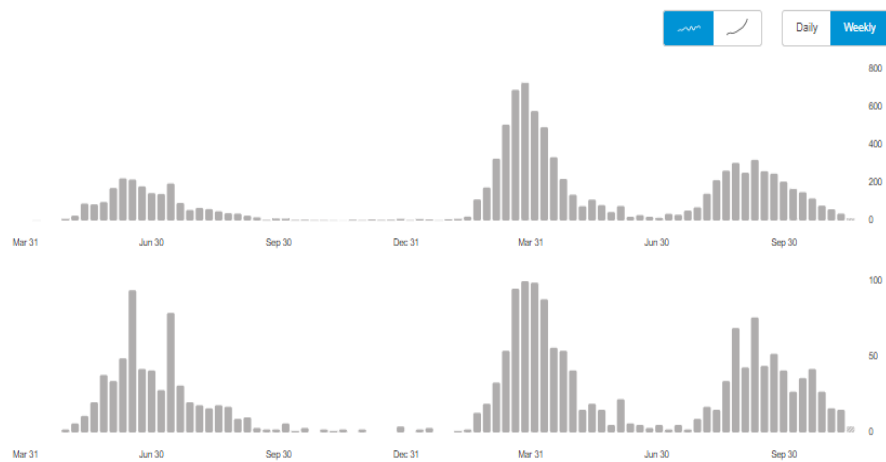
9,967

confirmed cases

1,942

deaths

Source: World Health Organization
Data may be incomplete for the current day or Dec 31 week.



รูปภาพที่ 1.6: จำนวนผู้ป่วยยืนยันและผู้เสียชีวิตรายสัปดาห์ของประเทศเยเมนตามวันที่รายงาน ข้อมูล ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 [WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard]

1.6 สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย

ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย มากเป็นลำดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินเดีย (34.2 ล้านราย) และอินโดนีเซีย (4.2 ล้านราย) คิดเป็นอัตราป่วย 2,751 รายต่อแสนประชากร รองจากมัลดีฟส์ (16,240 รายต่อแสนประชากร) และเนปาล (2,790 รายต่อแสนประชากร) ไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 19,260 ราย มากเป็นลำดับที่ 4 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินเดีย อินโดนีเซีย และบังคลาเทศ ไทยมีอัตราตาย 27.6 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 1 ซึ่งเป็นลำดับที่ 7 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ตารางที่ 1.1: จำนวนผู้ป่วยยืนยัน ผู้เสียชีวิต และอัตราป่วยตาย ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เรียงลำดับตามจำนวนผู้ป่วยสะสม ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 (10)

ประเทศ	จำนวนผู้ป่วย สะสม (ลำดับที่)	จำนวนผู้ป่วย สะสมต่อแสน ประชากร (ลำดับที่)	จำนวน ผู้เสียชีวิต สะสม (ลำดับที่)	จำนวน ผู้เสียชีวิต สะสมต่อแสน ประชากร (ลำดับที่)	อัตราป่วยตาย (ลำดับที่)
อินเดีย	34,285,814 (1)	2,484.47 (5)	458,437 (1)	33.22 (6)	1.34 (6)
อินโดนีเซีย	4,244,761 (2)	1,551.88 (6)	143,423 (2)	52.44 (2)	3.38 (2)
ไทย	1,920,189 (3)	2,750.99 (3)	19,260 (4)	27.59 (7)	1.00 (7)
บังคลาเทศ	1,569,539 (4)	953.03 (8)	27,868 (3)	16.92 (8)	1.78 (4)
เนปาล	813,011 (5)	2,790.32 (2)	11,416 (7)	39.18 (4)	1.40 (5)
ศรีลังกา	541,073 (6)	2,526.81 (4)	13,743 (6)	64.18 (1)	2.54 (3)
เมียนมาร์	500,073 (7)	919.09 (9)	18,697 (5)	34.36 (5)	3.74 (1)
มัลดีฟส์	87,784 (8)	16,239.94 (1)	243 (8)	44.96 (3)	0.28 (9)
ติมอร์เลสเต-	19,790 (9)	1,501.01 (7)	122 (9)	9.25 (9)	0.62 (8)
ภูฏาน	2,621 (10)	339.68 (10)	3 (10)	0.39 (10)	0.11 (10)
เกาหลีเหนือ	0 (11)	0 (11)	0 (11)	0 (11)	NA (11)

ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันรายใหม่ 8,165 ราย ผู้เสียชีวิต 55 ราย ซึ่งอยู่ในแนวโน้มขาลงจากจุดสูงสุดวันละ 23,418 ราย (13 สิงหาคม 2564) และ 312 ราย (18 สิงหาคม 2564) ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อรายใหม่เกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ ผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศร้อยละ 89 เป็นผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการตามระบบปกติ (walk-in) ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยจากการคัดกรองเชิงรุก และผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษา 99,227 ราย รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 44 รพ.สนาม ร้อยละ 56 ร้อยละ 2.24 ของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยอาการหนัก และร้อยละ 22.24 ของผู้ป่วย

อาการหนัก (หรือร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วยที่กำลังรักษา) จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (21) ข้อมูลจากทะเบียนผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรคระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 28 ตุลาคม 2564 จำนวน 18,957 ราย เป็นหญิง ตั้งครรภ์ 31 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1.17: 1 ค่ามัธยฐานอายุ 67 ปี (พิสัย 12 วัน - 110 ปี) ร้อยละ 68 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 91 ของผู้เสียชีวิตมีโรคประจำตัวร่วมด้วย สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า ผู้เสียชีวิตมีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 59) เบาหวาน (41.2) ไขมันในเลือดสูง (25.5) โรคไตเสื่อม (11.6) โรคอ้วน (8.3) มะเร็ง (3.9) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (3.3) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2.7) และหอบหืด (2.2) จะเห็นได้ว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย สามารถแบ่งตามช่วงเวลาได้ 4 ระลอก ระลอกแรกระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 การระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ที่สำคัญในช่วงเวลานี้คือ สนามมวยและบ่อนการพนัน ระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 คลัสเตอร์ที่สำคัญในระลอกนี้คือตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร และระลอกสามเป็นต้นไปตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564) ซึ่งเป็นการระบาดระลอกที่ใหญ่ที่สุด คลัสเตอร์ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดในระลอกนี้คือ สถาบันเทียงย่านทองหล่อ



รูปภาพที่ 1.7: อัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ต่อล้านประชากร รายวัน (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) ประเทศไทย ตั้งแต่ 28 มกราคม 2563 ถึง 27 พฤศจิกายน 2564 [source: ourworldindata.org] (15)

1.7 การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563

ตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2563 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 3,998 ราย (21) โดยเป็นผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ 1,548 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.7 มีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 60 ราย (21) คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.5 ผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยเป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนเข้าประเทศไทย มาเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 ถูกตรวจพบว่ามิใช่สูง 38.6 องศาเซลเซียสที่สนามบินสุวรรณภูมิ (22) จึงถูกส่งตัวมาที่สถาบันบำราศนราดูรเพื่อทำการตรวจรักษา วันที่ 13 มกราคม 2563 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ SARS-CoV-2 ผู้ป่วยรายนี้จึงเป็นผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COVID-19 (23) ประเทศไทยได้ดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อตรวจจับผู้สงสัยป่วยในกลุ่มผู้เดินทางจากต่างประเทศตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 และต่อมาได้ขยายไปถึงผู้ที่มีอาชีพสัมผัสกับกลุ่มชาวจีนทำให้วันที่ 31 มกราคม 2563 สามารถตรวจจับผู้ป่วยชาวไทยรายแรกที่ไม่มียุติเดินทางไปประเทศจีน โดยผู้ป่วยรายนี้มีอาชีพขับรถแท็กซี่ โดยน่าจะติดเชื้อจากผู้โดยสารที่เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน (24)

ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย (25) พรบ. ฉบับนี้ได้มีการกำหนดบทลงโทษให้อำนาจเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ รวมถึงดำเนินการหรือออกคำสั่งเพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาการปกปิดข้อมูล ไม่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค หรือไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา (26) ที่อาจทำให้โรคเกิดการแพร่ระบาดมากยิ่งขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะส่งผลร้ายแรงตามมาทั้งต่อความปลอดภัยของประชาชน เศรษฐกิจและสังคม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ กรมควบคุมโรคได้เริ่มเตรียมกำลังคนและทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาโรค (23) 12 มีนาคม 2563 ยอดผู้ติดเชื้อทั่วโลกทะลุ 100,000 ราย เสียชีวิต 4,300 ราย กระจายใน 110 ประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยกระดับการระบาดเป็น Pandemic หรือ การระบาดไปทั่วโลก

จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศเริ่มเพิ่มมากขึ้นในเดือนมีนาคม-เมษายน 2563 คลัสเตอร์สำคัญในช่วงนี้ได้แก่ คลัสเตอร์สถานบันเทิงและสนามมวยซึ่งส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อกระจายไปใน 68 จังหวัดทั่วประเทศ คลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านทองหล่อ สุขุมวิท และสวนหลวง โดยเริ่มจากกลุ่มก๊วนผู้ติดเชื้อกลุ่มแรก 11 ราย ที่มีประวัติพบปะกลุ่มเพื่อนนักท่องเที่ยวชาวฮ่องกงและสิงคโปร์ที่มาเที่ยวเมืองไทย (จากการติดตาม ไม่พบว่ามิใช่มีอาการป่วย) หลังจากนั้นก็มีเพื่อนในกลุ่มเริ่มมีอาการป่วยและมาร่วมสังสรรค์ที่สถานบันเทิงกับกลุ่มเพื่อน มีการดื่มเหล้าแก้วเดียวกันและสูบบุหรี่มวนเดียวกัน หลังจากนั้นได้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในครอบครัว และเริ่มพบผู้ติดเชื้อที่มีความเชื่อมโยงกับสถานบันเทิงย่านอื่น ๆ ตามมา (27)(28)

คลัสเตอร์สนามมวยลุมพินี-สนามมวยราชดำเนิน ได้รับรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นพิธีกรหลักในการแข่งขันชกมวยนัดสำคัญในวันที่ 6 มีนาคม 2563 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมชมการแข่งขันชกมวยในวันดังกล่าวจำนวนมากประมาณ 5,000 คน ผู้ป่วยเริ่มป่วยวันที่ 11 มีนาคม ก่อนหน้านี้มีประวัติพบเพื่อนที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ต่อมาเริ่มทยอยพบผู้ติดเชื้อเป็นเจ้าของค่ายมวย พิธีกร เซียนมวย นักมวยและผู้เข้าร่วมชมการแข่งขันซึ่งเดินทางมาจากหลายจังหวัด เช่น กรุงเทพมหานคร, ขอนแก่น, สมุทรปราการ, เชียงใหม่, สุโขทัย, นครราชสีมา, กาฬสินธุ์, ร้อยเอ็ด (28) ทำให้เกิดการกระจายเชื้อไปทั่วประเทศ ลักษณะสถานที่ของสนามมวยเป็นสถานที่ปิด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีการตะโกนเชียร์ ยืน/นั่ง ใกล้กัน ไม่มีการเว้นระยะห่างมีลักษณะคล้ายกับสถานบันเทิงที่เกิดการระบาด ซึ่งมีการใช้เสียงดังและคนใช้บริการหนาแน่น อย่างไรก็ตามก่อนหน้านี้ การกีฬาแห่งประเทศไทยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือนายสนามมวยลุมพินี ลงวันที่ 4 มีนาคม 2563 ให้เลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวของประชาชนเป็นจำนวนมากและเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโดยไม่จำเป็น เช่น การแข่งขันกีฬา แต่ก็ยังคงมีการจัดการแข่งขันชกมวยวันที่ 6 มีนาคม เกิดขึ้น (29)(30)

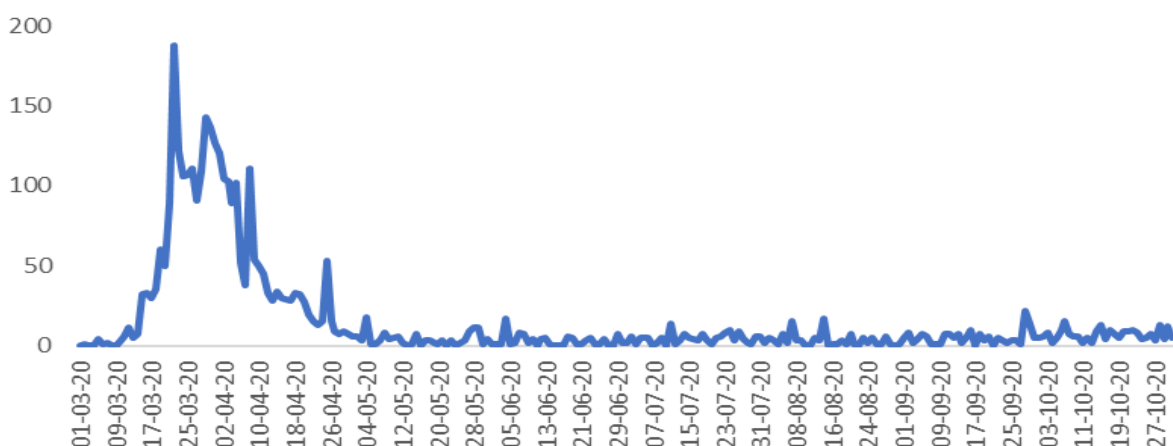


รูปภาพที่ 1.8: ภาพบรรยากาศในการแข่งขันชกมวย ศีลลุมพินีแชมป์เนกริกไกร เกียรติเพชร วันที่ 6 มีนาคม 2563 ณ สนามมวยลุมพินี [source: ไทยรัฐออนไลน์] (29)

เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งจัดตั้ง ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19, ศบค.) ขึ้นในวันที่ 12 มีนาคม 2563 (31) หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง วันที่ 17 มีนาคม 2563 คณะรัฐมนตรีจึงมีมติ สั่งปิดสถาบันการศึกษา สถาบันกวดวิชา สถานบันเทิงเป็นการชั่วคราว งดกิจกรรมทางศาสนา งดการชุมนุมคนหมู่มาก ยกเลิกวันหยุดสงกรานต์ ส่งเสริมการทำงานที่บ้าน ระหว่าง 18-31 มีนาคม 2563 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งในช่วงนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศขอให้ประชาชนที่ไปสถานที่เสี่ยง (สนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน สถานบันเทิง ร้านอาหารย่านค่านี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร) สังเกตอาการตนเอง

เป็นเวลา 14 วัน หากมีอาการป่วยให้ไปรับการตรวจรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านทุกสังกัดได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (32) เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ผู้ที่ยังติดเชื่อเข้าสู่ระบบการรักษาและกักตัว ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น วันที่ 22 มีนาคม 2563 มีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 188 ราย ซึ่งเป็นยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่สูงที่สุดตั้งแต่เริ่มมีการระบาด วันที่ 26 มีนาคม 2563 นายกรัฐมนตรีได้ประกาศให้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 หรือ พรก.ฉุกเฉินมีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ (23)(33) เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งอำนาจตาม พรก.นี้จะสามารถห้ามไม่ให้บุคคลได้ออกนอกเคสสถานในช่วงเวลาที่กำหนด ห้ามไม่ให้มีการชุมนุม ห้ามไม่ให้มีการเสนอข่าวเผยแพร่ข้อความที่มีเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสาร ห้ามการใช้เส้นทางคมนาคมหรือกำหนดเงื่อนไขในการใช้เส้นทาง ห้ามการใช้อาคารสถานที่ใดที่กำหนด และอพยพประชาชนออกจากพื้นที่ที่กำหนดได้ (34) วันที่ 3 เมษายน 2563 ประกาศมาตรการเคอร์ฟิว (curfew) 4 เมษายน 2563 สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (กพท.) ออกประกาศห้ามทุกสายการบิน บินเข้าไทยเป็นการชั่วคราว (33) หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศรายสุดท้ายของระลอกแรกถูกรายงานเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 (23)

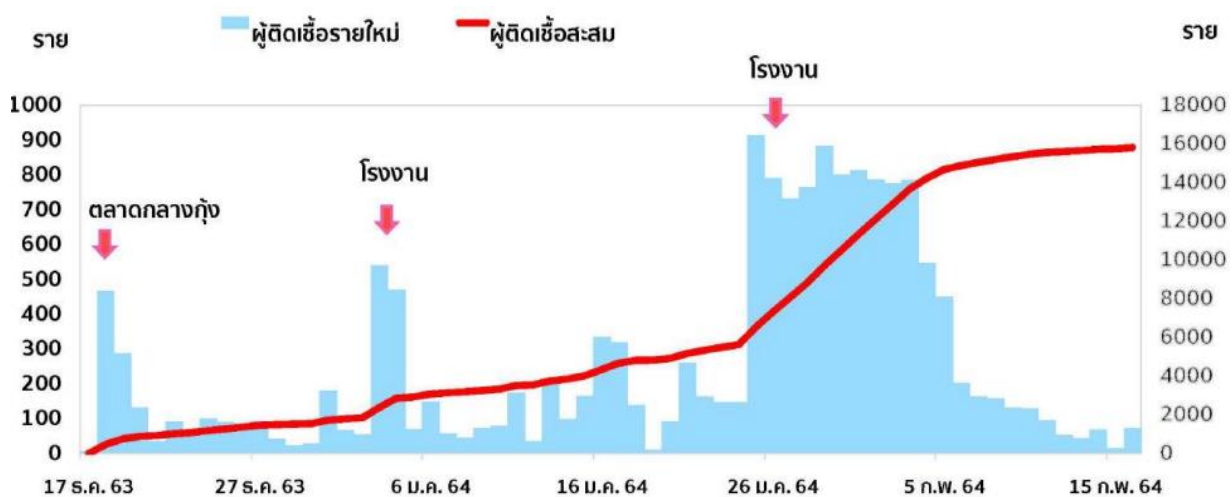
มาตรการที่ประเทศไทยดำเนินการจนสามารถควบคุมการระบาดของโควิด-19 ในระลอกแรกได้ ได้แก่ การเตรียมพร้อมด้านกำลังคน เช่น เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในระดับต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถดำเนินการติดตามผู้สัมผัส และสอบสวนโรคได้ มีการเฝ้าระวังที่ทันเวลาและสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทำให้ไทยสามารถตรวจจับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการในการตรวจยืนยันการติดเชื้อและการสนับสนุนค่าตรวจจากรัฐ การจัดตั้ง ศบค. เพื่อให้การทำงานป้องกันควบคุมโรคที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (23) ส่วนมาตรการทางสังคมได้แก่ การรณรงค์ให้คนสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล งดรวมกลุ่ม และจำกัดการเดินทาง (35)



รูปภาพที่ 1.9: จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ ตามวันที่รายงาน ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563 [source: ทีมตระหนักรู้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, กรมควบคุมโรค] (21)

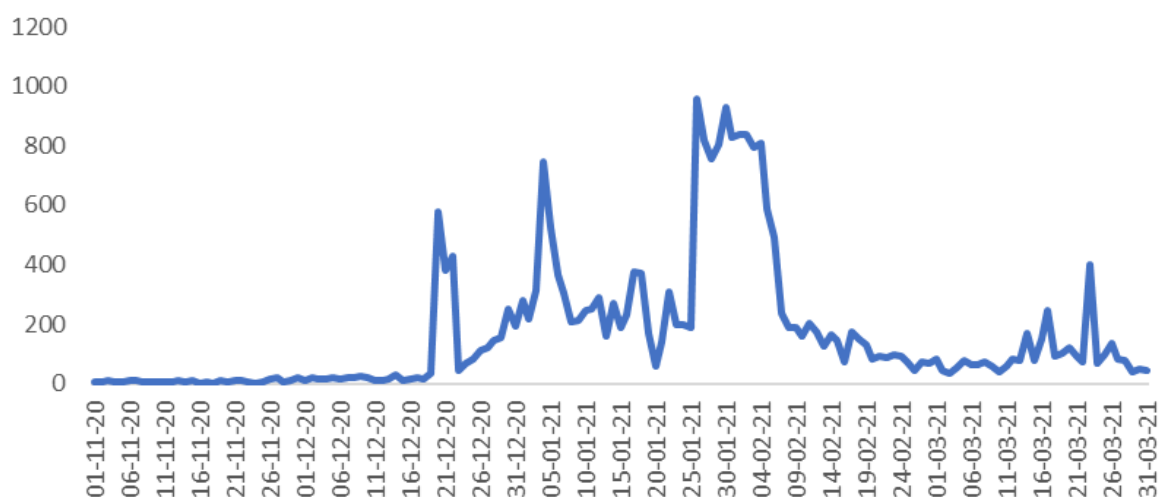
1.8 การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564

ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 จนถึง มีนาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 24,855 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 34 ราย (21) คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.14% คลัสเตอร์ที่สำคัญได้แก่ การระบาดที่จังหวัดสมุทรสาคร คลัสเตอร์การระบาดที่สมุทรสาคร ถูกตรวจจับได้เป็นครั้งแรกจากผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 67 ปี ทำงานที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร เริ่มป่วยวันที่ 13 ธันวาคม 2563 ด้วยอาการปวดเมื่อย จมูกไม่ได้กลิ่น ไม่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศ อยู่เฉพาะพื้นที่ขายของในตลาดกลางกุ้งในจังหวัดสมุทรสาครตลอด ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2563 เจ้าหน้าที่ดำเนินการสอบสวนค้นหาผู้ป่วยผู้สัมผัสเพิ่มเติม พบการติดเชื้อในครอบครัวบ้าน ลูกจ้างแรงงานในตลาดกลางกุ้งรวม 13 ราย เป็นคนไทย 9 ราย และเมียนมา 4 ราย นำไปสู่การค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุก โดยการคัดกรองแรงงานเมียนมาในบริเวณตลาดกลางกุ้ง ตลาดทะเลไทย และชุมชนซอยเศรษฐกิจ พบอัตราการติดเชื้อร้อยละ 44 (914 จาก 2,051 ราย), 14 (91 จาก 653 ราย) และ 8 (13/1,099 ราย) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าพื้นที่ที่มีการระบาดสูงคือบริเวณตลาดกลางกุ้ง ซึ่งมีสภาพที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวอยู่กันอย่างแออัดหนาแน่น ส่วนบริเวณโดยรอบห่างออกมา มีอัตราการติดเชื้อลดลง 3 เท่า (36) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นแรงงานชาวเมียนมา ไม่มีอาการ น่าจะทำให้เกิดการแพร่กระจายในพื้นที่นี้อย่างเงียบ ๆ มาก่อนหน้านี้สอดคล้องกับผลตรวจสายพันธุ์จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นสายพันธุ์ GH ซึ่งมีการแพร่ระบาดในประเทศอินเดีย และเมียนมา (35) การระบาดได้ขยายวงกว้างออกไปสู่โรงงานต่าง ๆ เนื่องจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดที่ติดเชื้อนำเข้าเชื้อไปสู่เพื่อนร่วมห้องพัก/หอพักที่ทำงานในโรงงานอื่น ๆ นอกจากนั้นการระบาดได้แพร่กระจายออกไปยังต่างจังหวัดตามพ่อค้าแม่ค้าที่มาซื้อของที่ตลาดในสมุทรสาคร และพบการระบาดในต่างจังหวัด ในเขตปริมณฑลที่สัมผัสกับแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมา เช่น ตลาด, โรงงาน



รูปภาพที่ 1.10: จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ และสะสม จำแนกตามวันที่ตรวจพบ จ.สมุทรสาคร ระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ถึง 16 กุมภาพันธ์ 2564 (N=15,826) [source: ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564] (37)

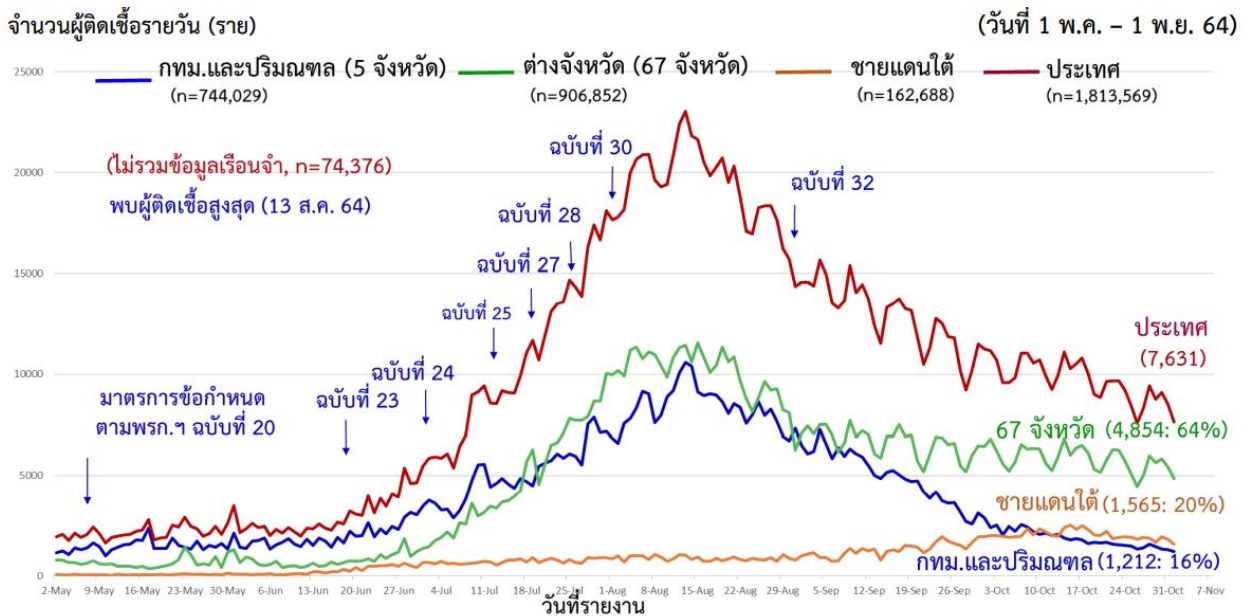
เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากจึงได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการค้นหาผู้ติดเชื้อให้เหมาะสมมากขึ้น โดยแทนที่จะทำการสอบสวนโรครายบุคคลเพื่อค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดที่มีโอกาสรับเชื้อซึ่งใช้เวลาค่อนข้างมาก มาเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการในประชากรกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากแทน และเพื่อให้รองรับตัวอย่างจำนวนมากได้ จึงมีการนำเทคนิค pooled sample หรือการตรวจหลายตัวอย่างในการตรวจหนึ่งครั้งมาใช้ (38) มาตรการอื่นทางด้านสาธารณสุขได้แก่ การทำ Bubble and seal หรือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ เฉพาะสำหรับสถานประกอบการโดยเน้นการตรวจหาสารพันธุกรรมของ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี RT-PCR เพื่อรับ แยกผู้ป่วยออกมารักษา ส่วนพนักงานที่เหลือที่ไม่มีอาการสามารถทำงานต่อได้ โดยจัดให้อยู่ในพื้นที่ที่ไม่พบปะ กับคนอื่นนอกโรงงาน เพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ไม่ต้องปิดโรงงาน และไม่แพร่กระจายโรคไปสู่ชุมชน (39) การทำ targeted lockdown หรือล็อกดาวน์เฉพาะพื้นที่ ให้พื้นที่ที่ไม่มีผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ตามปกติ การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เพื่อให้ช่วยเป็นกำลังในการดูแล ติดตาม ค้นหาผู้ติดเชื้อเพิ่มเติมและสื่อสารข้อมูลสุขภาพไปยังกลุ่มแรงงานต่างด้าว (40) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณมาก การระดมบุคลากรทางการแพทย์จากจังหวัดอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยใน สมุทรสาคร



รูปภาพที่ 1.11: จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่ ตามวันที่รายงาน ประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึง 30 มีนาคม 2564 [source: ทีมตระหนักรู้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, กรมควบคุมโรค] (21)

1.9 การระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564)

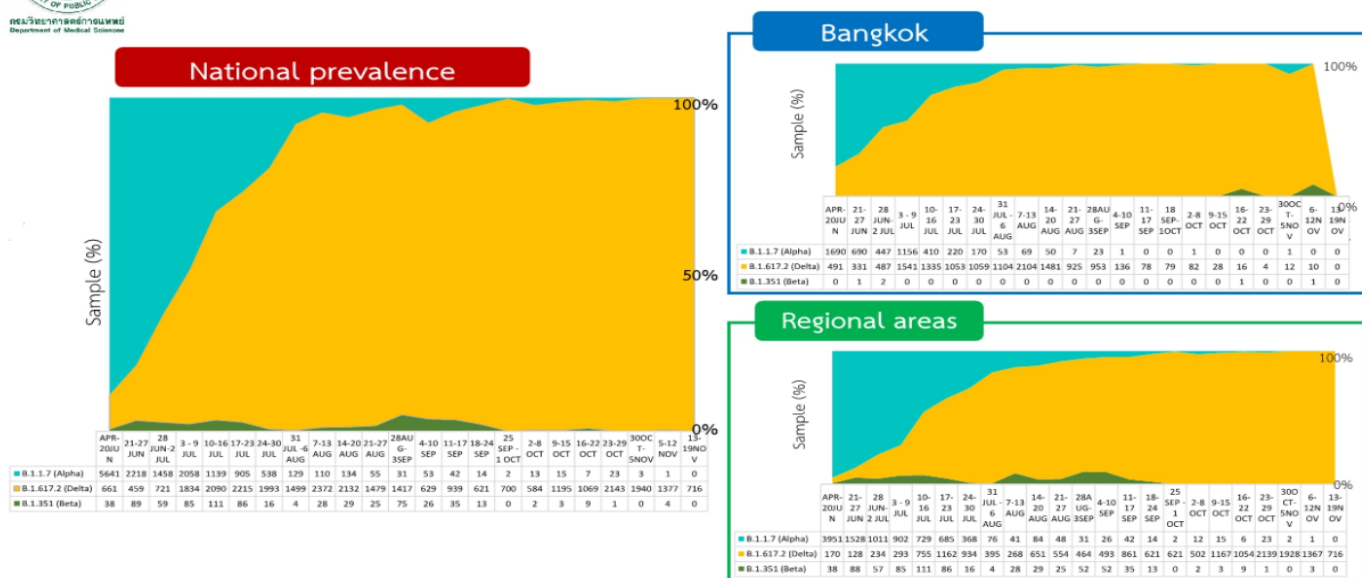
ตั้งแต่เดือนเมษายน - ตุลาคม 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย (21) คิดเป็นอัตราป่วยตาย 1.01% การระบาดในรอบนี้เริ่มจาก วันที่ 2 เมษายน 2564 มีรายงานพบผู้ติดเชื้อ 13 รายที่มีประวัติเชื่อมโยงกับสถานบันเทิงย่านทองหล่อ (41) หลังจากนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีประวัติไปสถานบันเทิงเพิ่มสูงขึ้น นักเที่ยวนำเชื้อมาติดพนักงานและติดไปยังนักเที่ยวคนอื่น ซึ่งนักเที่ยวมักไปเที่ยวหลายร้าน และพนักงาน นักร้อง นักดนตรีไปทำงานหลายร้าน ทำให้แพร่กระจายเชื้อไปร้านอื่นต่อ และนำไปติดคนในครอบครัว จากการตรวจสอบสายพันธุ์พบว่าเป็นสายพันธุ์อังกฤษ ซึ่งแพร่ได้เร็วขึ้น 1.7 เท่า แต่ความรุนแรงไม่เพิ่มขึ้น และไม่กระทบกับประสิทธิภาพของวัคซีน (42) แค่เพียงประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจากพบผู้ป่วยกลุ่มแรก (10 เมษายน 2564) จำนวนผู้ป่วยสะสมที่เชื่อมโยงกับสถานบันเทิงเพิ่มขึ้นเป็น 1,016 ราย ใน 40 จังหวัด จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในช่วงนี้อยู่ที่ประมาณวันละ 700 - 900 ราย กระจายใน 70 จังหวัด จึงมีมาตรการสังคม (ลดการชุมนุม หรือการเดินทางข้ามจังหวัดที่ไม่จำเป็น ชุมชนติดตามผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง) มาตรการสาธารณสุข (คัดกรองเชิงรุก ฉีดวัคซีนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง) มาตรการส่วนบุคคล (สวมหน้ากาก ล้างมือ เว้นระยะห่าง ลงทะเบียนเข้าออกสถานที่ ตรวจวัดอุณหภูมิ, DMHTT) และมาตรการองค์กร (work from home, online learning) จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม Hospitel และเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตเพื่อรองรับผู้ป่วย (43) สำหรับมาตรการสงกรานต์ในปี 2564 นี้ ศบค. ไม่สั่งห้ามการเดินทางข้ามจังหวัด ไม่ยกเลิกวันหยุดสงกรานต์ เหมือนในปี 2563 แต่ให้งดกิจกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการสัมผัสใกล้ชิด เช่น สาดน้ำ คอนเสิร์ต (44) ในช่วงเดือนเมษายนถึงกลางเดือนกรกฎาคม ผู้ติดเชื้อมากกว่าครึ่งกระจายอยู่ใน กรุงเทพฯ ปริมณฑล มีการระบาดหลายคลัสเตอร์ ได้แก่ คลัสเตอร์แฟลตดินแดง ตลาดผลไม้ ตลาดคลองถม-โบ๊เบ๊ ชุมชนริมคลอง-แฟลตรถไฟมักกะสัน ตลาดบางกะปิ ตลาด/ชุมชนคลองเตย แคมป์ก่อสร้างในเขตห้วยขวาง หลังจากนั้นตัวเลขผู้ติดเชื้อในต่างจังหวัดพุ่งสูงขึ้นชัดเจน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการประกาศข้อกำหนดฉบับที่ 25 ภายใต้ พ.ร.ก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสกัดการแพร่ระบาดโควิด-19 มีสาระสำคัญคือ ประกาศให้กรุงเทพฯ ปริมณฑลและจังหวัดชายแดนภาคใต้รวมทั้งหมด 10 จังหวัดเป็น "พื้นที่ควบคุมสูงสุด" มีการปิดไซต์งานก่อสร้าง ห้ามการเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงาน เป็นการชั่วคราวอย่างน้อยสามสัปดาห์โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 ส่งผลให้แรงงานซึ่งได้รับผลกระทบ ขาดรายได้ทันที ประกอบกับปัญหาวิกฤตขาดแคลนเตียง ผู้ป่วยล้นระบบการรักษาเป็นจำนวนมาก ถ้าเกิดการติดเชื้อขึ้น ก็ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ต้องนอนรออยู่ที่บ้านเป็นเวลาหลายวันกว่าจะถูกรับตัวมารักษาในโรงพยาบาล แรงงานจำนวนมากจึงตัดสินใจเดินทางกลับบ้านหรือมุ่งหน้าออกนอกพื้นที่ควบคุมสูงสุด (45) นอกจากนั้นการนำมาตรการ Bubble and seal มาใช้ในไซต์งานก่อสร้างเพื่อควบคุมโรคจะทำได้ยากลำบากกว่าการทำในโรงงาน เช่นที่จังหวัดสมุทรสาคร เพราะโรงงานมีลักษณะถาวร แต่แคมป์ก่อสร้างเป็นการสร้างขึ้นชั่วคราวเพื่อใช้งานระยะสั้น สิ่งก่อสร้างต่างๆ มีแนวโน้มไม่ถูกสุขลักษณะมากกว่า นอกจากนั้นแรงงานก่อสร้างมีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนค่อนข้างมาก (46) ทำให้ประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมโรคลดต่ำลงไปอีก



รูปภาพที่ 1.12: จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายวัน (ไม่รวมผู้ป่วยในเรือนจำและผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ) จำแนกตามกลุ่มจังหวัด กรุงเทพฯและปริมณฑล (นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร) ชายแดนใต้ (สงขลา ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ต่างจังหวัด (67 จังหวัดที่เหลือ) และทั้งประเทศ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 1 พฤศจิกายน 2564 (N=1,813,569) [source: ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564] (47)

ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุดตั้งแต่เริ่มการระบาดของโรคโควิด-19 คือ 23,418 ราย ในวันที่ 13 สิงหาคม 2564 ยอดผู้เสียชีวิตสูงสุดอยู่ที่ 312 ราย ในวันที่ 18 สิงหาคม 2564 ซึ่งในช่วงนั้นมีผู้ป่วยอาการหนัก 5,458 ราย จำเป็นต้องใช้ท่อช่วยหายใจ 1,155 ราย (คิดเป็นร้อยละ 21.16 ของผู้ป่วยอาการหนัก) เมื่อมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากจนเกินกว่าที่ระบบจะรองรับไหว จึงได้มีการนำมาตรการ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) มาใช้เพื่อให้การบริหารจัดการเตียงมีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว จะไม่ค่อยมีอาการรุนแรงซึ่งสามารถรักษาตัวที่บ้านได้ ข้อมูลการตรวจสายพันธุ์จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (48) แสดงให้เห็นว่าในช่วงเดือนเมษายนถึงมิถุนายน สายพันธุ์ที่ตรวจพบในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงเป็นสายพันธุ์ Alpha หรือ B.1.1.7 สายพันธุ์เดียวกับที่พบในคลัสเตอร์สถานบันเทิงย่านทองหล่อ หลังจากนั้นได้ถูกแทนที่ด้วยสายพันธุ์ Delta หรือ B.1.617.2 (พบครั้งแรกที่แคมป์ก่อสร้างหลักสี่ ปลายเดือนพฤษภาคม 2564) เกือบหมดภายในระยะเวลา 1 เดือน ส่วนสายพันธุ์ Beta หรือ B.1.351 (South Africa) พบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นส่วนใหญ่ทั้ง Alpha, Beta, Delta ล้วนถูกจัดให้เป็นสายพันธุ์น่ากังวล หรือ Variants of Concern (VOC) VOC เป็นการกลายพันธุ์ในระดับที่ทำให้เกิดลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้ การแพร่ระบาดได้ง่ายขึ้นอาการของผู้ติดเชื้อมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น วัคซีนป้องกันหรือยารักษาโรคมียาประสิทธิภาพลดลง หรือส่งผลให้ตรวจจับเชื้อได้ยากขึ้น (49)

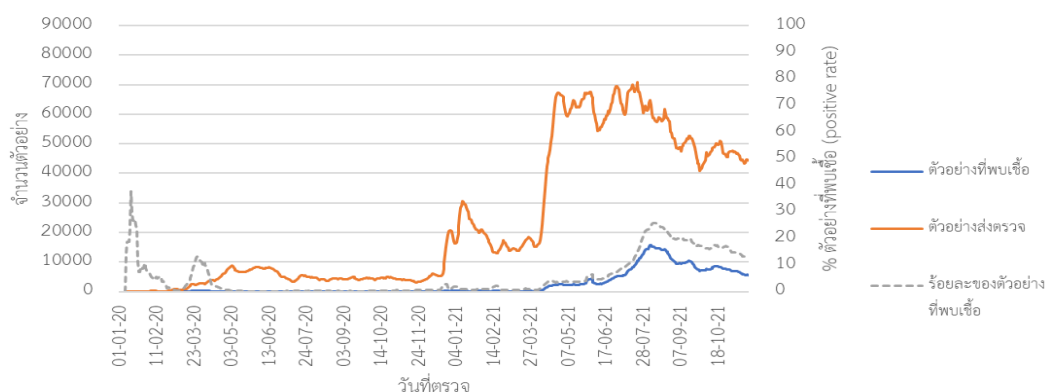
SARS-CoV-2 variants surveillance (DMSc) (APR 2021 – 19 NOV 2021)



รูปภาพที่ 1.13: สัดส่วนของสายพันธุ์ของเชื้อ SARS-CoV-2 19 ที่ตรวจพบในประเทศไทยในช่วงเดือนเมษายน - 19 พฤศจิกายน 2564
[Source: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข] (48)

1.10 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับข้อมูลการส่งตรวจตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อ SARS-CoV-2 ของประเทศไทย (นับตามจำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจ) (50) ตั้งแต่เริ่มต้นการระบาดในปี 2563 จนถึงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564 พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของตัวอย่างส่งตรวจทั้งหมดเป็นการตรวจในปี 2564 ช่วงที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุดคือ เดือนเมษายน - กรกฎาคม 2564 โดยมีตัวอย่างส่งตรวจเฉลี่ยวันละ 60,000-70,000 ตัวอย่าง สัดส่วนของการตรวจพบเชื้อจากตัวอย่างที่ส่งตรวจทั้งหมด เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 10 ช่วงที่มีสัดส่วนการตรวจพบเชื้อสูงคือช่วงสามเดือนแรกของปี 2563 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของการระบาด มีจำนวนห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ได้จำกัด และช่วงเดือนสิงหาคมซึ่งเป็นช่วงเดียวกับที่จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันขึ้นถึงจุดสูงสุด โดยมีสัดส่วนการตรวจพบเชื้อในช่วงเวลานั้นประมาณร้อยละ 20 (50)



รูปภาพที่ 1.14: จำนวนการตรวจโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 - 20 พฤศจิกายน 2564 (แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย 7 วันย้อนหลัง) [ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข] (50)

1.11 มาตรการวัคซีน

สำหรับประเทศไทย เริ่มมีการให้วัคซีนตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 โดยในช่วงแรกเป็นการระดมฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก ต่อมาวันที่ 7 มิถุนายน 2564 มีการรณรงค์ใหญ่ฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนทั่วประเทศใน ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2564 มีการให้วัคซีนโควิด-19 สะสม 75,710,277 โดส เป็นการให้วัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 42,388,465 ราย (คิดเป็นร้อยละ 58.8 ของประชากร) เข็มที่ 2 จำนวน 30,911,219 ราย (คิดเป็นร้อยละ 42.9) เข็มที่ 3 จำนวน 2,410,593 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.3) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมายพบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผู้ที่ได้รับวัคซีนครบอย่างน้อย 2 เข็ม เกินจำนวนเป้าหมายแล้ว (ร้อยละ 120.5) รองลงมาเป็น อสม.ประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 70.1) เจ้าหน้าที่ด่านหน้า (ร้อยละ 59.2) ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (ร้อยละ 56.4) ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.6) ประชาชนทั่วไป (ร้อยละ 39.5) และหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 11.9) (47)

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนเป้าหมาย (คน)	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน					
		เข็มที่ 1 (คน)	ร้อยละ	เข็มที่ 2 (คน)	ร้อยละ	เข็มที่ 3 (คน)	ร้อยละ
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	712,000	886,080	124.4	858,113	120.5	661,021	92.8
เจ้าหน้าที่ด่านหน้า	1,900,000	1,207,839	63.6	1,124,537	59.2	281,995	14.8
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1,000,000	761,033	76.1	701,454	70.1	117,806	11.8
ผู้มีโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค	6,347,125	4,373,467	68.9	3,577,279	56.4	164,903	2.6
ประชาชนทั่วไป	46,169,508	25,638,582	55.5	18,246,478	39.5	1,118,935	2.4
ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	10,906,142	7,009,625	64.3	5,955,664	54.6	65,120	0.6
หญิงตั้งครรภ์	500,000	80,671	16.1	59,373	11.9	813	0.2
นักเรียน/นักศึกษา อายุ 12-17 ปี	4,500,000	2,431,168	54.0	388,321	8.6	-	-
รวม	72,034,775	42,388,465	58.8	30,911,219	42.9	2,410,593	3.3

รูปภาพที่ 1.15: จำนวนการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย สะสมตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2564 [Source: ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19] (47)

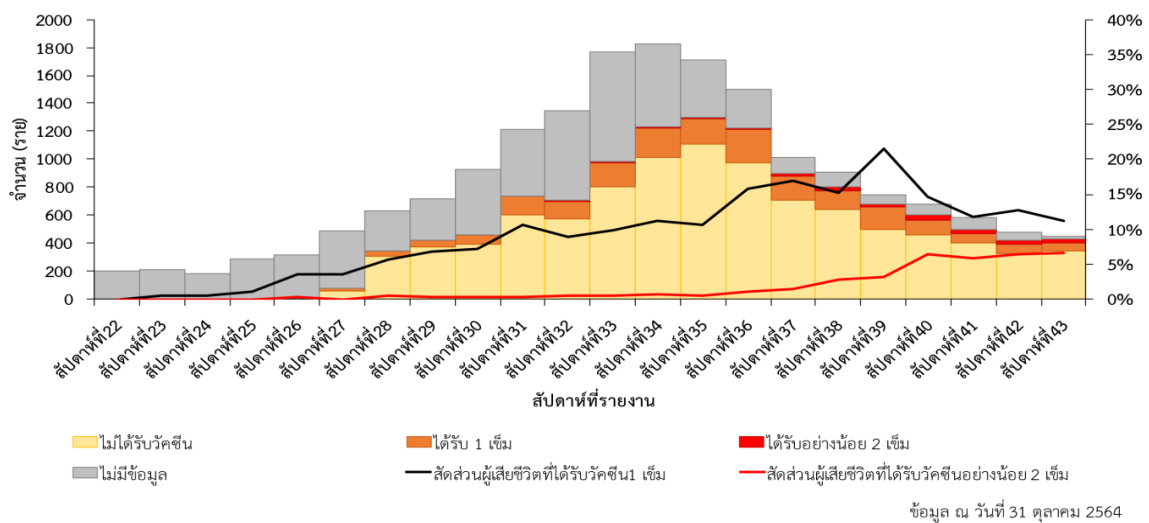
รูปแบบการให้วัคซีนในภาวะปัจจุบัน ที่มีการระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้ถูกปรับให้มี 4 รูปแบบตามคำแนะนำของที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และการประชุมคณะกรรมการอำนวยการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดต่อเชื้อโควิด-19 เพื่อให้ทันต่อการควบคุมการระบาดในสถานการณ์ที่วัคซีนมีจำกัด

รูปแบบการให้วัคซีน	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ระยะห่างระหว่างเข็ม
แบบที่ 1	AstraZeneca 1	AstraZeneca 2	4-12 สัปดาห์ (กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ห่างกัน 10-12 สัปดาห์ แต่ในพื้นที่ระบาดสูงให้ห่างกัน 8 สัปดาห์)
แบบที่ 2	CoronaVac 1 (Sinovac 1)	AstraZeneca 2 หรือ Pfizer 2	3-4 สัปดาห์
แบบที่ 3	Pfizer 1	Pfizer 2	3 สัปดาห์
แบบที่ 4	Moderna1	Moderna2	2 ครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์

รูปภาพที่ 1.16: รูปแบบการให้วัคซีนในภาวะปัจจุบัน ที่มีการระบาดของเชื้อสายพันธุ์เดลตาเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย, กรมควบคุมโรค ฉบับปรับปรุง สิงหาคม 2564 (51)

เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้เสียชีวิตและประวัติการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูลผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรค จะเห็นว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนเลย รองลงมาเป็นผู้ได้รับวัคซีน 1 เข็ม (ร้อยละ 10-15 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด) ส่วนผู้ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 2 เข็ม มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1-5 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด สอดคล้องกับข้อมูลจากทางศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) ที่พบว่าในช่วงเดือนกันยายน 2564 ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 5.8 เท่าของผู้ที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม และมีโอกาสเสียชีวิตมากถึง 14 เท่า (52) ยิ่งสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน

จำนวนผู้เสียชีวิต และประวัติการได้รับวัคซีน เดือนมิถุนายน ปัจจุบัน 2564



รูปภาพที่ 1.17: จำนวนผู้เสียชีวิตจำแนกตามประวัติการได้รับวัคซีน เดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2564 [Source: SAT COVID-19 กรมควบคุมโรค]

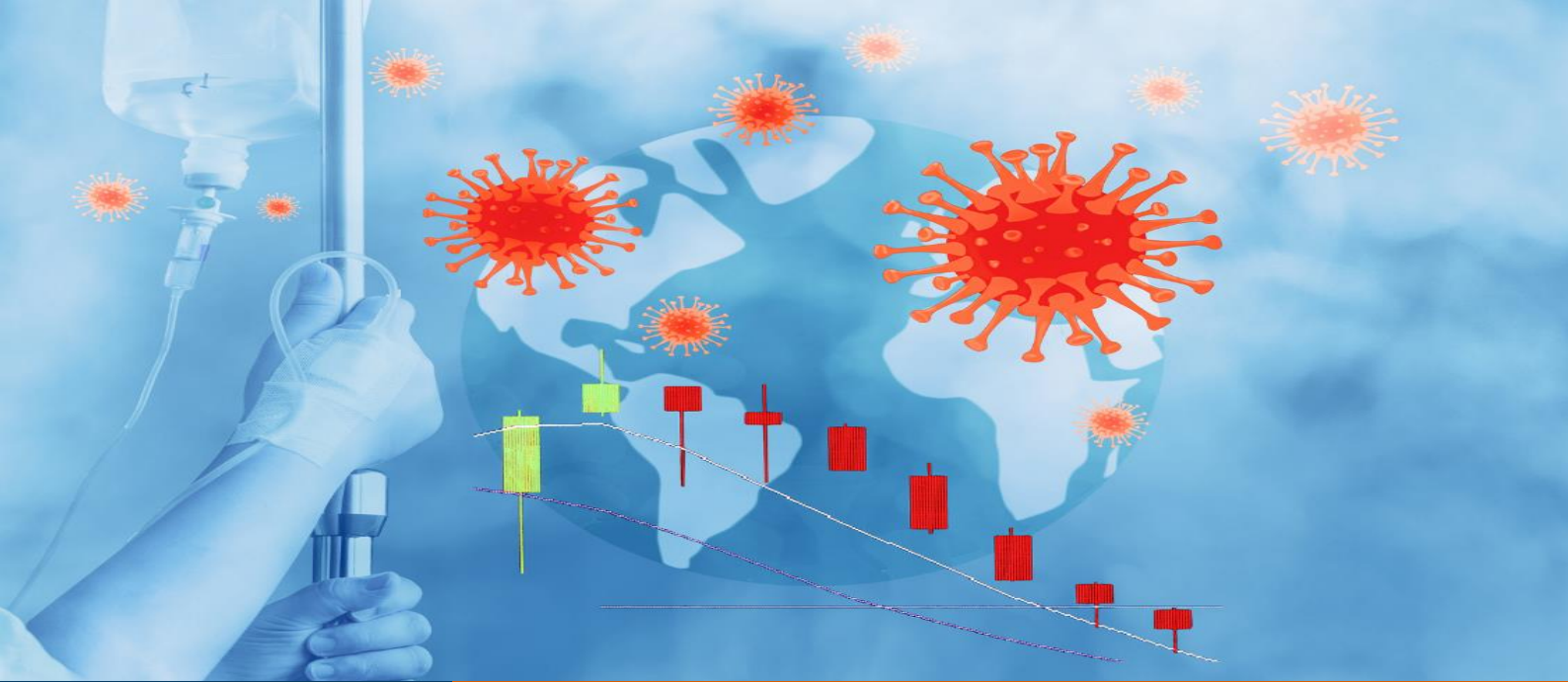
1. กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
2. World Health Organization. Listings of WHO's response to COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
3. Reuters. Chinese officials investigate cause of pneumonia outbreak in Wuhan [Internet]. 2019. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-china-health-pneumonia-idUSKBN1YZ0GP>
4. สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์. รายงานพิเศษ: เกษรยโควิด-19 จากอยู่อันสูงกว่า 200 ประเทศทั่วโลก (12.00 วันที่ 7 เม.ย.63) [Internet]. 2020. Available from: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200407130644139>
5. Worldometer. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC [Internet]. 2021. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
6. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Available from: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
7. Egypt announces first Coronavirus infection [Internet]. Egypt Today. 2020. Available from: <https://www.egypttoday.com/Article/1/81641/Egypt-announces-first-Coronavirus-infection>
8. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. Vol. 35, Travel medicine and infectious disease. 2020. p. 101613.
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet [Internet]. 2020 Feb;395(10223):497–506. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620301835>
10. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021. Available from: <https://covid19.who.int/>
11. ณรงค์กร มโนจันทร์เพ็ญ. สถานการณ์โรคโควิดระบาดทั่วโลก (2 พ.ย. 2564) [Internet]. The Standard. Available from: <https://thestandard.co/coronavirus-021164/>

12. World Health Organization. WHO COVID-19 Case definition [Internet]. updated in Public health surveillance for COVID-19. 2020. p. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2%0Ahttps://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2%0Ahttps://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case
13. Worldometers.info. Countries in the World by population [Internet]. Worldometers. 2016. Available from: <http://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>
14. Contributors Wikipedia. Developed country [Internet]. In Wikipedia, The Free Encyclopedia. 2021. p. 53. Available from: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Developed_country&oldid=868922194
15. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Cases [Internet]. 2021. Available from: <https://ourworldindata.org/covid-cases>
16. Horton J. Covid: Why has Peru been so badly hit? [Internet]. BBC news. 2021. p. 10–4. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-53150808>
17. BARRETO C, MEJIA M. Peru’s intensive care units at capacity as virus cases surge [Internet]. AP news. 2021. Available from: <https://apnews.com/article/lima-coronavirus-pandemic-peru-847fb33c1f5c49ca70b66227f0435e2e>
18. Grant W. Covid: Peru more than doubles death toll after review [Internet]. BBC News. 2021. Available from: <https://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-57307861>
19. Noushad M, Al-Saqqaf IS. COVID-19: Is herd immunity the only option for fragile Yemen? Int J Infect Dis [Internet]. 2021 May;106:79–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7959686/>
20. Millar JA, Dao HDN, Stefopoulos ME, Estevam CG, Fagan-Garcia K, Taft DH, et al. Risk factors for increased COVID-19 case-fatality in the United States: A county-level analysis during the first wave. PLoS One. 2021;16(10):e0258308.
21. SAT-MOPH. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน [Internet]. 2021. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main>
22. อนุตรา รัตน์นราทร. รายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): ผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยและนอกประเทศจีน. วารสารสถาบันบำราศนราดูร [Internet]. 2563;14(2):116–23. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/view/241494/164620>

23. Plipat T. Lessons from Thailand's Response to the COVID-19 Pandemic. Thai J Public Heal. 2020;50(3):268–77.
24. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ. เผยยังคงพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 รายใหม่ เชิญชวนประชาชนพกหน้ากากอนามัยติดตัวป้องกันตนเอง [Internet]. 2563 [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/138005>
25. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ [Internet]. ราชกิจจานุเบกษา. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF
26. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘. ราชกิจจานุเบกษา. 2558;132(86):36–7.
27. Kripattanapong S, Jitpeera C, Wongsanuphat S, Issarasongkhram M, Mungaomklang A, Suphanchaimat R. Clusters of Coronavirus Disease (COVID-19) in Pubs, Bars and Nightclubs in Bangkok, 2020. OSIR J. 2020;13(4).
28. Thai PBS. แกะรอย ใครคือผู้แพร่เชื้อสนามมวย-สถานบันเทิง [Internet]. Thai PBS NEWS. 2020. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/content/289996>
29. ไทยรัฐสปอร์ต. ย้อนรอยมรสุมวงการมวย หลังถูกตราหน้าทำโควิด-19 ระบาดใหญ่ในไทย [Internet]. ไทยรัฐออนไลน์. 2563. Available from: <https://www.thairath.co.th/sport/others/2003033>
30. บรรณธิการ. สนามมวย-บ่อน-เลานจ์ บทเรียนสกัดคลัสเตอร์ใหม่ [Internet]. กรุงเทพธุรกิจ. 2564. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/932012>
31. นายกรัฐมนตรี. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Internet]. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี. 2563. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/document/66/2020/03/pdf/Doc_20200318153452000000.pdf
32. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ประจำวันที่ 18 มีนาคม 2563 [Internet]. 2020. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/140101>
33. Thai PBS. COVID 19 timeline [Internet]. Thai PBS NEWS. 2021. Available from: <https://covid19.thaipbs.or.th/timeline/>
34. อาชีวอนามัย สถาบันส่งเสริมความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (องค์การมหาชน). ประกาศ/มาตรการ [Internet]. 2021. Available from: <https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/announce>

35. Rajatanavin N, Tuangratananon T, Suphanchaimat R, Tangcharoensathien V. Responding to the COVID-19 second wave in Thailand by diversifying and adapting lessons from the first wave. BMJ Glob Heal [Internet]. 2021 Jul 1;6(7):e006178. Available from: <http://gh.bmj.com/content/6/7/e006178.abstract>
36. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.เผยบริเวณรอบตลาดกลางกุ้ง อัตราดัชนีโควิดลดลง 3 เท่า [Internet]. 2563. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/151420>
37. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). สถานการณ์ COVID-19 ประจำวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564 [Internet]. 2564. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/170264.pdf
38. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.เผยผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้น 46 ราย เกี่ยวข้องตลาดกลางกุ้ง 31 ราย [Internet]. 2563. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/151449>
39. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะ (Bubble and Seal) สำหรับสถานประกอบกิจการ [Internet]. 2564. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1183620211001030623.pdf>
40. ทรงกลด บางยี่ขัน. อสท.ระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่คนต่างด้าวอาสาช่วยเหลือสุขภาพในเมืองไทยมากกว่า 20 ปี [Internet]. The Cloud. 2564. Available from: <https://readthecloud.co/migrant-health-volunteers/>
41. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.พบสถานบันเทิงแพร่โควิดอีกรอบ เจอติดเชื้อ 31 รายในสัปดาห์เดียว [Internet]. 2564. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/156231>
42. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.พบโควิดสายพันธุ์อังกฤษผู้ป่วยโควิดผับทองหล่อ 24 ราย ห่วงแพร่เร็วขึ้น ย้ำทุกคนเข้มมาตรการป้องกันโรค [Internet]. 2564. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/156445>
43. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ.เดินหน้า 4 มาตรการหลักควบคุมโควิดระลอกเมษายน [Internet]. 2564. Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/156645>
44. มติชนออนไลน์. สงกรานต์ไม่ห้ามเดินทาง งดกิจกรรมเสี่ยง ประแป้ง-สาดน้ำ-คอนเสิร์ต จ่อกักตัว 14 วัน [Internet]. 2564. Available from: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_2664028

45. ไทยรัฐฉบับพิมพ์. ปิดแคมป์คนงานแตกฮือ ผลักเชื้อโควิดออกตจว.? [Internet]. ไทยรัฐออนไลน์. 2564. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/local/2132670>
46. ไทยรัฐออนไลน์. ชะตา “แคมป์คนงานก่อสร้าง” กรุงเทพฯ นัก แก้มักถูกจุด ส่อพังทลาย [Internet]. 2564. Available from: <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2123741>
47. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). สถานการณ์ Covid-19 ประจำวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 [Internet]. 2564. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/011164.pdf
48. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. SARS-CoV-2 variants in Thailand [Internet]. 2021. Available from: <https://www3.dmsc.moph.go.th/>
49. World Health Organization. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>
50. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการตรวจโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 - 20 พฤศจิกายน 2564 [Internet]. 2021. Available from: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1x8G5_ieV682cpgsiTDRKbV4g8a1lDwn/edit#gid=1024156331
51. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 [Internet]. 2564. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
52. Tracker CD. Rates of COVID-19 Cases and Deaths by Vaccination Status [Internet]. 2021. Available from: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#rates-by-vaccine-status>



บทที่ 2

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก

- 2.1 ผลการทบทวนการศึกษาทั่วโลกในประเด็นโรคไม่ติดต่อ
- 2.2 ผลการทบทวนการศึกษาต่อการเจ็บป่วยรุนแรง และการเสียชีวิต
- 2.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรัง
- 2.4 นวัตกรรมการจัดบริการ และการเข้ามาของเทคโนโลยี รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการด้านโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก

โรคไม่ติดต่อหรือ NCDs นั้นเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เจ็บป่วย และทุพพลภาพอันดับต้น ๆ ในหลายประเทศทั่วโลกตั้งแต่ก่อนจะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อนคร่าชีวิตคนเป็นจำนวน ถึง 41 ล้านคนต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 15 ล้านคนที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรตั้งแต่อายุ 30-69 ปี จากโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ ทั้งนี้ ร้อยละ 77 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อนั้นเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง โดยที่โรคหัวใจและหลอดเลือดมีส่วนการเสียชีวิตมากที่สุด (17.9 ล้านคน) ตามด้วยโรคมะเร็ง (9.3 ล้านคน) โรคระบบทางเดินหายใจ (4.1 ล้านคน) และโรคเบาหวาน (1.5 ล้านคน) (3)

2.1 ผลกระทบต่อนการศึกษาทั่วโลกในประเด็นโรคไม่ติดต่อ

ในปัจจุบัน ประเมินการว่าประชากรโลกราวหนึ่งในห้า (ร้อยละ 22) นั้นมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรคซึ่งส่วนมากคือ โรคไม่ติดต่อซึ่งจะทำให้คนเหล่านั้นจะมีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง เมื่อติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งความเสี่ยงจะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ โดยที่ความเสี่ยงนั้นจะต่ำที่สุด (น้อยกว่าร้อยละ 5) ในกลุ่มประชากรอายุน้อยกว่า 20 ปี และเพิ่มมากขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 66 เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีคนอีกจำนวนมากที่มีโรคประจำตัวแล้วแต่ไม่รู้ตัวและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงที่แอบซ่อนอยู่ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคไม่ติดต่อ ควรได้รับการดูแลโดยมาตรการป้องกันโรคต่าง ๆ หรือได้รับวัคซีนเป็นลำดับแรก ๆ เมื่อมีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย (4)

ผลกระทบของโรคไม่ติดต่อที่มีต่อการติดเชื้อโควิด-19 นั้นเกิดขึ้นในหลากหลายประเด็น อาทิเช่น

- โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ ทั้ง ปัจจัยทางเมตาบอลิก พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อโควิด-19 (5)
- การระบาดของโรคโควิด 19 ยังทำให้การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อนต้องหยุดชะงัก ซึ่งรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการรักษาแบบประคับประคอง (6)
- มาตรการในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 เช่น การล็อกดาวน์ (หยุดเชื้อเพื่อชาติ ทำงานที่บ้าน ฯลฯ) นั้นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปัจจัยการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง มีการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เป็นต้น (7)
- ภาระของระบบบริการสาธารณสุขจะเพิ่มมากขึ้นในระยะยาวเมื่อการระบาดสิ้นสุดลง และอาจมีการเพิ่มขึ้นในระยะยาวของอาการแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด และทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด-19 (8)
- การให้ความสำคัญต่อการควบคุมโรคโควิด-19 ในบางประเทศทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินมาตรการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อในระดับประชากร เช่น การควบคุมการบริโภค

ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย เป็นต้น (6)

ประเทศต่าง ๆ นั้นเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับที่แตกต่างกัน แต่ในหลาย ๆ ประเทศพบว่าปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อ ความเหลื่อมล้ำทางสังคม และการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นก่อให้เกิดวิกฤติที่ถาโถมรุนแรงดังพายุ (The perfect storm) (9) ซึ่งก่อให้เกิดการเสียชีวิตและเจ็บป่วย ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องแบกรับภาระอย่างหนักหน่วง สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เช่น กลุ่มคนรายได้น้อยซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อในระดับสูง

ทั้งนี้ตั้งแต่ก่อนที่จะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 หลาย ๆ ประเทศก็ดูจะห่างไกลจากการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งรวมถึงการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นการระบาดของโรคโควิด-19 นี้ยิ่งทำให้การบรรลุ SDGs ของแต่ละประเทศยากลำบากขึ้นไปอีก (10) นอกเหนือจากผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ โรคไม่ติดต่อนั้นจะยิ่งทำให้ปัญหาต่างๆ นั้นรุนแรงขึ้นไปอีก ดังนั้นแต่ละประเทศจึงต้องคำนึงถึงการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ บูรณาการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อในการวางแผนของประเทศเพื่อการเตรียมพร้อมและรับมือกับโรคระบาด และการฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมให้กลับมาดีขึ้นกว่าเดิมเพื่อเร่งมือให้ประเทศบรรลุ SDGs ได้ตามแผนที่วางไว้ภายในปี 2573 (2030) (11)

2.2 ผลการทบทวนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่าผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังและอาการทางตับ นั้นมีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ายารักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะทำให้อาการโดยทั่วไปของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแย่ลง (12)

2.2.1. โรคเบาหวาน

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 400 ล้านคนทั่วโลก และยังพบว่าอัตราการป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรคเบาหวานนั้นเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ โรคหัวใจและหลอดเลือด และไตวาย (13) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของการศึกษาในประชากรทั้งหมด 1,382 คนพบว่า ผู้ที่มีโรคเบาหวานและติดเชื้อโควิด-19 นั้นมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นที่จะได้เข้ารับการรักษในห้องที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (ICU) (OR, 2.79; 95% CI, 1.85; 4.22) และเสียชีวิต (OR, 3.21; 95% CI, 1.85; 5.64) (14) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นยังมีความเสี่ยงที่จะตอบสนองต่อการรักษาโรคโควิด-19 ได้ไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษา

แบบติดตามประชากร (Cohort study) จำนวน 17 ล้านคน ในสหราชอาณาจักรพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ถึงเกือบ 2 เท่า (HR, 1.95 ; 95% CI, 1.8; 2.08) (15) การควบคุมและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นี้

2.2.2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 โรคหัวใจและหลอดเลือด (ประกอบด้วย Coronary heart disease, Cerebrovascular disease, Peripheral arterial disease, Rheumatic heart disease, Congenital heart disease, Deep vein thrombosis and Pulmonary embolism) นั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลกประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี และหนึ่งในสามของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นเสียชีวิตตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 70 ปี (16) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิณ (Systematic review and meta-analysis) เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของโรค ความดันโลหิตสูง และการเจ็บป่วยรุนแรงจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ผลจากการศึกษาเกือบทั้งหมดบ่งชี้ว่า โรคความดันโลหิตสูงนั้นสัมพันธ์กับการเกิดอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งหมายถึง การเข้ารับการรักษานใน ICU การมีอาการทางคลินิกที่รุนแรง หรือการเสียชีวิต แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นหรือไม่เมื่อเทียบกับคนทั่วไป (17) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ ซึ่งรวมถึง หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ นั้นเพิ่มความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้อย่างน้อยสองเท่า (15) การศึกษาอื่น ๆ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก็ชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของหัวใจ ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนด้วย (18)

2.2.3. โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) นั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามของโลก และคร่าชีวิตคนไปถึง 3.23 ล้านคนในปี 2562 (19) องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรังทุกคนนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (20) เนื่องจากมีหลักฐานที่แสดงว่าไวรัสที่ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจจำนวนมาก จะทำให้โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีอยู่นั้นมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น (21) ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงต้องระมัดระวังการติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นพิเศษ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) บนงานวิจัย 59 ฉบับซึ่งส่วนใหญ่เป็น retrospective cohort study พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเพิ่มความเสี่ยงที่เมื่อติดเชื้อโรคโควิด 19 แล้วจะมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 4.23 เท่า (OR 4.23, 95% CI; 3.65–4.90) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยวิกฤติ 1.35 เท่า (OR 1.35, 95% CI; 1.02–1.78) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.47 เท่า (OR 2.47, 95% CI; 2.18–2.79) เมื่อเทียบ

กับผู้ที่ไม่มียาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (22) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและเสียชีวิตได้เมื่อติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรถูกจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินมาตรการป้องกันการติดเชื้อ การให้การรักษแบบเข้มข้น และรวมถึงการได้รับวัคซีนเป็นลำดับต้น ๆ ด้วย

2.2.4. โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

มะเร็งนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกไปเกือบ 10 ล้านคน ในปี 2563 (23) การระบาดของโรคโควิด-19 นั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาข้อมูลทะเบียนมะเร็งขนาดใหญ่ในหลายประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อติดเชื้อโควิด-19 นั้นมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโควิด 19 ทั่วไปที่ไม่มีโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสการเสียชีวิตหลังจากติดเชื้อโควิด-19 นั้นประกอบไปด้วย อายุที่มากขึ้น เพศชาย มีประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วม (เบาหวาน, ไตเรื้อรัง, หอบหืด, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) และระดับอาการของผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้มีการศึกษาบางชิ้นระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งในช่วงออกนั้นมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่ามะเร็งชนิดอื่น ๆ (24) ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสำหรับโรคโควิด-19 ดังนั้นการวางแผนที่รัดกุมในการป้องกันคนกลุ่มนี้จากการติดเชื้อโควิด-19 และในขณะเดียวกันก็ต้องให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

2.2.5. ภาวะทุพโภชนาการ, ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

จากสถิติในระดับโลก ภาวะทุพโภชนาการในทุกรูปแบบซึ่งรวมถึงภาวะพร่องโภชนาการ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อที่อยู่ในอันดับต้น ๆ ในปี 2559 ประชากรโลกวัยผู้ใหญ่เกือบ 2 พันล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งในจำนวนนี้ 650 ล้านคนเป็นโรคอ้วน และในปีเดียวกันพบว่าเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี มากกว่า 340 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน (25) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นภาวะหรือโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และเพิ่มความเสี่ยงในการมีอาการป่วยรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 (26)

การทบทวนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วน และภาวะเมตาบอลิกบกพร่องที่มีผลต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยพิจารณาจากผลการศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่จากงานวิจัยหลายฉบับพบว่า โรคอ้วนนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ยังพบว่าในคนที่ยังไม่เป็นโรคเบาหวานหรือเป็นโรคเบาหวานแล้วนั้น การที่มีภาวะอ้วนลงพุง และระดับน้ำตาลในเลือดสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด-19 อีกด้วย (27) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Systematic review and meta-analysis) พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการไม่รุนแรง 2.67 kg/m^2 (WMD = 2.67; 95% CI, 1.52-3.82) และผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีโรคอ้วนนั้นมีอาการป่วยรุนแรงและผลลัพธ์ในการรักษาโรคโควิด-19 จะไม่ดีเป็น 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคอ้วน (OR = 2.31; 95% CI, 1.3-4.12) (28)

2.2.6. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ

การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ซึ่งรวมถึงการรับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูง การรับประทานอาหารจำพวกถั่ว ธัญพืช และอาหารทะเลที่มีกรดไขมันโอเมก้า-3 ในปริมาณที่ไม่เพียงพอ (29) ถึงแม้ว่าจะยังมีหลักฐานอยู่จำกัด แต่ก็มีตัวชี้วัดหลาย ๆ ตัวที่สะท้อนให้เห็นผลกระทบในเชิงลบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อรูปแบบการรับประทานอาหารของประชากรซึ่งอาจจะก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อได้ในอนาคต จากผลการสำรวจทางออนไลน์เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 จากประชากร 1,047 คน จากสามภูมิภาคหลัก (เอเชีย ยุโรป และอเมริกาเหนือ) พบว่าในช่วงการระบาดนั้น ปริมาณการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น ควบคุมการกินได้น้อยลง และรับประทานอาหารจานหลัก รวมถึงขนมหรือของว่างระหว่างมื้อเพิ่มขึ้น (30) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ นอกจากนั้นภาวะผัดเคืองทางเศรษฐกิจและการตกงาน อาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการเหมาะสมและหลากหลายได้ นอกจากนั้นมาตรการจำกัดการเดินทางยังอาจกระทบต่อการเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการเหมาะสม เช่น ผัก ผลไม้ และปลา ของประชาชนได้ (31)

การบริโภคอาหารที่มีโภชนาการเหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งการบริโภคผัก ผลไม้จะให้วิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็น นอกจากนั้นไขมันดี เช่น ไขมันไม่อิ่มตัวจากน้ำมันมะกอก งา และถั่วลิสง ยังจำเป็นต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันอีกด้วย (32) ในขณะเดียวกันการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันอิ่มตัว น้ำตาลและโซเดียมในปริมาณสูง นั้นเป็นสาเหตุของโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็ง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ด้วย

2.2.7. การบริโภคน้ำ

การบริโภคน้ำหรือการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลกไปมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ 7 ล้านคนเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่และ 1.2 ล้านคนเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองซึ่งตัวเองไม่ได้สูบ (33) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เบาหวาน และมะเร็ง (34) ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่อยู่ก่อนแล้วนั้นมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด-19 (20) นอกจากนั้นการใช้น้ำในทุกรูปแบบ ซึ่งรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้าชนิดต่าง ๆ นั้นเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การได้รับเชื้อโควิดจากการส่งผ่านเชื้อจากมือสูปากเวลาสูบ เป็นต้น (35)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณ (Systematic review and meta-analysis) พบว่า การสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อนนั้น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด 19 ถึง 1.96 เท่า (OR 1.96, 95% CI, 1.36 - 2.83) และเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีอาการวิกฤติจากการติดเชื้อโควิด 19 ถึง 1.79 เท่า (OR 1.79 95% CI, 1.19 - 2.70) (36) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณ (Systematic review and meta-analysis) อีกฉบับ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 32,849 คน

ซึ่งร้อยละ 25.6 มีประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงหรือ วิกฤติจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือไม่เคยสูบบุหรี่ถึงเกือบสองเท่าอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ที่เคยมีประวัติว่าสูบบุหรี่นั้นก็พบว่า มีความเสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตจากการรักษา โรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลถึง 1.3 เท่า และ 1.26 เท่า ตามลำดับ (37)

2.2.8. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายนั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต และเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงลำดับต้น ๆ ของโลกที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ความทุพพลภาพ การบาดเจ็บ และเสียชีวิต (38) แอลกอฮอล์นั้นส่งผลเสียทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่ออวัยวะต่าง ๆ ส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะการดื่มปริมาณมากในระดับที่อันตรายนั้น จะทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง และมีหลักฐาน บ่งชี้ว่าไม่มีปริมาณที่ปลอดภัยในการดื่มแอลกอฮอล์ และความเสี่ยงที่มีต่ออวัยวะต่าง ๆ นั้นเพิ่มขึ้นในทุก ๆ แก้วที่ดื่ม การดื่มแอลกอฮอล์นั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลาย ๆ ชนิดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิด อาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด-19 (39)

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นไม่เพียงแต่จะทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และภูมิคุ้มกัน ของร่างกายแย่ลง แต่ยังส่งผลเสียในด้านอื่นๆ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 อีกด้วย (40) พฤติกรรมที่ไม่ดี ต่อสุขภาพต่าง ๆ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายนั้นเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของ โรค เพื่อบรรเทาอาการเครียดหรือวิตกกังวลในช่วงที่ต้องกักตัว (41) นอกจากนั้นการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิต และสามารถทำให้การตัดสินใจ การควบคุม ตนเอง และการตอบสนองแย่ลงได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และความรุนแรงรวมถึงการทำร้ายร่างกายในครอบครัว โดยพบว่ามียอดการเกิดความรุนแรงในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้นในช่วงการระบาดของ โรคโควิด-19 (42) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายยังทำให้ความสามารถในการครอง สติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ลดลง เช่น การล้างมือที่ไม่สามารถทำได้อย่างปกติ และยังคง ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ ในสังคม เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบที่ กำหนดไว้ได้อย่างเต็มที่ (43) นอกจากนั้นผู้ที่เป้นโรคพิษสุราเรื้อรังอาจจะมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการ รุนแรงเมื่อติดเชื้อโรคโควิด-19 เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเกาต์ กับตับ เป็นต้น (44) นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อโควิด-19 จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จากการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การใช้แก้วและจานชามร่วมกันขณะดื่มกินการรวมกลุ่มเพื่อดื่ม และสุขภาพ ที่ทรุดโทรม

2.2.9. การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ หรือภาวะเนือยนิ่งนั้นเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ในขณะที่การมีกิจกรรมทางกายนั้นจะช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อโรค ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาสุขภาพจิตอีกด้วย (45) การมีภาวะเนือยนิ่งนี้อาจส่งผลทางอ้อมต่อการพัฒนาของโรคโควิด-19 แต่ทั้งนี้มีการศึกษา Cohort study ขนาดใหญ่ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมของโรคโควิด-19 ซึ่งบ่งชี้ว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิดและมีอาการรุนแรงจนต้องเข้าโรงพยาบาล (46) ซึ่งในทางกลับกันการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ลดการอักเสบ ส่งผลดีต่อสุขภาพทางกายและทางจิต ซึ่งรวมถึงช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลด้วย (47)

2.2.10 ความเสี่ยงต่อมลพิษทางอากาศ

การได้รับมลพิษทางอากาศทั้งภายนอกและภายในอาคารนั้น เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ การได้รับมลพิษทางอากาศทั่วไปและฝุ่นละอองขนาดเล็กในปริมาณสูงนั้นมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด (48) ฝุ่นละอองขนาดเล็กกระตุ้นให้เกิดการอักเสบ และลดทอนการทำงานของภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินหายใจ การได้รับมลพิษทางอากาศในระยะยาวนั้นสัมพันธ์กับการเกิดความเสียหายต่อปอดและหัวใจ (49) ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคและอาการร่วมต่าง ๆ ซึ่งลดความสามารถของร่างกายในการต่อสู้กับการติดเชื้อโควิด-19 จากการศึกษาคุณภาพอากาศของกรุงเทพมหานคร พบว่าปริมาณ PM2.5 PM10 และ O3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงที่มีการล็อกดาวน์ปี 2563 เมื่อเทียบกับช่วงก่อนและหลังล็อกดาวน์ ทั้งนี้ เนื่องจากการล็อกดาวน์นั้นลดกิจกรรมสร้างมลพิษชั่วคราว เช่น การจราจร และการประกอบอุตสาหกรรม เป็นต้น (50)

2.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโรคเรื้อรัง

2.3.1. การปรับระบบบริการในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

ระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บริการดูแลรักษา รวมถึงการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อนั้นได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อนั้นถูกจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้พบว่า การจำกัดการเดินทางและล็อกดาวน์นั้นจำกัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การวินิจฉัยและรักษา และการรับยารักษาโรคไม่ติดต่อ ณ สถานพยาบาล (51) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นปัญหาอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกต่างประสบความท้าทายจากความต้องการทางการแพทย์จากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับความหวาดกลัว การรังเกียจและเลือกปฏิบัติ ขาดสื่อข่าวลง และการจำกัดการเดินทางซึ่งส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยทุกโรค เมื่อระบบบริการ

สุขภาพนั้นต้องแบกรับภาระหนักหน่วงเกินจะรับไหว และประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ การเสียชีวิตทั้งจากการระบาดของโรคโควิด-19 และการเสียชีวิตจากโรคอื่นๆ ที่สามารถป้องกันและรักษาได้ จะเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด (52) เมื่อใดที่ความต้องการในระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรุนแรง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองนั้นก็ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อนั้นประเทศและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องตัดสินใจอย่างยากลำบากที่จะสร้างสมดุลในการตอบโต้กับการระบาดของโรคโควิด-19 และในขณะเดียวกันก็ต้องให้บริการสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นไปพร้อมกันไปด้วย ดังนั้นการสร้างแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในสถานบริการทุก ๆ ระดับ ทั้งนี้รวมถึงการคัดกรองผู้ป่วยโควิด-19 การจัดลำดับความรุนแรงของอาการ และส่งต่อที่เหมาะสมด้วย นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพทั่วไปและไม่เร่งด่วนจะถูกยกเลิกชั่วคราว และแนวทางการให้บริการก็จะถูกปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระยะของการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้แต่ละบริการจะมีการปรับโดยพิจารณาจากความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ (6)

2.3.2. การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเข้าถึงระบบบริการ และรูปแบบการเข้าถึงบริการ

ในช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม ถึง 29 กรกฎาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (53) ซึ่งมีประเทศที่ร่วมให้ข้อมูลทั้งสิ้น 105 ประเทศ จาก 5 ภูมิภาคทั่วโลก ผลการสำรวจพบว่า มากกว่าครึ่งของประเทศที่รายงานนั้น การให้บริการสุขภาพมีได้อย่างจำกัด เช่น การหยุดให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอก และบริการสุขภาพในชุมชนชั่วคราว ข้อมูลจากหลายประเทศทั่วโลกพบว่าหนึ่งในห้าของบริการสุขภาพที่ต้องหยุดให้บริการชั่วคราวคือการวินิจฉัยและรักษาโรคไม่ติดต่อ นอกจากนั้นมากกว่าครึ่งของประเทศที่ร่วมทำการสำรวจ รายงานว่า บริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบนั้นประกอบไปด้วย การวินิจฉัยและรักษาโรคไม่ติดต่อ และโรคทางสุขภาพจิต ทั้งนี้เหตุผลหลักที่ต้องหยุดการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นชั่วคราว คือ

- การลดลงของจำนวนผู้ป่วยนอก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล
- การลดลงของจำนวนผู้ป่วยใน เนื่องจากการยกเลิกการให้บริการที่ไม่จำเป็นเร่งด่วนออกไปก่อน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับมอบหมายให้ไปทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19
- การจำกัดการเดินทางโดยรัฐบาลกลาง หรือบริการขนส่งสาธารณะหยุดทำการเพราะลือคดวุ่น
- ปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากผลสำรวจพบว่าบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ต้องหยุดให้บริการชั่วคราวในแต่ละภูมิภาคของโลกนั้นจะแตกต่างกันออกไป แต่การวินิจฉัยและรักษาโรคไม่ติดต่อนั้นเป็นหนึ่งในห้าของบริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด โดยตั้งแต่อนก่อนที่จะมีการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น ในหลายประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีปัญหาวิกฤตด้านความเท่าเทียมและความเสมอภาคทางสิทธิมนุษยชน ซึ่งประชาชนมีความจำกัดในการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่มีคุณภาพเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว จึงเป็นที่น่ากังวล เมื่อการเข้าถึงบริการเหล่านั้นยิ่งยากขึ้นไปอีกหลังจากการระบาด

นอกจากนั้น องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการสำรวจผลกระทบการให้บริการสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ถึง 25 พฤษภาคม 2563 ซึ่งมีทั้งสิ้น 163 ประเทศเข้าร่วมให้ข้อมูล (6) จากผลการสำรวจพบว่า

- ร้อยละ 75 ของประเทศที่ร่วมการสำรวจรายงานว่าบริการด้านโรคไม่ติดต่อที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การฟื้นฟูและรักษาอย่างประคับประคอง
- สัดส่วนของการหยุดบริการสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันไปตามระดับของการระบาดของแต่ละประเทศ เริ่มจากร้อยละ 30 ในประเทศที่มีการระบาดแบบกระจาย ร้อยละ 57 ในประเทศที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน และต้องหยุดให้บริการมากถึง ร้อยละ 66 ในประเทศที่มีการระบาดในชุมชน
- เหตุผลที่พบบ่อยในการหยุดการให้บริการ หรือลดการให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อนี้คือการยกเลิกแผนการรักษา การลดลงของบริการรถโดยสารสาธารณะ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ เพราะถูกมอบหมายให้ไปรับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทั้งนี้ ร้อยละ 20 ของประเทศที่รายงานว่าต้องหยุดการให้บริการนั้น เนื่องจากการขาดแคลนยา วัสดุอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ และเครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็น นอกจากนี้ยังพบว่าในหลายประเทศได้มีการปรับแนวทางการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 นั้นสามารถได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง มีการประเมินว่าในปี 2563 มีการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนไปมากถึง 28 ล้านครั้งทั่วโลก (54) ในจำนวนนี้พบว่าการยกเลิกหรือเลื่อนผ่าตัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และโรคทางกระดูกและข้อ ถึง 2.3 ล้านครั้ง
- การสำรวจนี้พบว่าสาเหตุที่ต้องหยุดหรือลดการให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อนั้นมีแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน อาทิเช่น มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ มีการปิดให้บริการชั่วคราวของคลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะโรค และมีความขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เป็นต้น ทั้งนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงกว่าในประเทศรายได้ต่ำ และประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง สอดคล้องกับรายงานจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศที่พบว่าในประเทศที่รายได้ต่ำหลายประเทศ ที่ประชากรส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในระหว่างวิกฤติ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล (55)
- ร้อยละ 46 ของประเทศที่ร่วมการสำรวจ รายงานว่าเลื่อนการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในระดับประชากร เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำเบื้องต้นขององค์การอนามัยโลก ที่ให้เลื่อนบริการสุขภาพที่ไม่เร่งด่วนออกไปก่อนเพื่อการตอบโต้กับโรคระบาด
- ร้อยละ 17 ของประเทศที่เข้าร่วมการสำรวจ รายงานว่ามีการจัดสรรงบประมาณภาครัฐเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อและบรรจุให้เป็นวาระหนึ่งในแผนการตอบโต้โรคโควิด-19 ระดับประเทศ

- ร้อยละ 66 ของประเทศที่เข้าร่วมการสำรวจ รายงานว่ามีการบรรจุแนวทางการให้บริการโรคไม่ติดต่อในบริบทของการระบาดของโรคโควิด-19 เข้าไปในแผนการตอบโต้โรคโควิด-19 ระดับประเทศด้วย และสำหรับประเทศที่ทำเช่นนั้น โรคไม่ติดต่อที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญในสี่อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน

2.4 นวัตกรรมการจัดบริการ และการเข้ามาของเทคโนโลยี รวมทั้งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการด้านโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

จากการสำรวจผลกระทบต่อการให้บริการด้านโรคไม่ติดต่อในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (6) พบว่าหลาย ๆ ประเทศได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- การคัดแยกผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตามอาการ (Triaging): โดยในกลุ่มประเทศที่ได้รับการสำรวจนั้นได้ใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วย อย่างไรก็ตามประเทศส่วนใหญ่เป็นประเทศรายได้ปานกลางถึงสูง และรายได้สูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าประเทศเหล่านั้นมีระบบคัดกรองอยู่แล้ว และพร้อมนำมาใช้ได้ทันทีเมื่อเกิดภาวะโรคระบาด ในขณะที่ประเทศรายได้ปานกลางถึงน้อยและรายได้น้อยนั้นส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ระบบการคัดแยกผู้ป่วยตามอาการในระบบบริการสุขภาพปกติ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยนั้นมีหลากหลายแนวทางซึ่งแต่ละประเทศจะเป็นผู้กำหนด ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทางคัดแยกผู้ป่วยโรคโควิด-19 และการส่งต่อในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดในช่วงที่เกิดการระบาดในชุมชนขึ้น (56) โดยเอกสารนี้จะให้แนวทางการนำระบบคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ในสถานพยาบาลทุกระดับ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ
- การรักษาทางไกล (Telemedicine) ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือทางออนไลน์: พบว่าร้อยละ 58 ของประเทศที่รายงานว่าการให้บริการสุขภาพหยุดชะงักจากการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นใช้การรักษาทางไกลเพื่อทดแทนการเข้ารับคำปรึกษาแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาทางไกลนั้นต้องการเครื่องมือ และทักษะด้านเทคโนโลยี ดังนั้นประเทศส่วนใหญ่ที่สามารถนำการรักษาทางไกลมาใช้จึงเป็นประเทศที่มีรายได้สูง โดยพบว่ามีประเทศรายได้น้อยและปานกลางถึงต่ำ มีการใช้การรักษาทางไกลที่ร้อยละ 40

เครื่องมือดิจิทัลเพื่อสุขภาพ (Digital health tool) คือเทคโนโลยีในรูปแบบต่าง ๆ ที่จะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพ เช่น เครื่องมือที่จะช่วยในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย เช่น การรักษาทางไกล (telemedicine) ข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic health record) แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเพื่อติดตามอาการ และระบบนัดหมาย และเตือนความจำ (57) อย่างไรก็ตามพบว่ามีหลายประเทศยังขาดกรอบและแนวทางการสำหรับควบคุมกำกับ บูรณาการ ตลอดจนระเบียบการเบิกจ่ายค่ารักษาทางไกล (58)(59) นอกจากนี้ ยังพบอุปสรรคในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น ความสะดวก

ของผู้ป่วย ความกังวลเรื่องข้อมูลส่วนตัวที่อาจจะรั่วไหล และความกังวลด้านประสิทธิภาพของนวัตกรรมด้านสุขภาพที่อาจจะไม่สามารถทดแทนการจัดบริการรูปแบบเดิม

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเอกสารรวบรวมนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในช่วงของการระบาดโรคโควิด-19 (60) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและติดตามสถานะสุขภาพของตนเองผ่านเทคโนโลยีต่างๆได้ โดยสามารถสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการรักษา อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบและเกิดความตระหนักในสถานะสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะเพิ่มระดับการดูแลตนเองและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา เช่น การรับประทานยา เป็นต้น

หลายประเทศได้มีความพยายามที่ปรับระบบบริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal medical services) (61) เพื่อให้บริการของสถานพยาบาลที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ไม่แออัด สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและเสมอภาคทั้งในสภาวะปกติและเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ โดยมาตรการที่ดำเนินการได้แก่ การกระจายการดูแลผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดีไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การใช้การรักษาทางไกล โดยการใช้การสื่อสารหลากหลายช่องทาง ทั้ง โทรศัพท์ ข้อความสั้น (SMS) แชนบอท เว็บไซต์ แอปพลิเคชันสื่อสาร (LINE application) ในการติดต่อ นัดหมายเข้ารับการรักษาและรับยา ติดตามสอบถามอาการ ทั้งระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเอง และการติดต่อกับผู้ป่วย การใช้เครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่อยู่ในชุมชนเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการลงไปตามอาการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เช่น การวัดความดันโลหิตที่บ้าน และช่วยในการจัดส่งยาที่แพทย์ได้ทำการจ่ายไว้ให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่ออีกด้วย (62)

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [18 June 2021]. Available from: <https://covid19.who.int/>.
2. Organization WH. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update [Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
3. Organization WH. Noncommunicable diseases [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. Clark A JM, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Mercer SW, et al. . Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020 : a modelling study. Lancet Global Health. 2020;8(8):E1003-E117.

5. Organization WH. Responding to noncommunicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic: a rapid review 2020 [18 June 2021]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1.
6. Organization WH. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic 2020 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>.
7. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e259.
8. Zhao YM SY, Song WB, Li QQ, Xie H, et al. Follow-up study of the pulmonary function and related physiological characteristics of COVID-19 survivors three months after recovery. *EClinicalMedicine*. 2020;25.
9. Schwalbe N LS, Gutierrez JP. Non-Communicable Diseases and COVID-19: A Perfect Storm 2020 [10 June 2020]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/10/noncommunicable-diseases-and-covid-19-a-perfect-storm/>.
10. Nations U. The Sustainable Development Goals Report 2020 New York City (NY)2020 [18 June 2020]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf>.
11. Nations U. Resolution adopted by the General Assembly: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1) New York City (NY)2015 [Available from: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
12. Nikoloski Z, Alqunaibet, A.M., Alfawaz, R.A. et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. *BMC Public Health* 2021. 2021.
13. Organization WH. Diabetes. Fact sheets 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
14. Roncon L ZM, Rigatelli G, Zuliani G. Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol*. 2020
15. Williamson EJ, Walker, A.J., Bhaskaran, K. et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature* 584. 2020:430–6 (2020).

16. Organization WH. Key facts; Cardiovascular Diseases 2020 [18 June 2021]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
17. Organization WH. Hypertension and COVID-19: scientific brief 2021 [18 June 2021]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341848>.
18. Toraih EA ER, Hussein MH, Elgami A, Amin M, El-Mowafy M, et al. Association of cardiac biomarkers and comorbidities with increased mortality, severity, and cardiac injury in COVID-19 patients: a meta-regression and decision tree analysis. *J Med Virol* 2020.
19. Organization WH. Key facts; Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 2021 [18 June 2021]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
20. Organization WH. Information note on COVID-19 and NCDs 2020 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-and-ncds>.
21. Britto CJ BV, Lee S, Dela Cruz CS. Respiratory Viral Infections in Chronic Lung Diseases. *clin chest med*. 2017;38(1):87-96.
22. Firoozeh VG SM, Chung C et al. COPD and risk of poor outcomes in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2021;33.
23. Organization WH. Fact sheet; Cancer 2021 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
24. Lee AJX, Purshouse, K. . COVID-19 and cancer registries: learning from the first peak of the SARS-CoV-2 pandemic. *british journal of cancer*. 2021;124.
25. Organization WH. Fact sheet; obesity and overweight 2021 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
26. Simonnet A CM, Poissy J, Raverdy V, Noulette J, Duhamel A, Labreuche J, Mathieu D, Pattou F, Jourdain M. LICORN and the Lille COVID-19 and Obesity study group. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. . *Obesity (Silver Spring)*.29(9):1395-567.
27. Stefan N, Birkenfeld, A.L. & Schulze, M.B. Global pandemics interconnected obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nature* 584. 2021;17:135–49 (2021).
28. Yang J HJ, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2021;93(1):257-61.

29. Collaborators GD. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2019;393(10184):1958-72.
30. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6).
31. Cullen MT. COVID-19 and the risk to food supply chains: How to respond? 2021 [18 June 2021]. Available from: <http://www.fao.org/3/ca8388en/CA8388EN.pdf>.
32. Maintaining a healthy diet during the COVID-19 pandemic. Food and Agriculture Organization of the United Nations. 2020.
33. Organization WH. WHO report on the global tobacco epidemic 2019 2019 [Available from: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/].
34. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General 2014 [Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24455788/>].
35. Organization WH. Smoking and COVID-19: scientific brief 2020 [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895>].
36. Jiménez-Ruiz CA L-PD, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent R, Solano-Reina S, de Granda-Orive JI. COVID-19 and Smoking: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Evidence. *Arch Bronconeumol*. 2021;57(1):21-34
37. Reddy RK CW, Sklavounos A, Dutt A, Seed PT, Khajuria A. The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2020;93(2):1045-56.
38. Organization WH. Global status report on alcohol and health 2018 2018 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>].
39. Ferreira-Borges C BJN. Alcohol and COVID-19: what you need to know. 2020 [Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf].
40. Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(7):625.
41. Clay JM PM. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? . *Lancet Public Health*. 2020;5:e259.

42. Education FfARa. Family violence and alcohol during COVID-19. Sydney: Foundation for Alcohol Research and Education; 2020 Women's Safety NSW. 2020.
43. Sansone RA SL. Alcohol/Substance misuse and treatment nonadherence: fatal attraction. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008;5(9):43-6.
44. Da BL IG, Schiano TD. COVID-19 Hangover: A Rising Tide of Alcohol Use Disorder and Alcohol-Associated Liver Disease. *Hepatology*. 2020.
45. Organization WH. Physical inactivity: a global public health problem 2018 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/inactivity-global-health-problem/en/>.
46. Hamer M KM, Gale CR, David Batty G. Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: a community-based cohort study of 387,109 adults in UK. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;87:184-7
47. Organization WH. Global recommendations on physical activity for health. Geneva 2015 [18 June 2021]. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>.
48. Prüss-Ustün A VDE, Mudu P, Campbell-Ledndrum D, Vickers C, Ivanov I, et al. Environmental risks and non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;364:l265.
49. Colaço M DA, Zuzarte M, Costa BFO, Borges O. Airborne environmental fine particles induce intense inflammatory response regardless of the absence of heavy metal elements. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2020;195.
50. Wetchayont P. Investigation on the Impacts of COVID-19 Lockdown and Influencing Factors on Air Quality in Greater Bangkok, Thailand. *Advances in Meteorology*. 2021;2021:6697707.
51. Demaio A JJ, Horn R, De Courten M, Tellier S. Non-communicable diseases in emergencies: A call to action. *PLoS Currents Disasters*. *PLoS Currents Disasters*. 2013;5.
52. Elston JWT CC, Ndumbi P, Wright J. The health impact of the 2014–15 Ebola outbreak. *Public Health*. 2017;143:60–70.
53. Organization WH. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic 2020 [18 June 2021]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
54. Collaborative C. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *British Journal of Surgery*. 2020.

55. Organization IL. COVID-19: Are there enough health workers? 2020 [Available from: <https://ilostat.ilo.org/covid-19-are-there-enough-healthworkers/>].
56. Organization WH. Algorithm for COVID-19 triage and referral: patient triage and referral for resource limited settings during community transmission. 2020.
57. O'Connor S HP, O'Donnell CA, Garcia S, Glanville J, Mair FS. Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies. BMC. 2016;16(1):120.
58. Ohannessian R DT, Odone A. Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. JMIR Public Health Surveill 2020;6(2):e18810
59. B AJ. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19 Pandemic. Journal of Medical Systems (2020) 44(7):132.
60. Organization WH. Digital Health: A Strategy to Maintain Health Care for People Living with Noncommunicable Diseases during COVID-19 2020 [Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52543>].
61. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการทางการแพทย์แบบ NEW NORMAL เพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19. นนทบุรี 2020 [Available from: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=94].
62. Songsermpong S BS, Khomgongsuwan P, Junthon S, Cazabon D, Moran AE, et al. Innovations to Sustain Non-Communicable Disease Services in the Context of COVID-19: Report from Pakkred District, Nonthaburi Province, Thailand. Global Heart. 2021;16(1):44.



บทที่ 3

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการป่วยและการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

- 3.1 บทนำ
- 3.2 ผลกระทบต่อกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ
- 3.3 ผลกระทบต่อการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ
- 3.4 สรุป

3.1 บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ดำเนินมาตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2563 และปี 2564 ตลอดทั้งปี การระบาดถูกแบ่งออกเป็น 4 ระลอก ได้แก่ ระลอกแรก ระลอกใหม่ ระลอกสอง และระลอกสาม (ระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 ม.ค. - 31 ส.ค. 2563 ระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564 และระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 2564 - ปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) การระบาด และมาตรการควบคุมการระบาด การจำกัดการเดินทาง ส่งผลต่อพฤติกรรม การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และกระทบต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ

3.2 ผลกระทบต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

3.2.1. ก่อนการระบาด ปี 2563

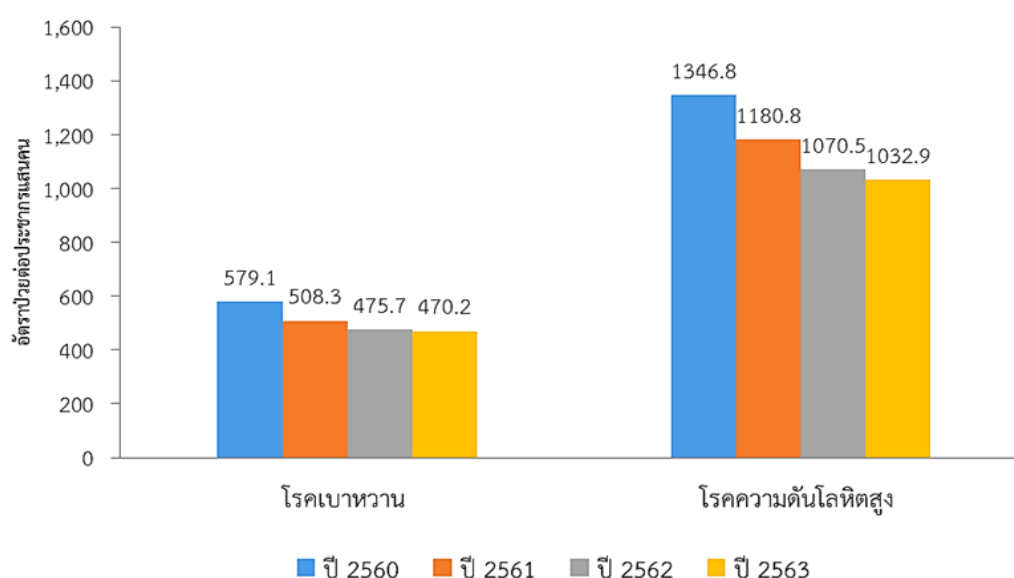
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง (แผนภูมิที่ 3.1, 3.2) เมื่อพิจารณารายเดือน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2562 พบว่า ทุกปีในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่สูงกว่าเดือนอื่น (แผนภูมิที่ 3.3, 3.4) เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ (แผนภูมิที่ 3.5) ส่วนการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มมารับบริการตามนัดเพิ่มขึ้น (แผนภูมิที่ 3.6, 3.7)

3.2.2. การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563

เมื่อเปรียบเทียบในช่วงระยะก่อนการระบาด กับการระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 พบว่าเดือนมกราคม - มีนาคม ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ มีแนวโน้มลดลงไม่มากนัก จนกระทั่งในเดือนเมษายน-พฤษภาคม มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดฯ ภายหลังเดือนพฤษภาคม แนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น แต่มีความแตกต่างกันไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบช่วงเดือนเดียวกันในระยะก่อนการระบาด (แผนภูมิที่ 3.3, 3.4) สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าในเดือนมีนาคม - เมษายน ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับช่วงก่อนเกิดการระบาดฯ ภายหลังเดือนเมษายน แนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น และใกล้เคียงกับช่วงเดือนเดียวกันในระยะก่อนการระบาดฯ (แผนภูมิที่ 3.5) โดยในช่วงการระบาดระลอกแรก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคเบาหวาน (DM) หรือความดันโลหิตสูง (HT) ลดลงมากกว่าร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า (ปี 2559 - 2562) โดยการพบผู้ป่วยรายใหม่ลดลงนี้อาจเป็นไปได้จากการเข้าถึงการวินิจฉัยที่ลดลง ซึ่งอัตราการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำลงเป็นประเด็นที่อันตรายเพราะเป็นภาวะที่รุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉินที่เหมาะสมและทันเวลา ทว่าภายหลังการระบาดระลอกแรก ตั้งแต่ช่วงผ่อนปรนระลอกแรกในเดือนมิถุนายน 2563 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่กลับเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า

ส่วนการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล พบว่าเดือนมกราคม - มีนาคม แนวโน้มการเข้ารับบริการตามนัดของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกับระยะก่อนการระบาด จนกระทั่งในเดือนเมษายน - พฤษภาคม แนวโน้มการเข้ารับบริการลดลง เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดฯ ภายหลังเดือนพฤษภาคม ซึ่งตรงกับช่วงที่สถานการณ์การระบาดฯ เริ่มดีขึ้น การเข้ารับบริการตามนัดของผู้ป่วยค่อย ๆ เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังน้อยกว่าในช่วงเดือนเดียวกันกับระยะก่อนการระบาด (แผนภูมิที่ 3.6, 3.7) โดยอัตราการเข้ารับบริการตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่ำลงในช่วงการระบาดระลอกแรกบางส่วนเกิดจากการเลื่อนนัด และใช้ระบบรับยาผ่านช่องทางอื่นเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกับการนัดนอกโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการพัฒนา ทำให้ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยอาจไม่ปรากฏในระบบ แต่ยังมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดนัด และขาดยา

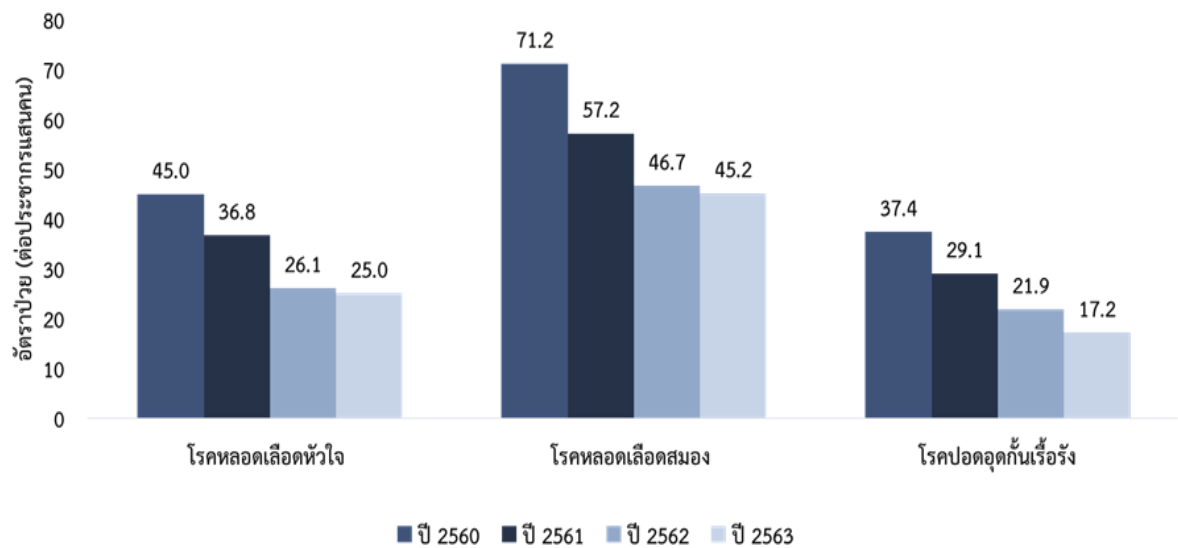


แผนภูมิที่ 3.1: อุบัติการณ์เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2560-2563

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 9 กันยายน 2564

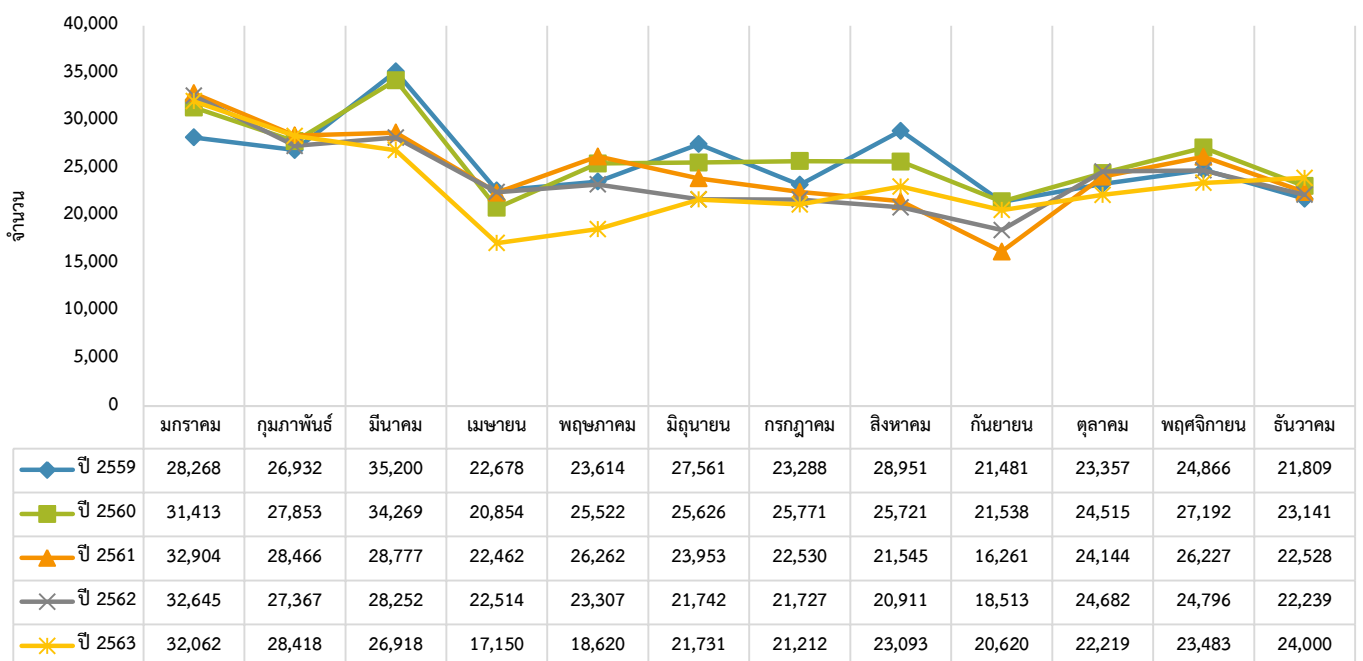


แผนภูมิที่ 3.2: อุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2560-2563

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 9 กันยายน 2564

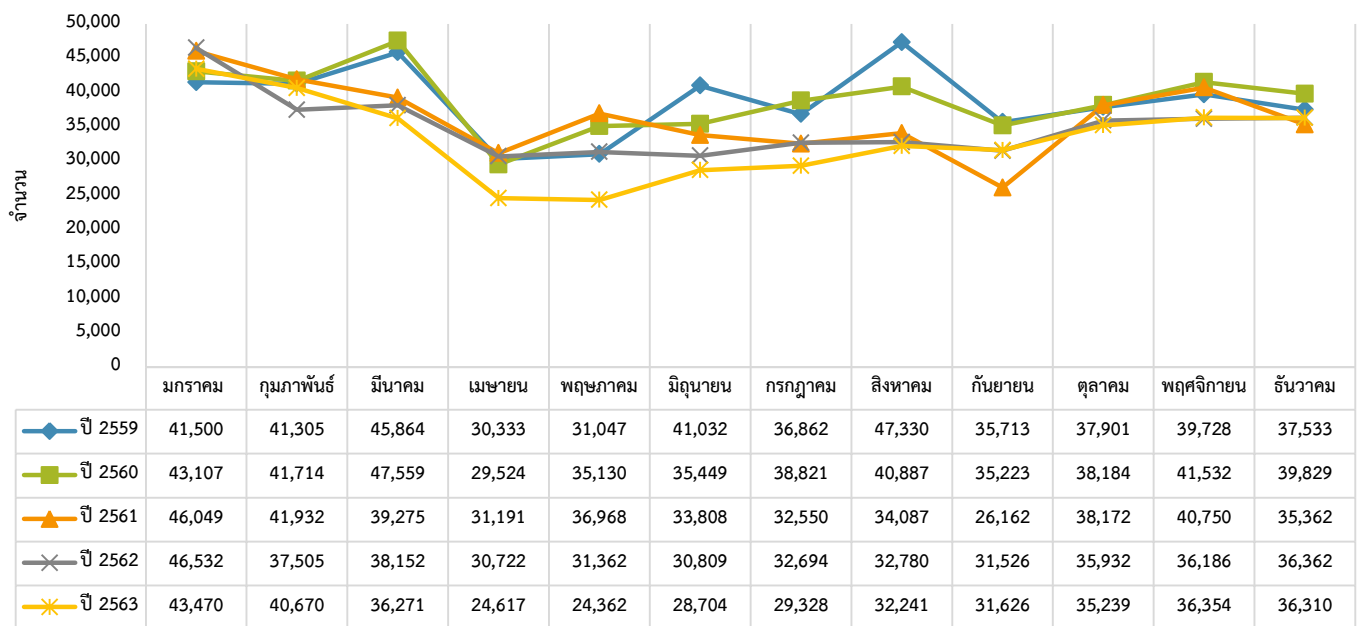


แผนภูมิที่ 3.3: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559-2563 จำแนกตามรายเดือน

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 9 กันยายน 2564

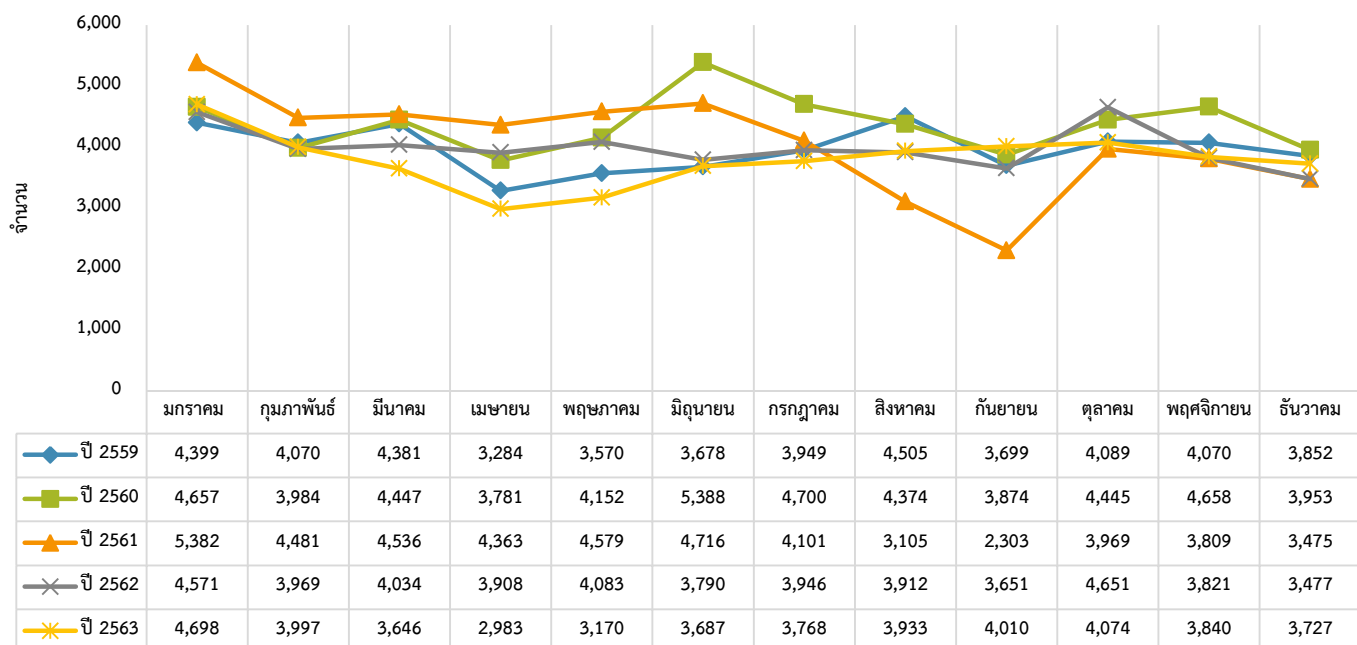


แผนภูมิที่ 3.4: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559 - 2563 จำแนกตามรายเดือน

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แพ้ม กระหวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 9 กันยายน 2564

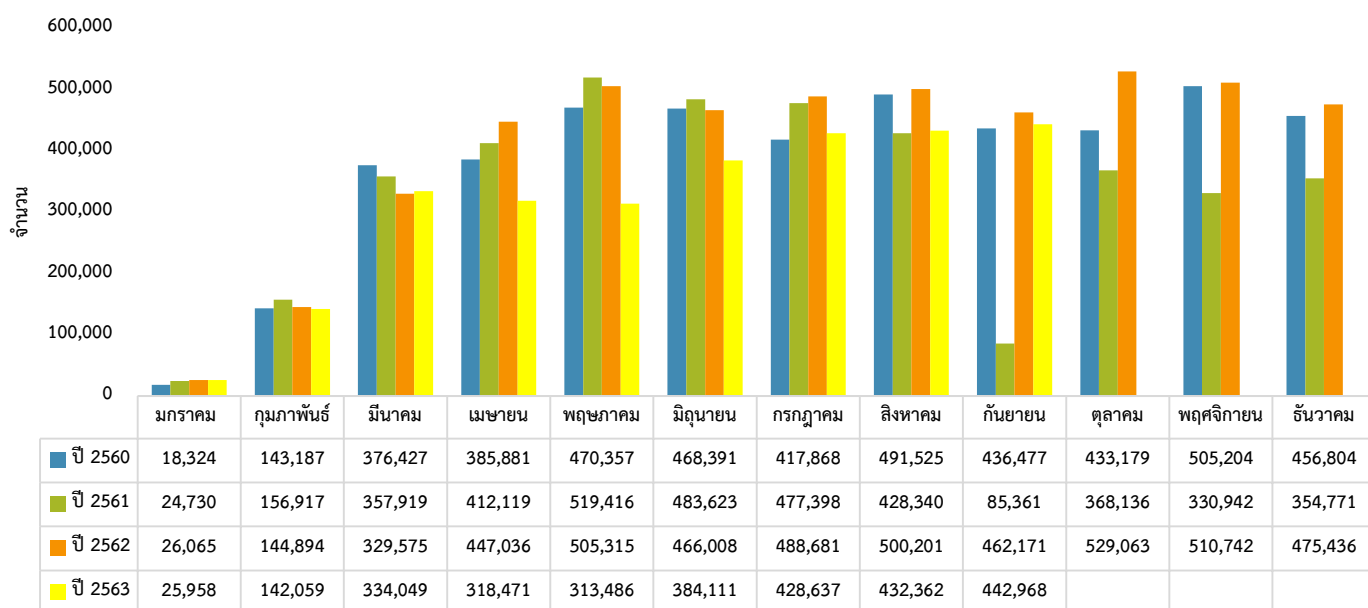


แผนภูมิที่ 3.5: จำนวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปีงบประมาณ 2559-2563 จำแนกตามรายเดือน

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แพ้ม กระหวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 9 กันยายน 2564

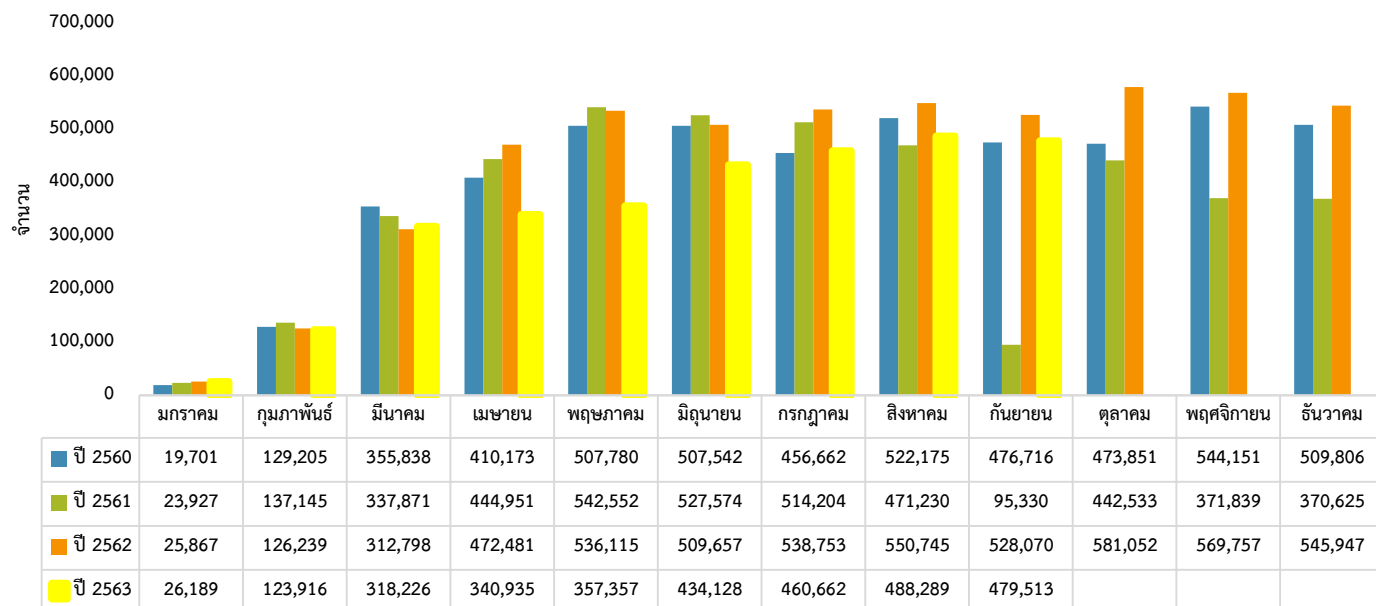


แผนภูมิที่ 3.6: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการตามนัด ปีงบประมาณ 2560-2563 จำแนกตามรายเดือน

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2564



แผนภูมิที่ 3.7: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตามนัด ปีงบประมาณ 2560-2563 จำแนกตามรายเดือน

ที่มา: ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

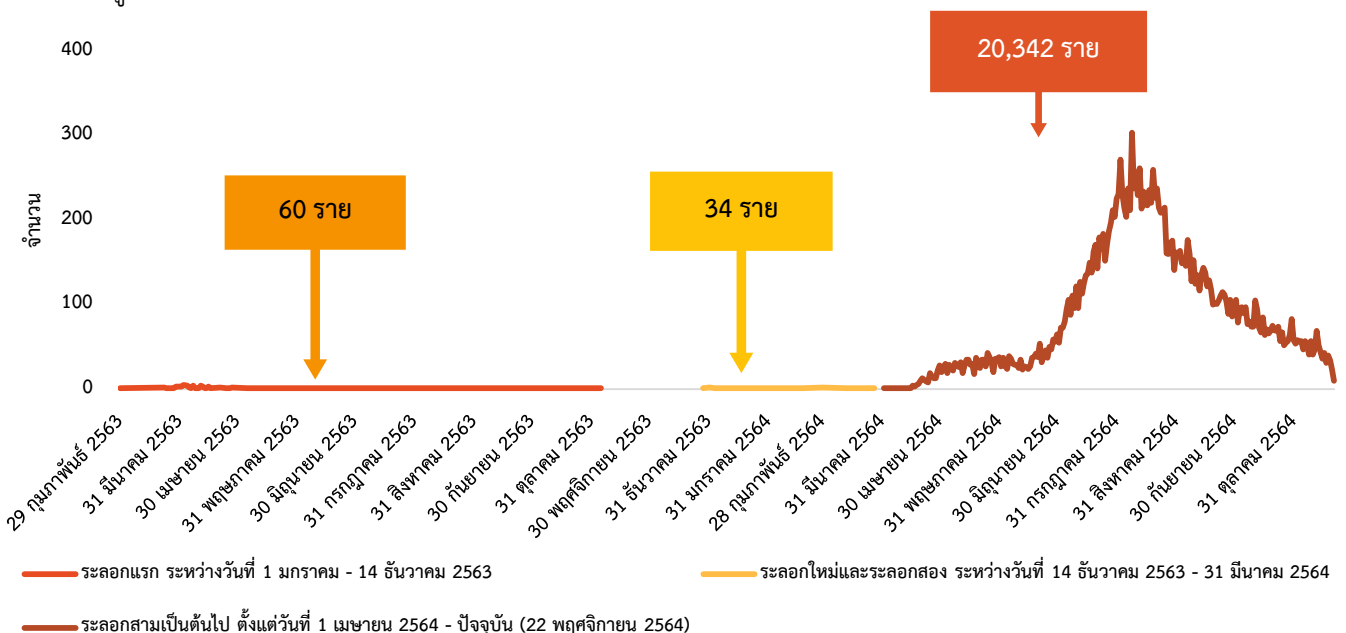
วิเคราะห์: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2564

3.3 ผลกระทบต่อการเสียชีวิตในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

จากการระบาดฯ ในประเทศไทยตั้งแต่ระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 จนถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 2,071,009 ราย โดยในกลุ่มนี้พบผู้เสียชีวิตจำนวน 20,436 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.99 ของผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด (แผนภูมิที่ 3.8) หากจำแนกตามสถานะสุขภาพของผู้เสียชีวิตทั้งหมด พบว่าร้อยละ 68 มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 13 ไม่ระบุสถานะสุขภาพ ร้อยละ 10 ไม่มีโรคประจำตัว และ ร้อยละ 9 มีโรคประจำตัวด้วยโรคอื่นหรืออาจกล่าวได้ว่า 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดจะพบผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อ (แผนภูมิที่ 3.9) โดยในช่วงระลอกแรกจนถึงระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 สำหรับเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และกรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2563 ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 และในระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) พบสัดส่วนผู้ที่มีโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 โรครายเดือนใกล้เคียงกัน โดยมีค่าระหว่างร้อยละ 66-72 (แผนภูมิที่ 3.10) เมื่อจำแนกโรคไม่ติดต่อยารโรคที่สำคัญ 7 โรค พบว่า โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 53 โรคเบาหวาน ร้อยละ 36 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 15 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 11 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6 โรคมะเร็ง ร้อยละ 3 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3 (แผนภูมิที่ 3.11)

เมื่อพิจารณาที่กลุ่มสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) พบว่าสัดส่วนผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี เกือบ 2 เท่า (แผนภูมิที่ 3.12) สำหรับสัดส่วนผู้ที่มีโรคเบาหวานในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กับกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (แผนภูมิที่ 3.13)

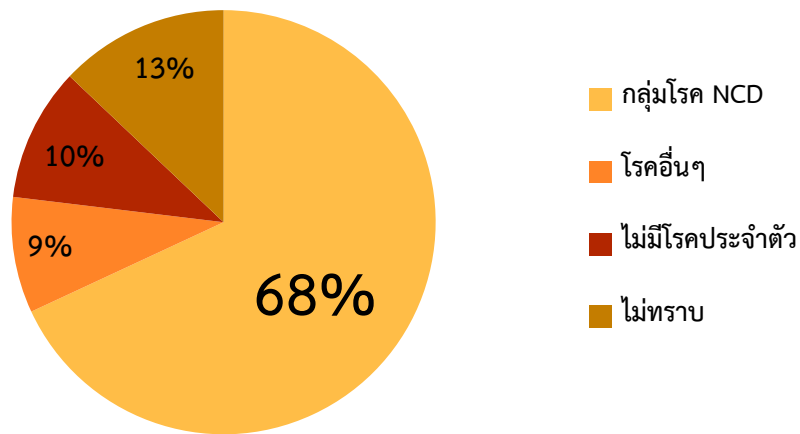


แผนภูมิที่ 3.8: จำนวนผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564)

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564

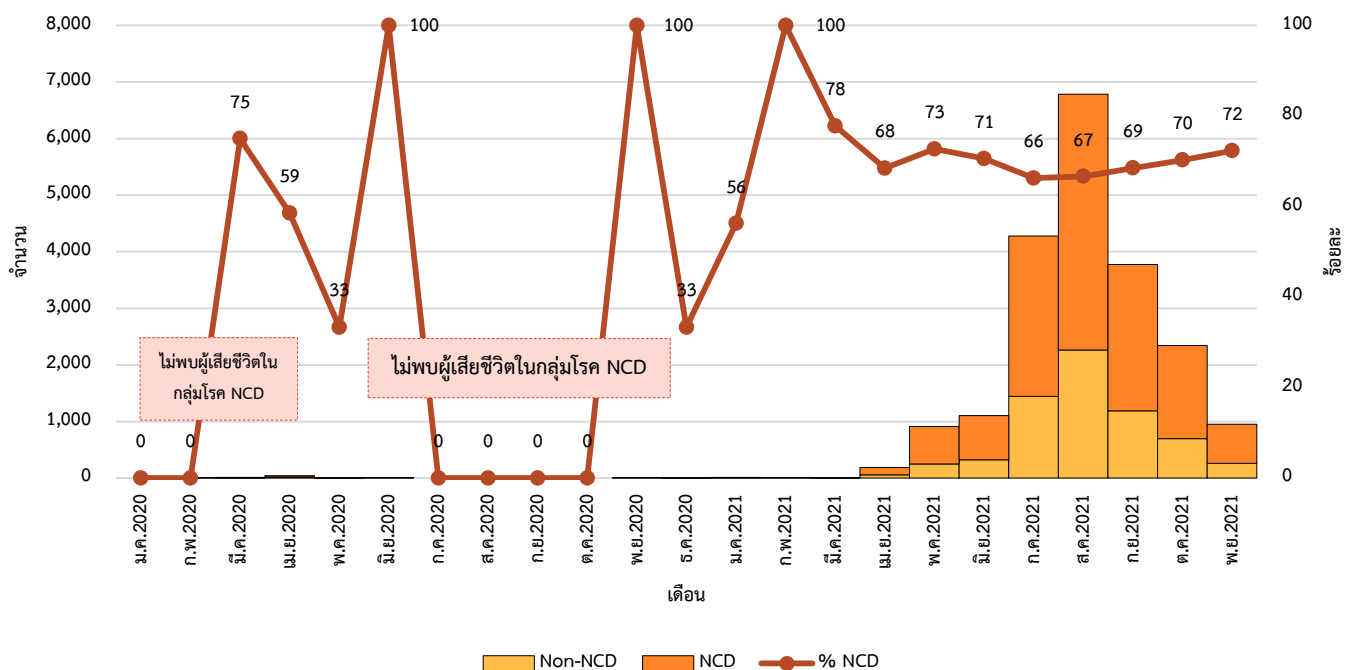


แผนภูมิที่ 3.9: ร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด -19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามสถานะสุขภาพ

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564

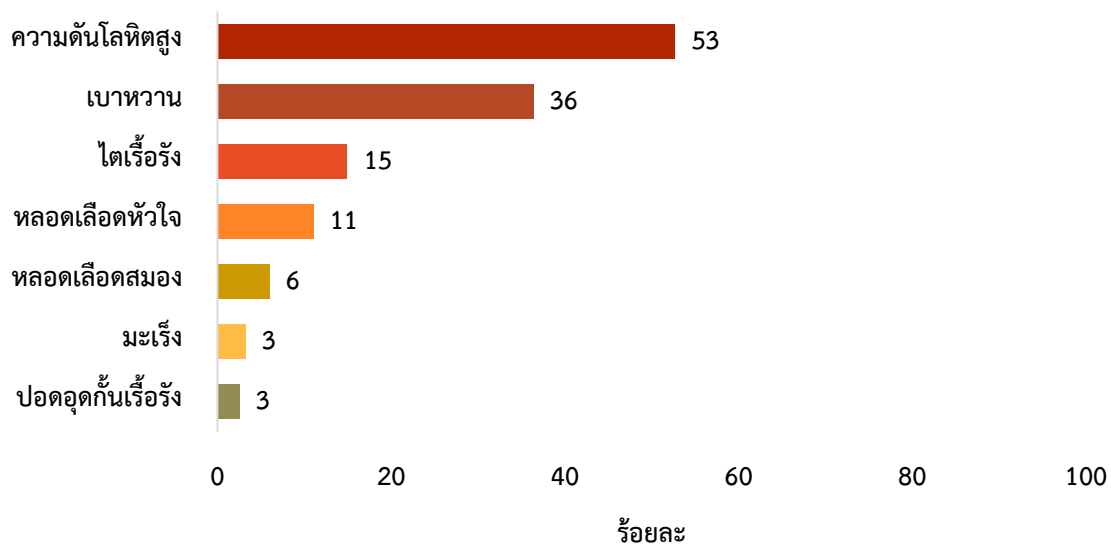


แผนภูมิที่ 3.10: จำนวนและร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด -19 ในกลุ่ม Non-NCD และกลุ่ม NCD ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกรายเดือน

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564



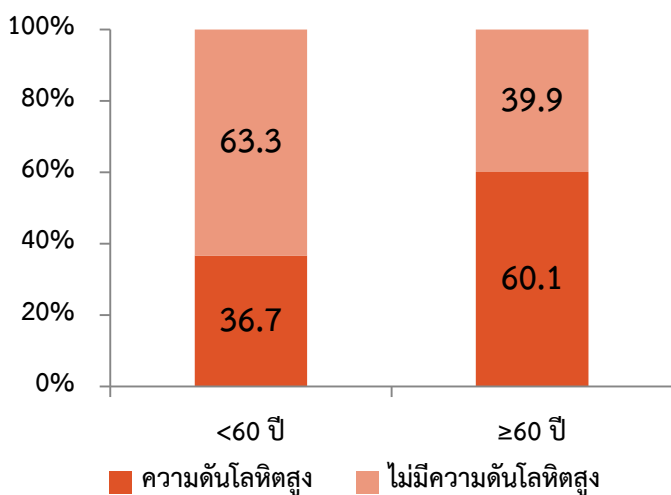
แผนภูมิที่ 3.11: ร้อยละของผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564)

จำแนกตามกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564

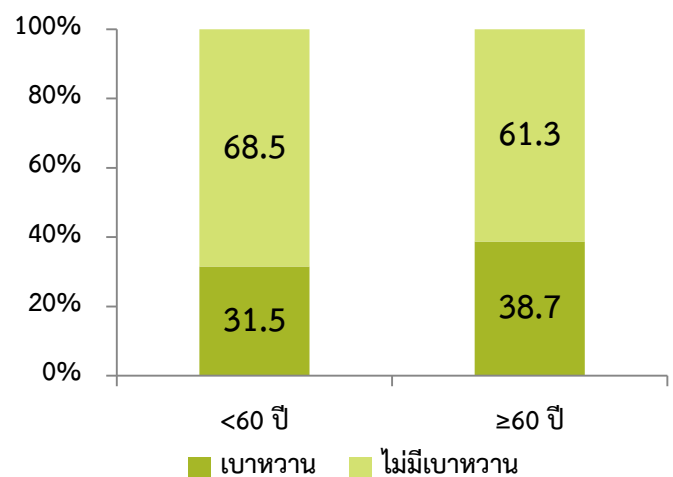


แผนภูมิที่ 3.12: ร้อยละผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามกลุ่มอายุในผู้ที่มีและไม่มีความดันโลหิตสูง

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564



แผนภูมิที่ 3.13: ร้อยละผู้เสียชีวิตโรคโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ถึงปัจจุบัน (22 พฤศจิกายน 2564) จำแนกตามกลุ่มอายุในผู้ที่มีและไม่เบาหวาน

แหล่งข้อมูล: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์และจัดทำโดย: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ

ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564

3.4 บทสรุป

ในปี 2563 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกแรก พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (DM) หรือความดันโลหิตสูง (HT) ลดลงมากกว่าร้อยละ 20 โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า (ปี 2559-2562) โดยการพบผู้ป่วยรายใหม่ลดลงนี้ อาจเป็นไปได้จากการเข้าถึงการวินิจฉัยที่ลดลง ซึ่งอัตราการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่ต่ำลงเป็นประเด็นที่อันตรายเพราะเป็นภาวะที่รุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาแบบฉุกเฉินที่เหมาะสมและทันเวลา ทว่าภายหลังการระบาดระลอกแรก ตั้งแต่ช่วงผ่อนปรนระลอกแรกในเดือน มิถุนายน 2563 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่กลับเพิ่มขึ้นจนใกล้เคียงกับช่วงเดือนเดียวกันของ 4 ปีก่อนหน้า สอดคล้องกับอัตราการเข้ารับบริการตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่ำลงในช่วงการระบาดระลอกแรก อย่างไรก็ตามการลดลงของอัตราการเข้ารับบริการตามนัดบางส่วนเกิดจากการเลื่อนนัด และใช้ระบบรับยาผ่านช่องทางอื่นเพิ่มขึ้น ในขณะที่ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกับการนัดนอกโรงพยาบาลอยู่ระหว่างการพัฒนา ทำให้ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยอาจไม่ปรากฏในระบบ แต่ยังคงมีความเป็นไปได้ว่าอาจมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดนัด และขาดยา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสำรวจที่พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัดความดันโลหิตถี่น้อยลง มากกว่าผู้ที่วัดถี่มากขึ้น อย่างไรก็ตามร้อยละความครอบคลุมการได้รับการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงประจำปียังคงอยู่ในระดับสูง และค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับช่วงก่อนระบาดฯ ซึ่งสะท้อนว่า หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเบาหวานประจำปี

จากการทบทวนผลการศึกษาวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในประเด็นความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาการภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีการศึกษาหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องการศึกษาของ Pinto LC, et al. 2020 พบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงด้วยโรคโควิด-19 เป็น 3.53 เท่า การศึกษาของ Katzenschlager S, et al. 2021 พบว่าโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 เป็น 3.45 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) เป็น 5.88 เท่า การศึกษาของ Matsushita K, et al. 2020 พบว่าความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรง หรือเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 เป็น 1.88, 2.21, และ 1.75 เท่า ตามลำดับ

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 มีโรคไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 โรค และมีสัดส่วนคงที่ในแต่ละระลอกของการระบาด สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 สูงกว่าคนทั่วไปมากถึง 2 - 5 เท่า



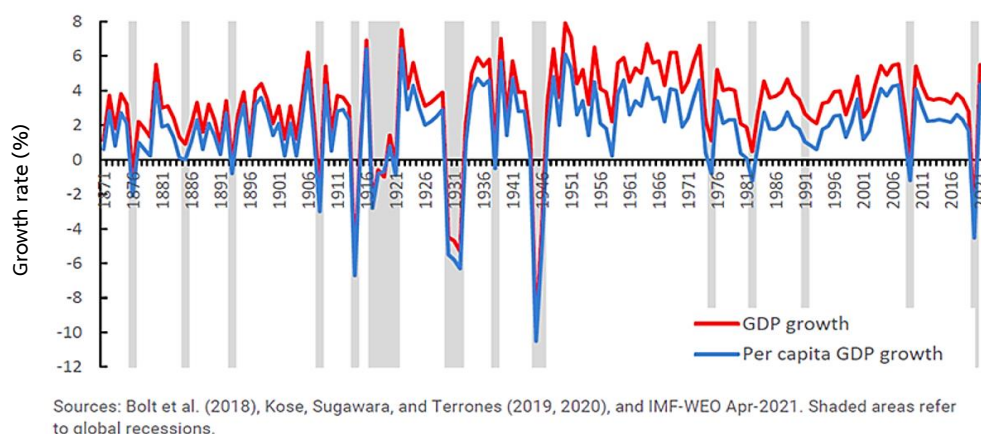
บทที่ 4

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจและสังคมในระดับโลกและประเทศไทย

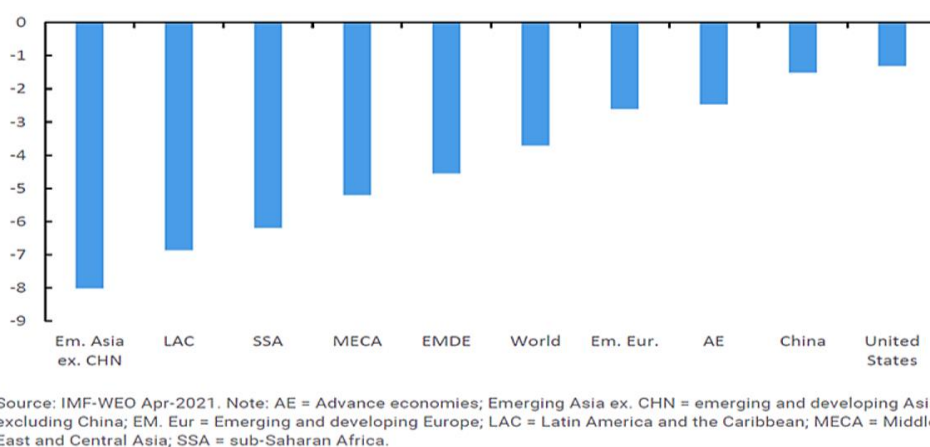
- 4.1 ภาพรวม GDP การเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับโลก และภูมิภาค ASEAN
- 4.2 ผลกระทบในมิติต่าง ๆ
- 4.3 การเติบโตของภาคธุรกิจบางประเภท และบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัล
- 4.4 ความขัดแย้งในสังคม/ประชากรที่เกิดขึ้น
- 4.5 ผลกระทบในประเทศไทย
- 4.6 ภาพรวมมาตรการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย
- 4.7 การบริหารจัดการ และการจัดสรรงบประมาณในประเทศไทย
- 4.8 Timeline อัตราว่างงาน
- 4.9 Timeline ตัวชี้วัดด้านเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
- 4.10 Timeline หนี้ครัวเรือน และการบริโภคในประเทศไทย

4.1 ภาพรวม GDP การเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับโลก และภูมิภาค ASEAN

ผลกระทบจากการระบาดโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการเติบโตของ GDP โลก ซึ่งเกิดภาวะถดถอยทั่วโลก ลดต่ำที่สุดนับตั้งแต่สิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 (1, 2) (ภาพที่ 4.1) เศรษฐกิจโลกหดตัวร้อยละ 3.5 ในปี 2563 ซึ่งจากรายงานของ World Economic Outlook Report ประจำเดือนเมษายนปี 2564 ที่เผยแพร่โดย IMF กล่าวภาวะเศรษฐกิจโลกจะขาดทุนร้อยละ 7 จากที่เคยถูกคาดการณ์การเติบโตร้อยละ 3.4 เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนตุลาคม 2562 และเกือบทุกประเทศทั่วโลกมีการเติบโตติดลบและภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจที่ชัดเจน (ภาพที่ 4.2)



รูปภาพที่ 4.1: การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก (Global GDP growth) และการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมโลกต่อประชากร (Per capita GDP growth) รายปี ตั้งแต่ปี ค.ศ.1871 ถึง ค.ศ.2021 (2)



รูปภาพที่ 4.2: อัตราการเติบโตผลิตภัณฑ์มวลรวมโลก (GLOBAL GDP Growth) ในกลุ่มประเทศต่าง ๆ ปี ค.ศ.2020

มีการจัดสรรงบประมาณการคลัง เพื่อสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพจำนวนมากอย่างรวดเร็วโดยมีการสนับสนุนทางการเงินสูงถึงเกือบ 16 ล้านล้านดอลลาร์ (ประมาณร้อยละ 15 ของ GDP โลก) ในปี 2563 อย่างไรก็ตาม ชีตความสามารถของประเทศต่าง ๆ ในการดำเนินการแตกต่างกันไป โดยเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการ ในการลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ได้แก่ 1) มาตรการทางการคลัง 2) ความสามารถของรัฐ และ 3) โครงสร้างตลาดแรงงาน โดยทั้ง 3 เงื่อนไขนี้ต้องมีการดำเนินการอย่างรวดเร็ว

และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการต้องเผชิญกับความขัดแย้งที่สำคัญจากการปรับตัวในระบบการทำงาน ความยากจน และความเหลื่อมล้ำในระดับสูงจากวิกฤติการณ์ระบาดนี้

ช่วงกลางปี 2564 การแพร่กระจายของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ใหม่ต่าง ๆ ได้ส่งผลให้การฟื้นตัวทางเศรษฐกิจของโลกยังคงชะลอตัวอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีสัดส่วนในการฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนในประเทศของตนเองสูงขึ้นแล้วก็ตาม แต่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนายังมีสัดส่วนในการฉีดวัคซีนค่อนข้างต่ำ หากเปรียบเทียบการคาดการณ์ GDP ล่าสุดกับก่อนการระบาด ความสูญเสียที่คาดการณ์ไว้สูงขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6.5 สำหรับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และร้อยละ 7.5 สำหรับประเทศกำลังพัฒนา (3)

4.2 ผลกระทบในมิติต่าง ๆ

การระบาดของโรคโควิด-19 ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกได้สร้างผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานและการค้าระหว่างประเทศทั่วโลก เนื่องจากการปิดพรมแดน และการห้ามเคลื่อนย้ายผู้คน ทำให้การท่องเที่ยวหยุดชะงักอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และคนหลายล้านคนต้องเผชิญกับโอกาสที่จะตกงาน รัฐบาลทุกประเทศได้ออกมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจอย่างเข้มข้น เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรง (4)

4.2.1. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

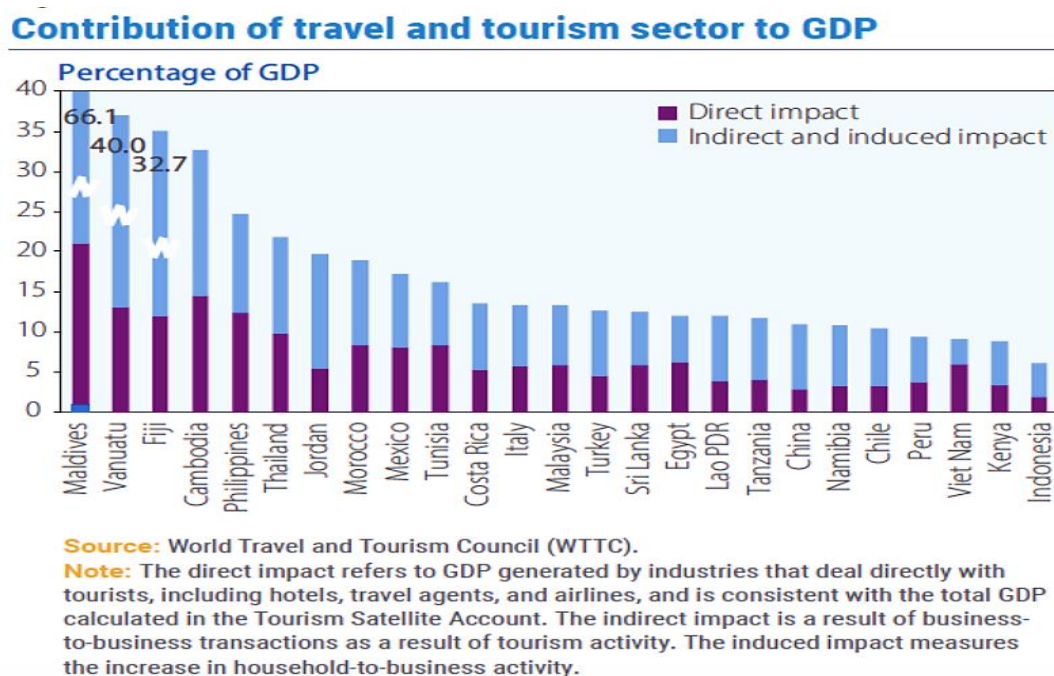
ความรุนแรงของผลกระทบทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับสองปัจจัย ได้แก่ 1) ระยะเวลาของการจำกัดการเคลื่อนย้ายของผู้คน และกิจกรรมทางเศรษฐกิจในประเทศและ 2) ประสิทธิภาพของการตอบสนองทางการเงินในช่วงวิกฤตการณ์ โดยการให้ความสำคัญกับการใช้จ่ายด้านสุขภาพเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรค และการสนับสนุนรายได้แก่ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการระบาดใหญ่ จะช่วยลดโอกาสที่เศรษฐกิจจะถดถอยลงได้

ธนาคารโลกได้รายงานว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เศรษฐกิจโลกเสียหายเป็นวงกว้างที่สุดในรอบ 150 ปี นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1870 ซึ่งประเมินว่าเศรษฐกิจโลกปี 2563 จะติดลบประมาณร้อยละ 5.2 ขณะเดียวกันความรุนแรงของวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ อาจจะทำให้ประชากรโลก 70-100 ล้านคน เข้าสู่ภาวะยากจนสุดขีด ประเทศจีนอาจจะเป็นประเทศเดียวในโลกที่เศรษฐกิจยังมีแนวโน้มเติบโตเป็นบวกในลักษณะชะลอตัว ซึ่งจะมีส่วนลดการฟื้นตัวของประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะชาติที่พึ่งพาการส่งออก สำหรับเศรษฐกิจจีนในปีนี้จะเติบโตประมาณร้อยละ 1 ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ล้วนมีแนวโน้มขยายตัวเป็นลบ เช่น สหรัฐอเมริกา ติดลบร้อยละ 6.1, กลุ่มยูโรโซนติดลบร้อยละ 9.1, ญี่ปุ่นติดลบร้อยละ 6.1, บราซิลติดลบร้อยละ 8, เม็กซิโก ติดลบร้อยละ 7.5 และอินเดียติดลบร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

จากข้อมูลขององค์การการค้าโลก พบว่า ในไตรมาส 2 ของปี 2563 การส่งออกโลกในหลายภูมิภาคหดตัวอย่างมาก เช่น อเมริกาเหนือ (-25.8%) ยุโรป (-20.4%) เอเชีย (-7.2%) แต่ในไตรมาสที่ 4 การส่งออกในภูมิภาคเอเชียกลับมาเป็นบวก (+7.7%) ซึ่งสาเหตุมาจากที่ประเทศในเอเชียได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 น้อยกว่าภูมิภาคอื่นและเป็นกลุ่มประเทศที่ผลิตสินค้าอุปโภคบริโภคที่โลกต้องการ รวมถึงสินค้า

กลุ่มสุขภาพ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในด้านกลุ่มสินค้า การผลิต และการส่งออกสินค้า บริการ และการท่องเที่ยว ส่วนใหญ่มีการหดตัวลง แต่สำหรับสินค้าอิเล็กทรอนิกส์รวมทั้งคอมพิวเตอร์กลับขยายตัว และขยายตัวอย่างต่อเนื่องใน ปี 2564 ตอบสนองความต้องการของภาคธุรกิจและครัวเรือนที่ยังคงต้องทำงานจากที่บ้าน อย่างไรก็ตามในปี 2564 แม้ว่าเศรษฐกิจโลกที่ฟื้นตัวขึ้นต่อเนื่องชัดเจน ซึ่งส่งผลดีต่อแนวโน้มส่งออกในหลาย ๆ ประเทศในไตรมาสแรกของปี 2564 แต่สถานการณ์การกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะสายพันธุ์เดลตา ที่ระบาดได้ง่าย และมีความรุนแรง ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ยังคงพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (5)

กรณีศึกษาผลกระทบจากการระบาดโรคโควิด-19 ต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว: การระบาดใหญ่ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวทั่วโลกอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนหลายประเทศปิดพรมแดน การเดินทางทั้งในประเทศและต่างประเทศต่างหยุดชะงัก ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ปริมาณผู้โดยสารทางอากาศของจีนลดลงร้อยละ 84.5 เมื่อเทียบเป็นรายปี ขณะที่ศรีลังกาและเวียดนาม มีจำนวนนักท่องเที่ยวเป็นเลขสองหลักการจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศที่ยืดระยะเวลาออกไปได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประเทศกำลังพัฒนาที่พึ่งพาการท่องเที่ยวสูง เช่น บาฮามาส กาโบแวร์ มัลดีฟส์ และวานูอาตู ซึ่งเดิมการท่องเที่ยวคิดเป็นสัดส่วนเกือบร้อยละ 20 ของ GDP และเกือบร้อยละ 60 ของรายได้ ได้จากการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ นอกจากนี้ วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 80 ของธุรกิจภาคการท่องเที่ยวซึ่งครอบคลุมพนักงานประมาณ 123 ล้านคนทั่วโลก ดังนั้นประเทศที่พึ่งพารายได้จากอุตสาหกรรมท่องเที่ยว จะมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของแรงงานกลุ่มนี้ที่มีทักษะต่ำ (รูปภาพที่ 4.3) (4)



รูปภาพที่ 4.3: สัดส่วน (ร้อยละ) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมที่เกิดขึ้นจากการผลิตภาคการท่องเที่ยวในประเทศต่างๆ ที่มีรายได้หลักจากอุตสาหกรรมท่องเที่ยว (5)

เมื่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวระหว่างประเทศยังคงไม่สามารถดำเนินการได้ปกติดังเช่นก่อนเกิดการระบาด และมีขั้นตอนยุ่งยากในการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการฉีดวัคซีน และมาตรการกักตัว ซึ่งขึ้นอยู่กับมาตรการของประเทศนั้น ๆ ทำให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในหลายประเทศปรับตัวมุ่งเน้นให้ประชาชนเดินทางท่องเที่ยวภายในประเทศของตนเอง โดยมีการร่วมมือกับรัฐบาลในการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยว และให้ความสำคัญกับมาตรการทางด้านสาธารณสุขอย่างเข้มงวด อย่างไรก็ตาม ในหลาย ๆ ประเทศก็มีนโยบายเชิงรุกเพื่อฟื้นฟูการท่องเที่ยว เช่น นโยบาย Travel Bubble หรือการเปิดท่องเที่ยวแบบจับคู่เดินทางเฉพาะประเทศที่ควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.2. ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

การระบาดของโรคโควิด-19 ไม่เพียงแต่จะกีดการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะสั้นอีกด้วย ความเปราะบางของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ที่มีอยู่เดิมหลายประเทศกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญอยู่แล้ว เช่น โรคมาลาเรีย โรคหัด เอชไอวี และวัณโรค ทำให้มีอุปสรรคในการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการระบาดครั้งใหม่ เนื่องด้วยทรัพยากรยังต้องจัดสรรให้กับโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น กลุ่มประเทศในทวีปแอฟริกา

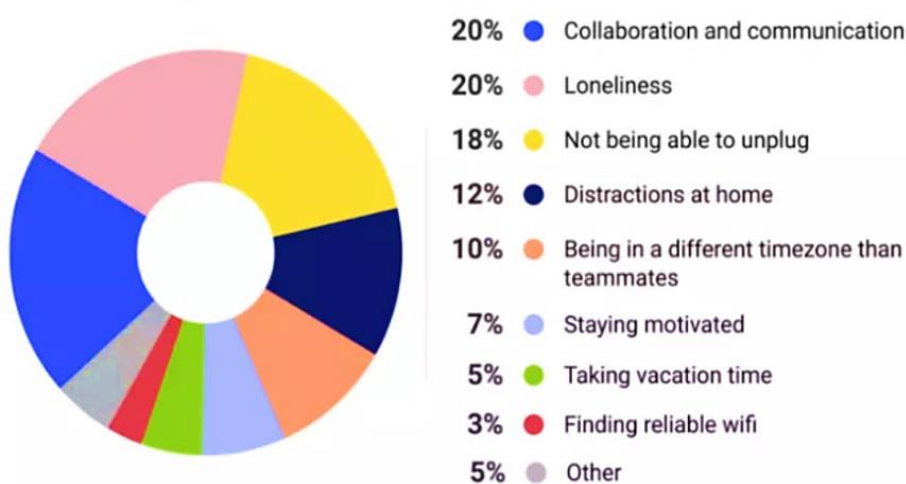
4.2.3. ผลกระทบต่อสถานะการจ้างงาน

การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ส่งผลต่อการจ้างงานและรายได้ที่แตกต่างกัน แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว หลักฐานแสดงให้เห็นว่าผู้ที่อยู่ระดับล่างสุดของการกระจายรายได้จะได้รับผลกระทบมากที่สุด คนงานที่มีรายได้น้อยมักจะได้รับการคุ้มครองจากตลาดแรงงานน้อยกว่า หลายคนได้รับเงินเป็นรายชั่วโมง โดยปกติการลาป่วยจะได้รับค่าจ้างเพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้รับเลย นอกจากนี้ อุตสาหกรรมที่ต้องการความใกล้ชิดทางกายภาพ ซึ่งมักพึ่งพาแรงงานที่มีรายได้น้อย ได้รับผลกระทบมากที่สุด ดังนั้นการระบาดจึงทำให้ส่งผลกระทบวงกว้างต่อทั้งตัวอุตสาหกรรมเอง และแรงงานที่มีรายได้น้อยด้วย เช่น การขายปลีก และอุตสาหกรรมบริการด้านอาหาร ซึ่งต้องการความใกล้ชิดทางกายภาพกับผู้อื่น โดยในกรณีของสหรัฐอเมริกา มีอุตสาหกรรมลักษณะนี้มากถึง 1 ใน 4

4.3 การเติบโตของภาคธุรกิจบางประเภท และบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัล

แม้การระบาดฯ จะสร้างผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามธุรกิจบางประเภทได้เติบโตอย่างก้าวกระโดด นั่นก็คือ ธุรกิจเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในยุคแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากผลสำรวจของ McKinsey Global พบว่าส่วนแบ่งทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ดิจิทัลหรือผลิตภัณฑ์ที่เปิดใช้งานทางดิจิทัลในพอร์ตโฟลิโอได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 7 ปีที่ผ่านมาและเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ (6, 7)

แพลตฟอร์มออนไลน์ได้ปรับกลยุทธ์เพื่อดึงดูดลูกค้าเพิ่มขึ้น อีกทั้งหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา และจีน ร้านอาหารหลายแห่ง นอกจากจะจ้างคนในการบริการจัดส่งสินค้าแล้วยังได้หันมาใช้หุ่นยนต์ส่งสินค้าในสถานที่ใกล้บ้านเพื่อเป็นการลดการสัมผัสระหว่างคนสู่คนอีกด้วย มีการจ่ายเงินผ่านระบบ E-payment หรือการชำระเงินแบบดิจิทัลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การทำงานแบบ Work from home หรือการทำงานทางไกล มีส่วนเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตมากขึ้น เช่น การประชุมเสมือนจริงผ่านโปรแกรมต่างๆ ระบบคอมพิวเตอร์แบบคลาวด์ (Cloud technology) เครื่องมือเทคโนโลยีในการทำงานร่วมกัน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังปรากฏปัญหา และความท้าทายขึ้นด้วยเช่นกันโดยนักจิตวิทยาของสหรัฐฯ ยืนยันว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่ทำงานจากที่บ้านกลุ่มคนทำงานหลายรายมีปัญหาเรื่องการหาสมดุลในการทำงานและการพักผ่อน (9) โดยคนทำงานส่วนใหญ่ มีความท้าทายกับความยากลำบากในการทำงานร่วมกันและการติดต่อสื่อสาร และต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวมากที่สุด (รูปภาพที่ 4.4) (9)



รูปภาพที่ 4.4: ปัญหา และอุปสรรคสำคัญในการทำงานระยะไกล (10)

นอกจากนี้ การที่ต้องอยู่คนเดียวมากขึ้นหรืออยู่ในบริเวณเดิมในระยะเวลาอันยาวนานๆ ผู้คนส่วนมากจึงเข้าอินเทอร์เน็ตเพื่อแก้เบื่อ ซึ่งนำไปสู่การเกิดกิจกรรมดิจิทัลขึ้น หรือที่เรียกว่า Online Entertainment เช่น วิดีโอสตรีมมิ่ง หรือ เกมออนไลน์ หรือคอนเสิร์ตสตรีมมิ่ง เป็นต้น จะเห็นได้จากรายงานของ Global Digital Report ของ We Are Social และ Hootsuite ได้จัดทำการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคด้าน Digital และ Social Media ทั่วโลก พบว่าในเดือนกรกฎาคม ปี 2564 มีผู้ใช้อุปกรณ์พกพาทั่วโลกมากถึง 5.27 พันล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 67 ของประชากรทั้งโลก มีจำนวนผู้ใช้โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.3 หรือเพิ่มขึ้น 117 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นผู้ใช้ใหม่เกือบ 10 ล้านคนต่อเดือน มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตทั่วโลกมากกว่า 4.80 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 61 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยมีผู้ใช้โซเชียลมีเดียเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับเวลาในช่วงปี 2563 โดยข้อมูลล่าสุดในเดือนกรกฎาคม 2564 มีผู้ใช้โซเชียลมีเดียมากถึง 4.48 พันล้านคนทั่วโลก เท่ากับเกือบร้อยละ 57 ของประชากรทั้งหมดของโลก (10)

4.4 ความขัดแย้งในสังคม/ประชากร ที่เกิดขึ้น (11)

กลุ่มคนเปราะบาง เป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจมาก เช่น คนไร้บ้าน ไม่มีที่พำนักอาศัยเป็นหลักแหล่งจึงมีความเสี่ยงสูงต่อโรคระบาด คนรายได้ต่ำ หรือคนที่ไม่มีงานได้รับผลกระทบจากการจำกัดการเดินทาง และการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้โอกาสในการจ้างงานน้อยลง เกิดความหวาดกลัววิตกกังวลถึงรายได้ เป็นต้น ซึ่งวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เพิ่มความไม่เท่าเทียม การกีดกัน การเลือกปฏิบัติ และความขัดแย้งในสังคม โดยกลุ่มคนเหล่านี้ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง หรือไม่สามารถเข้าถึงการบริการภาครัฐ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยเฉพาะ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุไม่เพียงแต่ต้องดิ้นรนกับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่มากขึ้นเท่านั้น แต่ยังมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในยามที่ต้องอยู่โดดเดี่ยวได้น้อยลงด้วย แม้ว่ามาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมจะมีความจำเป็นในการลดการแพร่กระจายของโรค แต่ถ้าไม่ดำเนินการอย่างถูกต้อง มาตรการดังกล่าวยังสามารถนำไปสู่การแยกจากสังคมที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือใกล้ชิด และสนับสนุนมากที่สุด นอกจากนี้ การเกิดวาทกรรมที่ว่าผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าอ่อนแอ ไม่ใช่กลุ่มคนสำคัญ และเป็นภาระต่อสังคม จึงมีการเลือกปฏิบัติตามอายุดังกล่าวอาจปรากฏในการให้บริการ เนื่องจากการปฏิบัติต่อผู้สูงวัยอาจถูกมองว่ามีคุณค่าน้อยกว่าการปฏิบัติต่อคนรุ่นใหม่

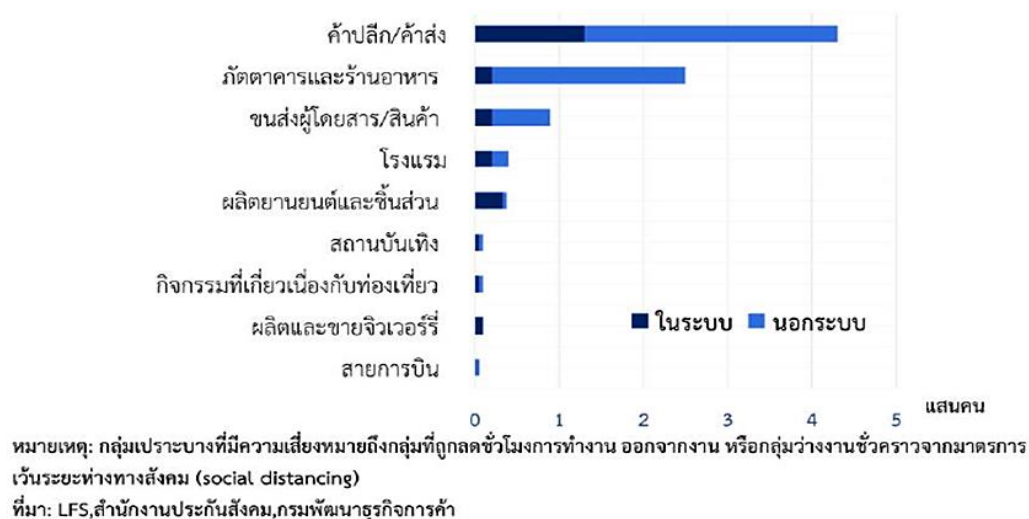
คนพิการต้องเผชิญกับความท้าทายในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากขาดความพร้อมในการเข้าถึงได้ทั้ง ในแง่ กายภาพ และการเงิน การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ตลอดจนความเสี่ยงทางสุขภาพเดิม หากติดเชื้อจากโรคโควิด-19 การหยุดชะงักของการบริการและการสนับสนุน ความลำบากในการเข้าถึงสื่อและข่าวสารด้านสุขภาพในการดูแลและป้องกันตัวเองในช่วงระบาดของโรค เนื่องจากความครอบคลุมในการเผยแพร่ข้อมูลในกลุ่มประชากรทุพพลภาพ นอกจากนั้นการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของคนพิการก็ยังปฏิบัติได้ลำบากมากกว่า ยิ่งในสถานการณ์ที่มีการหยุดชะงักของบริการ และการสนับสนุน และมีการจำกัดการเข้าถึง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงสินค้าและบริการ

เยาวชนมากกว่าหนึ่งพันล้านคนไม่ได้ไปโรงเรียน ภายหลังการปิดโรงเรียน และมหาวิทยาลัย ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้การศึกษาและการเรียนรู้หยุดชะงัก ซึ่งอาจมีผลกระทบในระยะกลางและระยะยาวต่อคุณภาพการศึกษา ของเยาวชน ถึงแม้จะมีพยายามปรับรูปแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีการเรียนออนไลน์เข้ามาทดแทนเพื่อประคับประคองให้การเรียนการสอน พอดำเนินต่อไปได้ แต่ในความจริงประสิทธิภาพก็ยังไม่เทียบเท่าการเรียนในห้องเรียนตามปกติ ผลการศึกษาวិจัยเบื้องต้นใน 4 ประเทศยุโรป ได้แก่ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ และอังกฤษ พบว่าเกิดการสูญเสียการเรียนรู้ขึ้นจริงระหว่างช่วงปิดโรงเรียนแม้ว่าจะมีการเรียนออนไลน์ก็ตาม และยิ่งไปกว่านั้น ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษายังเพิ่มขึ้นอีกด้วย (12) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ได้เตรียมการตั้งรับนี้ ผู้สอนและผู้ปกครองต้องปรับตัวและพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลไปด้วยกัน มีการคาดการณ์ว่าการศึกษาระบบผสมผสานระหว่างการเรียนทางไกลกับการเรียนในห้องเรียนอาจจะกลายเป็นรูปแบบหลักของการศึกษาต่อจากนี้ไปในอนาคต (13)

4.5 ผลกระทบในประเทศไทย

4.5.1. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ในการระบาดระลอกแรกนั้น ผลกระทบจากมาตรการต่าง ๆ ที่ภาครัฐที่ออกมา ไม่ว่าจะเป็นมาตรการ Lockdown หรือการปิดเมือง มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม การจำกัดเวลาปิด-เปิด และนั่งในร้านอาหาร ส่งผลให้ธุรกิจหลายประเภทหยุดชะงักลง แม้ว่าจะมีการใช้จ่ายภาครัฐผ่านมาตรการเยียวยาเพื่อประคับประคองเศรษฐกิจก็ตาม ซึ่งสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประเมินว่าการระบาดของโรคโควิด-19 กระทบต่อการจ้างงานแรงงานใน 9 สาขาการผลิต ครอบคลุมแรงงานมากกว่า 8 ล้านคน ซึ่งยังไม่รวมผลกระทบแรงงานในภาคเกษตรอีกหลายล้านคน โดยแรงงานในภาคการท่องเที่ยว และภาคบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การค้าภัตตาคารและโรงแรม ค่อนข้างได้รับผลกระทบที่รุนแรง โดยแรงงานส่วนใหญ่อยู่นอกระบบประกันสังคม จึงไม่ได้รับสิทธิประโยชน์กรณีว่างงานจากระบบประกันสังคมตามมาตรา 33 (14) (ภาพที่ 4.5)



รูปภาพที่ 4.5 : จำนวนแรงงานกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการถูกลดชั่วโมงการทำงาน ออกจากงาน หรือกลุ่มว่างงานชั่วคราว จากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม จำแนกตามสาขาการผลิต (14)

นอกจากนี้จากรายงานการสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจ (23 เมษายน - 17 พฤษภาคม 2563) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มากกว่าครึ่งมีรายได้ลดลง และร้อยละ 33 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 มีหนี้สินในระบบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.5 ตกงาน/เลิกจ้าง ร้อยละ 69.7 ได้รับผลกระทบด้านอาชีพและการจ้างงาน อีกทั้งผู้ประกอบการรายเล็กได้รับผลกระทบโดยยอดขายลดน้อยลงร้อยละ 21.8 และร้อยละ 12.6 ต้องปิดกิจการ ในขณะที่ ร้อยละ 12.9 โดนพักงานหรือเลิกจ้างโดยไม่ได้เงิน นอกจากนั้นผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนที่มีต่อกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม ได้แก่ เด็กเล็ก คนพิการและคนป่วย ได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางมาก จะได้รับผลกระทบด้านรายได้ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่เปราะบางน้อย มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่า มีหนี้สินมากกว่า อย่างไรก็ตาม กลุ่มเปราะบางมากจะมีหนี้สินน้อยกว่าครัวเรือนที่ไม่มีกลุ่มเปราะบาง นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 52.1 มีรายได้ลดลงในช่วงมาตรการ อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ เมื่อเทียบกับก่อนมีมาตรการ

กลุ่มอาชีพที่มีรายได้ลดลงในช่วงมาตรการ อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ เมื่อเทียบกับก่อนมีมาตรการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอาชีพทำการเกษตร(ร้อยละ 88.9), อาชีพอิสระ(ร้อยละ 87.6), ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 87.2), นักเรียน/ นักศึกษา (ร้อยละ 78.0) และรับจ้างรายวัน (ร้อยละ 71.7) (15)

แม้ภาพรวมเศรษฐกิจมหภาคของช่วงปลายปี 2563 จะดูดี แต่เมื่อพิจารณาในบางกลุ่มธุรกิจ พบว่า ยังคงมีผลกระทบที่มีความรุนแรงต่อเนื่อง โดยเฉพาะอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจากต่างประเทศ แม้ว่าภาครัฐจะมีการสนับสนุนมาตรการการท่องเที่ยวในประเทศ แต่ยังคงค่อนข้างจำกัด และพบว่าธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเริ่มปิดกิจการ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของคนที่ทำงานในภาคการท่องเที่ยวเป็นแรงงานนอกระบบ โดยมากกว่าร้อยละ 70 ของการจ้างงาน ในภาคการท่องเที่ยวอยู่ในกลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งเป็นภาคย่อยที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการปิดกิจการ ส่วนแบ่งของภาคการท่องเที่ยวในการจ้างงาน รวมมีสัดส่วนสูงขึ้นในเขตเมือง ดังนั้นจึงมีแนวโน้มเผชิญการว่างงานสูงกว่า ทำให้ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคอ่อนตัวลง โดยธนาคารแห่งประเทศไทยได้ประมาณการว่าการระบาดระลอกสองจะกระทบแรงงาน จำนวน 4.7 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ 1.1 ล้านคนมีความเสี่ยงที่จะตกงาน และอีก 3.6 ล้านคน มีความเสี่ยงที่รายได้จะลดลงอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าเงินออมโดยรวมที่เคยเพิ่มขึ้นหลังการระบาดระลอกแรก (ส่วนหนึ่งอาจมาจากการได้รับเงินช่วยเหลือจากภาครัฐ) มีแนวโน้มลดลงท่ามกลางการระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ซึ่งอาจแสดงถึงความสามารถในการรองรับผลกระทบน้อยลงสำหรับประชาชนบางกลุ่ม (16)

ภาคการส่งออก มูลค่าการส่งออกของไทยทั้งปี 2563 หดตัวร้อยละ 6 ซึ่งต่ำสุดในรอบกว่า 10 ปี นับตั้งแต่วิกฤต hamburger ในปี 2552 แต่จากตัวเลขเดือนธันวาคม 2563 พบว่า มูลค่าการส่งออกกลับมาขยายตัวได้อีกครั้งร้อยละ 4.7 ซึ่งนับเป็นการขยายตัวสูงสุดในรอบ 22 เดือน นอกจากนี้ การส่งออกเดือนเมษายน 2564 ขยายตัวร้อยละ 13.1 เมื่อเทียบกับเดือนเดียวกันของปี 2563 การนำเข้าขยายตัวร้อยละ 29.8 ส่งผลให้ภาพรวมการส่งออก 4 เดือนแรกของปี 2564 ขยายตัวร้อยละ 4.78 การนำเข้าขยายตัว 13.85% โดยเป็นการขยายตัวจากกลุ่มสินค้าเกษตรและอุตสาหกรรมเกษตร ได้แก่ ยางพารา ผัก/ผลไม้สด ผลิตภัณฑ์ มันสำปะหลัง เป็นต้น (17)

การระบาดระลอกสาม ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมานั้น มีความรุนแรงอย่างมาก ธนาคารโลกได้ประเมินการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยในปี พ.ศ. 2564 คาดว่าน่าจะปรับลดลงจากร้อยละ 3.4 ที่เคยคาดการณ์ไว้ในเดือนมีนาคม ลงมาเป็นร้อยละ 2.2 (18) โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยคาดการณ์ว่า นักท่องเที่ยวต่างชาติที่จะเดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในไทยในช่วงครึ่งปีหลัง 2564 จากประมาณ 2.5-6.5 แสนคน จะเหลือเพียง 1.5 แสนคน เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศที่ยังพบจำนวนผู้ติดเชื้อสูง ทำให้รัฐบาลไทยจำเป็นต้องใช้มาตรการควบคุมการระบาดในประเทศ ซึ่งไม่เอื้อต่อกิจกรรมการท่องเที่ยว (19) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานว่า ผลกระทบจากโควิด-19 ระบอบในระลอกที่ 3 ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจภายในประเทศลดลงอีกครั้ง โดยเฉพาะการบริโภค และการลงทุนของภาคเอกชนที่ลดลงร้อยละ 2.5 ถึงแม้ GDP ไตรมาสที่ 2/2564 ขยายตัวร้อยละ 7.5 จากการลดลงร้อยละ 2.6 ในไตรมาสที่ 1/2564 ก็ตาม (20) และช่วงไตรมาส 3 สถานการณ์โควิด-19 มีความรุนแรงและกระจายไปในวงกว้างมากขึ้น ทำให้มีการบังคับใช้มาตรการล็อกดาวน์ในพื้นที่สีแดงเข้ม จำนวน 29 จังหวัด

ซึ่งคิดเป็นมูลค่าเศรษฐกิจรวมกว่าร้อยละ 77 ของ GDP ทั้งประเทศ กิจกรรมทางเศรษฐกิจจึงได้รับผลกระทบ และทรุดตัวลงไปด้วย

นอกจากนี้ การจ้างงานได้รับผลกระทบรุนแรง โดยเฉพาะกิจการในภาคบริการและกิจการโดยข้อมูล การจ้างงานในไตรมาสที่ 2 ของปี 2564 ได้แก่ 1) ผู้ว่างงาน/เสมือนว่างงาน (ผู้มีงานทำไม่ถึง 4 ชม ต่อวัน) มีจำนวน 3.0 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 3.4 ล้านคนในสิ้นปี 2564 ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนการระบาดกว่า 1 ล้านคน 2) ผู้ว่างงานระยะยาว (เกิน 1 ปี) 1.7 แสนคน เพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนการระบาดถึงกว่า 3 เท่าตัว 3) ตัวเลขผู้ว่างงานที่ไม่เคยทำงานมาก่อนมีจำนวน 2.9 แสนคน เพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการระบาดถึง 8.5 หมื่นคน และ 4) แรงงานย้ายถิ่นกลับภูมิลำเนาที่เพิ่มขึ้นจากภาคบริการ/อุตสาหกรรมในเขตเมืองกลับไปยังภาคเกษตร ที่มีผลิตภาพต่ำกว่า จำนวน 1.6 ล้านคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยช่วงก่อนการระบาดกว่า 1 ล้านคน (21)

4.5.2. ผลกระทบด้านสังคม

สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบรุนแรงมากที่สุดในการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมาคือ กลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย รวมถึงกลุ่มเปราะบางอื่น ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และคนเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียรายได้ ทั้งจากการถูกเลิกจ้าง งานน้อยลง และกลายเป็นผลกระทบลูกโซ่ ไปถึงการลดลงของคุณภาพชีวิต การไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง หรือการไม่สามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขได้ ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงผลจากการมีต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

ผลการสำรวจผลกระทบที่เกิดจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมโรคระบาดเกี่ยวกับผลกระทบ ทางสังคมสังคม ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ ประเทศไทย พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของครัวเรือน เปราะบางได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมของรัฐ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือการ เดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น ซึ่งคาดว่าจะเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความหวั่นเกรงความเสี่ยง ในการเดินทางออกนอกที่พักอาศัย ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการโดยสารรถรับจ้างแท็กซี่สาธารณะ รวมทั้งการปิด ให้บริการของสถานพยาบาลบางแห่งที่ต้องรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น นอกจากนี้ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเด็ก เล็กจะมีปัญหาที่เพิ่มเติมคือการไม่มีเวลาดูแลของผู้ปกครองหรือขาดผู้ดูแลเด็กเล็กจากการที่โรงเรียนหรือ ศูนย์เด็กเล็กปิดให้บริการ อีกทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์พบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง ของผู้ตอบ (ร้อยละ 46.2) ไม่พร้อมเรียนในระบบออนไลน์เนื่องจากขาดแคลนอุปกรณ์ในการเรียน เช่น คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก หรือแท็บเล็ต (คิดเป็นร้อยละ 23.5 ของครัวเรือนที่ไม่มีความพร้อม) และจากการที่ ผู้ปกครองไม่มีเวลาในการช่วยเหลือในการเรียนออนไลน์ (คิดเป็นร้อยละ 18.6) (22)

การระบาดที่ลากยาวและรุนแรงมากขึ้นในระลอกใหม่และระลอกสอง ส่งผลกระทบด้านสังคมซ้ำอีก ครั้งกับคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยกลุ่มเปราะบางได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ และสังคมมากกว่ากลุ่มอื่นตั้งแต่ระลอกแรก โดยส่วนหนึ่งเป็นเพราะผู้หารายได้หลักในครอบครัวของกลุ่ม เปราะบางมักทำงานนอกระบบ ขาดความมั่นคงของการทำงานและรายได้อยู่แล้วตั้งแต่ก่อนเกิดการระบาด จึงมักเป็นกลุ่มแรก ๆ ที่ถูกกระทบรุนแรงในแง่การสูญเสียรายได้ ส่วนด้านสังคมก็ถูกกระทบรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น

เช่น เด็กในครอบครัวยากจนมีความสามารถในการเรียนรู้ออนไลน์น้อยกว่าเด็กฐานะดี ผู้ปกครองก็มีความพร้อมและความสามารถในการเรียนร่วมกับลูกน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในครอบครัวเปราะบางทุกประเภทก็เข้าถึงบริการทางการแพทย์ลดลงมากกว่า เป็นต้น (22)

นอกจากนี้ การสำรวจกลุ่มคนไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีแนวโน้มเกิดคนไร้บ้านหน้าใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 หรือประมาณ 300-400 คน จากเดิมที่มีคนไร้บ้านอยู่ราว 1,500 - 1,600 คน โดยสาเหตุหลักมาจากภาวะเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบต่อเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ประกอบการปิดกิจการ เลิกจ้าง ซึ่งกลุ่มที่มีรายได้น้อยหาเช้ากินค่ำ เมื่อถูกเลิกจ้างไม่มีรายได้ ก็ไม่มีเงินจ่ายค่าที่อยู่อาศัย ทำให้บางส่วนต้องกลายมาเป็นคนไร้บ้าน สอดคล้องกับข้อมูลของมูลนิธิกระจกเงา ที่พบว่ากลุ่มคนไร้บ้านทั้งหน้าเก่าและหน้าใหม่ ส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงการช่วยเหลือเยียวยาจากภาครัฐส่วนการช่วยเหลือที่มีก่อนหน้านี้ เช่น การเปิดศูนย์พักพิงให้กับคนไร้บ้าน ไม่มีความต่อเนื่องและไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของพวกเขา การมีข้อจำกัดเรื่องเวลาเข้า-ออก, มีปัญหาจากอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และไม่ได้ส่งเสริมให้มีการจ้างงานเพราะสำหรับคนไร้บ้าน สิ่งต้องการเป็นอันดับแรกคือการจ้างงาน เพื่อมีรายได้เลี้ยงชีพและเช่าที่อยู่อาศัย ทำให้คนที่เคยเข้าไปอยู่ในศูนย์พักพิง ตัดสินใจออกมาเป็นคนไร้บ้านอีกครั้ง เพื่อออกจากข้อจำกัด และผลักดันตัวเองออกจากการเป็นคนไร้บ้านได้ (23) นอกจากนี้การเก็บข้อมูลคนไร้บ้านของแผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิต คนไร้บ้านในช่วงการระบาดระลอกสาม ระหว่างวันที่ 3 - 8 พฤษภาคม 2564 ใน 4 จังหวัด พบว่าคนไร้บ้าน กว่าร้อยละ 43 เลือกที่จะใช้สิทธิการรักษาในระบบ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการไม่มีสถานะที่จะเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้ และมากกว่าร้อยละ 58 ไม่เคยเข้าถึงโครงการที่รัฐออกมาตรการมาเยียวยาได้เลย (24)

กลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในหลายเรื่องเช่นการดูแลตนเอง (การตัดผม การออกกำลังกาย) การซื้อข้าวของเครื่องใช้ การจ่ายตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวในภาพรวมคิดเป็น ร้อยละ 70.1 - 91.8 และสัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวในระดับ “มาก” คิดเป็นร้อยละ 28.2 - 40.9 นอกจากนี้มาตรการปิดสถานดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุได้ (22, 25)

เด็กและเยาวชน เป็นหนึ่งในกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ได้ติดตามศึกษาปรากฏการณ์ ‘การสูญเสียการเรียนรู้’ (Learning Loss) หรือ ‘Covid Slide’ เป็นปรากฏการณ์การสูญเสียการเรียนรู้ในช่วงโควิดของเด็กนักเรียน การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 กรณีปิดเรียนเป็นระยะเวลานานจะพบว่าเด็กขาดการเรียนรู้ทั้งในรูปแบบนามธรรมและรูปธรรม ยิ่งจะทำให้พัฒนาการของเด็กช้ามากขึ้น นอกจากนี้ พบว่าการระบาดระลอกใหม่ (ระลอกสอง) จะก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาใน 2 ประเด็น คือ ปัญหาการหลุดออกจากระบบการศึกษา และ ภาวะถดถอยด้านการเรียนรู้โดยจะยิ่งขยายช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาระหว่างเมืองและชนบทอีกมากกว่า 2 ปีการศึกษา (13, 26) และจากข้อมูลขององค์การยูนิเซฟ รายงานว่า

เด็กที่อาศัยอยู่โดยไม่มีพ่อแม่ใช้เวลากับโซเชียลมีเดีย กิจกรรมออนไลน์ (ร้อยละ 88) ดูทีวี (ร้อยละ 85) เล่นเกมทั้งออฟไลน์และออนไลน์ (ร้อยละ 52) มากกว่าช่วงก่อน โรคโควิด-19 จะระบาด เทียบกับเด็กที่มีชีวิตอยู่กับผู้ปกครองอย่างน้อยหนึ่งคน(27)

จากข้อมูลดังกล่าว กลุ่มเปราะบางเป็นกลุ่มที่สะท้อนให้เห็นผลความเหลื่อมล้ำทางสังคม ปัญหาความยากจน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และการที่ไม่สามารถเข้าถึงหลักประกันหรือสวัสดิการใด ๆ มารองรับโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 นอกจากนี้ โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ได้ทำการศึกษาในเดือนเมษายน 2563 พบว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากนโยบายและมาตรการของรัฐคือ กลุ่มลูกจ้าง แรงงานอิสระ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มคนจนเมืองซึ่งต้องตกงานแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือเยียวยาจากทางภาครัฐอย่างทันทั่วถึง และผู้ประกอบการรายย่อยเป็นอีกส่วนที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงด้วยเช่นกัน (28)

4.6 ภาพรวมมาตรการทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย

นับตั้งแต่การระบาดโรคโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 เป็นต้นมารัฐบาลได้ออกมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่การปิดเมืองและการรักษาระยะห่างทางสังคม มาตรการที่นำมาใช้โดยสรุปก็คือ ห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค ห้ามเดินทางเข้า - ออก ประเทศ การตั้งจุดตรวจ จุดสกัด ห้ามออกนอกเคหสถานในเวลาที่กำหนด ปิดสถานที่ท่องเที่ยว สนามกีฬา ปิดสถานบริการ อาทิเช่น ร้านนวดแผนไทย สถานบันเทิง ห้ามเดินทางข้ามเขตจังหวัด มาตรการกักตัว 14 วัน ห้ามชุมนุม หรือมั่วสุม หรือจัดกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกันเป็นจำนวนมาก รวมถึงการประกาศเคอร์ฟิวทั่วประเทศในช่วงเวลา 22.00 - 04.00 น. หรือที่เรียกว่ามาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” โดยในระยะแรกนั้นได้รับความร่วมมือจากประชาชน เป็นอย่างดีทั้งในด้านการพยายามอยู่บ้านและการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค ถึงแม้ว่าประชาชนจำนวนมากจะได้รับผลกระทบต่อรายได้

นอกจากนี้ ยังได้มีมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจต่าง ๆ ออกมาเป็นระยะ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน เช่น มาตรการดูแลและเยียวยาผลกระทบจากโรคโควิด-19 ต่อเศรษฐกิจไทยทั้งทางตรงและทางอ้อมระยะ 1-3 มาตรการบรรเทาผลกระทบต่อประชาชนและผู้ประกอบการธุรกิจจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระลอกใหม่และระลอกสอง อาทิเช่น โครงการเราชนะ คนละครึ่ง เรารักกัน เราเที่ยวด้วยกัน เป็นต้น เพื่อช่วยเหลือดูแลค่าครองชีพ การดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง เช่น การลดดอกเบี้ยอัตราดอกเบี้ย การลดสินเชื่อธุรกิจ เป็นต้น อีกทั้งเพื่อเป็นลดผลกระทบของการว่างงานยังมีโครงการจ้างงานระยะสั้นของภาครัฐ (public work) เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น โครงการสร้างงานชั่วคราว พร้อมกับการฝึกฝนปฏิบัติงานจริงของกระทรวงการอุดมศึกษาฯ จำนวน 1 หมื่นอัตรา โครงการจ้างงานในระดับชุมชนของกรมชลประทานอีกกว่า 8 หมื่นอัตรา เป็นต้น

Timeline: มาตรการทางเศรษฐกิจ และสังคม มาตรการกระตุ้นช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในประเทศไทยถึงเดือน พฤษภาคม 2564 แสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 4.1: สรุปมาตรการกระตุ้นช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในประเทศไทยถึงเดือนพฤษภาคม 2564 (29)

มาตรการ	รายละเอียด
มาตรการดูแลและ เยียวยาผลกระทบจาก โรคโควิด-19 ต่อ เศรษฐกิจไทยทั้งทางตรง และทางอ้อมระยะ 1-3	ระยะที่ 1 (4 มีนาคม 2563): วงเงินหนึ่งแสนล้านบาท โดยให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ตลอดจนการลดภาระทางภาษี และการดำเนินมาตรการเยียวยากลุ่มเปราะบางรายละ 1,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ รายละ 3,000 บาท และการแจกเงินช่วยเหลือ 5,000 บาท สำหรับแรงงานและลูกจ้างสถานประกอบการที่ได้รับผลกระทบ รวมถึงผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม
	ระยะที่ 2 (24 มีนาคม 2563): วงเงิน 1.17 แสนล้านบาทเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมาตรการช่วยเหลือในระยะที่ 1
	ระยะที่ 3 (7 เมษายน 2563): วงเงิน 1.9 ล้านล้านบาท ดังรายการต่อไปนี้ (ก) เงินกู้หนึ่งล้านล้านบาท เพื่อใช้ดังนี้ 1) 4.5 หมื่นล้านบาท ในด้านการรักษาพยาบาล 2) 5.55 แสนล้านบาทสำหรับความช่วยเหลือเยียวยาและชดเชยให้แก่ประชาชน เกษตรกร และผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบ และ 3) 4 แสนล้านบาท สำหรับการฟื้นฟูเศรษฐกิจ (30) วงเงิน 5 แสนล้านบาท เพื่อเพิ่มสภาพคล่องภาคธุรกิจ โดยใช้สนับสนุนงบประมาณแก่ธนาคารพาณิชย์เพื่อปล่อยกู้ให้แก่บริษัทที่ประสบปัญหาสภาพคล่อง (ค) วงเงิน 4 แสนล้านบาท เพื่อดูแลเสถียรภาพภาคการเงิน โดยจัดตั้งกองทุนเพื่อรักษาสภาพคล่องของการระดมทุนในตลาดตราสารหนี้
มาตรการบรรเทา ผลกระทบต่อประชาชน และผู้ประกอบการธุรกิจ จากการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 ในระลอก ใหม่และระลอกสอง	วันที่ 19 มกราคม 2564 มติคณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติโครงการ “เราชนะ” จำนวน 3,500 บาท เป็นเวลา 2 เดือน รวมคนละ 7,000 บาท ได้แก่ กลุ่มผู้ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ และกลุ่มคนที่ได้รับสิทธิคนละครึ่งวงเงินโครงการรวม 210,200 ล้านบาท
	วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 มติคณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบมาตรการช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โครงการ ม.33 เรารักกัน คนละ 4,000 บาท จ่ายให้อาทิตย์ละ 1,000 บาท วงเงิน 4 หมื่นล้าน
	วันที่ 5 พฤษภาคม 2564 มติคณะรัฐมนตรี มีมาตรการต่าง ๆ เช่น โครงการเราชนะ จำนวนกลุ่มเป้าหมายประมาณ 32.9 ล้านคน วงเงิน 67,000 ล้านบาท โครงการ ม. 33 เรารักกัน จำนวนกลุ่มเป้าหมายประมาณ 9.27 ล้านคน วงเงิน 18,500 ล้านบาท โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ระยะที่ 3 จำนวนกลุ่มเป้าหมายประมาณ 13.65 ล้านคน

มาตรการ	รายละเอียด
มาตรการบรรเทาผลกระทบต่อประชาชนและผู้ประกอบการธุรกิจจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกใหม่และระลอกสอง (ต่อ)	โครงการเพิ่มกำลังซื้อให้แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ จำนวนกลุ่มเป้าหมายประมาณ 2.5 ล้านคน นอกจากนี้ ยังมีมาตรการกระตุ้นกำลังซื้อของประชาชนในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและรายได้สูง ได้แก่ โครงการคนละครึ่ง ระยะที่ 3 โครงการ “ยิ่งใช้ยิ่งได้” โดยรัฐสนับสนุน e - Voucher ให้กับประชาชนที่ใช้จ่ายซื้อสินค้า ค่าอาหาร เครื่องดื่มและค่าบริการกับผู้ประกอบการที่จดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 มติคณะรัฐมนตรี (ครม.) ให้ดำเนินการจ่ายเงินเยียวยาผู้ประกันตน ม. 33-39 และ ม.40 กลุ่มประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการประกาศมาตรการล็อกดาวน์ ใน 10 จังหวัด ใน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ สมุทรสาคร นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา จะมีการโอนเงินเข้าบัญชีนายจ้าง ลูกจ้าง ผ่านบัญชีพร้อมเพย์ วันที่ 6 สิงหาคม 2564
กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา	กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาอนุมัติวงเงิน 2,000 ล้านบาท (เมื่อ 1 พฤษภาคม 2563) เพื่อสนับสนุนค่าอาหารบุตรของแรงงานที่มีรายได้ต่ำเป็นจำนวนกว่า 750,000 คน
เงินสมทบกองทุนประกันสังคม	ลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมสำหรับนายจ้างและลูกจ้างเป็นเวลา 3 เดือน ในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2563 และสำหรับงวดค่าจ้างในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2564 วันที่ 26 มกราคม 2564 มติคณะรัฐมนตรี ช่วยเหลือทั้งนายจ้างและลูกจ้างผู้ประกันตนในระบบตามมาตรา 33 โดยลดเงินสมทบประกันสังคมในส่วนลูกจ้างลงเหลือร้อยละ 0.5 ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2564 เพื่อช่วยลูกจ้างในระบบประกันสังคม 12 ล้านคน
ประกันสุขภาพ	หน่วยงานประกันสังคมของไทยให้ความคุ้มครองครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อโควิด-19 ทุกรายการการหักค่าเบี้ยประกันสุขภาพเพื่อลดหย่อนภาษีเพิ่มขึ้นเป็น 25,000 บาท จากเดิม 15,000 บาท โดยมีผลตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2563
สิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน	แรงงานที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม ได้รับเงินทดแทนกรณีว่างงานเพิ่มขึ้น โดยผู้ประกันตน 33 ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์โควิด สามารถยื่นรับสิทธิว่างงานเหตุสุดวิสัย ร้อยละ 50 ของค่าจ้างไม่เกิน 30 วัน
เงินอุดหนุนช่วยจ่ายค่าจ้าง	วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม สามารถขอรับเงินอุดหนุนช่วยจ่ายเงินค่าจ้างได้ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกรกฎาคม 2563 ให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นสมาชิกสำนักงานประกันสังคมและได้รับเงินเดือนไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท
ความช่วยเหลือเฉพาะภาคการท่องเที่ยว	โครงการสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำสำหรับผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นวงเงินสูงถึงหนึ่งแสนล้านบาทโดยสามารถขอพักชำระหนี้ได้สำหรับผู้ที่ไม่ต้องการเงินกองทุน เดือนเมษายน 2563 - ธันวาคม 2564

มาตรการ	รายละเอียด
การดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง	มาตรการทางการเงินการคลัง อนุมัติ (เมื่อ 30 เมษายน 2563) เป็น 3 ระยะ โดยมีมูลค่าเท่ากับร้อยละ 8.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ สำหรับมาตรการดังนี้ ก) การใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ข) การช่วยเหลือแรงงาน เกษตรกร และผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ค) การช่วยเหลือบุคคลและธุรกิจในรูปแบบสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ และ ง) การลดค่าน้ำและค่าไฟฟ้า รวมทั้งการลดเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมของลูกจ้างและนายจ้าง
	อนุมัติวงเงินกู้เพิ่มเติม โดยในวันที่ 19 เมษายน 2564 มีประกาศราชกิจจานุเบกษา ประกาศเป็นพระราชกำหนด วงเงินหนึ่งล้านล้านบาท สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และการชดเชยผู้ได้รับผลกระทบ และสี่แสนล้านบาทเพื่อช่วยฟื้นฟูเศรษฐกิจส่วนต่างๆ ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาด วันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ประกาศราชกิจจานุเบกษา
	การกระตุ้นทางการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย วันที่ 25 มีนาคม 2563 ลดอัตราดอกเบี้ยนโยบายเหลือร้อยละ 0.75 วันที่ 20 พฤษภาคม 2563 ลดอัตราดอกเบี้ยนโยบายเหลือร้อยละ 0.50 (ข้อมูลเดือนสิงหาคม 2564 ยังคงอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 0.50) มาตรการทางการเงิน เพื่อช่วยเหลือธุรกิจ ได้แก่ (ก) เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำจากธนาคารแห่งประเทศไทยให้แก่สถาบันการเงิน เริ่มตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2563 และออกมาตรการสินเชื่อฟื้นฟูเพิ่มเติมวันที่ 19 เมษายน 2564 ข) การผ่อนปรนเงื่อนไขการชำระหนี้สำหรับธุรกิจ มาตรการพักชำระหนี้ ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2564 ได้ให้ความช่วยเหลือจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 ตามความสมัครใจ และเปิดโอกาสให้ลูกหนี้สามารถทำการปรับปรุงโครงสร้างหนี้ได้เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการชำระหนี้
	มาตรการส่งเสริมเสถียรภาพภาคการเงิน ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน 2563 ได้แก่ ก) การจัดตั้งกองทุนเพื่อรักษาสภาพคล่องของการระดมทุนในตลาดตราสารหนี้ โดยธนาคารแห่งประเทศไทย ข) ธนาคารแห่งประเทศไทยเข้าซื้อพันธบัตรรัฐบาลในส่วนที่เกินจาก 100 ล้านบาทในเดือนมีนาคม 2563 ค) การลดหรือยกเลิกการออกพันธบัตรของธนาคารแห่งประเทศไทยและ ง) การจัดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกพิเศษเพื่อดูแลสภาพคล่องของกองทุนรวมผ่านช่องทางธนาคาร

มาตรการ	รายละเอียด
การดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง (ต่อ)	วันที่ 5 พฤษภาคม 2564 มติคณะรัฐมนตรีมีมาตรการช่วยเหลือและบรรเทาผลกระทบการแพร่ระบาดระลอกใหม่ (ระลอกสอง) อนุมัติวงเงินรวม 10,000 ล้านบาท ประกอบด้วย สินเชื่อสู้ภัยโควิด-19 มาตรการพักชำระหนี้สถาบันการเงินเฉพาะกิจ และรายงานมาตรการการคลัง มาตรการการเงิน และมาตรการอื่น ๆ เช่น มาตรการลดภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้าง ขยายกำหนดเวลาการจัดเก็บภาษีที่ดิน เป็นต้น

หมายเหตุ: ตารางนี้ได้เพิ่มเติมข้อมูลการรายงานการประเมินผลกระทบรวมด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ในประเทศไทย จนถึงเดือนพฤษภาคม 2564

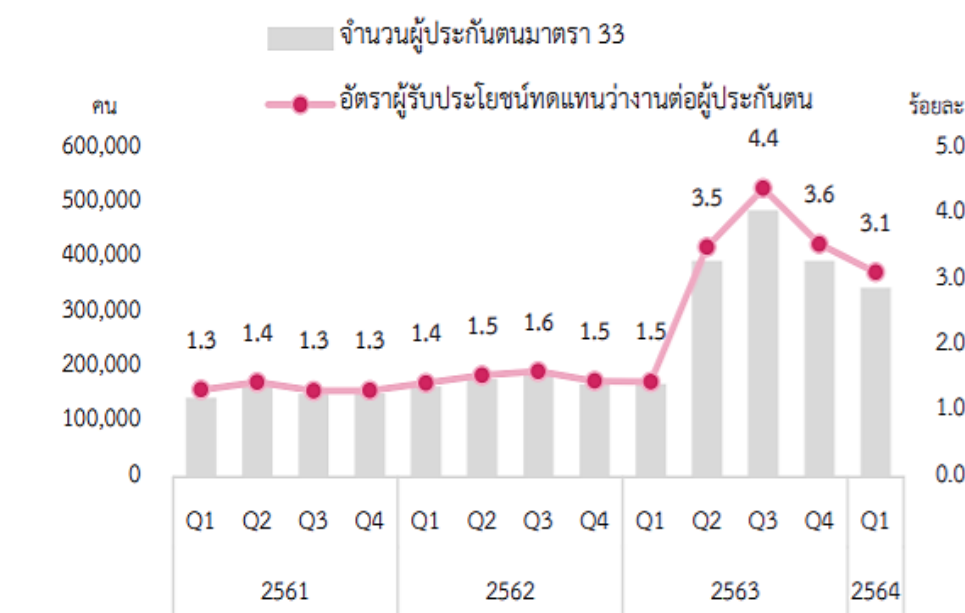
4.7 การบริหารจัดการ และการจัดสรรงบประมาณประเทศ

ในช่วงปีงบประมาณ 2563 - 2564 รัฐบาลจัดสรรวงเงินงบประมาณจากทั้งงบกลางกรณีฉุกเฉิน และพระราชกำหนดให้อำนาจกระทรวงการคลังกู้เงินเพื่อแก้ไขปัญหา เยียวยาและฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ไปแล้วทั้งสิ้น จำนวน 87,862 ล้านบาท แบ่งเป็น

- ค่าตอบแทนเสี่ยงภัยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภาคสนามและ อสม. 22,146 ล้านบาท
- การจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ 1,824 ล้านบาท
- ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด 29,304 ล้านบาท
- ค่าใช้จ่ายด้านวัคซีน ทั้งการวิจัยพัฒนาในประเทศ รวมไปถึงค่ารักษากรณีอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนด้วย 21,134 ล้านบาท
- การเฝ้าระวัง ป้องกันและค้นหาเชิงรุก 6,483 ล้านบาท
- การจัดตั้งสถานกักตัวของรัฐ (State Quarantine - SQ) และ สถานที่กักกันโดยองค์กรต่าง ๆ (Organizational Quarantine - OQ) 6,452 ล้านบาท
- การเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขสำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน 519 ล้านบาท
- นอกจากนี้ ยังมีเงินกู้ตามพระราชกำหนด ฉบับเพิ่มเติม ที่มีผลบังคับใช้แล้ว เมื่อ 25 พฤษภาคม 2564 ที่จำนวน 30,000 ล้านบาท เพื่อเตรียมพร้อมรับมือความไม่แน่นอนของการระบาดของโรคโควิด-19 (30)

4.8 Timeline อัตราการว่างงานในประเทศไทย

ภาพรวมทั้งปี 2563 อัตราการว่างงานอยู่ที่ร้อยละ 1.69 เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ที่ร้อยละ 0.98 หรือมีจำนวนผู้ว่างงานประมาณ 6.5 แสนคน โดยเมื่อไตรมาสที่ 4 ของปี 2563 นั้น อัตราการว่างงานเพิ่มเป็นร้อยละ 1.83 และเพิ่มเป็นร้อยละ 1.96 ในไตรมาสที่ 1 ของปี 2564 นอกจากนี้ ในปี 2564 แรงงานมีชั่วโมงการทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือ 40.1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งลดลงร้อยละ 1.8 จากช่วงเดียวกันของปี 2563 ผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานของผู้ประกันตนมาตรา 33 มีจำนวน 3.46 แสนคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 3.1 ของผู้ประกันตนรวมภายใต้มาตรา 33 ซึ่งสูงกว่าช่วงเดียวกันของปี 2563 ที่การระบาดยังไม่รุนแรง โดยในจำนวนนั้นเป็นผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานรายใหม่ประมาณ 0.8 แสนคน ในเดือนมีนาคม 2564 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง ขณะที่ผู้ประกันตนที่รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานด้วยเหตุสุดวิสัยมีจำนวน 62,731 คน และลูกจ้างของสถานประกอบการที่ขอใช้มาตรา 75 ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 82,346 คน ลดลงเป็นไตรมาสที่ 3 ติดต่อกัน ดังรูปภาพที่ 4.6 (31)



ที่มา: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

รูปภาพที่ 4.6: จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 33 และอัตราผู้รับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานต่อผู้ประกันตนมาตรา 33 รายไตรมาส ระหว่างปี 2561 - 2564

4.9 Timeline อัตราการว่างงานในประเทศไทย

4.9.1. เครื่องชี้กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

จากข้อมูลของ Thailand google mobility index สะท้อนกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ลดลงมากในช่วงระบาดระลอกที่ 1 และส่วนการระบาดในระลอกใหม่ ทำให้การเคลื่อนที่ลดลงต่ำในช่วงกลางเดือนมกราคม 2564 และกลับขึ้นสู่ระดับปกติได้ในช่วงต้นเดือนมีนาคม 2564 ต่อมาการระบาดระลอกที่ 2 ซึ่งเริ่มขึ้นในช่วงต้นเดือนเมษายน 2564 ภาวะเศรษฐกิจเคลื่อนตัวต่ำลงไปอีก โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเดินทาง และการท่องเที่ยวที่ตัวเลขใกล้เคียงกับระยะที่ 1 อันเนื่องมาจากมาตรการที่เข้มงวดทั่วประเทศเช่นเดียวกับหลักฐานจาก Facebook Movement Range Maps ซึ่งเป็นข้อมูลการเคลื่อนที่ของผู้ใช้งาน Facebook ทั้งนี้ฐานข้อมูลของ Facebook ให้ข้อมูลเป็นรายอำเภอในเกือบทุกอำเภอของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเคลื่อนที่ของผู้ใช้งาน Facebook ในเดือน กุมภาพันธ์ 2563 การเคลื่อนที่ของประชาชนทั่วไปลดลงอย่างมากถึงจุดต่ำสุดที่ระดับติดลบ ร้อยละ 29-34 ในเดือนเมษายน 2563 และติดลบร้อยละ 7 เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนเมษายน 2564 ในขณะที่เดือนกรกฎาคม 2564 การเคลื่อนที่ลดลงถึงระดับติดลบ ร้อยละ 25 ซึ่งสะท้อนกิจกรรมทางเศรษฐกิจปรับลดลงในวงกว้าง ไม่ได้จำกัดอยู่ในจังหวัดที่มีมาตรการเข้มงวด

4.10 Timeline หนี้ครัวเรือน และการบริโภคในประเทศไทย

ข้อมูลจากธนาคารแห่งประเทศไทย ระบุว่าครัวเรือนไทยมีหนี้ในระดับสูงอยู่เดิมโดยภาระหนี้ต่อรายได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากรายได้ที่ลดลงเนื่องจากวิกฤตโควิด-19 โดยสัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP และสัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อรายได้ครัวเรือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.9 และ 149.7 ณ สิ้นปี 2562 มาอยู่ที่ร้อยละ 83.8 และ 158.8 ณ สิ้นไตรมาสที่ 2 ปี 2563 ตามลำดับ สูงสุดในรอบ 18 ปี (33) และ ณ ไตรมาส 1 ปี 2564 หนี้ครัวเรือนไทยทั้งระบบ 14.13 ล้านล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 90.5 ต่อ GDP ส่วนใหญ่เป็นการก่อหนี้ระยะสั้นเพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภคซึ่งไม่ก่อให้เกิดรายได้และครัวเรือนแบกรับภาระจ่ายหนี้ผ่อนส่งสูง โดยหนี้สินเชื่อเช่าซื้อรถยนต์และจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (34) นอกจากนี้ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ระบุว่า หนี้สินในภาคครัวเรือนของไทยยังคงมีทิศทางขาขึ้น โดยหลัก ๆ เป็นผลมาจากการเร่งขึ้นของหนี้รายย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ หนี้บ้าน หนี้ประกอบอาชีพ และหนี้เพื่อใช้จ่ายชีวิตประจำวัน

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ทำการสำรวจภาวะหนี้สินและการออมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เปรียบเทียบระหว่างเดือนมีนาคม และเดือนมิถุนายน 2564 ซึ่งเป็นช่วงและหลังการระบาดระลอกที่ 3 พบว่า สถานการณ์รายได้และหนี้สินของประชาชนรายย่อยถดถอยลงมาจากผลของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 โดยมี “จำนวนบัญชีสินเชื่อ” และ “สัดส่วนภาระหนี้ต่อรายได้” เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 46.9 จากร้อยละ 42.8 เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนมีนาคม 2564 ผลการสำรวจยังพบว่า ลูกหนี้ห่วงปัญหาหนี้สินของตัวเองมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 ประเมินว่าปัญหาหนี้ของตัวเองยังไม่น่าจะดีขึ้นในช่วงครึ่งหลังของปี 2564 (35)

1. EL Yeyati, F Filippini,. Social and economic impact of COVID-19. Brookings Global Working Paper #158 Global Economy and Development program at Brookings 2021 [Available from: www.brookings.edu/global.
2. International Monetary Fund. 2021. World Economic Outlook: Managing Divergent Recoveries. Washington, DC, April. 2021.
3. World Economic Situation And Prospects: July 2021 Briefing, No. 151: United Nations; 2021 [Available from: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-july-2021-briefing-no-151/>.
4. World Economic Situation And Prospects: April 2020 Briefing, No. 136: United Nations; 2020 [Available from: <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-april-2020-briefing-no-136/>.
5. WTO คาดการณ์การค้าสินค้าโลกฟื้นตัวร้อยละ 8 ในปี 2564 ส่วนภาคบริการรอวัคซีนบูบชีวิต
ท่องเที่ยว: คณะผู้แทนถาวรไทยประจำองค์การการค้าโลกและองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก;
2021 [Available from: <https://bit.ly/3sxGBcN>.
6. McKinsey. How COVID-19 has pushed companies over the technology tipping point and transformed business forever 2020 [Available from: <https://www.mckinsey.com/business-functions/strategy-and-corporate-finance/our-insights/how-covid-19-has-pushed-companies-over-the-technology-tipping-point-and-transformed-business-forever>.
7. World Economic Forum; 10 technology trends to watch in the COVID-19 pandemic 2020 [Available from: <https://www.marketingoops.com/data/10-technology-trends-after-covid-19/>.
8. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use: KAISER FAMILY FOUNDATION 2021 [Available from: <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>.
9. Angellist B. The 2020 State of Remote Work. 2021 [Available from: <https://lp.buffer.com/state-of-remote-work-2020>.
10. DIGITAL 2021 JULY GLOBAL STATSHOT REPORT 2021 [Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-july-global-statshot>.
11. Everyone Included: Social Impact of COVID-19: United Nations; 2020 [Available from: <https://www.un.org/development/desa/dspd/everyone-included-covid-19.html>.

12. วรขจร สารกุล. Covid Slide: บาดแผลใหญ่ทางการศึกษา. 2021.
13. กานต์ธีรา ภูริวิกรัย. เมื่อโควิดดิสรัปต์การศึกษา : เปิดบทเรียนความเหลื่อมล้ำในวันที่โลกติดไวรัส 2021 [Available from: <https://www.eef.or.th/inequality-in-education-and-covid-19/>.
14. กัมพล พรพัฒน์ไพศาลกุล. Labor Market Digital Transformation: หนทางด้านวิกฤต. FOCUSED AND QUICK. 2020(171).
15. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การสังเคราะห์มาตรการและนโยบายของรัฐบาลเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จากผลการประเมินการปฏิบัติตนของประชาชนไทยต่อมาตรการต่างๆ 2020 [Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5273?locale-attribute=th>.
16. สมชัย จิตสุชน. ผลกระทบทางสังคมของการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกใหม่และมาตรการที่ควรมี [Available from: <https://tdri.or.th/2021/01/impact-of-new-covid-19-wave/>.
17. พณ. ชี้อัตราตัวแปรอนาคตส่งออก หวังคงมูลค่าเกิน 2 หมื่นล้านดอลลาร์/เดือน สอดรับเอกชนคาดโต 6-8%: มติชนออนไลน์; 2021 [Available from: https://www.matichon.co.th/economy/news_2741289.
18. รายงานตามติดเศรษฐกิจไทย เส้นทางสู่การฟื้นตัวทางเศรษฐกิจ: World Bank Group; 2021 [Available from: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/652021626180833341/pdf/Executive-Summary.pdf>.
19. โควิด-19 ระลอกใหม่ ป่วนการท่องเที่ยวระหว่างประเทศทั่วโลกและไทยในช่วงที่เหลือของปี 2564 (กระแสรศรศน์ ฉบับที่ 3255) ศูนย์วิจัยกสิกรไทย 2021 [Available from: <https://kasikornresearch.com/th/analysis/k-econ/business/Pages/Covid-Travel-z3255.aspx>.
20. ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไตรมาสที่ 2/2564: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2021 [Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5176.
21. เศรษฐพุฒิ สุทธิวาทนฤพุฒิ. จับอาการเศรษฐกิจ สร้างทางออกวิกฤตไทย. 2021.
22. ชากร เลิศนิทัศน์. ความเปราะบางของประชาชนกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-19 2021 [Available from: <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups/>.
23. ผลกระทบโควิด-19 ต่อชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้านและคนจนเมือง: TSRI; 2020 [Available from: https://tsri.or.th/files/trf/2/files/Report/TSRI_Factsheet_COVID19_Impact_against_Homeless_and_Urban_Poverty_01_202010.pdf.
24. รายงานสรุปผลการสำรวจเชิงคุณภาพการระบาดของโควิด-19 ผลกระทบต่อคนไร้บ้านในประเทศไทย: Penguinhomeless; 2021 [Available from: <https://www.facebook.com/Penguinhomeless/posts/1696897367149373>.

25. ยศ วัชรคุปต์. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ; 2020 [Available from: <https://tdri.or.th/2020/09/the-impact-of-covid-19-on-older-persons/>].
26. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. ห่วงโควิดระลอกใหม่ ก่อปรากฏการณ์ ‘Covid Slide’ เร่งช่วยเหลือเด็กด้อยโอกาส 1.43 แสนคน; 2021 [Available from: <https://www.eef.or.th/news-11-01-21-2/>]
27. Rapid Assessment of Children Left Behind During COVID-19 Pandemic report UNICEP, University Mahidol; 2020 [Available from: Rapid Assessment of Children Left Behind During COVID-19 Pandemic report]
28. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์. โครงการวิจัยคนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว) 2020.
29. การประเมินผลกระทบรวมด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย: สำนักงานผู้ประสานงานสหประชาชาติประจำประเทศไทย; 2020 [Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/5671/file/Socio-Economic%20Impact%20Assessment%20of%20COVID-19%20in%20Thailand.pdf>].
30. รัฐบาล ชี้แจงจัดสรรงบประมาณแก้ปัญหาโรคโควิด-19 กว่าแสนล้านบาท เบิกจ่ายแล้ว 8.7 หมื่นล้านบาท สรรองอีก 3 หมื่นล้านบาท: สำนักข่าว,(กรมประชาสัมพันธ์); 2021 [Available from: <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG210605102102651>].
31. ภาวะสังคมไทย Social situation and outlook: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2021 [Available from: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491&filename=socialoutlook_report].
32. ส่งเศรษฐกิจไทยในวิกฤติโควิด 22 กรกฎาคม 2564 ธนาคารแห่งประเทศไทย; 2021 [Available from: https://www.bot.or.th/Thai/AboutBOT/Activities/Documents/MediaBriefing2021/220764_Briefing.pdf].
33. รายงานการประเมินเสถียรภาพระบบการเงินไทย 2563: ธนาคารแห่งประเทศไทย; 2020 [Available from: https://www.bot.or.th/Thai/FinancialInstitutions/Publications/DocLib_FSR2563/FSR2020.pdf].
34. เสาวณี จันทะพงษ์. ภารกิจแก้หนี้ประชาชน: เพื่อบรรเทาผลกระทบจากโควิด 19 สร้างความเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ (ตอน 1) 2021 [Available from: https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_3Aug2021.aspx].
35. หนี้ครัวเรือนทะลุระดับ 90% ต่อจีดีพี ดอกเบี้ยว้นหนี้-รายได้ไม่พอใช้จ่าย ศูนย์วิจัยกสิกรไทย; 2021 [Available from: <https://portal.settrade.com/brokerpage/IPO/Research/upload/2000000414028/3236%20p.pdf>].



บทที่ 5

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

- 5.1 ผลกระทบต่อบริโภคยาสูบ
- 5.2 ผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 5.3 ผลกระทบต่อการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผักและผลไม้
- 5.4 ผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย
- 5.5 ผลกระทบต่อสุขภาพจิต

5.1 ผลกระทบต่อการบริโภคยาสูบ

5.1.1. บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคที่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมลงและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งปอดพบว่า 90% ของโรคมะเร็งปอดในผู้ชายและ 79% ของโรคมะเร็งในผู้หญิงเป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ (1)

ควันบุหรี่มีสารประกอบต่าง ๆ มากกว่า 7,000 ชนิด โดยหลายชนิดมีคุณสมบัติให้โทษต่อร่างกาย มีสารมากกว่า 250 ชนิดในควันบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งในสัตว์และในคน (2) (3), (4) การสูบบุหรี่เพียง 1 ของต่อวัน ผู้สูบจะต้องสูบบุหรี่มากกว่า 70,000 ครั้งต่อปี ทำให้เนื้อเยื่อในช่องปาก จมูก ช่องคอ และหลอดลมสัมผัสกับควันบุหรี่ตลอดเวลา เนื้อเยื่อที่สัมผัสกับควันบุหรี่โดยตรงจะมีโอกาสเป็นมะเร็งมากกว่า เช่น เนื้อเยื่อของหลอดลม สำหรับอวัยวะอื่น ๆ ที่ไม่สัมผัสควันบุหรี่จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งจากสารในควันบุหรี่ที่ถูกดูดซึมผ่านกระแสเลือด (5) บุหรี่ยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่วันละ 1-4 มวนเป็นประจำพบว่าจะสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจได้ (6) สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ในการเกิดโรคนี้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง พบว่าจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองมากขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ไฟฟ้ายังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 สูงถึง 5 เท่าของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือยาสูบ แต่หากสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับยาสูบด้วยแล้วยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เป็นเกือบ 7 เท่า (7)

ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมการบริโภคบุหรี่ปริมาณกว่า 3 ทศวรรษ ผ่านมาตรการหลากหลายได้แก่ การขึ้นภาษีบุหรี่ซิการ์เรต การจำกัดการขาย ไม่อนุญาตให้มีเครื่องขายบุหรี่ ห้ามขายบุหรี่ให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การห้ามโฆษณาทุกชนิดทั้งทางตรงทางอ้อม รวมทั้งห้ามโฆษณาเครื่องหมายการค้า ห้ามไม่มีการส่งเสริมการขายทุกชนิด การเตือนทางสุขภาพ ให้เปิดเผยรายการส่วนประกอบที่มีอยู่ในบุหรี่ให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ มีคำเตือนบนซองบุหรี่ที่เห็นได้อย่างชัดเจน การห้ามสูบบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ (8) ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ (new tobacco product) หรือ ผลิตภัณฑ์ ยาสูบอื่นที่ไม่ใช่บุหรี่ธรรมดาเป็นปัญหาและความท้าทายมาตรการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ขณะเดียวกันก็เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับนักสูบ โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ วัยรุ่นและกลุ่มผู้หญิง ที่มักเชื่อกันว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้อันตรายน้อยกว่าหรือใช้เพื่อ ทดแทนการเลิกบุหรี่ ทั้งที่เป็นความเข้าใจผิด ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บาราเก้ (หม้อระกู่) บุหรี่ชูรส (flavored cigarette) บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ (E-cigarette) และบาราเก้ไฟฟ้า (หม้อระกู่อิเล็กทรอนิกส์) เป็นต้น โดยอุตสาหกรรมยาสูบมีการโฆษณาผ่านทางสื่อ Social media เป็นการชักจูง ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนเข้าถึงการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบมากขึ้น

การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ได้มีการจำกัดการเดินทาง และควบคุมการเปิดให้บริการร้านค้า และสถานบันเทิงต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบูที ประกอบกับการประชาสัมพันธ์ถึงพิษภัยบูทีที่มีต่อการติดเชื้อโควิด-19 เป็นวงกว้างอาจ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชน

5.1.2. ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมยาสูบในช่วงสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด-19

อุตสาหกรรมยาสูบมีการปรับกลยุทธ์และออกแบบรูปแบบผลิตภัณฑ์ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเยาวชน และกลุ่มวัยแรงงานมากขึ้น รวมทั้งหลอกล่อกลุ่มลูกค้ารายใหม่ให้ตกเป็นเหยื่อทางการตลาด เช่น การส่งเสริม การขายและโฆษณา การแสดงสินค้า ณ จุดขาย การซื้อขายสินค้าหรือบริการในรูปแบบ E-commerce การนำเน็ตไอดอล หรือ Influencer รีวิวหรือสาธิตวิธีใช้งานบูที บูทีไฟฟ้าเพื่อจูงใจลูกค้ารายใหม่บนสื่อสังคม ออนไลน์ บิดเบือนและแย้งผลการวิจัยข้อเสียของผลิตภัณฑ์ยาสูบและสุขภาพ เช่น กล่าวอ้างว่าเป็นสินค้า ทางเลือกที่ปลอดภัย ผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น โดยการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

จากรายงานของยูโรมอนิเตอร์ ซึ่งเป็นบริษัทที่รับทำวิจัยการตลาดให้แก่ธุรกิจต่าง ๆ พบว่า ตลาดบูที ไทยจะขยายตัวทั้งปริมาณและมูลค่าระหว่างปี 2558-2563 โดยมียอดจำหน่ายเพิ่มถึง 52,000 ล้านมวน มูลค่า สูงถึง 1.9 แสนล้านบาท และเนื่องจากช่วงการระบาดฯ ในปี 2563-2564 ประชาชนบางกลุ่มสูบบุหรี่ลดลง บางกลุ่มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของผู้สูบลดลงสูงกว่ากลุ่มที่สูบเพิ่มขึ้น ทำให้ยอดจำหน่ายบูทีในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2563 ที่มีมาตรการล็อกดาวน์ และเคอร์ฟิว ลดลงร้อยละ 25 จากช่วงเดือนมกราคม- กุมภาพันธ์ 2563 ก่อนมีมาตรการ

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ประเทศไทยมีการปรับโครงสร้างภาษีสรรพสามิตบูทีของรัฐบาลครั้งล่าสุด โดยปรับให้มีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณ จาก 1.20 บาทต่อมวน เป็น 1.25 บาทต่อมวน ขณะที่การเก็บภาษี ตามมูลค่ายังเป็น 2 อัตรา จากที่เก็บร้อยละ 20 ของราคาขายปลีกของละไม่เกิน 60 บาท และร้อยละ 40 สำหรับราคาขายปลีกที่เกิน 60 บาท เป็นร้อยละ 25 ของราคาขายปลีกของละไม่เกิน 72 บาท และร้อยละ 42 สำหรับราคาขายปลีกที่เกิน 72 บาท ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ราคาขายปลีกบูที ขยับขึ้นอีกของละ 6-8 บาท และ ในช่วงเดียวกันเป็นช่วงที่การยาสูบแห่งประเทศไทยได้หยุดส่งบูทีให้กับร้านค้าส่ง เนื่องจากระบบสายพาน ของเครื่องจักรชำรุด ประกอบกับเปิดให้พนักงานลาพักร้อน ทำให้ไม่สามารถผลิตบูทีออกมาจำหน่ายและ ต้องหยุดส่งชั่วคราว เป็นเหตุให้บูทีขาดตลาด และมีราคาแพงขึ้นอีกตามกลไกตลาดในช่วงเวลาหนึ่ง

5.1.3. ผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประชาชนในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในปัจจุบันในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปิดเผยว่าความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันในปี 2554, 2557, และ 2560 มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง โดยคิดเป็นอัตราการลดลงประมาณร้อยละ 10 ในช่วง 7 ปี (ร้อยละ 21.4, 24.7, และ 19.1 ตามลำดับ) และจากการสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2564 ซึ่งตรงกับช่วงระบาดฯ พบว่าความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงเป็นร้อยละ 17.4

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ร่วมกับสวนดุสิตโพล ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในช่วงสถานการณ์การระบาดฯ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ใช้แรงงานนอกระบบ เช่น รถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง แท็กซี่ งานบ้าน เกษตร และประมง และผู้ใช้แรงงานในระบบ โดยทำการสำรวจ 2 ช่วงเวลา คือ ในเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การระบาดระลอกแรก และเดือนมีนาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่ และระลอกสอง พบว่าช่วงเดือนเมษายน 2563 กลุ่มตัวอย่างที่บริโภคยาสูบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48) ทราบว่าการบริโภคยาสูบทำให้การติดเชื้อโควิด-19 มีอาการรุนแรงขึ้น และสามารถแพร่เชื้อได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสูบลดลง (ร้อยละ 29) มากกว่าเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 17) โดยสาเหตุที่สูบลดลงเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เนื่องจากมีความเครียดกับสถานการณ์การระบาดฯ รองลงมาคือความเครียดจากการทำงาน และการกักตุนสินค้า/กลัวสินค้าขาดแคลน/กังวลเรื่องราคาสินค้า สำหรับผลสำรวจเมื่อเดือนเมษายน 2564 พบว่าการบริโภคยาสูบลดลงร้อยละ 19 เมื่อเทียบกับช่วงเวลาการระบาดในปี 2563 ความถี่ในการบริโภคยาสูบ กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบ 6-10 มวนต่อวันมากที่สุด เช่นเดียวกับในปี 2563 รองลงมาคือ 11-15 มวนต่อวัน และ 1-5 มวนต่อวัน และสถานที่ในการซื้อยาสูบ พบว่า กลุ่มผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบ ส่วนใหญ่ซื้อยาสูบที่ร้านค้าทั่วไป มากที่สุด ร้อยละ 50.20 รองลงมาคือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 44.86 และออนไลน์ ร้อยละ 4.66 โดยสาเหตุที่ผู้ใช้แรงงานบริโภคยาสูบในปริมาณลดลง เนื่องจากรายได้ลดลงมากที่สุด ร้อยละ 49.12 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 29.57 และต้องการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 16.29 ตามลำดับ วิธีการเลิกบริโภคยาสูบที่ใช้นั้น ส่วนใหญ่จะใช้วิธีลดจำนวนมวนบุหรืลง ร้อยละ 57.63 รองลงมาคือ หยุดสูบบุหรี่ทันที (หักดิบ) ร้อยละ 34.41 และรับคำแนะนำเพื่อเลิกบุหรื ร้อยละ 3.39 เมื่อพิจารณาตามประเภทผู้ใช้แรงงาน พบว่า ผู้ใช้แรงงานทั้งนอกระบบและในระบบ ที่วางแผนจะเลิกบริโภคยาสูบส่วนใหญ่จะใช้วิธีลดจำนวนมวนบุหรืลงมากที่สุด

นอกจากนั้นเมื่อเดือน มิถุนายน 2563 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ยังได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนอายุระหว่าง 21-60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในช่วงผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคโควิด-19 แบบวิกิโพลในช่องทางออนไลน์ไปยังกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ (9) พบว่า ในช่วงผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคโควิด-19 คนไทยที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในทางที่ดีขึ้น โดยประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาดหนัก ยังคงไม่สูบลดลงต่อเนื่องแม้จะเข้าสู่ระยะผ่อนปรนมีมากถึง ร้อยละ 57 ส่วนผู้ที่กลับมาสูบลดลงแต่มีพฤติกรรมการสูบบุหรืที่น้อยลงกว่าเดิม ร้อยละ 56.8 ขณะที่ประชาชนทั่วไปไม่มีความกังวลอย่างมากต่อวันบุหรืมือสองและ

คว้นบุหรืมือสามจากผู้สูบบุหรืที่อยู่รอบตัว ในช่วงที่วิกฤตโควิด-19 ยังไม่มีวัคซีนป้องกันอย่างเป็นทางการถึงร้อยละ 64.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จากกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป 1,825 ราย ในพื้นที่ 15 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ กรุงเทพฯ นนทบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี อยุธยา นครปฐม เชียงใหม่ เพชรบูรณ์ ขอนแก่น นครราชสีมา อุตรดิตถ์ อุบลราชธานี เชียงราย นครศรีธรรมราช และสงขลา ซึ่งได้สำรวจระหว่างวันที่ 20-24 พฤษภาคม 2563 โดยศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ภายใต้การสนับสนุนของ สสส. พบว่า ประชาชนที่สูบบุหรืเท่าเดิม ร้อยละ 70.7 สูบบุหรืน้อยลง ร้อยละ 28.1 สูบมากขึ้น ร้อยละ 0.6 และไม่ได้สูบบุหรื ร้อยละ 0.6 นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่บริโภคยาสูบ บริโภคบุหรืแบบรูดไทย มีสัดส่วนมากกว่าแบบรูดต่างประเทศทั้งในช่วงก่อนสถานการณ์การระบาดฯ และในช่วงการระบาดระลอกแรก และภายหลังการระบาดระลอกแรก แต่ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 ระลอกใหม่ (ระลอกสอง) บริโภคบุหรืแบบรูดต่างประเทศมากกว่า ในแง่ความถี่ในการบริโภคยาสูบ พบว่าส่วนใหญ่สูบ 6-10 มวนต่อวัน ทั้งในช่วงก่อนการระบาดฯ ในช่วงการระบาดระลอกแรกและในช่วงการระบาดระลอกใหม่ (ระลอกสอง) แต่ทว่าสัดส่วนของผู้ที่สูบ 6-10 มวนต่อวันลดลง และสัดส่วนของผู้ที่สูบจำนวนน้อยกว่า 6 มวนต่อวันเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคยาสูบในช่วง 4 ระยะ ของการระบาดของโรคโควิด-19 แสดงในตารางที่ 5.1

5.1.4. มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

มาตรการควบคุมป้องกันผลิตภัณฑ์ยาสูบ: มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายเชิงรุกโดยเน้นการดำเนินงานควบคุมและปราบปรามการโฆษณาส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และลดจำนวนผู้ฝ่าฝืนการสูบบุหรืในสถานที่สาธารณะ โดยให้แต่ละจังหวัดดำเนินการในพื้นที่ตลาด 1 แห่ง และสถานีขนส่งผู้โดยสาร 1 แห่ง และดำเนินการลงพื้นที่อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างไม่น้อยกว่า 7 วัน ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (กรกฎาคม - กันยายน 2563) ภายใต้มาตรการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ภายหลังการผ่อนปรนมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดโรคโควิด-19

มาตรการคัดกรองบำบัดและรักษาผู้เสพยาสูบ: กองงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ มีการจัดทำโครงการสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรื และยาเลิกบุหรืแบบครบวงจร ดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรืที่มีการบูรณาการร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ดำเนินการในรูปแบบ One Stop Service ในการสนับสนุนให้ผู้เสพยาสูบที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่มีสัญชาติไทย สามารถเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรื และยาเลิกบุหรื Varenicline ภายใต้โครงการดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง และภายหลังการระบาดฯ จึงได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เมื่อผู้เสพยาสูบต้องการเลิกสูบบุหรืให้มีการเข้าถึงระบบบริการโดยสายด่วนเลิกบุหรื 1600 หรือสามารถติดต่อผ่าน Facebook: สายเลิกบุหรื 1600 ซึ่งสายด่วนเลิกบุหรืจะให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรื และส่งต่อไปยังสถานพยาบาลหรือคลินิกเลิกบุหรืใกล้บ้าน รวมถึงมีการรับช่วงต่อในการติดตามผลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล จนสามารถเลิกได้สำเร็จ

มาตรการสื่อสารนโยบายระดับประชากร: จากการเฝ้าระวังสถานการณ์การสูบบุหรี่ในประชากรในช่วงการระบาดฯ ได้มีข้อเสนอจาก ศจย. ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบในปริมาณที่น้อยลง มีสาเหตุมาจากรายได้ที่ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และความต้องการการดูแลสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์ในเรื่องการ ‘เลิกสูบ เลิกจน’ เพื่อรณรงค์ให้คนลดปริมาณการสูบบุหรี่หรือเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน มีเงินออม เงินสำรองในอนาคตหากถูกเลิกจ้าง และยังส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ใช้แรงงาน 2) ผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบในปริมาณที่มากขึ้น มีสาเหตุมาจากการเครียดทั้งในเรื่องของความเครียดจากการทำงาน ความเครียดกับสถานการณ์โควิด-19 และความเครียดจากการถูกเลิกจ้าง/ลดเงินเดือน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ หรือจัดทำสื่อแนะนำการดูแลสุขภาพจิตของคนไทย การดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้สถานการณ์ความตึงเครียดทั้งในด้านเศรษฐกิจ และการแพร่ระบาดฯ

5.1.5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ การระบาดของโรคโควิด-19

ด้านเศรษฐกิจ และสังคม: การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครัวเรือน เนื่องจากมีรายได้ที่ลดลง ซึ่งในปัจจุบันค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังมีต้นทุนทางสุขภาพในอนาคตที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ความเครียดที่เกิดจากการทำงานยังทำให้การบริโภคยาสูบมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และจากการสำรวจของสหประชาชาติประเทศไทย (United Nations Thailand) การประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อพิจารณาตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ใน SDG 3 การสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีแก่ประชาชน พบว่าผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจกับการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีหลายรูปแบบ ทั้งการบริโภคที่อาจเพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการจัดการความเครียดและความวิตกกังวล แต่เนื่องจากรายได้ที่ลดลงจึงทำให้ความสามารถในการซื้อสินค้าเหล่านี้ลดลง หลักฐานเบื้องต้นเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบจากการสำรวจออนไลน์เกี่ยวกับความถี่ของการบริโภคยาสูบแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 37.66 สูบบุหรี่น้อยลง และร้อยละ 16.03 สูบบุหรี่มากขึ้น

สำหรับกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่บริโภคยาสูบในปริมาณเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์โควิด-19 เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่ำกว่า 9,000 บาท เนื่องจากความเครียดจากการทำงาน ความเครียดกับสถานการณ์โควิด-19 และความเครียดจากการถูกเลิกจ้าง/ลดเงินเดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Daniel Tzu-Hsuan Chan (2020) (10) ที่ศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในสหราชอาณาจักร พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราการสูบบุหรี่เท่าเดิมเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และการระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต และทำให้เกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความเครียดที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ที่มากขึ้น

ด้านทัศนคติและความเข้าใจของประชาชน: จากการศึกษาของ Julie Cunningham การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการสูบบุหรี่ในช่วงการระบาดฯ พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ตอบแบบสอบถามเชื่อว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 หรือทำให้อาการรุนแรงขึ้น และการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้นนั้นสัมพันธ์กับความสนใจในการเลิกบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น ระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาด พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 32 สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 37 สูบบุหรี่ลดลง และร้อยละ 31 สูบบุหรี่เท่าเดิม ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะรับรู้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีความเครียดจากการทำงานที่บริโภคยาสูบในปริมาณเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่ยังไม่เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้ติดเชื้อโควิด-19 จากการลงพื้นที่ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ภายหลังผ่อนปรนมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่าจากการสำรวจตลาดทั้งหมด 116 แห่ง มีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในบริเวณเขตปลอดบุหรี่จำนวน 30 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 86.6 และจากการสำรวจในสถานีส่งสาธารณะ ทั้งหมด 73 แห่ง พบว่ามีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในบริเวณเขตปลอดบุหรี่จำนวน 62 ราย โดยมีการดำเนินคดีจำนวน 37 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 59.67 และดำเนินการว่ากล่าวตักเตือนจำนวน 25 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 40.3

จากการศึกษาของเจษฎาพร สุทัศน์, ชิตตะวัน ชนะกุล (2564) (11) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ หลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีโอกาสที่จะเลิกสูบบุหรี่ในช่วงของการระบาดฯ น้อยกว่าเพศหญิง ร้อยละ 78 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่า ผู้ใช้แรงงานเพศหญิงมีการวางแผนที่จะเลิกบริโภคยาสูบมากกว่า

ตารางที่ 5.1: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบในช่วง 4 ระยะ ของการระบาดของโรคโควิด-19

ประเด็นเปรียบเทียบ		ช่วงการระบาด			
		ก่อนการระบาด: (ก่อน ปี 2563)	การระบาดระลอกแรก: (1 ม.ค. - 14 ธ.ค. 2563)	ระยะผ่อนปรนระลอกแรก: (3 พ.ค. - 31 ส.ค. 2563)	การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง: (15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564)
1. พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ	1.1 เพศ	เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73.2 และ 40.7 ตามลำดับ	เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 66.5 และ 44.8 ตามลำดับ	เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 63.5 และ 39.9 ตามลำดับ	เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.3 และ 44.0 ตามลำดับ
	1.2 อายุ	ช่วงอายุ 51-60 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำมากที่สุดร้อยละ 76 รองลงมา 41-50 ปี มากกว่า 60 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 75.3, 69.4 และ 65.4 ตามลำดับ	ช่วงอายุ 41-50 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากที่สุดร้อยละ 70 รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 61.8, 31 - 40 ปี ร้อยละ 61 และ 20-30 ปี ร้อยละ 57.4 ตามลำดับ	ช่วงอายุ 41-50 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากที่สุดร้อยละ 64.8 รองลงมา 51-60 ปี, มากกว่า 31-40 ปี ร้อยละ 57.8, 57.4 ตามลำดับ	ช่วงอายุ 41-50 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เท่าเดิมมากที่สุด ร้อยละ 69.1 รองลงมา 31-40 ปี ร้อยละ 64.3, 20 - 30 ปี ร้อยละ 58.5 และ 51-60 ปี ร้อยละ 56.3 ตามลำดับ
	1.3 ประเภทของยาสูบที่บริโภค	บริโภคบุหรี่แบรนด์ไทย ร้อยละ 50.7 บุหรี่แบรนด์ต่างประเทศ ร้อยละ 36.2 และ ยาเส้นมวน ร้อยละ 7.4 ตามลำดับ	บริโภคบุหรี่แบรนด์ไทยมากที่สุด ร้อยละ 51.6 แบรนด์ต่างประเทศ ร้อยละ 36.4 และ ยาเส้นมวนเอง ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ	ไม่มีการเก็บข้อมูล	บริโภคบุหรี่แบรนด์ต่างประเทศ ร้อยละ 46.05 บุหรี่แบรนด์ไทย ร้อยละ 40.88 และ บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 6.95 ตามลำดับ

ประเด็นเปรียบเทียบ		ช่วงการระบาด			
		ก่อนการระบาด: (ก่อน ปี 2563)	การระบาดระลอกแรก: (1 ม.ค. - 14 ธ.ค. 2563)	ระยะผ่อนปรนระลอกแรก: (3 พ.ค. - 31 ส.ค. 2563)	การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง: (15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564)
1. พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ (ต่อ)	1.4 ความถี่ในการบริโภคยาสูบต่อวัน	บริโภคจำนวน 6-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 45 จำนวน 11-15 มวนต่อวัน ร้อยละ 22.05 และจำนวน 1-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 16.46 ตามลำดับ	บริโภคจำนวน 6-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 42.6 จำนวน 11-15 มวนต่อวัน ร้อยละ 21.67 และ จำนวน 1-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 19.33 ตามลำดับ	ไม่มีการเก็บข้อมูล	บริโภคจำนวน 6-10 มวนต่อวัน ร้อยละ 40.67 จำนวน 11-15 มวนต่อวัน ร้อยละ 26.64 และ 1-5 มวนต่อวัน ร้อยละ 20.28 ตามลำดับ
	1.5 สถานที่ที่บริโภคยาสูบ	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	สูบบุหรี่ที่บ้าน ร้อยละ 41.60 สูบบุหรี่ที่ทำงาน ร้อยละ 39.92 และสูบบุหรี่ที่สาธารณะ ร้อยละ 15.21 ตามลำดับ
	1.6 สถานที่ในการซื้อยาสูบ	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ซื้อยาสูบที่ร้านค้าทั่วไป ร้อยละ 50.20 ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 44.86 และออนไลน์ ร้อยละ 4.66 ตามลำดับ
2. เหตุผลที่บริโภคยาสูบในปริมาณที่เพิ่มขึ้น		ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ความเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 53.61 ความเครียดกับสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 29.90 และไม่เชื่อว่าการสูบบุหรี่ทำให้ติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.19	ความเครียดจากการทำงาน ร้อยละ 45.22 ความเครียดกับสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 29.57 และความเครียดจากการถูกเลิกจ้าง/ลดเงินเดือน ร้อยละ 20.87 ตามลำดับ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ช่วงการระบาด			
	ก่อนการระบาด: (ก่อน ปี 2563)	การระบาดระลอกแรก: (1 ม.ค. - 14 ธ.ค. 2563)	ระยะผ่อนปรนระลอกแรก: (3 พ.ค. - 31 ส.ค. 2563)	การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง: (15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564)
3. เหตุผลที่บริโภคยาสูบในปริมาณลดลง	ไม่มีการเก็บข้อมูล	ไม่มีการเก็บข้อมูล	รายได้ลดลง ร้อยละ 33.16 ต้องการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 23.29 และกังวลว่าการสูบบุหรี่ทำให้ติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายขึ้น ร้อยละ 21.01	รายได้ที่ลดลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สถานการณ์การจ้างงานที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การลดเวลาการทำงานล่วงเวลา (OT) และการต้องการดูแลสุขภาพ

1. US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411, 1989. .
2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
3. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
4. National Toxicology Program. Tobacco-Related Exposures. In: Report on Carcinogens. Fourteenth Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2016.
5. John H. Nicotine addiction. In: Fauci A, et al, ed. Harrison's Principles of internal medicine, 14th ed. International: McGraw-Hill, 1998: 2516-2519. .
6. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, et al. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. N Engl J Med 1987; 317: 1303-1309. .
7. Gaiha SM, Cheng J, Halpern-Felsher B. Association Between Youth Smoking, Electronic Cigarette Use, and COVID-19. J Adolesc Health. 2020;67(4):519-23.
8. นัตรสุมน พงศ์มณีโชติ. กฎหมายและนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม. วารสารกฎหมาย สุขภาพและสาธารณสุข. 2558;1(3).
9. มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. การศึกษา รณรงค์เลิกสูบบุหรี่ได้ดขาดช่วงโควิด 19 ระบาด 2563 [Available from: <https://bit.ly/3E32HZn>].

10. Chan DT-H. The psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on changes in smoking behavior: Evidence from a nationwide survey in the UK. The official journal of ENSP, the European Network for Smoking and Tobacco Prevention 2020;Tob. Prev. Cessation 2020;6(October):59.
11. เจษฎาพร สุทัศน์, ชิตตะวัน ชนะกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ หลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรณีศึกษากลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส. Journal of Buddhist Education and Research 2564;7:83-97.

5.2 ผลกระทบต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5.2.1. บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในสาเหตุหลักสำคัญของการป่วยด้วยกลุ่มโรค NCDs จากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกที่ทำให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด อันเป็นสาเหตุต่อความสูญเสียด้วยโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะตับแข็ง ความผิดปกติทางจิต และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

มาตรการที่องค์การอนามัยโลกแนะนำเพื่อลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ Global strategy to reduce the harmful use of alcohol กลุ่มมาตรการ 10 กลุ่มมาตรการที่ควรนำไปใช้ในระดับประเทศ และชุดมาตรการ SAFER ซึ่งเป็น 5 ชุดมาตรการที่มีผลกระทบสูงโดยแบ่งกลุ่มเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่าสูง (best buys) ได้แก่ 1) มาตรการเพิ่มความเข้มแข็งการจำกัดการเข้าถึง 2) การบังคับใช้การห้ามหรือจำกัดการโฆษณา การให้ทุนอุปถัมภ์ และการส่งเสริมการขาย และ 3) การขึ้นราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านภาษีสรรพสามิตและนโยบายราคา และมาตรการที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า (good buys) ได้แก่ 1) การพัฒนาและบังคับใช้มาตรการตอบโต้การเมาแล้วขับ และ 2) การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการคัดกรองและการบำบัดรักษา ประเทศไทยได้นำข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของประเทศไทย และมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (พ.ศ.2554-2563) และแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551(1) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับการโฆษณา ฉลากและบรรจุภัณฑ์ สถานที่ห้ามขายและห้ามบริโภค วันและเวลาห้ามขาย และวิธีการหรือลักษณะต้องห้ามในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกฎหมายสำคัญอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560(2) ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต การเสียภาษีสรรพสามิต ใบอนุญาตสำหรับสินค้าสุรา พระราชบัญญัติจราจร พ.ศ. 2522 (3) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 (4) ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 (5) ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับเวลาการจำหน่าย คำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 22/2558 (6) เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทาง และการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ เป็นต้น

ภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 รัฐบาลได้ตระหนักถึงความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และได้บรรจุให้มาตรการการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการหนึ่งในการควบคุมป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถูกห้าม หรือกำหนดช่วงเวลาจำหน่ายในร้านค้า และสถานบันเทิงต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อ/แพร่เชื้อแอลกอฮอล์ในประชาชนเป็นวงกว้างด้วย (7, 8)

5.2.2. มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการระบาดของโควิด-19

เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563 ได้มีการดำเนินการขอความร่วมมือประชาชนดำเนินการตามมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตามมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยมี 2 มาตรการสำคัญคือ มาตรการประชาสัมพันธ์ และมาตรการสำหรับสถานพยาบาล ดังนี้

มาตรการประชาสัมพันธ์: จะเป็นการให้ข้อแนะนำการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนโดยจำแนกเป็น กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้ดื่มสุรา กลุ่มผู้มีปัญหาการดื่มสุราหรือผู้ติดสุรา และญาติผู้ใกล้ชิดหรือผู้ดูแล โดยกลุ่มประชาชนทั่วไป แนะนำให้ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มผู้ดื่มสุรา แนะนำให้ลด เลิกการดื่มสุรา กลุ่มผู้ติดสุรา แนะนำให้ค่อยๆลดปริมาณการดื่มสุราลง เพื่อป้องกันอันตรายจากการหยุดดื่มกะทันหัน และให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดคอยสังเกตอาการใกล้ชิด หากมีอาการมือสั่น อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว กระวนกระวาย สับสน ชัก มีภาวะหมดสติหรือวิกลจริตฉุกเฉิน ให้รีบพาไปโรงพยาบาล

มาตรการสำหรับสถานพยาบาล: สถานพยาบาลควรจัดให้มีระบบประเมินความเสี่ยงและบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราของผู้ติดสุรา จัดระบบปรึกษาทางโทรศัพท์หรือออนไลน์ และจัดระบบให้รับยาใกล้บ้าน หรือระบบส่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา สำหรับผู้ป่วยติดสุราที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังมีมาตรการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางออนไลน์ ได้แก่ สายด่วนเลิกเหล้า 1413 สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และสายด่วนยาเสพติด 1165 ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนการระบาดของโรค COVID-19 (9)

5.2.3. มาตรการขอความร่วมมือดำเนินการป้องกันและลดความเสี่ยงการระบาดแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ได้จัดทำหนังสือด่วนที่สุดเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2563 ถึงผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ในฐานะประธานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด/กรุงเทพมหานคร (10) เพื่อขอความร่วมมือดำเนินการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยขอความร่วมมือดำเนินการตามมาตรการสำคัญในการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับกลุ่ม ผู้ดื่มสุราและผู้ติดสุรา เนื่องจากการดื่มสุราเป็นการเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ รวมถึงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะถอนพิษสุราก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ ดังนี้

1. มาตรการประชาสัมพันธ์

กลุ่มประชาชนทั่วไป: จากภาวะพิษของแอลกอฮอล์มีพิษทั้งทางตรงและทั้งอ้อมต่อหลายระบบอวัยวะในร่างกาย อาทิ ระบบย่อยอาหาร ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบภูมิคุ้มกัน ร่างกายรวมถึงระบบทางเดินหายใจ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากติดเชื้ออาจมีอาการ

รุนแรงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้มีโรคประจำตัว และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จึงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มผู้ดื่มสุรา: ให้ลด ละ เลิกการดื่มสุรา เนื่องจากพิษของแอลกอฮอล์มีทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรังทำให้ตับถูกทำลายลดภูมิต้านทานต่อเชื้อโรค หากติดเชื้อโควิด-19 อาจมีอาการติดเชื้อรุนแรงมากกว่าคนในภาวะปกติ รวมถึงลดการตอบสนองต่อยารักษาภาวะติดเชื้อโควิด-19 หากตั้งใจหยุดดื่มสุราให้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือสถานที่ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่สนับสนุนการดื่ม รวมถึงไม่ดื่มสุราในสาเหตุต่าง ๆ เช่น ท้อแท้ เบื่อหน่าย เศร้า เครียด ต้องสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง กรณีที่ต้องออกนอกที่พักอาศัย ให้พึงระลึกเสมอว่าในสถานการณ์การระบาดฯ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ การใช้จ่ายในครอบครัวควรใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและไม่บั่นทอนสุขภาพ และสามารถขอข้อแนะนำเพิ่มเติมจากศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือสายด่วนยาเสพติด 1165

กลุ่มผู้มีปัญหาการดื่มสุราหรือผู้ติดสุรา: ให้ค่อย ๆ ลดปริมาณการดื่มสุราลง เพื่อป้องกันอันตรายจากการหยุดดื่มกะทันหัน ควรมีการประเมินความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุราของตนเอง โดยสามารถโทรศัพท์สอบถามสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านหรือที่รักษาประจำ ผ่านสายด่วนศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา 1413 สายด่วนสุขภาพจิต 1323 สายด่วนยาเสพติด 1165

ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแล: ให้สังเกตอาการ กรณี ถ้าผู้ที่ยุติดื่มสุรากะทันหัน มีอาการมือสั่น อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว กระวนกระวาย สับสน ชัก มีภาวะหมดสติหรือวิกลจริตฉุกเฉิน ให้รีบพาไปโรงพยาบาล หรือโทรแจ้งสายด่วน 1669 เพื่อเข้ารับการรักษาโดยด่วน

2. มาตรการสำหรับสถานพยาบาล

ควรจัดให้มีระบบประเมินความเสี่ยงและบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุราของผู้ติดสุราควรจัดระบบปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือออนไลน์ และจัดระบบให้รับยาใกล้บ้าน หรือระบบส่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ขาดยา สำหรับผู้ป่วยติดสุราที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง

5.2.9. มาตรการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการระบาดของโควิด-19

ในเดือนมีนาคม 2563 ภายหลังจากพบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ภาครัฐได้ ออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยมาตรการส่วนหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับการปิด การจำกัดเวลาเปิด-ปิดสถานที่ การจำกัดการเดินทาง การจำกัดการรวมกลุ่ม ซึ่งมาตรการเหล่านี้กระทบต่อ อุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่คาบเกี่ยวกับเทศกาลสงกรานต์ 2563 ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบโดยเฉพาะผู้ประกอบการสถานบันเทิง รองลงมาคือผู้ประกอบการ ร้านอาหารและเครื่องดื่ม ผู้ประกอบการร้านขายส่ง และผู้ประกอบการร้านขายของชำ ตามลำดับ สำหรับ มาตรการที่ส่งผลกระทบมากที่สุดคือ มาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วประเทศ ซึ่งส่งผลให้จุด จำหน่ายแอลกอฮอล์ทุกประเภทมีรายได้ลดลงร้อยละ 97.5 และส่งผลถึงการเลิกจ้างพนักงาน (11)

จากข้อมูลของสมาคมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย มูลค่าตลาดที่ลดลงมาจากผลกระทบจากโควิด-19 ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 ทำให้ภาพรวมอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสุราในประเทศ สุรา

นำเข้า เบียร์ ไวน์ ฯลฯ ซึ่งมีมูลค่าตลาดรวมกว่า 3.7 แสนล้านบาทในปี 2562 หายไปกว่า 7 หมื่นล้านบาท ซึ่งเป็นตัวเลขที่มาจากการเสียภาษี ยังไม่นับรวมตัวเลขที่สูญหายไปจากการจำหน่ายผ่านภัตตาคาร ร้านอาหาร และโรงแรม ต่อมา มีการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2563 (12) ซึ่งมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2563 นั้นหมายถึงผู้ประกอบการจะได้รับผลกระทบทั้ง 2 ด้าน คือห้ามขายในร้านอาหาร และยังห้ามขายในช่องทางออนไลน์

เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2564 รัฐบาลได้ออกข้อกำหนดและข้อห้ามตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 16) (13) โดยมีข้อห้ามการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในร้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ควบคุมสูงสุด 28 จังหวัด อันส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยังส่งผลกระทบต่อธุรกิจที่เกี่ยวข้องเนื่องรวมกว่า 1 ล้านคน เพราะช่วงที่เป็นโอกาสทำธุรกิจได้ดีที่สุดในหนึ่งปีของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คือ ธันวาคม-เมษายนของทุกปี โดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 กระทรวงมหาดไทยและศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกันพิจารณาประเมินกำหนดรูปแบบและกำกับกำกับการดำเนินการตามข้อปฏิบัติและมาตรการของการระบาระลอกใหม่ในเดือนธันวาคม 2563 และมกราคม 2564 จะสร้างความเสียหายทำให้ธุรกิจสูญรายได้ไปกว่า 1 หมื่นล้านบาท หากต่อเนื่องทั้งปีคาดว่าจะหายไปกว่า 30% หรือกว่า 9 หมื่นล้านบาทจากมูลค่าตลาดรวมที่ลดลงเหลือ 3 แสนล้านบาท

5.2.5. สรุป timeline มาตรการที่ส่งผลกระทบต่อการบริโภคและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

20 มีนาคม 2563	รัฐมนตรีกระทรวงมหาดไทย มีข้อสั่งการตามข้อการปิดผับและสถานบันเทิง 20 วัน
22 มีนาคม 2563	กทม. สั่งปิดห้างร้านตามประเภทธุรกิจที่กำหนด
26 มีนาคม 2563	รัฐบาลประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน และจัดตั้ง ศบค.
2 เมษายน 2563	รัฐบาลประกาศเคอร์ฟิว
12 เมษายน 2563	ประกาศห้ามจำหน่ายสุราชั่วคราว ทั่วประเทศ
10 เมษายน - 2 พฤษภาคม 2563	ประกาศห้ามจำหน่ายสุราชั่วคราว ทั่วประเทศ
17 พฤษภาคม 2563	ผ่อนปรนระยะที่ 2
1 มิถุนายน 2563	ผ่อนปรนระยะที่ 3 (ขยาย พรก.ฉุกเฉิน)

5.2.5. สรุป timeline มาตรการที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการและการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

15 มิถุนายน 2563	ผ่อนปรนระยะที่ 4 (ยกเลิกเคอร์ฟิว)
1 - 30 มิถุนายน 2563	ปิดผับ บาร์ สถานบันเทิง ในกรุงเทพมหานคร ห้ามบริโภคสุราในร้านอาหาร รวมถึงรถเข็นหาบเร่
1 กรกฎาคม 2563	ผ่อนปรนร้านอาหาร ผับ บาร์ สถานบันเทิง เปิดขายได้ไม่เกิน 5 ทุ่ม - เทียงคิน
31 กรกฎาคม 2563	ผ่อนปรนระยะที่ 5 (ขยาย พรก.ฉุกเฉิน)
31 สิงหาคม 2563	ผ่อนปรนระยะที่ 6 (ขยาย พรก.ฉุกเฉิน)
23 กุมภาพันธ์ 2564	ผ่อนปรนร้านอาหาร ผับ บาร์ สถานบันเทิง เปิดขายได้ไม่เกิน 5 ทุ่ม
15 มีนาคม - 9 เมษายน 2564	รณรงค์ขับไม่ดื่ม ดื่มไม่ขับ การไม่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้เด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี วิเคราะห์ความเสี่ยงการกระทำผิดตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
9 เมษายน 2564	ปิดสถานบันเทิง ผับ บาร์ ใน 41 จังหวัด
10-16 เมษายน 2564	บังคับใช้กฎหมายเพื่อลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตั้งด่านชุมชนให้ อสม. ดูแลคนในครอบครัวและชุมชนไม่ให้ผู้ดื่มขับรถออกสู่ถนน การส่งต่อผู้ถูกคุมประพฤติความผิดฐานเมาแล้วขับเข้ารับการบำบัด และการตรวจวัดเลือดแอลกอฮอล์ผู้บาดเจ็บทางถนนอายุต่ำกว่า 20 ปีทุกราย หากปริมาณเกินมาตรฐานให้สอบเอาผิดสถานที่หรือบุคคลที่จำหน่ายหรือให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กและเยาวชน
16 เมษายน 2564	ปิดผับ บาร์ และงดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหารเด็ดขาด
18 เมษายน 2564	มาตรการข้อกำหนดตาม พรก.ฯ ฉบับที่ 20
19 เมษายน 2564	ประกาศมาตรการ Work from home
28 เมษายน 2564	มาตรการข้อกำหนดตาม พรก.ฯ ฉบับที่ 21
12 กรกฎาคม 2564	เริ่มเคอร์ฟิวห้ามออกนอกเคหสถานหลังเวลา 3 ทุ่ม ร้านค้าปิดก่อนเวลา 2 ทุ่ม โดยยังจำหน่ายแอลกอฮอล์ได้ แต่ห้ามนั่งดื่มที่ร้าน ในพื้นที่สีแดง 10 จังหวัด

5.2.6. ผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการเติบโตภาคอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ก่อนเหตุการณ์ระบาดฯ คาดการณ์ว่าปี 2562 - 2564 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศที่มีสัดส่วนร้อยละ 90 ของปริมาณการผลิตทั้งหมด จะมีแนวโน้มเติบโตเล็กน้อยตามภาวะเศรษฐกิจ และราคาที่สูงขึ้นอาจเป็นข้อจำกัดในการบริโภคสุราของกลุ่มผู้บริโภคในตลาดระดับล่าง ตลาดเริ่มเข้าสู่ภาวะอิ่มตัวเนื่องจากพฤติกรรมผู้บริโภคใส่ใจในสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับภาครัฐมีมาตรการเพื่อลดอัตราการบริโภคเครื่องดื่มกลุ่มที่ส่งผลกระทบหรือมีผลข้างเคียงต่อสุขภาพ การควบคุมการทำการตลาดและการโฆษณา การกำหนด zoning การรณรงค์และจัดกิจกรรมงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนตลาดส่งออก ที่มีสัดส่วนร้อยละ 10 ของปริมาณการผลิตทั้งหมด มีโอกาสเติบโตแบบค่อยเป็นค่อยไปตามการขยายตลาดของผู้ผลิตไปยังตลาดเป้าหมายสำคัญ การส่งออกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมีโอกาสรับเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากการบริโภคในอาเซียนซึ่งเป็นตลาดส่งออกหลักของไทย ที่มีสัดส่วนกว่าร้อยละ 80 ของมูลค่าส่งออกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดของไทย ยังมีแนวโน้มเติบโตดี และผู้ประกอบการไทยออกผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ เพื่อกระตุ้นตลาด รวมทั้งการขยายเครือข่ายกระจายสินค้าในตลาดเอเชียเพิ่มขึ้น และเข้าไปลงทุนเพื่อขยายฐานผู้บริโภคผลิตภัณฑ์ของไทยพ่วงกับการทำตลาดผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับฐานการผลิตในท้องถิ่นเป็นหลักเพื่อช่วงชิงส่วนแบ่งการตลาด (14)

กรมสรรพสามิตจัดเก็บรายได้ประเภทภาษีเบียร์และภาษีสุรา ระหว่างตุลาคม 2560 - กันยายน 2561 ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า 17,532.92 ล้านบาท เป็นผลมาจากผู้ประกอบการชะลอการชำระภาษีและกักตุนสินค้าล่วงหน้าไปก่อนที่พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีผลบังคับใช้ในวันที่ 16 กันยายน 2560 การเพิ่มความเข้มงวดของการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรณรงค์ลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ทำให้พฤติกรรมผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไป ต่อมาในระหว่างตุลาคม 2561 - กันยายน 2562 สามารถจัดเก็บภาษีเบียร์และภาษีสุราได้เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า 8,915.84 ล้านบาท สาเหตุเนื่องมาจากผู้ประกอบการทุกกลุ่มเพิ่มปริมาณการชำระภาษีหลังจากที่ได้ผ่านช่วงปรับตัวให้ชำระภาษี ภายใต้การบังคับใช้พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ในปีก่อน ประกอบกับผู้ประกอบการสุราในประเทศได้มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง เปิดตัวผลิตภัณฑ์ขนาดใหญ่ของสุรารีปรับโฉมสุราให้มีความทันสมัยและ premium มากขึ้น ทำให้ชำระภาษีเพิ่มขึ้น (15)

ภายหลังเกิดการระบาดฯ ในปีงบประมาณ 2563 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดระลอกแรก การจัดเก็บภาษีเบียร์และภาษีสุราในภาพรวมระหว่างตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 จัดเก็บได้ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า 609.77 ล้านบาท ในส่วนของภาษีเบียร์สามารถจัดเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น 935.97 ล้านบาท เนื่องจากผู้ประกอบการบางรายเร่งการผลิตสินค้าเพื่อทดแทนสินค้าที่หายไปจากตลาดในช่วงที่ชะลอการชำระภาษีจากสถานการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดฯ แต่อย่างไรก็ตาม การชะลอตัวทางเศรษฐกิจก็ยังส่งผลกระทบต่อปริมาณการบริโภคโดยรวม ทำให้ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ชะลอการชำระภาษี ในขณะที่ภาษีสุราจัดเก็บได้ลดลง 326.19 ล้านบาท เนื่องจากการระบาดฯ ทำให้รัฐบาลประกาศงดจำหน่ายสุราในช่วงเดือนเมษายน 2563 มีผลให้ช่องทางในการจำหน่ายลดลง

5.2.7. การปรับตัวของอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

มาตรการต่าง ๆ ที่บังคับใช้เพื่อลดอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดข้อจำกัดต่ออุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลายประการ ผู้ประกอบการได้หาวิธีในการเลี่ยงกฎหมายและมาตรการเหล่านี้เพื่อเข้าถึงผู้บริโภค เพิ่มยอดขาย และขยายฐานลูกค้า โดยใช้กลยุทธ์การตลาดใหม่ ๆ หลายหลายวิธี ได้แก่ การโฆษณาในแนวรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) การนำเสนอแนวคิดเรื่องการดื่มอย่างรับผิดชอบ (Responsible drinking) การสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการ เช่น การตลาดที่ใช้ดนตรีนำ (music marketing) และการตลาดที่ใช้กีฬา นำ การสื่อสารประเด็นมิตรภาพ ความผูกพัน ความเป็นกลุ่มเป็นก้อน ซึ่งเป็นค่านิยมหลักค่านิยมหนึ่งในสังคมไทย การสื่อสารผ่านช่องทาง social media โดยแต่ละ fan page มีเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น สำหรับสื่อสารเรื่องดนตรี lifestyle กิจกรรมจิตอาสาของแบรนด์ การสื่อสารผ่านช่องทาง social media อื่น ๆ ที่อยู่ในลักษณะจ้างหรือซื้อพื้นที่โฆษณา เช่น แพนเพจเน้นการกินดื่มเที่ยว ร้านอาหาร ร้านเหล้า วงดนตรี เล่าข่าว หรือพูดคุยแนวเฮฮา สนุกสนาน เป็นต้น การโฆษณาแฝงประเภท รีวีว หรือช่วยกระจายข่าว การใช้บุคคลที่เป็นที่รู้จักมากกล่าวถึงสินค้าหรือแสดงออกว่าเป็นผู้ใช้สินค้า โดยสื่อสารผ่าน lifestyle ของบุคคลนั้น การเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้การสนับสนุนงานออกร้านที่กำลังเป็นที่นิยมในช่วงเวลานั้น โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ และมุมถ่ายรูป มีการใช้ซื้อสินค้าเป็นของขวัญ นำเสนอความสนุกสนาน การเล่นกับสิ่งที่เป็นกระแสสังคม ฉวยกระแส มาใช้ให้เกิดประโยชน์ผ่าน social media ซึ่งมีผู้บริโภคเป็นศูนย์กลาง มีความ real-time และมีผลต่อความคิด ทศนคติ การเปลี่ยนพฤติกรรม การขึ้นนำ การชักชวนเชิญชวน ในกลุ่มผู้บริโภคเป้าหมาย ให้ทำตามกระแสนั้น การให้ทุนอุปถัมภ์ต่าง ๆ กับสถาบันการศึกษา หน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ปรากฏชื่อผลิตภัณฑ์หรือองค์กร หรือได้พื้นที่สำหรับสื่อสารกับผู้บริโภคผ่านกิจกรรมเหล่านั้น การใช้สิ่งต่าง ๆ มาเป็นสื่อโฆษณา เช่น ป้ายไฟร้านอาหารและเครื่องดื่ม แก้วน้ำ หมวก เสื้อ อุปกรณ์จัดบูธกิจกรรม (16)

ปี 2552 - 2561 ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บางส่วนเน้นทำการตลาดในต่างประเทศทดแทนตลาดในประเทศที่ชะลอตัว ด้วยการออกไปร่วมทุนตั้งโรงงานในต่างประเทศ และปรับกลยุทธ์เน้นผลิตเครื่องดื่ม premium มีจุดขายในเรื่องสุขภาพและมีความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ ทำการตลาดหลากหลายรูปแบบ เน้นขายเร็วและปริมาณมากขึ้น รวมไปถึงการบริหารต้นทุนให้แข่งขันได้ในตลาด ด้วยการจัดการ stock ให้สั้นลงและบริหารจัดการช่องทางการขายสินค้าไปสู่ลูกค้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นคาดการณ์ปี 2562-2564 ธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะอาศัยการเร่งทำการตลาดในช่วงที่มีการจัดมหกรรมกีฬาสำคัญ ช่วยกระตุ้นยอดขายผ่านช่องทางร้านอาหารและสถานบันเทิง และวางแผนออกผลิตภัณฑ์ระดับ premium เพื่อกระตุ้นตลาดระดับบนที่ยังมีโอกาสขยายตัวได้มากกว่า นอกจากนั้นกระแสความนิยมคราฟท์เบียร์ในสังคมไทยได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นตามลำดับ คราฟท์เบียร์จึงกลายเป็นผลิตภัณฑ์ที่คาดว่าจะสามารถเติบโตและขยายตลาดได้ (17)

ภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ประเทศไทยประกาศใช้พระราชกำหนดในสถานการณ์ฉุกเฉิน มีผลเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 (18) และประกาศห้ามออกนอกเคหสถานระหว่างเวลา 22.00 - 04.00 น. ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 รวมทั้งมีคำสั่งปิดร้านค้า สถานบริการ และสถานประกอบการที่จำหน่ายสุราเป็น

การชั่วคราว งดจัดงานสงกรานต์และห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลในทุกจังหวัด ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน - 3 พฤษภาคม 2563 ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการปรับตัวตามมาตรการของรัฐในการระบาดระลอกแรก โดยเปลี่ยนมาจำหน่ายสินค้าอื่น ในช่วง 1 เมษายน - 2 พฤษภาคม 2563 ที่เป็นช่วงห้ามจำหน่าย ต่อมาช่วงวันที่ 3 พฤษภาคม - 6 มิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่มีมาตรการห้ามนั่งรับประทานที่ร้านให้ซื้อกลับบ้านเท่านั้น ก็เปลี่ยนมาขายแบบซื้อกลับบ้าน มีบริการจัดส่งแบบ delivery ส่งฟรี ในระยะทางที่กำหนด ทำการตลาดสื่อสารกับลูกค้า จัดกิจกรรมส่งเสริมการขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และต่อมาช่วงที่สามารถนั่งดื่มในร้านได้ มีการจัด promotion ลดราคาอาหารและเครื่องดื่ม แจกหรือแถมเครื่องดื่มเพื่อส่งเสริมการขาย

ผู้บริโภคและผู้ประกอบการได้ยื่นฟ้องขอให้เพิกถอนและเรียกค่าเสียหายกรณีการออกประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 และร้องขอนายกรัฐมนตรีให้ยกเลิกหรือพักการใช้ประกาศฉบับนี้ไปก่อน (19) เพื่อช่วยให้ผู้ประกอบการที่ไม่สามารถจำหน่ายผ่านร้านอาหาร สถานบันเทิง สามารถทำการโฆษณา และเปิดช่องทางการจำหน่ายในรูปแบบออนไลน์ ขณะที่ผู้ประกอบการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ขายในช่องทางออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มธุรกิจคราฟต์เบียร์ เป็นนักธุรกิจรุ่นใหม่หรือสตาร์ทอัพ ไม่มีช่องทางการขายอื่น ซึ่งปัจจุบันมีมูลค่าการขายราว 3,000-4,000 ล้านบาท โดยส่วนใหญ่เจาะตลาดระดับกลางถึงบน และ 60-70% ขายผ่านช่องทางออนไลน์เป็นหลัก ส่วนอีก 30-40% เป็นการขายผ่านร้านค้า เช่น ร้านอาหาร ผับ บาร์ ฯลฯ ซึ่งเมื่อทุกช่องทางการขายถูกปิดก็จะได้รับผลกระทบอย่างหนัก ซึ่งหากมีการปิดกั้นทุกช่องทางผู้ประกอบการก็จำเป็นจะต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด และหันไปขายในรูปแบบอื่นเช่น เว็บไซต์เถื่อน ใต้ดิน เป็นต้น

จากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีหลายระลอกตั้งแต่มีนาคม 2563 เป็นต้นมา สมาคมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย จึงรณรงค์ขอความร่วมมือทั้งผู้บริโภคและผู้ขายให้ปฏิบัติตามมาตรการของรัฐและบริโภคอยู่ที่บ้านอย่างรับผิดชอบ (Responsible Drinking At Home) พร้อมแนะนำผู้บริโภค "ดื่มที่บ้าน ไม่รวมกลุ่ม ด่านโควิด ไม่ติดต่อ" ย้ำให้ไม่รวมกลุ่มสังสรรค์ ไม่บริโภคเครื่องดื่มจากแก้วหรือภาชนะเดียวกัน ไม่บริโภคในที่สาธารณะ ไม่ดื่มขณะท้องว่าง ดื่มในปริมาณที่พอเหมาะ ดื่มน้ำตามเยอะ ๆ ไม่ดื่มเกินพอดีจนขาดสติสัมปชัญญะ การดื่มอย่างรับผิดชอบที่บ้านจึงนับว่าเป็นการเฝ้าระวังตัวเองไม่ให้เป็นภาระแก่สังคมในช่วงเวลาวิกฤติ โดยยืนยันว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่สาเหตุให้เกิดการแพร่เชื้อ (20) แต่การแพร่เชื้อสามารถเกิดจากการรวมกลุ่มกันจากกิจกรรมใดก็ได้ แนะนำให้ผู้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จัดระเบียบในการซื้อขายให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม แจกบัตรคิวการเข้าซื้อ เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อและความชุมนุม

5.2.8. สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในแต่ละระยะการระบาดของโรคโควิด-19 มีความแตกต่างกัน จากองค์ความรู้จากการวิจัยถึงความเสี่ยงต่อการป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 อันมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่เพิ่มขึ้น จากความตระหนักต่อโรคโควิด-19 ที่เปลี่ยนแปลงไป และความเข้มข้นของมาตรการที่แตกต่างกันในแต่ละระยะ อย่างไรก็ตามการติดตามการเปลี่ยนแปลงขนาดของพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในประเทศไทยนั้นไม่ได้รวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องในทุกระยะการระบาด จึงไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบในแต่ละระยะการระบาดได้

การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ ได้ทำการสำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล ในช่วงการระบาดฯ ตลอดจนผลกระทบของการห้ามจำหน่ายรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลและผู้โดยสาร และแนวทางการช่วยเหลือผู้โดยสาร โดยสำรวจกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 15 จังหวัดทั่วประเทศ ด้วยการโทรศัพท์สัมภาษณ์จำนวน 1,566 ตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 17 - 30 เมษายน 2563 พบว่า การร้อยละ 70 ทราบว่าการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และเป็นการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย อาจทำให้ติดเชื้อได้ง่ายและอาจป่วยรุนแรง และในผู้ที่เคยใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีร้อยละ 40.7 ที่ขี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยในกลุ่มนี้มีผู้ที่ไม่ได้ขี่เลยหรือขี่น้อยลง ถึงร้อยละ 81.5 เนื่องจากหาซื้อไม่ได้ หรือหาซื้อยาก ในขณะที่ร้อยละ 18.2 ขี่เท่าเดิม และมีเพียงร้อยละ 0.3 ที่ขี่บ่อยขึ้น เพราะมีเวลามากขึ้น โดยกลุ่มที่ขี่ประจำ (อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง) มีแนวโน้มขี่เท่าเดิม หรือขี่บ่อยขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ขี่นาน ๆ ครั้ง และพบว่ามีกลุ่มที่ขี่ประจำอยู่ถึงร้อยละ 39.3 ซึ่งโดยมากขี่กับคนในครอบครัว และสวนใหญ่ขี่ที่บ้าน หรือที่ฝึกของตัวเอง เกือบทั้งหมดร้อยละ 97.9 ระบุว่า ณ วันที่ทำการสำรวจนั้นมีการประกาศห้ามจำหน่ายรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในจังหวัด เฉพาะตัวอย่างที่ระบุว่ามีการประกาศห้ามจำหน่าย มีร้อยละ 35.8 ที่คุ้นเคยก่อน ขณะที่ร้อยละ 64.2 ไม่ได้คุ้น แต่กลุ่มที่ไม่ได้คุ้นกลับพบว่ามีร้อยละ 36.4 ที่ขี่ได้ เพราะที่บ้านมีเก็บไว้แล้ว รวมถึงไปขี่กับเพื่อนหรือคนอื่น แต่ที่นำพิจารณาคือ มีร้อยละ 16.2 ที่ยังหาซื้อได้จากร้านขายของชำในชุมชน ทั้งที่มีประกาศห้ามจำหน่ายแล้ว นอกจากนั้นร้อยละ 15.7 ยังพบเห็นการใช้รถจักรยานยนต์สาธารณะและร้อยละ 5.8 ยังพบเห็นการใช้รถจักรยานยนต์สาธารณะ ทั้งนี้ กว่า 3 ใน 4 ระบุว่ามีการรณรงค์ขี่เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในชุมชน/หมู่บ้าน แต่มีเพียงร้อยละ 5.6 ที่ระบุว่ามีการช่วยเหลือผู้โดยสาร อย่างไรก็ตาม มีถึงร้อยละ 28.7 ที่ระบุว่าไม่มีผู้โดยสาร และร้อยละ 50.7 ระบุว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ สวนใหญ่กว่าร้อยละ 90 ได้รับความเดือดร้อนในช่วงการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะการสูญเสียรายได้และความยากลำบากในการประกอบอาชีพ ในทางตรงข้าม มีเพียงสวนน้อยไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ได้รับความเดือดร้อนในช่วงห้ามจำหน่ายรถจักรยานยนต์ส่วนบุคคล (21)

กองโรคไม่ติดต่อได้สำรวจผลกระทบจากการระบาดฯ และการบังคับใช้พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉิน ร่วมกับการส่งเสริมมาตรการ Social distancing ในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2563 ต่อพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในประชากร ในรูปแบบออนไลน์โดยใช้ Google form ระหว่างวันที่ 27 เมษายน-3 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ในผู้ที่เคยใช้รถจักรยานยนต์ส่วนบุคคลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

จำนวน 2,043 คน มีผู้ระบุว่าปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วงการระบาดของโรค โควิด-19 ร้อยละ 78.1 ดื่มปริมาณเท่าเดิม ร้อยละ 17.3 และดื่มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.6 (22)

จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าแนวโน้มอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศระหว่าง ปี 2547 - 2557 มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 32.7 ถึง 32.3 แต่หลังจากปี 2558 พบว่าอัตราการดื่มมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ซึ่งเป็นผลจากการรณรงค์การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ห้ามดื่มในสถานที่ต่าง ๆ (23)

ระยะผ่อนปรนในช่วงการระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม 2563

เมื่อสถานการณ์การระบาดฯ มีแนวโน้มลดลง เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 รัฐบาลจึงได้ออกข้อกำหนดเพิกถอนการทั่วไปและข้อปฏิบัติแก่สวนราชการต่าง ๆ ผ่อนคลายให้ดำเนินการหรือทำกิจกรรมบางอย่างได้ รวมถึงสามารถซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลับจากร้านจำหน่ายได้แต่ไม่สามารถนั่งดื่มในร้าน โดยให้เป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดแต่ละจังหวัดในการออกคำสั่งยกเลิกการห้ามจำหน่าย (24) ในช่วงดังกล่าวพบว่าสัดส่วนการดื่มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.3 โดยเฉพาะในกลุ่มที่ดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24.0 (25)

เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้มีการพิจารณามาตรการผ่อนคลายในระยะที่ 4 โดยอนุญาตให้ร้านอาหาร ภัตตาคาร โรงแรม สามารถจำหน่าย และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในร้านได้(26) (ในช่วงดังกล่าว พบว่าสัดส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23.2 เมื่อเปรียบเทียบกับเดือนเมษายน 2563(27)

5.2.9. สรุป

รัฐบาลไทยให้ความสำคัญกับการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มาตรการควบคุมการระบาดฯ ส่งผลให้ร้านค้าต้องจำกัดการจำหน่าย ประชาชนเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยากขึ้น การตลาดของธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เป็นไปตามแผน และต้องปรับตัวตาม lifestyle ของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป การตลาดผ่านช่องทางออนไลน์เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารอย่างไรก็ตามเนื้อหาการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ถูกจำกัดโดยกฎหมาย จึงมีการนำเสนอผ่านเนื้อหาแนวรับผิชอบสังคม หรือแทรกในเนื้อหาอื่นเช่นดนตรี กีฬา เป็นต้น ในขณะเดียวกัน ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ.2563 ก็เพิ่งมีผลบังคับใช้ในช่วงการระบาดพอดี เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2563 ประกอบกับความตระหนักของประชาชนต่อสุขภาพและความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้ผู้ระบุว่าเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงก่อนการระบาด ดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในช่วงการระบาดระลอกแรกกว่าร้อยละ 80 และความชุกของผู้ที่ระบุว่าดื่มสุราในปัจจุบันลดลงร้อยละ 18 เมื่อเทียบกับในปี 2558 แม้กระนั้นผู้บริโภคบางกลุ่มยังสามารถแสวงหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองผ่านช่องทางอื่น เช่นการซื้อต้นไว้อ่อนหน้าการดื่มที่บ้านเพื่อน หรือแม้แต่การลักลอบจำหน่าย การลดลงของการบริโภคกระทบต่อภาพรวมอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งสุราในประเทศ สุรานำเข้า เบียร์ ไวน์ ฯลฯ ซึ่งสูญเสียมูลค่าตลาดไปหลายหมื่นล้านบาท

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่รัฐบาลไทยประกาศผ่อนปรนให้สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ take home ได้ สัดส่วนการดื่มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20% และภายหลังการผ่อนปรนให้สามารถนั่งดื่มในร้านได้ สัดส่วนการดื่มเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 เมื่อเทียบช่วงการระบาดระลอกแรก สะท้อนว่ายังมีความต้องการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ซ่อนอยู่จำนวนหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. 2551 [1-16]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/lawalc/001_1alc.PDF.
2. กรมสรรพสามิต. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 2560 [Available from: <https://www.excise.go.th/rayong2/home/UATUCM340629>]
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติจราจรทางบก 2522 [Available from: <http://www.highway.police.go.th/highway2-20-9999-update.pdf>].
4. กรมกิจการเด็กและเยาวชน. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก 2515 [Available from: https://dcy.go.th/webnew/upload/regulation/regulation_th_20170105023516_1.pdf]
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 253 2515 [Available from: http://www.law.moi.go.th/law/group2/group2_law3.pdf].
6. คำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ. มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทางและการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ. 2558 [Available from: https://www.roadsafetythai.org/content/doc_20181208143534.pdf].
7. มุลินธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย นนทบุรี. 2557.
8. มุลินธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. แผนงานการพัฒนาดัชนีภาวะทางสุขภาพ เพื่อการพัฒนา นโยบาย 2561.
9. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขอความร่วมมือประชาชนดำเนินการตามมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2563 [Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=12340&deptcode=brc>].
10. กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขอความร่วมมือประชาชนดำเนินการตามมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 2563 [Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=12340&deptcode=brc&news_views=692].

11. กนิษฐา ไทยกกล้า, นิษฐา หรุ่นเกษม, วิทย์ วิชัยดิฐ. การศึกษาผลกระทบของการระบาดโควิดต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย 2564 [2]. Available from: http://cas.or.th/cas/?page_id=5611&paged=2.
12. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี. ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะการขายทางอิเล็กทรอนิกส์ 2563 [Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000656.PDF>].
13. ราชกิจจานุเบกษา. ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา ๙ แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 16) 2564 [Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/001/T_0001.PDF].
14. Yongpisanphob W. แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2562-2564: อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม 2562 [Available from: <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/Food-Beverage/Beverage/IO/io-beverage-20-th>].
15. กรมสรรพสามิต. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ.2560 2560 [Available from: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzu1/~edisp/uatucm355005.pdf>].
16. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. การกิจกรรม CSR และส่งเสริมการขาย 2554-2563 [10]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1xgS_BFGVYA9axQHypymRfSgPBQ1UnRAk/view.
17. กนิษฐา ไทยกกล้า, สุโข เสมมหาศักดิ์. คราฟต์เบียร์ในสังคมไทย 2560.
18. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร. 2563.
19. อัญชัญ อันชัยศรี. “ประชาชนเปียร์” ขอศาลปกครอง คัดค้านข้อห้ามขายออนไลน์ กระทั่งผู้ค้ารายย่อย 2564 [Available from: <https://theactive.net/news/20210219-4/>].
20. สมาคมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทยรณรงค์ขอความร่วมมือทั้งผู้บริโภคและผู้ขายให้ยึดหลักการเว้นระยะห่างทางสังคม งดการรวมกลุ่มสังสรรค์ และบริโภคอยู่ที่บ้านอย่างรับผิดชอบ หรือ Responsible Drinking At Home: สมาคมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไทย; 2563 [8 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.tabba.in.th/news/detail/12>.
21. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ สงขลา. 2563.

22. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, สุธิตา แก้วทา. ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับมาตรการการควบคุมการระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(4):14.
23. สรุปผลสำหรับผู้บริหารสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
24. โพสต์ทูเดย์. ไฟเขียวขายเหล้า-เบียร์ ทั่วประเทศ ให้ซื้อกลับบ้านห้ามดื่มที่ร้าน 1 พฤษภาคม 2563 [Available from: <https://www.posttoday.com/social/general/622388>].
25. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ (ครั้งที่ 2).สงขลา. โครงการสำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 2563.
26. อมรินทร์ทีวีออนไลน์. นายภา ไฟเขียว ยกเลิกเคอร์ฟิวคลายล็อกเฟส 4 12 มิถุนายน 2563 [Available from: <https://www.amarintv.com/news/detail/34444>].
27. ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 15 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ (ครั้งที่ 3) สงขลา. โครงการสำรวจการรับรู้ถึงความเสี่ยงและพฤติกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 1 เมษายน 2563

5.3 ผลกระทบต่อการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ผัก และผลไม้

5.3.1. บทนำ

อาหารหวาน มัน เค็ม เป็นอาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกายหากรับประทานแต่พอดี แต่ทว่าปัจจุบันการเข้าถึงอาหารง่ายขึ้น มีอาหารและขนมให้เลือกสรรมากมาย วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ประชาชนนิยมบริโภคอาหารปรุงสำเร็จนอกบ้านมากขึ้น เป็นสาเหตุให้ประชาชนบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ปริมาณมากขึ้นจนเกินค่าปริมาณที่ร่างกายต้องการต่อวัน อันเป็นสาเหตุให้เกิดโรคไม่ติดต่อได้ในอนาคต โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้แต่ละวันร่างกายควรบริโภคน้ำตาลไม่เกิน 24 มิลลิกรัม และโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประชาชนไทย มีแนวโน้มอ้วนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนว่ามีการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคต่อวันมากกว่าค่าที่กำหนดกว่า 2 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย

การระบาดของโรคโควิด-19 ที่อุบัติขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ มกราคม 2563 และมาตรการควบคุมป้องกันกันการระบาด ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้จำกัดการเข้าถึงอาหารในรูปแบบเดิม ตลอดจนงานรื่นเริงสังสรรค์ ทำให้รูปแบบแหล่งอาหารของประชาชนเปลี่ยนไป ในขณะเดียวกันผู้ผลิตอาหาร และผู้ประกอบการร้านอาหารก็มีการปรับตัว และปรับกลยุทธ์การตลาดด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลพฤติกรรมกรเข้าถึง และการรับประทานอาหารของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นประเภทอาหาร วิธีการปรุงอาหาร วิธีการซื้ออาหาร รูปแบบการรับประทานอาหาร อันจะส่งผลต่อเนื่องยังปริมาณการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ผัก และผลไม้ที่เปลี่ยนไปในประชากรแต่ละกลุ่ม

5.3.2. ผลกระทบต่ออุตสาหกรรมอาหาร และร้านค้า

มาตรการด้านสุขภาพและความปลอดภัยที่เข้มงวดขึ้นในช่วงการแพร่ระบาด เช่น การจำกัดจำนวนลูกค้าที่ใช้บริการภายในร้าน การทำความสะอาดฆ่าเชื้อเป็นประจำ หรือจุดบริการเจลล้างมือ กลายเป็นปัจจัยที่ผู้บริโภคชาวไทยให้ความสำคัญที่สุดเมื่อต้องซื้อสินค้าจากหน้าร้าน โดยผลสำรวจผู้บริโภคทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (Global Consumer Insight Pulse Survey) โดย PwC ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง มีนาคม 2564 พบว่า ร้อยละ 29 ของผู้บริโภคคำนึงถึงการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโควิด-19 ของร้านค้าเป็นสำคัญ ร้อยละ 38 ของผู้บริโภคชาวไทยเลือกจ่ายสินค้าจากหน้าร้าน (Physical Store) เป็นช่องทางหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสินค้าอุปโภคบริโภคหรือสินค้าประเภทของชำ (Grocery) แต่ในขณะเดียวกันก็มีการจ่ายใช้สอยเพื่อซื้อสินค้าและบริการผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ เป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นสมาร์ทโฟนหรือโทรศัพท์มือถือ (37%) นอกจากนี้การชำระเงินแบบไร้สัมผัส (Contactless) ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการพิจารณาซื้อสินค้าหน้าร้านด้วย การที่ผู้บริโภคชาวไทยให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัย เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเงินสดซึ่งอาจเป็นแหล่งของเชื้อโรค ฉะนั้น บริษัทและธุรกิจค้าปลีก

ต่าง ๆ จึงสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับลูกค้า โดยเพิ่มความเข้มงวดด้านมาตรการความปลอดภัยและเพิ่มช่องทางการชำระผ่านดิจิทัลเพย์เมนต์เพื่ออำนวยความสะดวก ตลอดจนสร้างความไว้วางใจให้กับผู้บริโภค (1)

การระบาดฯ ที่ผ่านมา ทำให้ธุรกิจทั้งขนาดเล็กและใหญ่ต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ทันกับไลฟ์สไตล์ของผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป รูปแบบการปรับตัวที่พบ เช่น การให้บริการส่งถึงบ้านหรือดีลิเวอรีผ่านแอปพลิเคชันผู้ให้บริการอย่าง Grab, LINE MAN, food panda, GET เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางแรกที่เกิดขึ้นที่เกือบทุกร้านเลือกใช้ เพราะเป็นวิธีที่ตอบโจทย์พฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในยุคที่มีการระบาดได้ตรงจุดที่สุด ซึ่งในบางแอปพลิเคชันมีการจัดโปรโมชั่นร่วมกับร้านอาหาร ไม่ว่าจะเป็นส่วนลดค่าอาหาร ส่วนลดค่าจัดส่งสำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในละแวกใกล้เคียงกับร้านอาหาร หรือการจัดชุดเมนูในราคาพิเศษอีกด้วย นอกจากนี้ในช่วงระบาดฯ ที่คนจำนวนมากไม่สามารถทำงานประจำได้เหมือนเคยหรือต้องว่างงานจากผลกระทบของการระบาด หลายคนได้หันมาทำอาหารที่บ้าน (home cooking) กันมากขึ้นและหาอาชีพเสริมด้วยการนำมาขายผ่านทางโซเชียลมีเดีย ทำให้เกิดธุรกิจการขายรูปแบบใหม่และเป็นอีกช่องทางหนึ่งให้ผู้บริโภคมีตัวเลือกที่หลากหลายมากขึ้น (2)

ภายหลังจากรัฐบาลคลายล็อกดาวน์ และเดินทางนโยบายเปิดประเทศช่วงกลางปี 2564 ผลักดันธุรกิจอาหารให้มีการขยายตัวอย่างคึกคัก โดยในช่วงเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2564 ธุรกิจร้านอาหารฟื้นตัวกลับมาและมีการเติบโตสูงสุดในรอบ 10 เดือน โดยเฉพาะธุรกิจอาหารหมวดบุฟเฟต์ (3) และในช่วงมาตรการผ่อนปรนที่รัฐบาลอนุญาตให้ร้านอาหารสามารถเปิดให้ลูกค้ามานั่งรับประทานในร้านได้ หลายร้านจึงได้พร้อมใจกันปรับรูปแบบการให้บริการตามแนวทางการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) เช่น การจำกัดจำนวนลูกค้าที่มาใช้บริการในแต่ละรอบ การตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิลูกค้าก่อนใช้บริการ และการทำความสะอาดฆ่าเชื้อหลังลูกค้าเข้าใช้บริการ

5.3.3. สถานการณ์การบริโภคอาหารในแต่ละระยะการระบาดของโรคโควิด-19

การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563

จากการสำรวจแบบออนไลน์ในช่วงของการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรกช่วงเดือนเมษายน 2563 ในประเทศไทยโดยกองโรคไม่ติดต่อ (4) พบว่ามีผู้ระบุว่ากินอาหารที่ปรุงเองที่บ้านบ่อยขึ้น ร้อยละ 57.5 โดยส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 82 ปรุงอาหารเองเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ระบุว่าซื้ออาหารลดลง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.5 คำนึงถึงปริมาณโซเดียม หรือน้ำตาลในอาหารที่รับประทาน อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ร้อยละ 60.8 ระบุว่าอาหารที่ปรุงเองมีปริมาณต่อมือน้อยกว่าอาหารที่ซื้อ แต่ทว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53.6 ระบุว่าปริมาณอาหารที่รับประทานต่อวันไม่แตกต่างจากช่วงก่อนมีการระบาด โดยมีร้อยละ 23.9 ระบุว่ารับประทานอาหารปริมาณลดลง ร้อยละ 18.2 รับประทานอาหารปริมาณเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาในกลุ่มอาหารกลุ่มที่มีระดับโซเดียม หรือน้ำตาลในสัดส่วนที่สูง พบว่าการรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานมีสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 52.1-54.7 ระบุว่ารับประทานบ่อยเท่าเดิม รองลงมาร้อยละ 26.9-29.7 ระบุว่าความถี่ลดลง และร้อยละ 15.5-18.6 รับประทานถี่เพิ่มขึ้น ในส่วนของการดื่มเครื่องดื่มประเภทกาแฟ ชา และโกโก้ พบว่า

ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.8 ระบุว่ารับประทานบ่อยเท่าเดิม รองลงมาร้อยละ 22.1 ระบุว่าความถี่ลดลง และร้อยละ 13.8 รับประทานถี่เพิ่มขึ้น การรับประทานขนมถุง ขนมกรุบกรอบ พบว่าร้อยละ 49.4 ระบุว่า รับประทานเท่าเดิม ร้อยละ 37.1 รับประทานลดลง และร้อยละ 13.5 ระบุว่ารับประทานเพิ่มขึ้นการรับประทานขนมหวานหรือลูกกวาด พบว่าร้อยละ 48.4 รับประทานเท่าเดิมร้อยละ 42.8 รับประทานลดลง และร้อยละ 6.8 รับประทานเพิ่มขึ้น การรับประทานผลไม้ พบว่าร้อยละ 49.4 ระบุว่ารับประทานเท่าเดิม ร้อยละ 39 ระบุว่ารับประทานมากขึ้น ร้อยละ 10.5 รับประทานลดลงการรับประทานผัก พบว่า ร้อยละ 58 รับประทานเท่าเดิม ร้อยละ 32.9 รับประทานมากขึ้น ร้อยละ 8.3 รับประทานลดลง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.6 ได้ซั้้งน้ำหนั้กตนเองในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ.2563 โดยในจำนวนนี้อาจมีบางคนที่ไม่ทราบค่าน้ำหนักตนเองก่อนหน้าการระบาดจึงอาจไม่สามารถระบุความแตกต่างได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่สามารถระบุแตกต่างได้จำนวน 6,789 คน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.8 ระบุว่ามิน้ำหนักคงที่ ร้อยละ 32.7 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และร้อยละ 18.5 มีน้ำหนักลดลง

คันทาร์ เวิร์ลพาแนล (Kantar Worldpanel) บริษัทให้คำปรึกษาด้านการตลาดและข้อมูลเชิงลึกเปิดเผยผลสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภคชาวไทยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 10-16 เมษายน 2563 พบว่าคนไทยซื้ออาหารบรรจุพร้อมขาย (Packaged Food) เพิ่มขึ้นถึง 40% ซึ่งมากกว่าการซื้อเครื่องดื่ม สินค้าภายในบ้าน และของใช้ส่วนตัว การสั่งอาหารผ่านบริการ Food Delivery ก็ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น โดยคนไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจำนวน 1,638 คน อายุระหว่าง 15-49 ปี กว่า 38% สั่งอาหารผ่านบริการ Food Delivery มากกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาดฯ อย่างไรก็ตามคนไทยกว่า 79% ยากกลับไปทานอาหารในร้าน และจะใช้บริการ Food Delivery น้อยลง หากมีความปลอดภัยมากพอ (5)

จากข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้สำรวจพฤติกรรมทางออนไลน์ เรื่อง “การใช้บริการ Online Food Delivery ของคนไทย” ระหว่างวันที่ 5-15 มีนาคม 2563 พบว่า มีผู้ใช้บริการสั่งอาหารออนไลน์ถึงร้อยละ 85 และอาหารที่นิยมสั่งทางออนไลน์คืออาหารจำพวกฟาสต์ฟู้ดต่าง ๆ เช่น ไก่ทอด เบอร์เกอร์ พิซซ่า ร้อยละ 61 รองลงมาเป็นอาหารตามสั่งร้อยละ 47 และก๋วยเตี๋ยวหรืออาหารประเภทเส้น ร้อยละ 41 ส่วนอาหารสำเร็จรูปมีการสำรองกักตุนไว้ ร้อยละ 69 โดยอาหารแห้งที่ซื้อมากกักตุนคือ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น หมูหยอง หมูแผ่น หมูทุบ ปลากระป๋อง ขนมหวาน เช่น ช็อคโกแลต เค้กคุกกี้ และอาหารสำเร็จรูปแช่แข็งตามลำดับ (2)

การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้ทำการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมบริโภคอาหารของคนไทยระหว่างวันที่ 8-11 มกราคม 2564 ผ่าน google form พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการเกิน มากถึงร้อยละ 58.4 โดยพบน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 21.3 อ้วนร้อยละ 26 และอ้วนอันตราย ร้อยละ 11.1 ผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่กินอาหารเข้าทุกวัน ร้อยละ 72.9 โดยอาหารเข้าที่ชอบกินคือ ข้าวและกับข้าว ร้อยละ 53.6 กาแฟ และขนมปัง ร้อยละ 45.8 ข้าวเหนียว ร้อยละ 38.6 ผลไม้ ร้อยละ 35.1 ข้าวต้ม ร้อยละ 27.7 หมูปิ้ง ร้อยละ 24.1 ก๋วยเตี๋ยว ร้อยละ 16.7 ขนมจีน ร้อยละ 13.6 แหล่งอาหารมาจากการซื้อและทำกินเอง ร้อยละ 48.4 ทำกินเอง ร้อยละ 36.8 ซื้อ ร้อยละ 14.4

ประเภทอาหารที่ชอบกินมากที่สุด คือ น้ำพริกผักจิ้ม ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ อาหารทอด เช่น หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด ร้อยละ 44.2 ผัดผัก ร้อยละ 41.8 ยำ หรือส้มตำ ร้อยละ 38.5 ก๋วยเตี๋ยว ร้อยละ 36.5 ต้มยำ ร้อยละ 29.4 แกงเผ็ด ร้อยละ 26.7 อาหารประเภทแป้ง ย่าง ร้อยละ 26 แกงเลียง ร้อยละ 17.4 แกงกะทิ ร้อยละ 15.2 และขนมปัง ร้อยละ 14.2 ในส่วนของปริมาณการกินอาหาร พบว่า 1 ใน 10 ของกลุ่มตัวอย่าง กินอาหารประเภทข้าว-แป้ง มากกว่าวันละ 12 ทักพี ซึ่งเป็นปริมาณที่มาก กินผักวันละ 5 ทักพีขึ้นไป ร้อยละ 42.9 กินผลไม้วันละ 2 ส่วน ร้อยละ 27.6 โดยกินตามเกณฑ์ที่กำหนด คือวันละ 4 ส่วน เพียงร้อยละ 6.1 และกินมากกว่าวันละ 4 ส่วน ร้อยละ 21.3 กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ มากกว่าปริมาณที่กำหนด ร้อยละ 15.5 กินได้ตามปริมาณที่กำหนดคือ 6-12 ช้อนกินข้าว ร้อยละ 57.4

ในประเด็นการเติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหารที่ปรุงสุกพร้อมกิน พบว่ามีผู้ที่ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่ม ร้อยละ 28.8 มีการเติม 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 27 เติม 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 17.8 เติม 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 9.1 และมีการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน สูงถึง 15.8 หรือประมาณ 1 ใน 7 ของกลุ่มตัวอย่าง การเติมเครื่องปรุงรสหวานในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว พบว่า ร้อยละ 30.9 ไม่เติมเครื่องปรุงรสหวานเพิ่มเติม 1 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 29.8 เติม 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 17.5 เติม 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 8.8 เติมเครื่องปรุงรสหวานมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 12.1

สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน พบว่า ร้อยละ 20 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 10.1 ดื่มน้ำวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 46.1 ปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง พบว่า ร้อยละ 30.7 ดื่มครั้งละ 1 แก้ว หรือ 200 มิลลิลิตร พบว่า ร้อยละ 6.8 ดื่มครั้งละ 480 มิลลิลิตร ร้อยละ 1.5 ดื่มครั้งละ 960 มิลลิลิตร ร้อยละ 50 ดื่มน้ำได้ตามมาตรฐานกำหนด คือวันละ 8 แก้วขึ้นไป ร้อยละ 4.5 ดื่มน้ำเพียงวันละ 1-2 แก้ว การกินอาหารเสริมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 47 มีการกินอาหารเสริมประเภทคอลลาเจน วิตามินซีและวิตามินบีรวม น้ำมันปลา ถังเช่า โปรตีนสังเคราะห์

จากรายงานการสำรวจผู้บริโภคทั่วโลกถึงประเทศไทย (Global Consumer Insight Pulse Survey) โดย PwC ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึง มีนาคม 2564 พบว่าความไม่แน่นอนของสถานการณ์การระบาดระลอกใหม่ทำให้คนไทยทั่วประเทศระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายมากขึ้น โดยผู้บริโภคชาวไทยกว่าครึ่ง (57%) มีแนวโน้มที่จะลดค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารที่ร้านในช่วง 6 เดือนข้างหน้า ในขณะที่เกือบ 1 ใน 2 ของผู้บริโภค (47%) มีแนวโน้มที่จะซื้ออาหารแบบกลับบ้าน (Takeaway Food) เพิ่มขึ้นเพราะยังกังวลเรื่องของสุขภาพและความปลอดภัย (1)

สวนดุสิตโพล ทำการสำรวจความคิดเห็นต่อกรณีอาหารไทย ใน "ยุคโควิด-19" เมื่อวันที่ 26- 29 เมษายน 2564 โดยเปรียบเทียบระยะก่อนการระบาดฯ และช่วงการระบาดฯ พบว่าประชาชนให้ความสำคัญกับการกินอาหารมากขึ้น ร้อยละ 70.94 โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมากที่สุดคือ การทำอาหารกินเองที่บ้านมากขึ้น ร้อยละ 75.81 โดยเกือบครึ่งเชื่อว่าอาหารไทยต้านโควิด-19 ได้ ร้อยละ 47.53 และเชื่อครึ่งไม่เชื่อครึ่ง ร้อยละ 37.90 อาหารที่คิดว่าต้านโควิด-19 ได้ คือ อาหารที่มีสมุนไพร ร้อยละ 55.09 เมนูที่นิยมรับประทานหรือทำกินเองบ่อยที่สุด คือ ผัดกะเพรา ร้อยละ 32.23 รองลงมาคือ ต้มยำ ร้อยละ 24.91 ช่วงโควิด-19 มีค่าใช้จ่ายเรื่องอาหารเพิ่มขึ้น ร้อยละ 39.42 เฉลี่ยวันละ 226 บาท

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม 2564 ในผู้ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป (6) พบว่าแหล่งอาหารส่วนใหญ่คือการทำอาหารกินเอง ร้อยละ 76.9 รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง ตลาดนัด และอาหารริมบาทวิถี (ร้อยละ 12.8 8.1 และ 1.4 ตามลำดับ) ส่วนที่เหลือร้อยละ 0.8 จะมาจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด ซุปเปอร์มาร์เก็ต เป็นต้น เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค ภาคเหนือมีการทำกินเองมากที่สุด (ร้อยละ 84.8) รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ 87.1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 84.8) ภาคกลาง (ร้อยละ 67.7) ส่วนกรุงเทพมหานคร มีการทำกินเองน้อยที่สุด (ร้อยละ 56.0) เมื่อพิจารณาการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม พบว่า ในส่วนที่มีความเสี่ยงสูง (ทานมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์) พบว่ามีการบริโภคในกลุ่ม เครื่องดื่มขงสูงที่สุด(ร้อยละ 26.3) รองลงมาคือ กลุ่มเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ บรรจุขวดที่มีรสหวาน อาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ และอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 18.9 16.9 และ 16.1 ตามลำดับ) บริโภคทานผักดิบและสุกในสัดส่วนที่เหมาะสม ร้อยละ 63.1 ส่วนผลไม้สดมีการบริโภคเหมาะสมเพียง ร้อยละ 33.9

ในส่วนอาหารกึ่งสำเร็จรูป พบว่า ผู้ที่กิน 1-3 วันต่อเดือน มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 23.7) รองลงมาคือ ผู้ที่กิน 1-2 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 19.8) ผู้ที่กิน 3-4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 5.8) ผู้ที่กิน 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 0.8) และน้อยที่สุด คือ ผู้ที่กินทุกวัน (ร้อยละ 0.6) การบริโภคขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ พบว่า ผู้ที่กิน 1-2 วันต่อสัปดาห์ มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 16.8) รองลงมา คือ ผู้ที่กิน 1-3 วันต่อเดือน (ร้อยละ 11.8) ผู้ที่กิน 3-4 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 9.2) ผู้ที่กินทุกวัน (ร้อยละ 4.5) และน้อยที่สุด คือ ผู้ที่กิน 5-6 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 2.3)

เมื่อเปรียบเทียบช่วงระบาดระลอกสอง กับช่วงก่อนการระบาด ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคล่าสุดไว้เมื่อปี 2560 พบว่าสัดส่วนผู้ที่ระบุว่ากินผักและผลไม้สดทุกวัน มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็น ร้อยละ 50.1 กินอาหาร fast food แบบตะวันตกอย่างน้อย 1-2 วันต่อสัปดาห์ ลดลงจากร้อยละ 29.5 เป็นร้อยละ 18.2 กินขนมกรุบกรอบมากกว่า 3-4 วันต่อสัปดาห์ ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 48.3 เป็นร้อยละ 44.6 (6, 7)

5.3.4. มาตรการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดที่กระทบต่อเศรษฐกิจมหภาค และภาคครัวเรือน และกระทบต่อการเข้าถึงอาหาร การควบคุมอุปสงค์ในส่วนการผลิต และการจำหน่ายอาหาร หวาน มัน เค็ม จึงดำเนินการได้ยาก มาตรการส่วนใหญ่จึงเป็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักในการเลือกซื้อและรับประทานอาหาร และมุ่งไปที่ความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคโควิด-19 (8) เช่น ความอ้วนเพิ่มความเสี่ยงการป่วยรุนแรงเมื่อติดโควิดถึง 7 เท่า(9) ส่งเสริมให้คนออกกำลังกาย และรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม อย่างเหมาะสม

เดิมอัตราภาษีความหวานตามขั้นบันไดระยะ 3 จะครบกำหนดในวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 แต่ด้วยผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจจากการระบาดฯ กรมสรรพสามิตได้ออกมาตรการขยายระยะเวลาบังคับใช้ อัตราภาษีตามปริมาณน้ำตาล ระยะที่ 3 ออกไปอีก 1 ปี เพื่อไม่ทำให้ผู้บริโภคมีภาระ

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากราคาเครื่องดื่มน้ำที่ปรับตัวสูงขึ้น และเป็นการช่วยฟื้นฟูเยียวยาผู้ประกอบการอุตสาหกรรมเครื่องดื่มจากสถานการณ์การแพร่ระบาดฯ (10)

ในเดือนพฤศจิกายน 2564 รัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงการคลังเร่งพิจารณาแนวทางการปฏิรูปโครงสร้างภาษี เพื่อสนับสนุนการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยหนึ่งในสามแนวทางหลักคือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สำคัญสำหรับคนไทย ส่วนหนึ่งดำเนินการผ่านมาตรการภาษีสรรพสามิตไปแล้ว คือ ภาษีความหวาน และสิ่งที่จะตามมาในอนาคต คือ การจัดเก็บภาษีความเค็ม เนื่องจากพบว่าอัตราการบริโภคโซเดียมของคนไทยค่อนข้างสูง ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงสำคัญอย่าง ความดันโลหิตสูง และไตวาย ซึ่ง ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2564 การจัดเก็บภาษีจากความเค็มนั้นยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาของกรมสรรพสามิต (11) อย่างไรก็ตามได้มีการคัดค้านจากกลุ่มอุตสาหกรรมอาหาร โดยเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระต้นทุนผู้ประกอบการสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ประกอบการภัตตาคาร ร้านอาหาร แผงลอยและทุกระดับ จนสุดท้ายผู้ประกอบการอาจผลักภาระมายังผู้บริโภค พร้อมกันนี้ได้เสนอให้สร้างแนวทางการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องแทน โดยให้ความรู้ผู้บริโภคเพื่อเป็นทางเลือก เช่น ติดเครื่องหมายทางเลือกสุขภาพ เพื่อประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภค รับทราบ (12)

5.3.5. สรุป

ในช่วงแรกของการระบาด และมาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนปรุงอาหารเองมากขึ้น และมีการซื้ออาหารสำเร็จมารับประทานเองลดลง มีการซื้ออาหารผ่านช่องทาง food delivery เพิ่มขึ้น โดยอาหารที่ปรุงเองนั้นมีปริมาณมากกว่าอาหารที่ได้จากการซื้อรับประทาน อย่างไรก็ตามปริมาณอาหารที่รับประทานต่อวันส่วนใหญ่มีปริมาณเท่าเดิม ประชาชนส่วนใหญ่มีการกักตุนอาหารแห้งไว้เพิ่มขึ้น แต่ทว่าความถี่ในการรับประทานอาหารประเภท บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง และขนมถุง ขนมกรุบกรอบกลับมีแนวโน้มเท่าเดิม หรือลดลง ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการซื้อของอุปโภคบริโภคกักตุนเพื่อเตรียมพร้อมภัยพิบัติ แต่ทว่าในช่วงภัยพิบัติประชาชนยังสามารถเข้าถึงวัตถุดิบ หรือแหล่งอาหาร แหล่งอื่น สำหรับการปรุงอาหารด้วยตนเองได้ การรับประทานเครื่องดื่ม หรืออาหารที่มีรสหวาน มัน มีแนวโน้มเท่าเดิม หรือน้อยลง เช่นกัน ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการเข้าถึงร้านอาหาร และเครื่องดื่มที่ยากขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว การรับประทานอาหาร fast food แบบตะวันตกลดลงกว่าร้อยละ 40 การระบาดฯ และมาตรการการควบคุมการระบาดมีผลกระทบต่อการลดลงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าการเพิ่มขึ้นของการบริโภคเกือบทุกด้าน ทั้งการดื่มน้ำดื่มที่มีรสหวาน ชา กาแฟ และโกโก้ การรับประทานของหวาน ลูกกวาด การรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง ขนมกรุบกรอบ ซึ่งรวมถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ด้วย โดยการบริโภคที่เพิ่มขึ้นพบในอาหารประเภท ผัก ผลไม้

เนื่องจากไม่มีการสำรวจด้านพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่องในทุกระยะของการระบาดฯ จึงไม่มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงการบริโภคจากการเปลี่ยนแปลงของการระบาดฯ และมาตรการควบคุมการระบาด รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ในช่วงการระบาดฯ ถึงแม้ว่าการระบาด

จะมีเกิดขึ้นใหม่หลายระลอกก็ตาม แต่ทว่าในการระบาดระลอกหลังที่ประชาชนเริ่มล่ากับการถูกจำกัดการเดินทาง การจำกัดการเข้าถึงอาหาร ประกอบกับความกดดันของภาคธุรกิจอาหาร ในขณะเดียวกันที่มาตรการภาครัฐมีความผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการขยายระยะเวลาบังคับใช้อัตราภาษีตามปริมาณน้ำตาล ระยะที่ 3 และการพิจารณาภาษีความเค็มออกไปอีก 1 ปี ย่อมส่งผลให้วิถีชีวิตและการบริโภคปรับเปลี่ยนไปอีกครั้ง ประชาชนจะท่องเที่ยว และบริโภคอาหารนอกบ้านเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญชัย ชัยประสิทธิ์. เจาะพฤติกรรมผู้บริโภคไทยที่เปลี่ยนไปในยุคโควิด-19: PwC Thailand; 2564 [9 พ.ย. 2564]. Available from: <https://www.pwc.com/th/en/pwc-thailand-blogs/blog-20210518.html>.
2. อุบลรัตน์ จันทรังษ์, มณีนาย ไชยวุฒิ. New Normal ของธุรกิจร้านอาหารในยุคโควิด-19. BOT. 2563.
3. สาวิตรี รินวงษ์. ไตรมาส 3 ธุรกิจร้านอาหารโตสุดรอบ 10 เดือน ลุ้นตลาด 400,000 ล้าน หดตัว 3-5%. กรุงเทพธุรกิจ. 2564 9 พ.ย. 2564.
4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, สุธิดา แก้วทา. ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับมาตรการการควบคุมการระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(4):14.
5. Pran Suwannatat. โควิดเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค อาหารสำเร็จรูปขายดี นิยมสั่งเดลิเวอรี่เพิ่มขึ้น กว่า 38%: Brand inside; 2563 [Available from: <https://brandinside.asia/customer-behavior-covid-19/>].
6. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
7. การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560. สำนักงานสถิติแห่งชาติ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
8. กรมอนามัย แนะนำช่วงโควิด กินให้ถูกหลักโภชนาการ เน้นปรุงสุก ไม่กินร่วมกับผู้อื่น 2564
9. เตือน! คนไทยลดอ้วน ลดป่วยรุนแรงเมื่อติดโควิดถึง 7 เท่า. สยามรัฐ. 2564.
10. สรรพสามิต เลื่อนขึ้นภาษีน้ำตาล ออกไปอีก 1 ปี. ฐานเศรษฐกิจ. 2564 26 พ.ค. 2564.
11. คลังเร่งปรับโครงสร้างจัดเก็บรายได้ลุยรีดภาษีความเค็ม! ไทยโพสต์. 2564 22 ธ.ค. 2564.
12. เอกชนคัดค้าน เก็บภาษีเกลือ ชี้แก้ปัญหาไม่ถูกจุด-ไม่ได้ช่วยเรื่องสุขภาพประชาชนจริงๆ. ข่าวสด. 2562 24 เม.ย. 2564.

5.4 ผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกาย

5.4.1. บทนำ

ระดับการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสามารถลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคสะสม 150 นาทีต่อสัปดาห์ ด้วยความหนักระดับปานกลางถึงระดับหนักจะช่วยควบคุมสมดุลของการใช้พลังงานและควบคุมน้ำหนักตัวได้ และหากมีกิจกรรมทางกายด้วยระดับความหนักดังกล่าวทุกวัน วันละ 30 - 60 นาที สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งกล้ามเนื้อและเมร็งเต้านม โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18 - 64 ปี ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคด้วยความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือทั้ง 2 ระดับผสมกัน โดยการมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิคต่อครั้งต้องนานกว่า 10 นาทีขึ้นไป และเพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น ควรมีกิจกรรมแบบแอโรบิคที่มีความหนักระดับปานกลาง สัปดาห์ละ 300 นาที หรือระดับหนักสัปดาห์ละ 150 นาที หรือทั้ง 2 ระดับผสมกัน นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ด้วย (1)

การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ได้มีการจำกัดการเดินทาง และควบคุมการเปิดให้บริการร้านค้า ตลอดจนสถานที่สาธารณะต่าง ๆ รวมถึงสวนสาธารณะ และสถานที่ออกกำลังกายต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอกสถานประกอบการต่าง ๆ ประชาชนต้องอาศัยอยู่ในบ้านมากขึ้น การควบคุมและจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชาชน การระบาดและในช่วงที่ผ่านมามีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ทำการสำรวจเพื่อติดตามสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายในประชากร ในการนี้กองโรคไม่ติดต่อได้รวบรวมผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการมีกิจกรรมทางกายในประชากร

5.4.2. สถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายในแต่ละระยะจากการระบาดของโรคโควิด-19

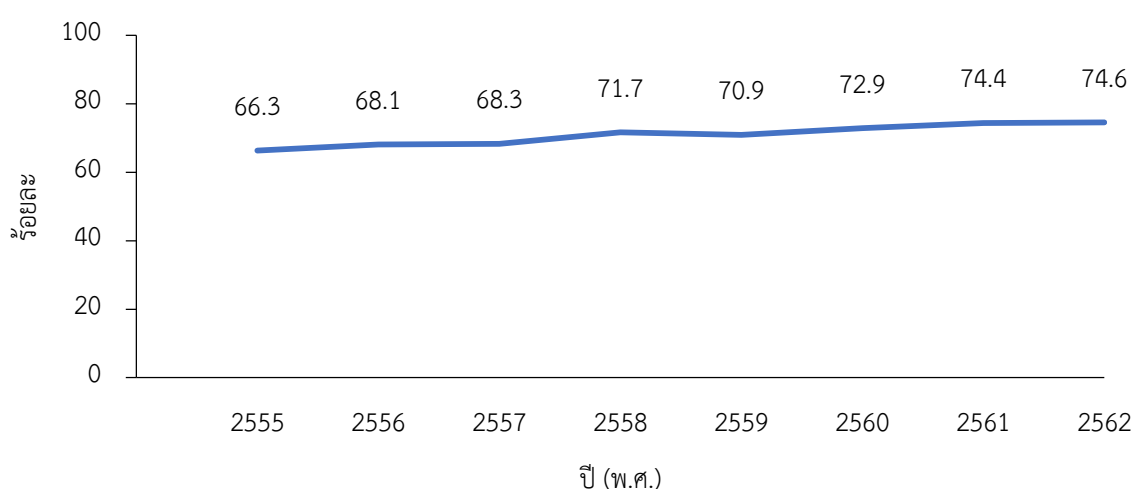
ก่อนการระบาด ปี 2563

จากรายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA) (2, 3) พบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.3 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น ร้อยละ 74.6 ในปี พ.ศ. 2562 (แผนภูมิที่ 5.1)

เมื่อพิจารณาตามคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ ช่วงวัย และภูมิภาค พบว่า อัตราการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชาย และหญิง โดยเพิ่มจากร้อยละ 71.9 และ ร้อยละ 61.2 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 77.2 และร้อยละ 72 ในปี พ.ศ.2562 ในเพศชาย และหญิงตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5.2)

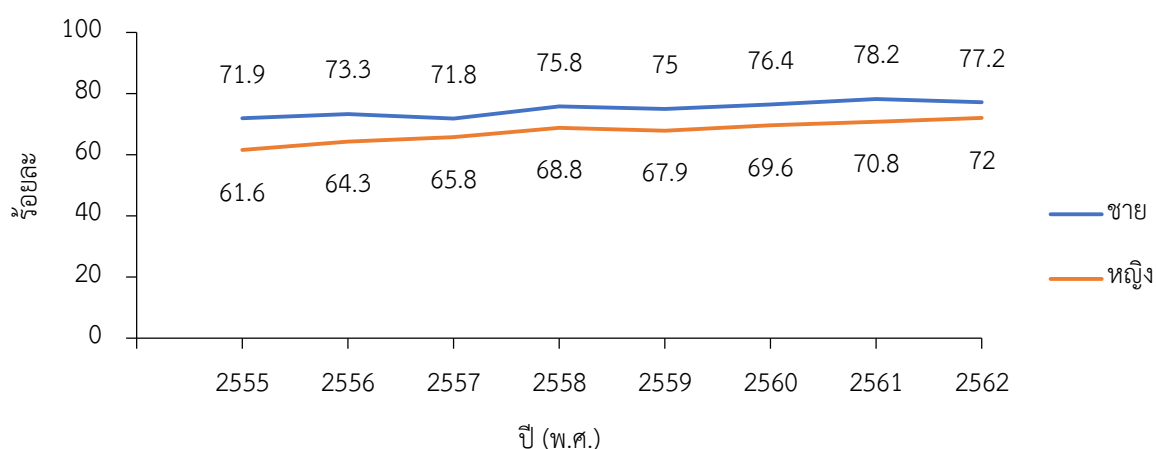
เมื่อพิจารณารายกลุ่มวัย พบว่า วัยเด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) มีแนวโน้มมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ลดลงเล็กน้อยจาก ร้อยละ 24.9 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 24.4 ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนประชากรวัยทำงาน (18-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นในช่วงปีเดียวกัน โดยประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.3 เป็นร้อยละ 74.6 วัยผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.6 เป็นร้อยละ 73.4 (แผนภูมิที่ 5.3)

เมื่อพิจารณารายพื้นที่อยู่อาศัย พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2562 ทุกภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ, ภาคกลาง, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคใต้, และ กรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.6, 67.5, 65.2, 70.0 และ 63.2 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 71.6, 80.4, 69.3, 78.5 และ 71.6 ในปี พ.ศ. 2562 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5.4)



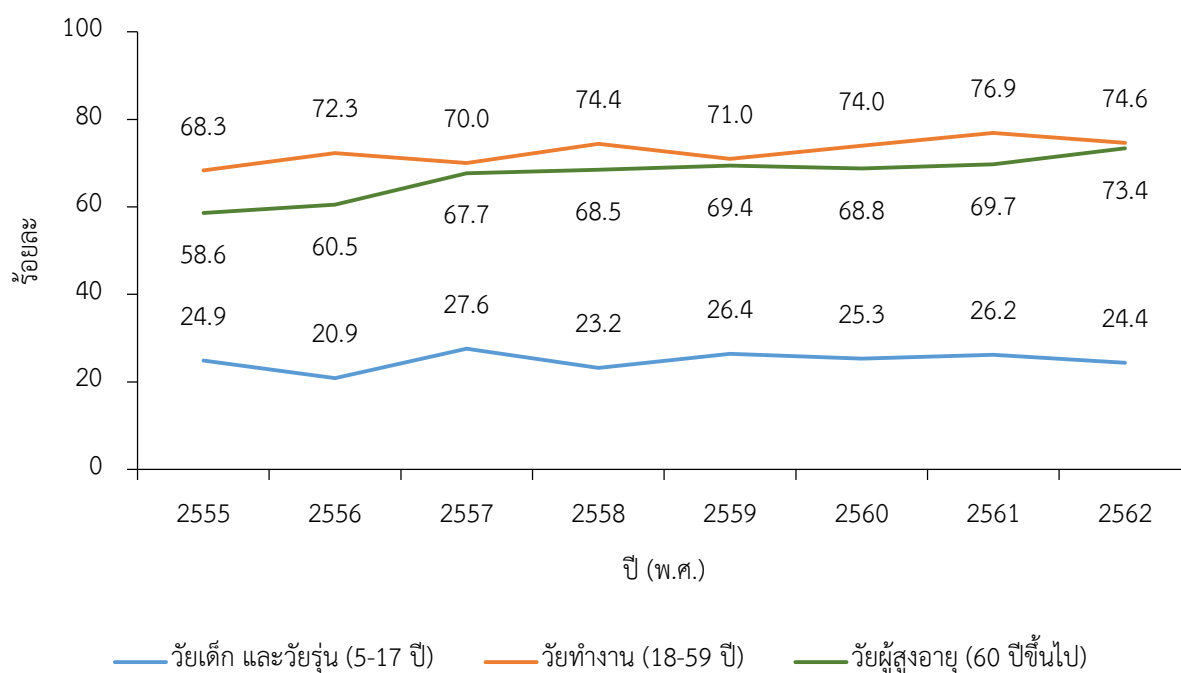
แผนภูมิที่ 5.1: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



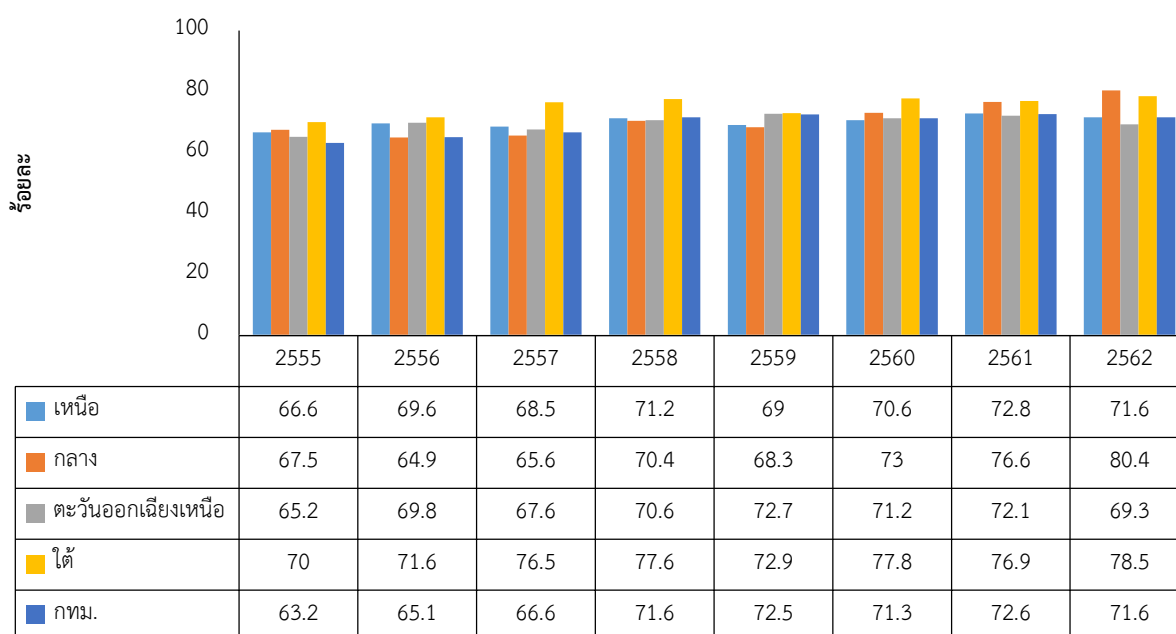
แผนภูมิที่ 5.2: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามเพศ

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



แผนภูมิที่ 5.3 : ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามช่วงวัย

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



แผนภูมิที่ 5.4: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2555 - 2562 จำแนกตามภูมิภาค

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)

การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563

จากการสำรวจภายใต้โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA) (2, 3) ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (ระลอกแรก) ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลง โดยลดลงจาก ร้อยละ 74.6 ซึ่งเป็นช่วงก่อนการระบาดโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 53.1 (แผนภูมิที่ 5.5) โดยเพศชายและเพศหญิง มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 59.0 และร้อยละ 41.0 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5.6) ประชากรช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 14.7 ประชากรวัยทำงาน (18-59 ปี) มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 54.7 และประชากรวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 45.8 (แผนภูมิที่ 5.7) ประชากรในภาคเหนือมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 51.9 ประชากรในภาคกลางมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 50.4 ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 59.4 ประชากรในภาคใต้มีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 57.5 และประชากรในกรุงเทพมหานครมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 49.4 (แผนภูมิที่ 5.8)

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้ทำการสำรวจการเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางกายในช่วงวันที่ 27 เมษายน - 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผ่านช่องทางออนไลน์ ในประชากรจำนวน 7,650 คน พบว่า ร้อยละ 46.4 ระบุว่ามีการออกกำลังกายต่อวันลดลง ร้อยละ 39.6 ระบุว่ามีการออกกำลังกายเท่าเดิม ร้อยละ 14 ระบุว่าออกกำลังกายมากขึ้น ร้อยละ 42 ระบุว่ามึปริมาณการเดินต่อวันลดลง ร้อยละ 40.3 มึปริมาณการเดินเท่าเดิม และร้อยละ 17.7 มึปริมาณการเดินมากขึ้น (4)

ระยะผ่อนปรนในช่วงการระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม - 31 สิงหาคม 2563

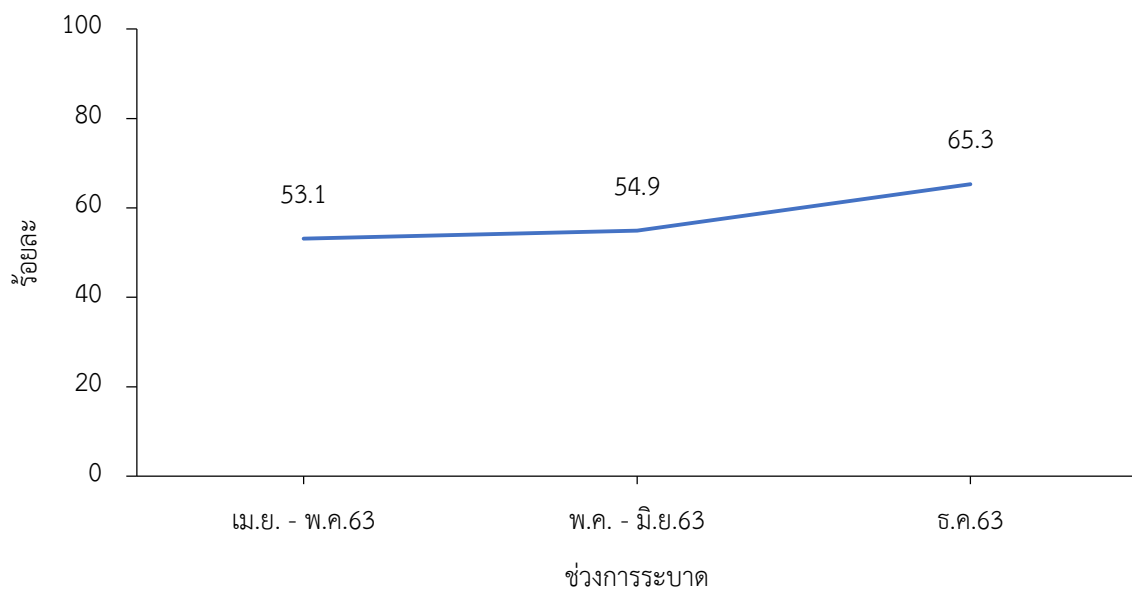
จากผลสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยภายใต้โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA) (2, 3) ในช่วงระยะผ่อนปรนระลอกแรก ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 54.9 ซึ่งเพิ่มจากระยะระบาดระลอกแรก ร้อยละ 1.8 (แผนภูมิที่ 5.5) แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมีกิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงร้อยละ 0.7 และเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.5 (แผนภูมิที่ 5.6) ประชากรทุกช่วงวัยมีแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น โดยช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี), วัยทำงาน (18-59 ปี), และวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 18.6, 57.9 และ 54.3 ตามลำดับ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้น 3.9, 3.2 และ 8.5 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5.7) ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น โดยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 55.1, 52.4, 57.9, 57.2 และ 52.8 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนหน้า ร้อยละ 3.2, 2.0, 1.5, และ 3.4 ในขณะที่ภาคใต้มีกิจกรรมทางกายร้อยละ 57.2 ซึ่งลดลงจากช่วงก่อนหน้า ร้อยละ 0.3 (แผนภูมิที่ 5.8)

การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564

จากผลสำรวจการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทยภายใต้โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA) (2, 3) ในช่วงการระบาดระลอก 2 ในเดือนธันวาคม 2563 พบว่า ประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 65.3 โดยเพิ่มจากช่วงผ่อนปรนระลอกแรกในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563 ร้อยละ 12.2 (แผนภูมิที่ 5.5) เพศชาย และเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 70.0 และร้อยละ 60.7 ตามลำดับ โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงระยะผ่อนปรนระลอกแรก ร้อยละ 9.7 และ 11.2 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 4.6) ประชากรทุกช่วงวัยมีแนวโน้มการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น โดยประชากรช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 17.4 ประชากรวัยทำงาน (18-59 ปี) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 68.5 ประชากรวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ร้อยละ 56.8 โดยเมื่อเปรียบเทียบกับการระบาดระลอกแรกเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 แล้วประชากรช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (5-17 ปี) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 ประชากรวัยทำงาน (18-59 ปี) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.8 และประชากรวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพิ่มขึ้น ร้อยละ 11 (แผนภูมิที่ 5.7)

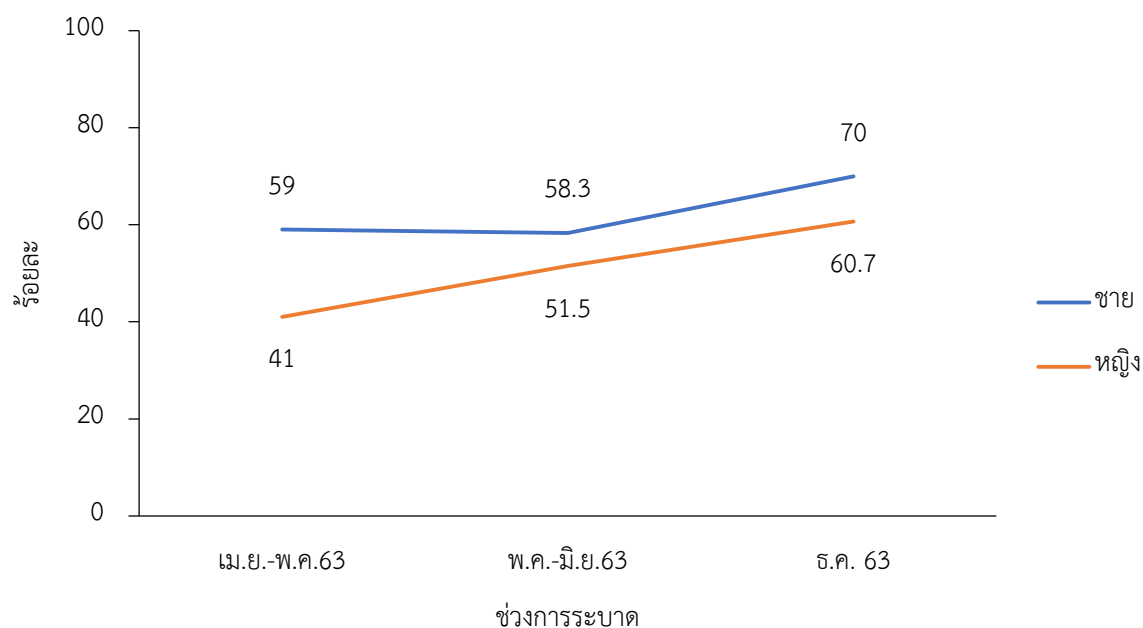
การระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - ปัจจุบัน (31 พฤษภาคม 2564)

ในช่วงต่อระหว่างการระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง กับระลอกสาม ซึ่งเริ่มตั้งแต่ช่วงต้นเดือนเมษายน 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 พบว่าในช่วงดังกล่าวมีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมากถึงร้อยละ 56.3 โดยเพศหญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย (ร้อยละ 56.6 และ 56 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ 25-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่สุด (ร้อยละ 59.9) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 55.1 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 48.8 (5) ในขณะที่การสำรวจครั้งก่อนในปี พ.ศ. 2558 ในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 42.4 (6) ซึ่งจะเห็นว่ามีสัดส่วนผู้ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ระบดระลอกใหม่ (ระลอกสอง) และระลอกสาม มีค่าสูงกว่าในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จังยังไม่สามารถใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงการมีกิจกรรมทางกายที่ถูกกระทบโดยการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ชัดเจนนักเนื่องจากไม่มีผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2562



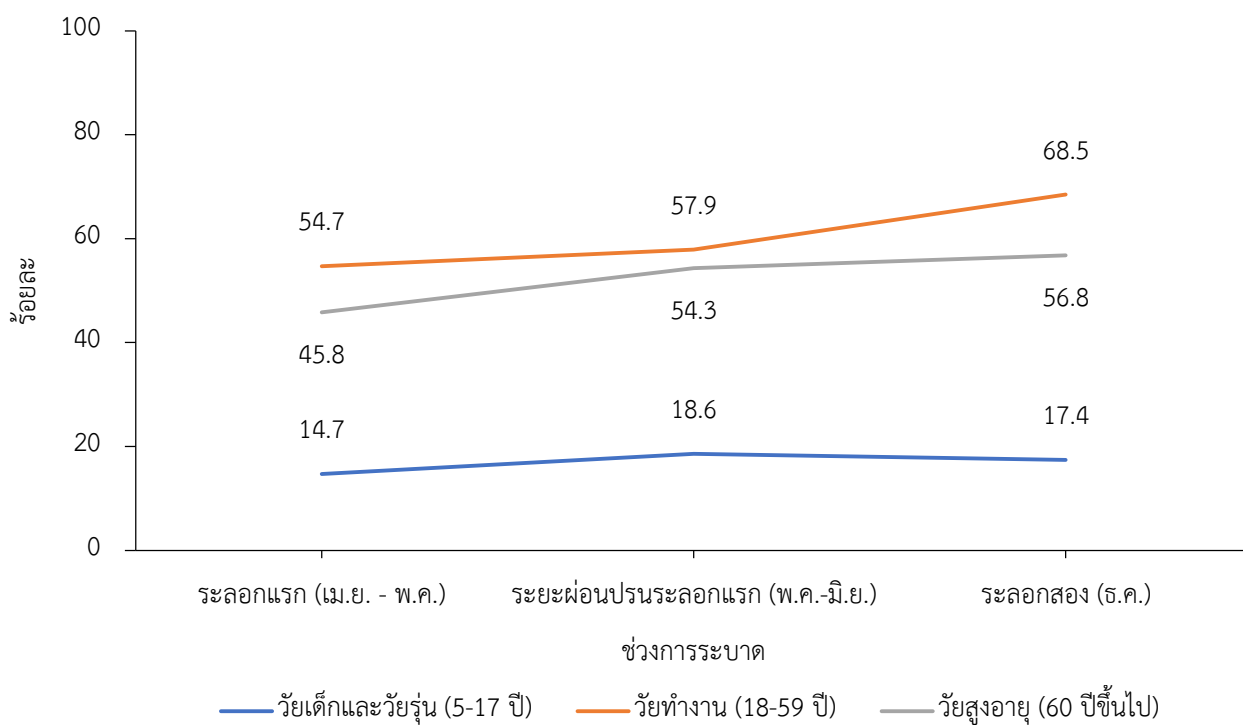
แผนภูมิที่ 5.5: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



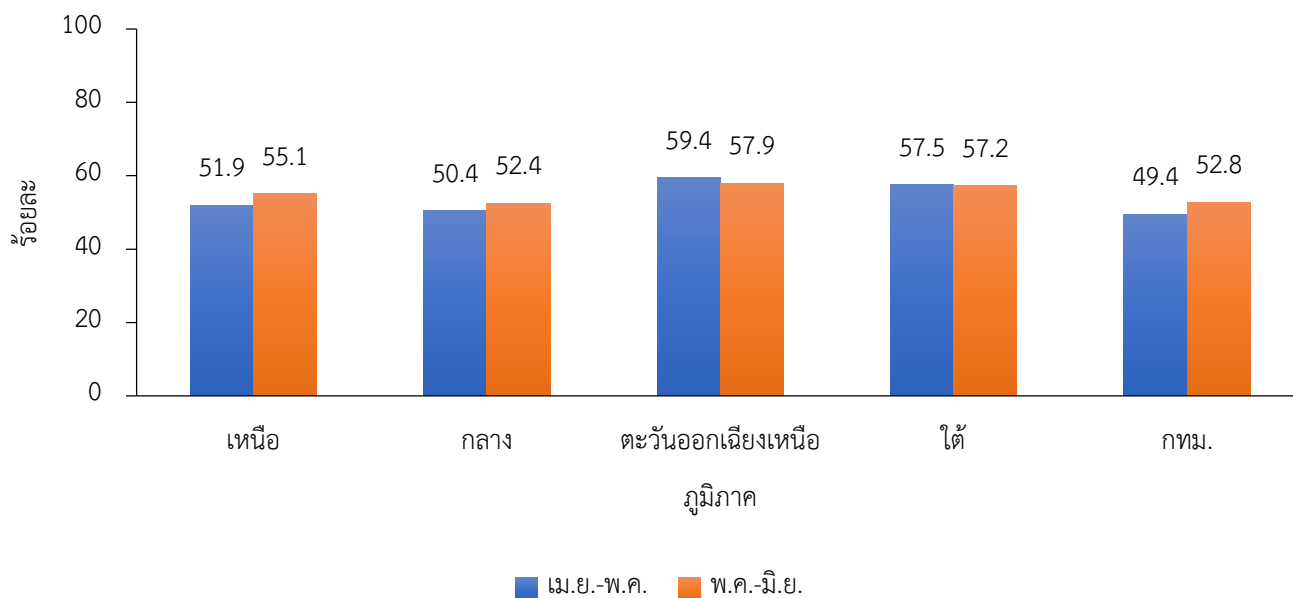
แผนภูมิที่ 5.6: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563 จำแนกตามเพศ

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



แผนภูมิที่ 5.7: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563, เดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 และเดือนธันวาคม 2563 จำแนกตามช่วงวัย

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)



แผนภูมิที่ 5.8: ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2563 ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2563 และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2563 จำแนกตามภูมิภาค

ที่มา: รายงานผลสำรวจข้อมูลโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามการมีกิจกรรมทางกายของประชากรไทย (Thailand Physical Activity Surveillance System SPA)

5.4.3. สรุป

ช่วงกว่า 10 ปี ก่อนการระบาดฯ สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นการระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมการระบาด ส่งผลให้ สวนสาธารณะ สนามกีฬาต้องปิดให้บริการ จำกัดการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายแบบรวมกลุ่มพร้อมกันหลาย ๆ คน โดย ในช่วงการระบาดฯ ระลอกแรกสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอลดลงไปมากกว่าร้อยละ 30 โดยเฉพาะเพศหญิงที่ลดลงไปมากกว่าร้อยละ 40 ถึงแม้การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือออนไลน์เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในช่วงระบาดฯแต่ก็ยัง ไม่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ แรงบันดาลใจมากพอ เพราะไม่มีเหมือนบรรยากาศจริง หรือขาดอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น (10) ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือคนรอบข้างชวนให้ไปออกกำลังกาย หรือการได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตามภายหลังการระบาดฯ ระลอกแรกประชาชนสามารถปรับตัวได้ ทำให้อัตราการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มสูงขึ้น โดยในช่วงระบาดระลอกที่สองสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายสูงขึ้นประมาณร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับการระบาดฯระลอกแรก

การที่สภาพเศรษฐกิจภายในครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายที่สูงแต่หากมีรายรับที่ลดลงจากการหยุดกิจการของสถานประกอบการ การลดอัตราเงินเดือน หรือการไม่จ่ายเงินเดือน ความเหลื่อมล้ำทางรายได้กับโอกาสและสถานะทางสุขภาพของประชากร เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยเศรษฐกิจสถานะของประชากรที่มีความแตกต่างทางชนชั้นและรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมในทางลบ กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยมีโอกาสน้อยและแนวโน้มของการมีสถานะทางสุขภาพที่แย่กว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้สูง (7) เช่นเดียวกันเมื่อพิจารณาถึงเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก็พบว่า ในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยก็มีโอกาสในการจะได้มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้สูง (8) ซึ่งเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญแต่สำคัญน้อยกว่าเรื่องการทำมาหากิน รายได้ การมีงานทำ หนี้สิน และความอยู่รอด (9)

จากข้อจำกัดเรื่องที่จะต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ทำให้ประชาชนที่ต้องการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายจำเป็นต้องปรับตัวเว้นระยะห่าง และไม่สามารถออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายแบบรวมกลุ่มพร้อมกันหลาย ๆ คนได้ หรืออาจทำให้บางคนขาดการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งส่วนใหญ่แม้ยังคงออกกำลังกาย แต่ก็ไม่สามารถออกได้อย่างเต็มที่หรือเล่นหนักเท่าเดิม การออกกำลังกายที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือออนไลน์เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในช่วงนี้แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้เกิดแรงจูงใจ แรงบันดาลใจมากพอ เพราะไม่มีเหมือนบรรยากาศจริง หรือขาดเครื่องมือเครื่องมือต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น (10) ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือคนรอบข้างชวนให้ไปออกกำลังกาย หรือการได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย

จากการที่มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และการประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา ส่งผลให้สวนสาธารณะ สนามกีฬา ต้องปิดให้บริการ แม้จะมีการผ่อนปรนเป็นให้ใช้บริการได้ในบางช่วงแต่ก็ยังอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดซึ่งยังไม่ปลอดภัย รวมทั้งสถานประกอบการต่าง ๆ มีนโยบายให้พนักงานทำงาน

จากที่บ้าน สถานศึกษาก็มีการปรับวิธีการเรียนการสอนให้นักเรียนเรียนผ่านทางออนไลน์ ทั้งหมดนี้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงการออกไปใช้ชีวิตนอกบ้าน การทำกิจกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาของประชากรโดยตรง ส่งผลให้พฤติกรรมกิจกรรมทางกายของคนไทยลดลงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (11)

ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้เกิดการยกระดับมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการจัดกิจกรรมสุขภาพ และกิจกรรมการแข่งขันกีฬามวลชน โดยภาครัฐและหน่วยงานระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของภาคประชาสังคม และผู้ประกอบการด้านการจัดกิจกรรมกีฬา รวมทั้งสื่อสาร สร้างการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยทุกหน่วยงานช่วยสื่อสารประชาสัมพันธ์ความหมาย ประโยชน์ และแนวทางการมีกิจกรรมทางกายแบบ New normal & physical distancing ในทุกกลุ่มวัยเพื่อจัดทำและการนำมาตรฐานด้านความปลอดภัยและปลอดภัยในการจัดกิจกรรมทางสุขภาพและกีฬามวลชนไปใช้ดำเนินการ และร่วมเป็นเจ้าของ โดยภาครัฐมีหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อันจะส่งผลให้การจัดกิจกรรม สุขภาพและกีฬามวลชนถูกจัดขึ้นและดำเนินไปภายใต้มาตรฐานด้านความปลอดภัยและสามารถ ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด เช่น การสนับสนุนให้ชุมชนและโรงเรียนปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (12) โดยกรมอนามัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมโยธาธิการและผังเมือง สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันดำเนินงานเพื่อให้แนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพ การออกกำลังกาย และกีฬาสำหรับคนจำนวนมาก ถูกขับเคลื่อนไปอย่างมีมาตรฐานและสามารถใช้เป็นกลไกหลักในการเพิ่มระดับการมีกิจกรรมทางกาย (13) ที่เพียงพอของคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและองค์ความรู้สุขภาพโดยกรมอนามัย กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันดำเนินงาน

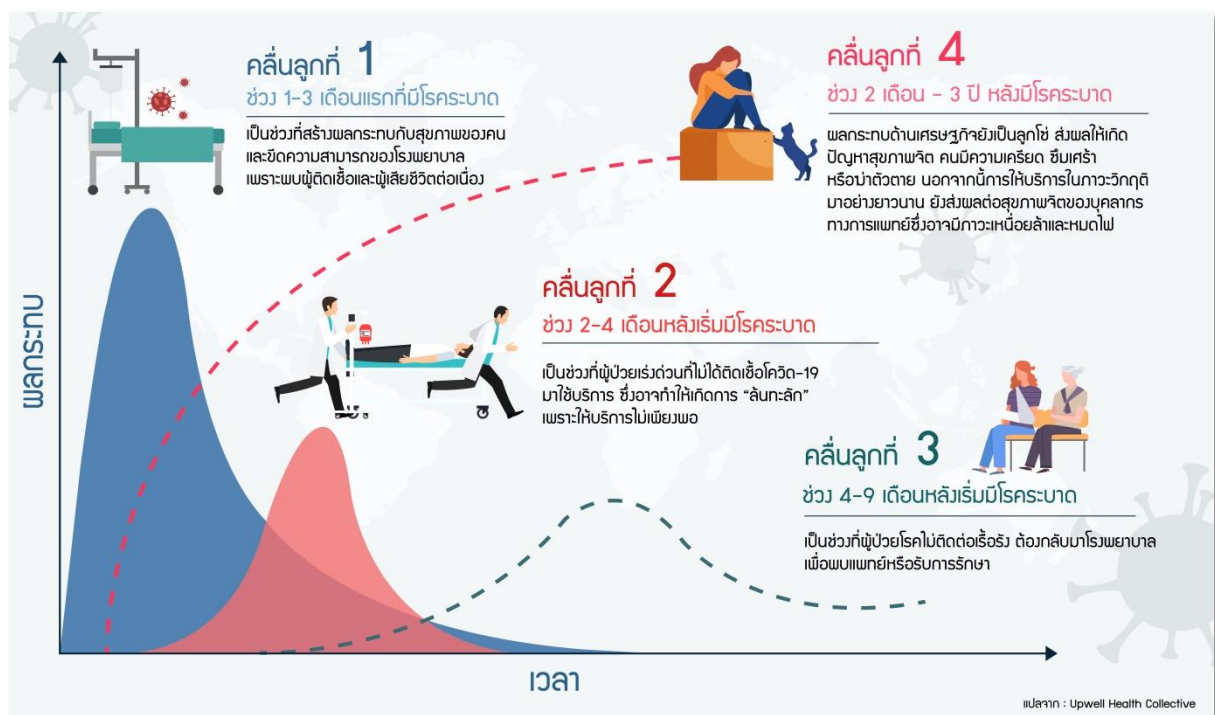
1. Physical activity: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>].
2. Katewongsa P, Widyastari DA, Saonuam P, Haemathulin N, Wongsingha N. The effects of the COVID-19 pandemic on the physical activity of the Thai population: Evidence from Thailand's Surveillance on Physical Activity 2020. J Sport Health Sci. 2021;10(3):341-8.
3. Katewongsa P, Yousomboon C, Haemathulin N, Rasri N, Widyastari DA. Prevalence of sufficient MVPA among Thai adults: pooled panel data analysis from Thailand's surveillance on physical activity 2012-2019. BMC Public Health. 2021;21(1):665.
4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, สุธิดา แก้วหา. ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับการควบคุมการระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(4):14.
5. สรุปผลสำหรับผู้บริหารสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
6. Nucharapon Liangruenrom, Thitikorn Topothai, Chompoonut Topothai, Wichukorn Suriyawongpaisan, Supon Limwattananon, Chulaporn Limwattananon, et al. Do Thai People Meet Recommended Physical Activity Level?: The 2015 National Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research. 2017;11:1-16.
7. S V Subramanian, Ichiro Kawachi. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. Health Place. 2006;12(2):141-56.
8. Roman Pabayo, Daniel Fuller, Eun Young Lee, Masako Horino, Ichiro Kawachi. State-level income inequality and meeting physical activity guidelines; differential associations among US men and women. J Public Health (Oxf). 2018;40(2):229-36.
9. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา. นโยบายอะไรดี บทเรียนจาก “คนละครึ่ง” นโยบายยอดฮิตปี 2563: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย; 2564 [cited 2021 8 August 2021]. Available from: https://tpak.or.th/th/article_print/229.
10. Ratkamphonchai Aewsawad. Factors Relating to Exereise of the Personnel in Munnicipality Puttamonthon Disdriect, Nakhonprathom Province: Kirk University; 2016.
11. (TPAK) ศ. พื้นที่กิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด: ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย; 2563.

12. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (5 ระบบ). การประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (5 ระบบ). นนทบุรี: กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ; 2021.
13. แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573. 1st ed. กรุงเทพฯ: บ.เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2018. ISBN : 978-616-11-3708-3.

5.5 ผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง

5.5.1. บทนำ

สถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะวิกฤตโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เกิดความกดดันทางจิตใจ เครียด วิตกกังวล จากการได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็น และ / หรือประสบด้วยตนเอง ซึ่งผลกระทบทางจิตใจของประชาชนส่วนใหญ่มีระยะยาวและอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย ทำร้ายหรือฆ่าผู้อื่นซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ทั้งนี้ ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในสถานการณ์วิกฤตส่วนใหญ่คือ ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของคนไทย หรือ 4 Wave ที่วิเคราะห์ลักษณะการระบาดตาม Health Footprint of COVID-19 ซึ่งแปลมาจาก UPWELL Health Collection, Home Health: Melbourne, Australia ที่แบ่งการระบาดของโรคออกเป็น 4 คลื่น (Wave) โดยคลื่นลูกที่ 4 เป็นช่วง 2 เดือน-3 ปี หลังมีโรคระบาด การเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจที่เป็นลูกโซ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ประชาชนมีความเครียด ซึมเศร้า หรือฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การให้บริการในภาวะวิกฤตมาอย่างยาวนาน ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจมีภาวะเหนื่อยล้า และหมดไฟ (1) (2) (แผนภูมิที่ 5.9)



5.5.2. สถานการณ์วิกฤตสุขภาพจิต

1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยจากใบมรณบัตร

ย้อนไปเมื่อกรกฎาคม พ.ศ. 2540 เกิดวิกฤตการเงินในเอเชีย หรือที่เรียกว่า “วิกฤตต้มยำกุ้ง” ซึ่งส่งผลกระทบหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย โดยพบอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จจากใบมรณบัตรของคนไทย 6.92 ต่อแสนประชากร หลังจากนั้นสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสูงสุดปี พ.ศ. 2542 อยู่ที่ 8.59 ต่อแสนประชากร และค่อย ๆ ลดลงหลังจากนั้นเป็นต้นมา อยู่ที่ 6 - 6.5 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2563 (7.37 ต่อแสนประชากร) (3) ซึ่งเป็นช่วงเกิดวิกฤตโรคระบาด “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” (แผนภูมิที่ 5.10) การเกิดเหตุการณ์วิกฤตจะส่งผลกระทบต่อประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้นที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง



แผนภูมิที่ 5.10: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2540 - 2563

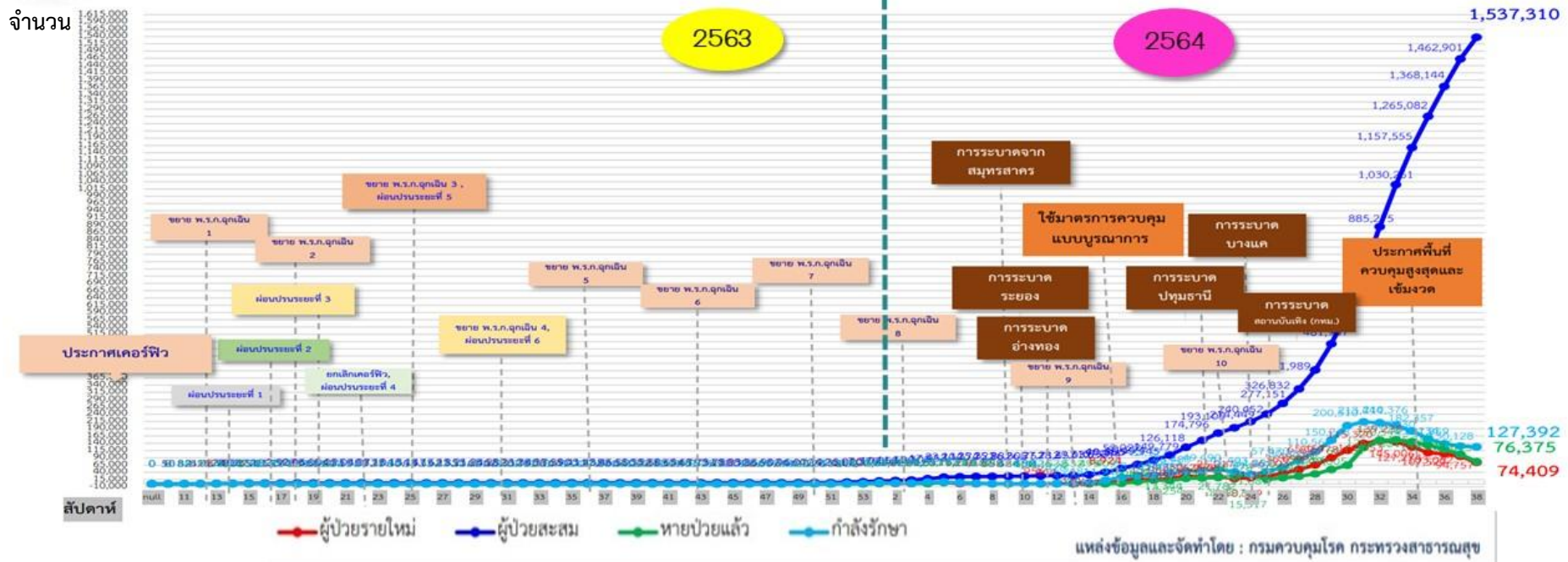
2. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตทำการสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตบุคลากรสาธารณสุขและคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่เป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เป็น 4 ชั้นภูมิ โดยแบ่งเขตสุขภาพเป็น 1-12 เขต และกรุงเทพมหานคร ให้จังหวัด/เขต กรุงเทพมหานครเป็นชั้นภูมิที่ 1 อำเภอ/เขตเป็นชั้นภูมิที่ 2 ตำบล/แขวงเป็นชั้นภูมิที่ 3 หมู่บ้าน/ชุมชนเป็นชั้นภูมิที่ 4 และคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในพื้นที่เป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือนเป็นหน่วยตัวอย่างสุดท้าย ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) (4) ที่เป็นการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น รายงานโดยใช้ 9-27 คะแนน หมายถึง การมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และใช้คำถามข้อที่ 9 “คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี” เป็นการประเมินความคิดทำร้ายตนเอง รายงานโดยใช้ 2-3 คะแนน หมายถึง มีค่อนข้าง

บ่อยถึงมีเกือบทุกวัน ทั้งนี้พัฒนาให้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ด้วย Google Form และเข้าถึงด้วย QR Code สำหรับปีงบประมาณ 2563 เก็บข้อมูลตั้งแต่เมษายน-กันยายน 2563 รวม 11 ครั้ง ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ มีความเป็นตัวแทนระดับประเทศ ตัวอย่างแต่ละครั้ง 600 คน ส่วนปีงบประมาณ 2564 เก็บข้อมูลทุก 3 เดือน มีความเป็นตัวแทนระดับเขตสุขภาพและประเทศ ตัวอย่างเขตสุขภาพละ 400 คน รวมทั้งหมด 6,000 คน (แผนภูมิที่ 5.11) ส่วนที่เก็บข้อมูลเป็นบุคลากรผู้รับผิดชอบตำบลเป้าหมายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ เทศบาล โรงพยาบาลเอกชน ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยผู้ประสานระดับจังหวัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ประสานระดับเขตสุขภาพจากศูนย์สุขภาพจิต 1-13

สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย และกำหนดสำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วย COVID-19 ประเทศไทย จำแนกตาม ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสะสม และผู้ป่วยกลับบ้าน ณ วันที่ 24 กันยายน 2564



ระลอกแรก: สัปดาห์เดือนเมษายน-กันยายน 2563 ทุก 2 สัปดาห์ และวันที่ 23-28 พฤศจิกายน 2563:

ระลอก 2: สัปดาห์วันที่ 15-20 กุมภาพันธ์ 2564

ระลอก 3: สัปดาห์วันที่ 23-28 เมษายน 2564 และวันที่ 6-13 กันยายน 2564

จัดทำโดย : กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

แผนภูมิที่ 5.11: สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย และกำหนดสำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2564

2.1 ผลสำรวจภาวะซึมเศร้าของคนไทย

ภาพรวมภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 และเริ่มมีแนวโน้มสูงต่อเนื่องตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 จนถึงระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) โดยพบสูงสุดในการระบาดระลอกสาม คือ 13.6% (แผนภูมิที่ 5.12)

การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 ภาพรวมภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ในช่วง 3.4-9.1% พบสูงสุดของการสำรวจเมื่อ 25-30 พฤษภาคม 2563 ส่วนผลสำรวจช่วง 23-28 พฤศจิกายน 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยประกาศเปิดประเทศให้ประเทศที่มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ําเข้าประเทศไทย เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ พบว่าภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากน้อยกว่า 1 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนนี้ (4.0 %)

การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมาก 6.2 % จากผลสำรวจเมื่อ 15-20 กุมภาพันธ์ 2564 และสูงต่อเนื่องในการระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) (13.6%) ในการสำรวจเมื่อ 6-13 กันยายน 2564 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจครั้งที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 (สำรวจ 23-28 พฤศจิกายน 2563) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากอยู่ในช่วง 2.1%-8.5% โดยพบสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 9 โดยสูงกว่าภาพรวมกว่า 2 เท่า ซึ่งสูง 5 อันดับแรกได้แก่ เขตสุขภาพที่ 9, 10, 11, 12 และ 7 (8.5%, 6.4%, 5.9%, 5.6% และ 5.2% ตามลำดับ)

สำหรับการระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 สำรวจเมื่อ 15-20 กุมภาพันธ์ 2564 พบว่าเขตสุขภาพที่ 5 มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดและสูงกว่าภาพรวม 3 เท่า (ภาพรวม 6.2% เขตสุขภาพที่ 5 15.7%) เขตสุขภาพที่ 9, 11 และกทม. สูงกว่าภาพรวมกว่า 1 เท่า (7.4%, 2.2%, 7.4% และ 7.7% ตามลำดับ)

ส่วนการระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) วันที่ 23-28 เมษายน 2564 พบภาวะซึมเศร้าสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4, กทม, 7, 9 และ 6 (14.5%, 13.9%, 11.6%, 10.1% และ 9.3% ตามลำดับ) และเมื่อ 6-13 กันยายน 2564 พบว่า ทุกเขตสุขภาพสูงกว่าช่วงเดือนเมษายน 2564 ประมาณ 2 เท่า หรือใกล้เคียงกัน โดยสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 5 (16.4%) (แผนภูมิที่ 5.13)

2.2 ผลสำรวจความคิดทำร้ายตนเอง

ภาพรวมความคิดทำร้ายตนเองค่อนข้างบ่อย-เกือบทุกวันของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระยะแรกจนถึงระลอกสาม โดยเริ่มสูงขึ้นปลายระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 และสูงอย่างต่อเนื่อง โดยพบความคิดทำร้ายตนเองระดับปานกลาง-รุนแรงมากของคนไทยสูงสุดในการระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) คือ 2.2% (แผนภูมิที่ 5.12)

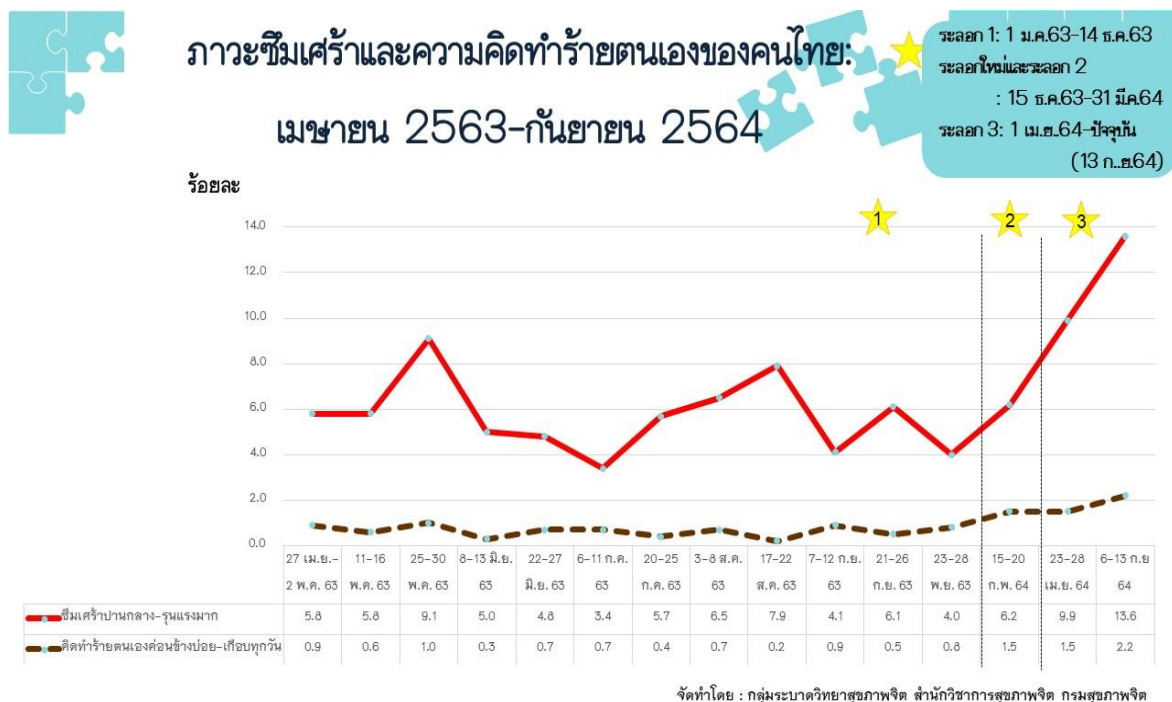
การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 ภาพรวมความคิดทำร้ายตนเอง ระดับปานกลาง-รุนแรงมาก มีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ที่ใกล้เคียงกัน ในช่วง 0.2-1.0% พบสูงสุดในการสำรวจช่วง 25-30 พฤษภาคม 2563

การระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 ผลสำรวจ เมื่อ 15-20 กุมภาพันธ์ 2564 พบความคิดทำร้ายตนเอง (1.5%) ซึ่งสูง 2 เท่าของการระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 ทั้งนี้เมื่อเกิดการระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) พบมีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงสุด 2.2% ในการสำรวจเมื่อ 6-13 กันยายน 2564

เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพ การระบาดระลอกแรก ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 14 ธันวาคม 2563 สำรวจเมื่อ 23-28 พฤศจิกายน 2563 พบว่าเขตสุขภาพที่ 6, 7, และ 11 มีความคิดทำร้ายตนเองค่อนข้างบ่อย-เกือบทุกวันสูงกว่าภาพรวม (0.8%) กว่า 2 เท่า (2.2%, 1.9% และ 2.1 % ตามลำดับ)

ส่วนการระบาดระลอกใหม่และระลอกสอง ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2563 - 31 มีนาคม 2564 ภาพรวม (1.5%) สูงกว่าระลอกแรก (0.8%) ซึ่งสำรวจเมื่อ 15-20 กุมภาพันธ์ 2564 พบว่าเขตสุขภาพที่ 5 มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดและสูงกว่าภาพรวม 3 เท่า (เขตสุขภาพที่ 5 4.7%) เขตสุขภาพที่ 8, 11 และกทม. สูงกว่าภาพรวมกว่า 1 เท่า (2.5%, 2.0%, และ 1.8% ตามลำดับ)

สำหรับการระบาดระลอกสามเป็นต้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - ปัจจุบัน (13 กันยายน 2564) ภาพรวมสูงสุดการระบาดครั้งก่อน ๆ (2.2%) โดยการสำรวจเมื่อวันที่ 23-28 เมษายน 2564 พบภาวะซึมเศร้าสูงสุดที่ กทม. (3.1%) ส่วนการสำรวจ เมื่อ 6-13 กันยายน 2564 กทม. ลดลงเล็กน้อย (2.1%) ทั้งนี้การสำรวจล่าสุด 6-13 กันยายน 2564 พบทุกเขตสุขภาพสูงกว่าช่วงเดือนเมษายน 2564 ประมาณ 2 เท่า หรือใกล้เคียงกัน โดยสูงสุดที่เขตสุขภาพที่ 4 (3.9%) ยกเว้น กทม. (แผนภูมิที่ 5.12)



แผนภูมิที่ 5.12: ภาพรวมภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย ปี พ.ศ.2563 - 2564



ภาวะซึมเศร้าของคนไทย: รายเขตสุขภาพ



ระลอก 1: 1 ม.ค.63-14 ธ.ค.63
ระลอกใหม่และระลอก 2
: 15 ธ.ค.63-31 มี.ค.64
ระลอก 3: 1 เม.ย.64-ปัจจุบัน
(13 ก.ย.64)

ร้อยละ



ปานกลาง-รุนแรงมาก

จัดทำโดย : กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

แผนภูมิที่ 5.13: ภาวะซึมเศร้าของคนไทย รายเขตสุขภาพ ปี พ.ศ.2563 - 2564



ความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย: รายเขตสุขภาพ



ระลอก 1: 1 ม.ค.63-14 ธ.ค.63
ระลอกใหม่และระลอก 2
: 15 ธ.ค.63-31 มี.ค.64
ระลอก 3: 1 เม.ย.64-ปัจจุบัน
(13 ก.ย.64)

ร้อยละ



ค่อนข้างบ่อย-เกือบทุกวัน

จัดทำโดย : กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

แผนภูมิที่ 5.14: ความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย รายเขตสุขภาพ ปี พ.ศ.2563 - 2564

5.5.3. สรุป

ภาพรวมภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง-รุนแรงมากของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรก (1 มกราคม-14 ธันวาคม 2563) และเริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2563 จนถึงระลอกสาม (1 เมษายน-13 กันยายน 2564) โดยพบสูงสุดในการระบาดระลอกสาม คือ 13.6% ซึ่งภาวะซึมเศร้าของคนไทยต่างจากการศึกษาในมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 50.7% (defined as a total score of ≥ 5 in the Patient Health Questionnaire-9) (5) และความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่างวันที่ 31 มกราคม-2 กุมภาพันธ์ 2563 ใช้การสำรวจเร่งด่วนรูปแบบออนไลน์ 4,972 คน จาก 31 จังหวัด ในประเทศจีน เท่ากับ 48.3% (95%CI: 46.9%-49.7%) (6)

ภาพรวมความคิดทำร้ายตนเองค่อนข้างบ่อย-เกือบทุกวันของคนไทยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระยะแรกจนถึงระลอกสาม โดยเริ่มสูงขึ้นปลายระลอกแรก (1 มกราคม-14 ธันวาคม 2563) และสูงอย่างต่อเนื่องโดยพบความคิดทำร้ายตนเองค่อนข้างบ่อย-เกือบทุกวันของคนไทยสูงสุดในการระบาดระลอกสาม (1 เมษายน-13 กันยายน 2564) คือ 2.2%

มีหลักฐานบ่งชี้ว่าคนที่มีความเสี่ยงสูงจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.36 เท่า โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.36 7 ปัจจัยภาวะทางจิตเวชเป็นกุญแจสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ภาวะซึมเศร้าและปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง (8) (10) ทั้งนี้โรคซึมเศร้า พบร้อยละ 49-64 ในวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (11) วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า โดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 8.78 เท่าของคนที่ไม่มีความเสี่ยงเมื่อติดตามวัยรุ่นเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไปจนเข้าสู่ผู้ใหญ่ พบว่ามีร้อยละ 7.7 ที่ฆ่าตัวตาย (12) ส่วนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย 4.84 เท่า (OR=4.84, 95% CI=3.26-7.20) และผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงนำไปสู่ความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย 2.20 เท่า (OR=2.20, 95% CI=1.05-4.60) (13) นอกจากนี้สถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ในต่างประเทศ พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 72.4 และมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 65.5 (14) ทั้งนี้มีการศึกษาแนวโน้มฆ่าตัวตายทั่วโลกในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Based on a systematic review of suicide ทั้ง 21 ประเทศ (15) พบอัตราฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของโควิด-19 การค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ จากประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ปานกลางระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาชี้ให้เห็นถึงอัตราภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนทั่วโลก

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังเช่น กรณีแพลงกึ่งเมื่อกลางเดือนธันวาคม 2563 ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อกระจายทั้งจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งผลสำรวจเดือนกุมภาพันธ์ 2564 พบเขตสุขภาพที่ 5 มีภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น ๆ (16) (แผนภูมิที่ 5.9, 5.13 และ 5.14) และการระบาดระลอกสาม (1 เมษายน-13 กันยายน 2564) จากเชื้อกลายพันธุ์เดลต้าเมื่อเมษายน 2564 ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เมษายนถึงกันยายน 2564

ทั้งนี้อาจมีปัจจัย หรือผลกระทบอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ขาดรายได้ ความไม่สะดวกในการดำรงชีวิตการเรียนออนไลน์ เป็นต้น

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา และรายงาน (17) พบว่า ช่วงแรกของการระบาดส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวล ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 2 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนระบาดของโควิด-19 ความเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตายดังกล่าวมาจากสาเหตุ คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อต้องแยกกักตัว ซึ่งประเทศที่มีลักษณะการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นจากการทำนาย ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ เปรู สวีเดน และสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้มาจากการลือคดวุ่น ประชาชนขาดรายได้ เด็กต้องเรียนออนไลน์ และความล้มเหลวทางธุรกิจ เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย

ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองของคนไทย แม้ว่าภาพรวมไม่สูงเท่ากับการสำรวจในต่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งเฝ้าระวัง และสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของคนไทย โดยใช้วัคซีนใจเพื่อผลกระทบด้านสุขภาพจิต เพิ่มศักยภาพทางจิตใจ (ภูมิคุ้มกันทางใจ) ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความปลอดภัยจากผลกระทบด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นี้และมีความเข้มแข็งทางจิตใจเต็มเปี่ยมด้วยพลังสามารถปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ได้

1. วชิระ เพ็งจันทร์ และปรีดา หวังเกียรติ. 4 Wave จาก Covid-19 ต่อระบบสุขภาพคนไทย. [Retrieved 2022 JAN 24]; Available from <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=393>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan: C4)
3. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย, 2565, สืบค้นวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/>
4. Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe and Ratana Saipanish. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008;8:46.
5. Shuai Liu, Lulu Yang, Chenxi Zhang, Yu-Tao Xiang, Zhongchun Liu, Shaohua Hu, Bin Zhang. 2020. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Published online February 18, 2020, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
6. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental Health Problems and Social Media Exposure During COVID-19 Outbreak [Internet]. Rochester, NY: Social Science Research Network; 2020 Feb [cited 2020 Mar 13]. Report No.: ID 3541120. Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3541120>
7. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 3-16.
8. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. Br J Psychiatry 2000; 177:360-5.
9. Wong PW, Chan WS, Chen EY, Chan SS, Law YW, Yip PS. Suicide among adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong. BMC Public Health 2008, 8:147.
10. De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide. Br J Psychiatry 2002; 181:372-4
11. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3-4), 372-394.
12. Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. Can J Psychiatry. 2007;52(6 Suppl 1):35S-45S.
13. Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28.
14. Almaghrebi AH. Risk factors for attempting suicide during the COVID-19 lockdown: Identification of the high-risk groups. J Taibah Univ Med Sci. 2021;16(4):605-611.

15. Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., MRes, V. A., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brecic, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet*, 8(7), P579–588.
16. ศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://web.facebook.com/informationcovid19/>.
17. Louis Appleby. What has been the effect of covid-19 on suicide rates? Suicide rates haven't risen, but we should be cautious. *BMJ* 2021; 372: n834



บทที่ 6

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- 6.1 บทนำ
- 6.2 การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 6.3 ผลกระทบและการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
- 6.4 ผลลัพธ์ของการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
- 6.5 สรุป

6.1 บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปลายปี 2562 ทำให้มีผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากซึ่งในปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในทุก ๆ มิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนแปลงไป การจัดบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะอื่น ๆ จำเป็นต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การป้องกันการติดเชื้อในกิจกรรมบริการต่าง ๆ จึงต้องมีการวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Service) โรงพยาบาลทุกระดับมีความจำเป็นต้องปรับระบบบริการทางการแพทย์ใหม่ ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยารักษาภูมิคุ้มกันนั้น โดยมาตรการสำหรับควบคุมการระบาดที่สำคัญนอกเหนือจากการส่งเสริมการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ ระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในช่วงที่การเข้าถึงสถานพยาบาลในรูปแบบเดิมเป็นเรื่องที่ลำบากมากขึ้นในช่วงการระบาด และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลภายในสถานพยาบาล โดยให้เกิดผลกระทบต่อ การเข้าถึงการรักษาน้อยที่สุด

การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการการควบคุมป้องกันการระบาดต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ ทั้งในแง่การส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษา และควบคุมโรค ซึ่งจากการรวบรวมหลักฐานที่แสดงผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่ากิจกรรมการให้บริการตั้งแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยง ได้ถูกจำกัดลง อย่างไรก็ตามยังเห็นถึงการปรับตัวของระบบ โดยมีการปรับรูปแบบการจัดบริการรักษา การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนา หรือการเร่งรัดการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้เพื่อช่วยในการตรวจติดตาม และติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชน และผู้ให้บริการ

6.2 การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน

สำหรับกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในชุมชน ซึ่งทุกพื้นที่ดำเนินการเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จากข้อมูลของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น มีค่าไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดนัก โดยความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตในประชากรไทยอายุ 35 - 59 ปี ในปี 2562, 2563, และ 2564 มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 89.81, 90.35, และ 88.63 ตามลำดับ ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 - 59 ปี ในปี 2562, 2563, และ 2564 มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 90.37, 91.03, และ 89.56 ตามลำดับ ดังนั้นจึงแสดงถึงว่าพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน โดยหลายพื้นที่มีการประยุกต์นำแผ่นพลาสติกป้องกันการสัมผัสก่อนวัดความดันโลหิต อย่างไรก็ตามช่องทางการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตของประชาชนจากช่องทางอื่นที่ได้ถูกจำกัดลงในช่วงการระบาดชัดเจน ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตสาธารณะ ซึ่งก่อนหน้าการระบาดได้มีการกระจายเครื่องวัดความดันโลหิตสาธารณะสู่ชุมชน และที่สาธารณะ เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน ธนาคาร วัด และห้างสรรพสินค้า ไปกว่า 800 จุดทั่วประเทศ (จาก 2 โครงการใหญ่ คือ โครงการภายใต้กรมควบคุมโรค และโครงการภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ร่วมกับ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (1) แต่ภายหลังการระบาด อุปกรณ์สาธารณะต่าง ๆ ต้องถูกระงับการให้บริการ ด้วยความกังวลต่อการแพร่เชื้อจากการสัมผัสของสาธารณะร่วมกัน ถึงแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาแนวทางการดูแล และการใช้เครื่องวัดความดันสาธารณะเพื่อลดการสัมผัส แต่ในทางปฏิบัติยังดำเนินการได้ยาก

ในระยะแรกของการระบาดของโรคโควิด-19 ช่วงวันที่ 27 เมษายน - 3 พฤษภาคม 2563 กองโรคไม่ติดต่อได้ทำการสำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,415 คนนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.7 ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่ามีผู้ที่ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดความดันโลหิตลดลง มีถึงร้อยละ 15.2 แต่มีผู้ที่ระบุว่าความถี่ในการวัดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.8 และการสำรวจในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,206 คนพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.3 ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่ามีถึงร้อยละ 13.7 ที่ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีเพียงร้อยละ 2.8 ที่ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (1)

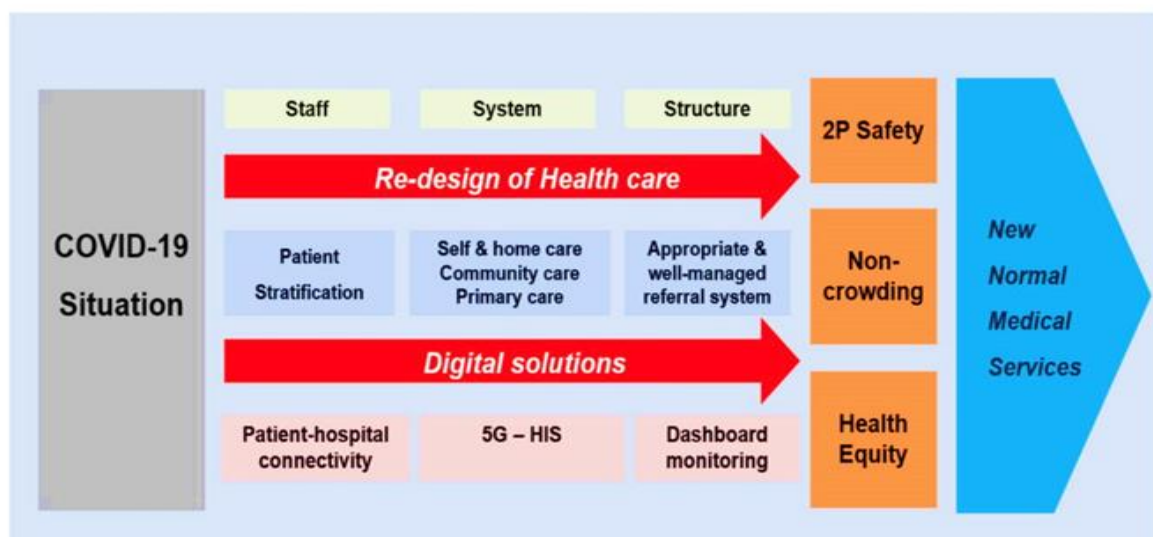
6.3 ผลกระทบและการปรับปรุงแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งได้ปรับระบบบริการ เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อโดยที่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์เอง มีความเสี่ยงกับการติดเชื้อน้อยที่สุดโดยนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health tech) มาใช้สนับสนุน “ระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่” หรือ “New Normal Healthcare Service Delivery” โดยมุ่งเน้น Non-crowded, Patient and Personnel (2P) Safety และ Health equity และมีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการให้บริการผู้ป่วย ตามระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา (Patient Stratification) เพื่อลดปัญหาคนไข้ใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีการนำเทคโนโลยีและพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสนับสนุนระบบนัดหมาย ผ่านทางออนไลน์ ระบบการแพทย์ทางไกล (Teleconsultation) และโครงการรับยาที่บ้าน (2) ตัวอย่างโรงพยาบาลที่จัดระบบบริการสำหรับบริการระบบโรคเรื้อรังในช่วงการระบาด เช่น ในจังหวัดสุพรรณบุรี รพ.อุทอง ได้จัดรายการเดิมส่งมาให้ รพ.สต.จะเข้สามพัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติของ รพ.สต. สามารถใช้รหัสผ่านส่วนตัวเข้าระบบข้อมูล ของรพ.อุทอง เพื่อดูผลตรวจเลือด และรายการยาของผู้ป่วย และนัดหมาย อสม. มารับยาไปมอบให้ ผู้ป่วยถึงบ้าน, ในจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี ได้มีการจัดบริการหมอครอบครัวออนไลน์ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ดี โดยก่อนวันนัดหมาย 1-3 วัน ผู้ป่วยจะต้องวัดค่าความดันโลหิต

หรือค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ของตนเอง ซึ่งสามารถทำเองได้ที่บ้านหรือโดย อสม. หรือที่ร้านยาอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และผู้ป่วยจะได้รับยาผ่าน 4 ช่องทาง ดังนี้ 1. รับยานอกเวลา 2. รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ 3. รับยาทางไปรษณีย์ 4. รับยาที่บ้าน โดยทีม Home med delivery นอกจากนี้ยังมีช่องทางการรับยาในรูปแบบอื่น เช่น ร้านยาจิตอาสาใน จังหวัดนครราชสีมา ระบบ drive thru ในจังหวัดสระบุรี อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งเลื่อน นัดผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ออกไป โดยไม่ได้พบแพทย์ แต่ยังมีการจัดยาเดิมส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (รูปภาพที่ 6.1) ร่วมกับมหาวิทยาลัย และภาคีเครือข่าย พัฒนาคู่มือการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปทดลองใช้โดยเลือกจังหวัดปัตตานีเป็น โครงการต้นแบบ (Sand Box) และเหตุผลที่เลือกพื้นที่ จังหวัดปัตตานีเนื่องมาจาก 1. จังหวัดปัตตานีมีอัตราการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 สูงที่สุดในภาคใต้ และจัดเป็นพื้นที่สีแดงในช่วงแรกของการระบาด เนื่องจากการไปร่วมพิธีแสวงบุญดวาระห์ ณ มัสยิด ซ็อร์ปี้อตาล ประเทศมาเลเซีย 2. พื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง มีมาตรการ และนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดที่ส่งผลต่อการควบคุมการระบาดของโรค โควิด-19 อย่างเป็นรูปธรรม และ 3. มีหน่วยงานของกรมการแพทย์ ที่เป็นหลักในการประสานงานกับพื้นที่คือโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ปัตตานี New Normal Medical Service มีหลักความเชื่อมโยงในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

New Normal Medical Services



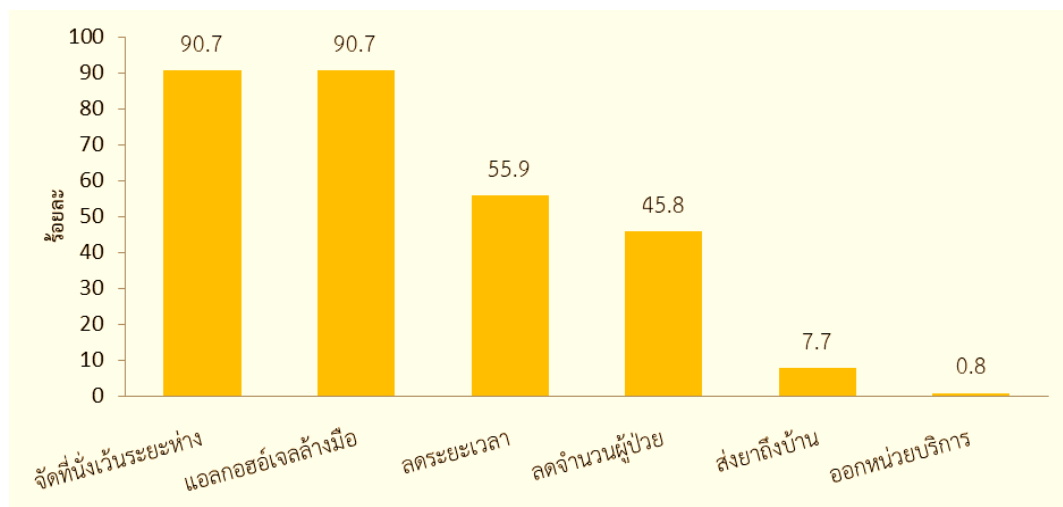
รูปภาพที่ 6.1: Conceptual Framework ของการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical services)

การพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่นั้น เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบระบบบริการสุขภาพ (Re-design) โดยมีทิศทางการดำเนินงาน ซึ่งแต่เดิมเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรับการรักษาที่โรงพยาบาล (hospital based medical services) สำหรับผู้ป่วยทุกประเภท ทำให้เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล จึงต้องปรับให้มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป ในขณะเดียวกันมีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล (personal-based medical services)

ปัตตานีโมเดล” ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 มีการจัดรูปแบบการบริการ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยจำแนกเป็นกลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง โดยมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิ Application “หมอรู้จักคุณ”, Telemedicine และฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เข้ามาช่วยบริหารจัดการ ในการส่งข้อมูลและการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดระบบบริการให้ตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กลุ่มสีเขียวซึ่งควบคุมโรคได้ดี สามารถไปพบแพทย์ครั้งเว้นครั้งได้รับยาทางไปรษณีย์ โดยมุ่งเน้นการพบแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และรับยาทางไปรษณีย์หรือผ่านช่องทาง Fast Track ในโรงพยาบาล กลุ่มสีเหลือง เป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลางมีภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่รุนแรง สามารถพบแพทย์ที่โรงพยาบาลครั้งเว้นครั้ง หรือผ่านระบบการแพทย์ทางไกล มีอาสาสมัครสาธารณสุขไปตามเยี่ยมบ้าน ทั้งกลุ่มควบคุมโรคได้ดีและปานกลางสามารถเติมยา (Refilled Med) และรับยาผ่านช่องทางด่วนในรอบที่ไม่ต้องพบแพทย์ได้ รับยาทางไปรษณีย์หรือ ร้านขายยาใกล้บ้าน ส่วนกลุ่มสีแดง เป็นกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จำเป็นต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง จะมีการดูแลที่เข้มข้นจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มยังสามารถวัดความดันโลหิตและวัดระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลจากการเจาะเลือดปลายนิ้วที่จุดตรวจให้บริการ “Self-Check Point” ประจำหมู่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปช่วยตรวจและส่งผลการตรวจไปยังหน่วยบริการล่วงหน้าก่อนวันนัด

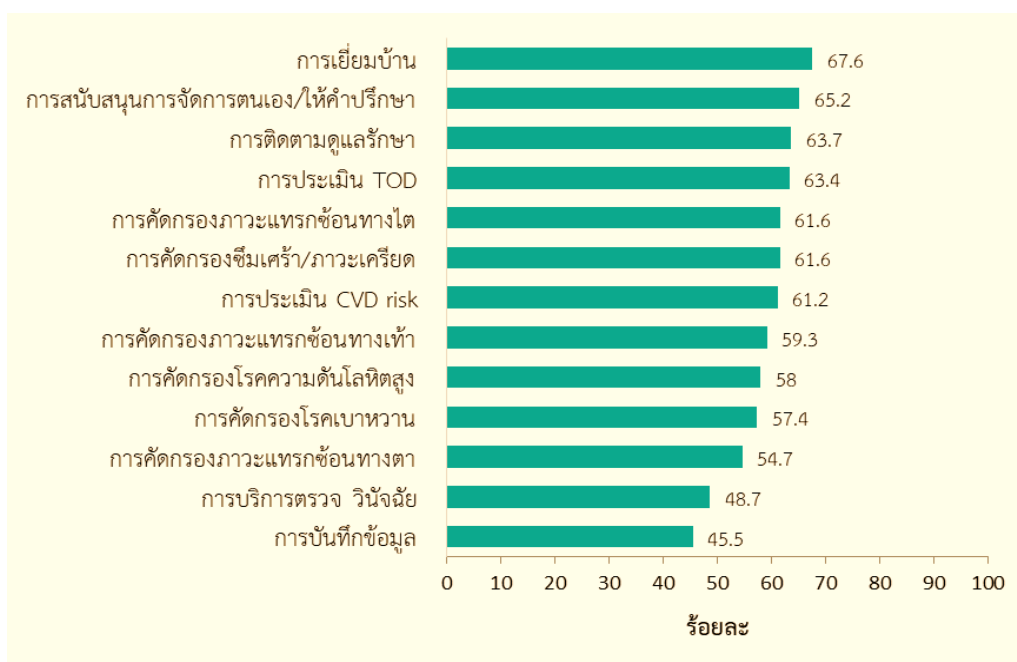
กองโรคไม่ติดต่อ ได้มีการสำรวจผลกระทบและการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 ในรูปแบบการสำรวจออนไลน์ผ่าน Google form มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 589 คน ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 366 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 140 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.8 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 51 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.7 โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 24 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.1 และสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.4 พบว่า ร้อยละ 51.4 ได้รับผลกระทบทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ ต้องปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ นอกจากนี้คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บางแห่งปิดให้บริการ ร้อยละ 6.3 มีเพียงร้อยละ 42.3 ที่ยังสามารถเปิดให้บริการได้ตามปกติ โดยรูปแบบการจัดบริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ถูกปรับเปลี่ยน 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดบริการจัดที่นั่งรอรับบริการ โดยเว้นระยะห่าง 1 - 2 เมตร และจัดให้มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือบริการในคลินิก มากที่สุดร้อยละ 90.7 รองลงมาคือ ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ

เช่น จัดบริการแบบ One stop service ร้อยละ 55.90 และการลดลงจำนวนผู้ป่วยในคลินิก เช่น การนัด
 เหลื่อมเวลา การยืดเวลานัดผู้ป่วยให้นานขึ้น ร้อยละ 45.8 (รูปภาพที่ 6.2)



รูปภาพที่ 6.2: ร้อยละของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ โรคโควิด-19

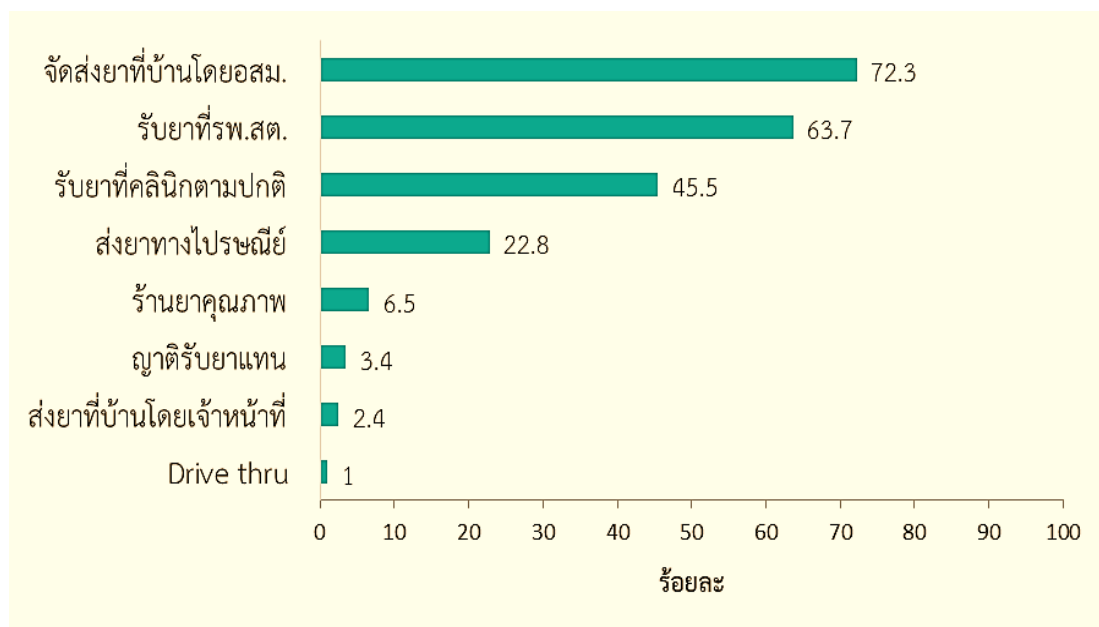
สำหรับผลกระทบที่มีต่อกิจกรรมการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า
 ส่งผลกระทบต่อการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 67.6 การสนับสนุนการจัดการตนเอง/ให้คำปรึกษา ร้อยละ 65.2
 การติดตามการรักษา ร้อยละ 63.7 ส่งผลกระทบต่อการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 61.6
 การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 61.2 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
 ทางเท้า ร้อยละ 59.3 และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 54.7 (รูปภาพที่ 6.3)



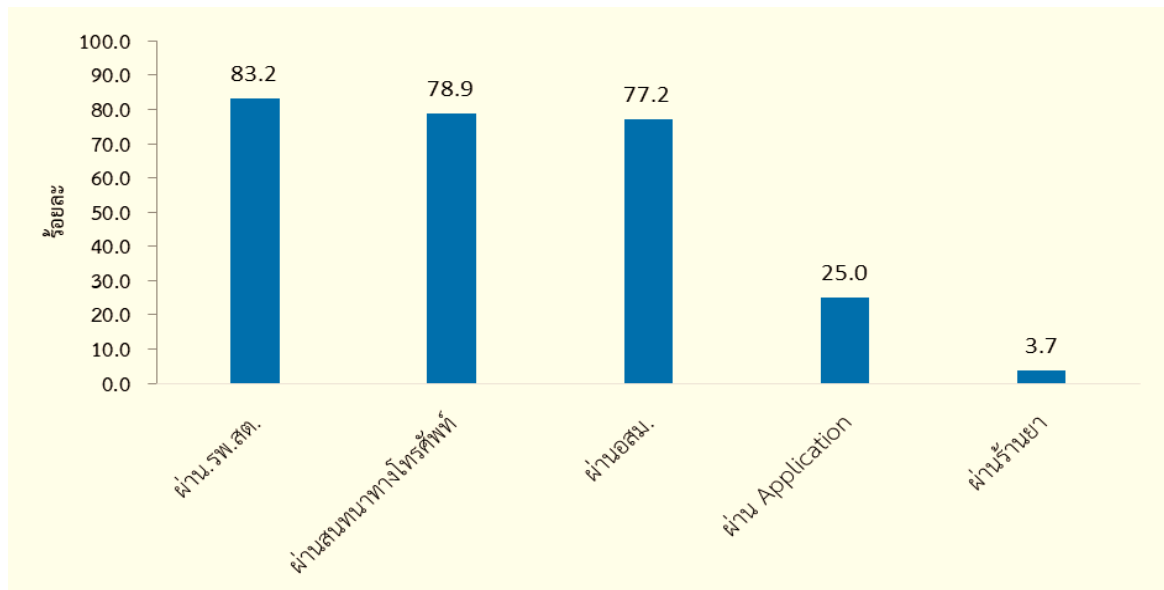
รูปภาพที่ 6.3: ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับผลกระทบช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19
 ต่อการให้บริการ

สำหรับการปรับรูปแบบการจัดบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี พบว่า มีการจัดส่งยาไปที่บ้านโดย อสม. ร้อยละ 72.9 แจ้งผู้ป่วยให้ไปรับยาที่ รพ.สต. ร้อยละ 63.7 ผู้ป่วยมารับยาที่คลินิกตามปกติ ร้อยละ 45.5 และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 22.8 และบางพื้นที่มีการจัดบริการจ่ายยาในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ร้านยาคุณภาพ ญาติรับยาแทน การส่งยาโดยเจ้าหน้าที่ และการรับยาแบบ Drive thru เป็นต้น (รูปภาพที่ 6.4) นอกจากนี้ในประเด็นระบบการสำรองยา พบว่ามีผู้ระบุว่ามีการสำรองยากินลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงพอ ร้อยละ 89.6 ยาฉีดลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงพอ ร้อยละ 93.9 ยาลดความดันโลหิตเพียงพอร้อยละ 82.9 และยาลดไขมันเพียงพอ ร้อยละ 78.3 นอกจากนี้กิจกรรมการติดตามผู้ป่วยถูกปรับเปลี่ยนช่องทางการติดตาม โดยมีการติดตามผ่าน รพ.สต. ร้อยละ 83.2 ติดตามผ่านทางโทรศัพท์ ร้อยละ 78.9 ติดตามโดย อสม. ร้อยละ 77.2 และติดตามผ่าน Application ร้อยละ 25 (รูปภาพที่ 6.5) ความถี่การติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (รวมทุกช่องทาง) ในกลุ่มควบคุมได้ดีได้รับการติดตามห่างขึ้นมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.70 ส่วนกลุ่มควบคุมได้ไม่ดีติดตามเท่าเดิมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.70 และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มควบคุมได้ไม่ดี ได้รับการติดตามห่างขึ้น ร้อยละ 13.6 ผลกระทบด้านบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ

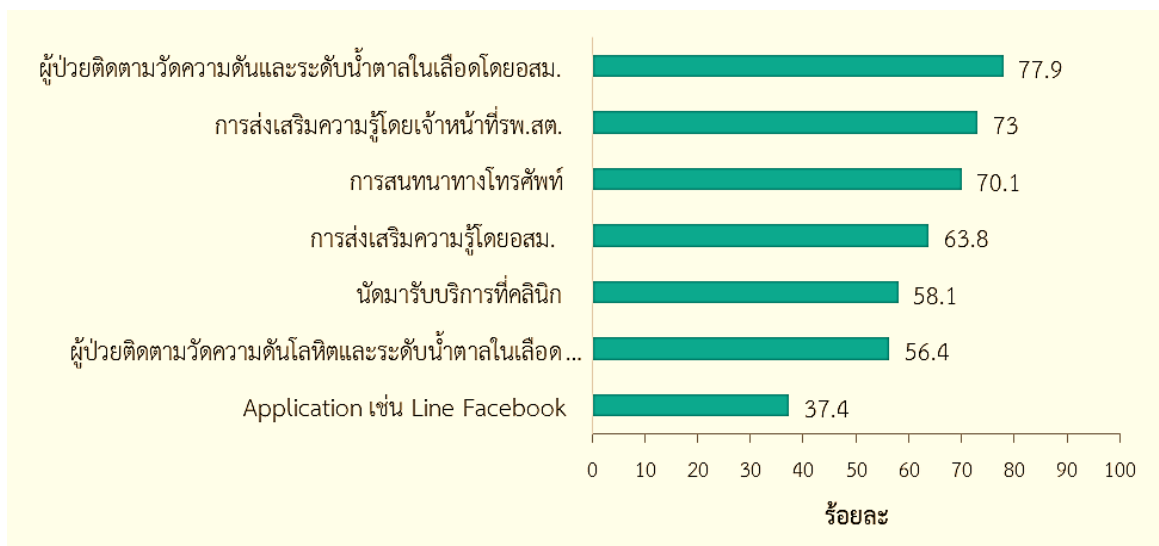
ในแง่การบริการในการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าผู้ปฏิบัติงานใน NCD clinic ระบุว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามวัดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดโดย อสม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.90 รองลงมาคือ การส่งเสริมความรู้โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.ร้อยละ 73.00 การให้สนทนาผ่านการสนทนาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 70.10 และการส่งเสริมความรู้โดย อสม. ร้อยละ 63.80 (รูปภาพที่ 6.6)



รูปภาพที่ 6.4: ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้ปรับเปลี่ยนการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

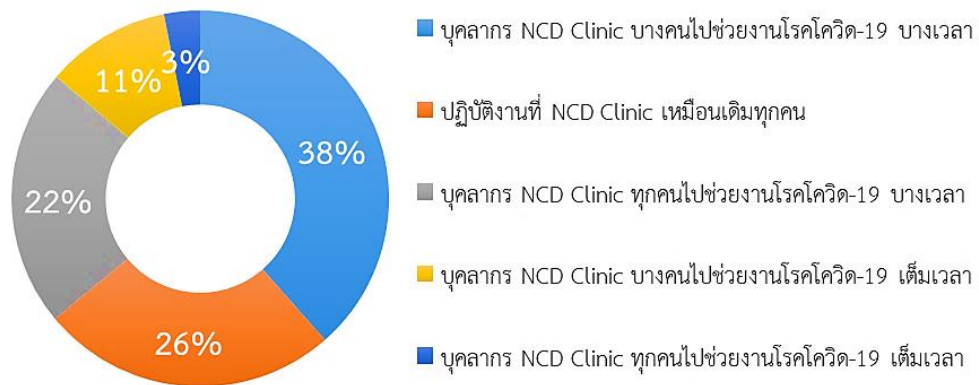


รูปภาพที่ 6.5: ร้อยละผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD clinic ที่ระบุว่าการปรับรูปแบบการติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางต่าง ๆ



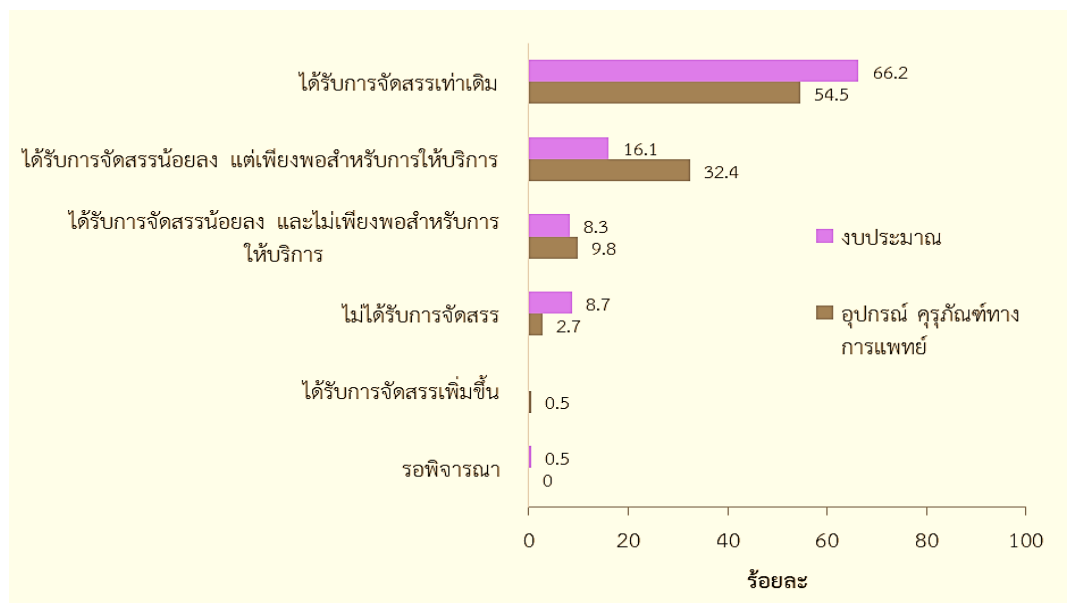
รูปภาพที่ 6.6: ร้อยละของ NCD Clinic ที่ปรับเปลี่ยนการจัดบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

ด้วยภาระงานด้านการควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้สัมผัสโรคโควิด-19 ที่มีมากในช่วงการระบาด จึงจำเป็นต้องจัดสรรกำลังคนทางการแพทย์และทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยส่วนหนึ่งเป็นการจัดสรรจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนอื่น โดยในส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD clinic นั้น พบว่า ร้อยละ 74 ระบุว่า NCD clinic ต้องสูญเสียบุคลากรเพื่อไปสนับสนุนงานด้านโรคโควิด-19 โดยในจำนวนนั้นพบว่ามี NCD clinic ที่มีผู้ที่ถูกจัดสรรให้ไปปฏิบัติงานด้าน โรคโควิด-19 เต็มเวลา ร้อยละ 14 มี NCD clinic ที่บุคลากรทั้งหมดถูกจัดสรรไปช่วยงานโรคโควิด-19 ร้อยละ 25 ไปช่วยบางเวลา และมี NCD clinic ที่ไม่ต้องจัดสรรบุคลากรไปช่วยงานโรคโควิด-19 ร้อยละ 26 (รูปภาพที่ 6.7)



รูปภาพที่ 6.7: ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่ามีบุคลากร/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด-19

ด้านการจัดสรรอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ภายใน NCD Clinic พบว่า ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 หน่วยบริการส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 54.50 และได้รับการจัดสรรงบประมาณในงาน NCD Clinic เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 66.20 อย่างไรก็ตาม บางหน่วยบริการที่ถึงแม้ได้รับการจัดสรรน้อยลงแต่ยังเพียงพอสำหรับการให้บริการ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการลดลงของกิจกรรมบริการ และภาระงาน จากจำนวนผู้มารับบริการที่ลดลง ประกอบกับมาตรการปรับเปลี่ยนการจัดบริการของหน่วยบริการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม (รูปภาพที่ 6.8)



รูปภาพที่ 6.8: ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับการจัดสรร อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และงบประมาณ ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

NCD Clinic ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม เช่น การลดจำนวนผู้รับบริการลง การลดจำนวนชั่วโมงให้บริการ หรือการลดจำนวนวันในการให้บริการด้านบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเพียง 1 ใน 4 ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic เหมือนเดิม ส่วนใหญ่ได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด-19 ทั้งแบบเต็มเวลาและในบางเวลา ด้านอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และงบประมาณส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรเท่าเดิม และได้รับจัดสรรน้อยลงแต่ยังเพียงพอต่อการจัดบริการใน NCD clinic นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่า กิจกรรมการให้บริการใน NCD Clinic ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบส่งผลให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามปกติ และบางกิจกรรมไม่สามารถจัดบริการได้ หลายหน่วยงานมีการปรับกิจกรรมการให้บริการในรูปแบบใหม่ ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและให้คำปรึกษา มีการปรับให้ผู้ป่วยได้รับการวัดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดโดย อสม. ส่งเสริมความรู้โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. การใช้การสนทนาทางโทรศัพท์ มากกว่าการนัดมารับบริการที่คลินิก นอกจากนี้การศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรการต่าง ๆ ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การรับยาทางร้านยาคุณภาพ การส่งยาทางไปรษณีย์ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิต้องมีการเพิ่มขึ้นในการสนับสนุนการบริการในช่วงที่มีการระบาด เช่น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นต้น

นโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” เป็นหนึ่งในนโยบายเร่งรัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีดำริมาตั้งแต่ก่อนการระบาดของ โรคโควิด-19 เพื่อพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และสร้างโอกาส ความเสมอภาค ความเท่าเทียม และความเป็นธรรมทางสังคม ในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (Health Equality) โดยโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านนั้น เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนรับยาตามร้านยาที่ร่วมโครงการ โดยความสมัครใจ หรือรับยาใกล้บ้าน ร้านยาใกล้ใจ เพื่อเป็นทางเลือกในการรับยาหลังพบแพทย์ให้กับผู้ป่วย โดยไม่ต้องรอคิวรับยาที่โรงพยาบาล ซึ่งร้านยาที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นร้านยาแผนปัจจุบัน ข.ย.1 ที่มีเภสัชกรประจำร้าน และจะมีป้ายสัญลักษณ์ “ร้านยาชุมชนอบอุ่น” ที่หน้าร้าน ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการไม่ได้มีแต่ร้านยาในศูนย์สรรพสินค้าขนาดใหญ่ ร้านยาที่มีคุณภาพทั่วประเทศที่มีเภสัชกรประจำ ก็เข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก เพื่ออำนวยความสะดวกประชาชน และกระจายเงินสู่ภาคส่วน (3) เสมือนเป็นการจำลองห้องยาโรงพยาบาลมาอยู่ที่ร้านขายยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมเช่นเดียวกับการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกประการ ซึ่งในระยะแรกจะเริ่มต้นในผู้ป่วย 4 โรคเรื้อรัง คือ 1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3. จิตเวช และ 4. หอบหืด โดยเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่ไปรับบริการที่ร้านยา 29,299 คน คิดเป็น 80.38% ของเป้าหมายในปี 2564 ซึ่ง สปสช.ตั้งไว้ที่ 36,450 คน จำนวนการไปรับยา 54,730 ครั้ง มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 141 แห่ง และร้านยาในเครือข่าย 1,081 แห่ง โดยรวมแล้วถือว่ามีการพัฒนาขึ้นมาก เช่น จำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นจาก 11,235 รายในช่วงไตรมาส 3 ปี 2563 เป็น 29,299 รายในปัจจุบัน หรือจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 130 แห่งในช่วงไตรมาส 3 ปี 2563 เป็น 141 แห่ง ซึ่งรูปแบบการส่งยาที่โรงพยาบาลเลือกใช้มากที่สุดคือการจ่ายยาจากโรงพยาบาลส่งไปให้ที่ร้าน แล้วให้ผู้ป่วยมารับยาที่ร้านภายใต้การแนะนำของเภสัชกรร้านยา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

มากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยอายุระหว่าง 61 - 75 ปี มีจำนวน 11,765 คน (40.16%) รองลงมาคือผู้ป่วยอายุระหว่าง 46 - 60 ปี มีจำนวน 9,326 คน (31.83%) ผู้ป่วยอายุ 75 ปีขึ้นไป 3,825 คน (13.06%) และอายุ 31 - 45 ปี อีก 2,517 คน (8.60%) ส่วนโรคที่รับยาที่ร้านยามากที่สุด 5 อันดับแรก คือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ควบคุมได้ 12,896 ราย (44.01%) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ 4,663 ราย (15.91%) ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 4,085 ราย (13.94%) ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 3,183 ราย (10.86%) ขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเดียวมารับยาที่ร้านยา 1,096 ราย (3.74%)

ในส่วนกรุงเทพมหานครนั้น ได้มีความร่วมมือกันระหว่างกรุงเทพมหานคร กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการการให้บริการสุขภาพแบบ New Normal 3 โครงการ ได้แก่ การเจาะเลือดผู้ป่วยถึงบ้าน การพบแพทย์ผ่าน Telemedicine และการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านหรือทางไปรษณีย์โดยไม่ต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาล โดยเบื้องต้นเน้นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ผู้สูงอายุ ผู้พิการและทุพพลภาพ ซึ่งเมื่อเดือนมีนาคม 2564 มีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครเข้าร่วมบริการแล้ว 9 แห่ง (4) นอกจากนั้น ในปีงบประมาณ 2564 สปสช. ได้พัฒนาการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเว้นระยะห่างทางกาย ลดการเดินทางและลดความแออัดในโรงพยาบาลคือบริการสาธารณสุขระบบทางไกล(Telehealth/Telemedicine) โดยได้เริ่มนำร่องให้บริการระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค. 2563 โดยมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 15 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลประสาทวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บางขุนเทียน ทั้งนี้ สปสช.กำหนดอัตราจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไว้ที่ 30 บาท/ครั้ง (5)

6.4 ผลลัพธ์ของการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

การปรับรูปแบบบริการรักษาพยาบาลได้ถูกดำเนินการในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมีบางพื้นที่ได้ทำการติดตามประเมินผล เช่น โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้ติดตามประเมินผลการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2563 พบว่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทางไปรษณีย์ภายใน 2 วัน ร้อยละ 77.4 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 96.2 (6) มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ทำการประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ใน 15 โรงพยาบาลนำร่องจาก 13 เขตสุขภาพ รวมถึงร้านยาที่เป็นเครือข่ายในการดำเนินงานตามรูปแบบที่ 1 - 2 พบว่าโครงการมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในด้านช่วยลดระยะเวลาการรอรับยาและเวลาเดินทางไปโรงพยาบาล เฉลี่ยรวม 58 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน ผู้ป่วยมีเวลาปรึกษาเภสัชกรเพิ่มขึ้น 3 นาที คิดเป็น 42% ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้เฉลี่ย 8.5% ต่อโรงพยาบาล และประหยัดต้นทุนการเดินทางของผู้ป่วยได้ 71% เมื่อเทียบกับการรับยาที่ รพ. ผลสำรวจความพึงพอใจของ

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจมาก โดยเฉพาะในด้านการใช้เวลารอคอยรับยาไม่นาน ความสะดวกในการเดินทาง และความกระตือรือร้นของเภสัชกรในการให้คำปรึกษา (7)

การประเมินในส่วนของบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Services) “ปัตตานีโมเดล (DMS - Pattani Model)” จากการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2563 พบว่าประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการจัดบริการสำหรับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สุด แต่ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประเด็นโรคไม่ติดต่อ และอุปสรรคใหญ่ในการดำเนินการคือ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันเชื้อ ประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ และความไม่ชัดเจนของการจัดสรรแพทย์เพื่อมารับผิดชอบในคลินิกโรคไม่ติดต่อ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการจัดพื้นที่สำหรับการตรวจโรค เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก และแออัด และแนะนำให้แพทย์และพยาบาลทำการคัดกรองและตรวจโรคให้เร็วที่สุดเพื่อลดการจับกลุ่มรวมตัวของผู้ที่มาใช้บริการ และให้จัดบริการตรวจรักษาเชิงรุกกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (8)

6.5 สรุป

การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการการควบคุมป้องกันการระบาดต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ ทั้งในแง่การส่งเสริมป้องกันโรค การรักษาและการควบคุมโรค แต่ทว่าพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ดังเห็นได้จากครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 35-59 ปี ที่มีค่าไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด นอกจากนั้นในกลุ่มผู้ป่วยมีความถนัดในการตรวจวัดระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลงเช่นกัน

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่า สถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม เช่น การลดจำนวนผู้รับบริการลง การลดจำนวนชั่วโมงให้บริการ หรือการลดจำนวนวันในการให้บริการ ส่งผลกระทบให้ไม่สามารถจัดบริการส่วนใหญ่ได้ตามปกติ และบางกิจกรรมไม่สามารถจัดบริการได้ หลายหน่วยงานมีการปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคจากความแออัดในสถานพยาบาล เช่น กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาโดยแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน หรือผ่านทางโทรศัพท์ การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดย อสม. ตลอดจนการกระจายจุดจ่ายยาไปยังร้านยา และการส่งทางไปที่บ้านผู้ป่วย โดยหลายกิจกรรมได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลขึ้นมาเพื่อรองรับการจัดบริการรูปแบบใหม่ต่างๆ ภายใต้แนวคิด Telehealth & Telemedicine

การติดตามประเมินผลการจัดบริการรูปแบบใหม่ ในหลายพื้นที่พบว่าสามารถลดระยะเวลาการรอรับยาและเวลาเดินทางไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีเวลาปรึกษาเภสัชกรเพิ่มขึ้น ลดความแออัดในโรงพยาบาล ประหยัดต้นทุนการเดินทางของผู้ป่วย เมื่อเทียบกับการรับยาที่ รพ. และผู้ใช้บริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ แม้ว่าจะไม่ได้ครอบคลุมหน่วยบริการทุกแห่ง แต่เป็นความท้าทายของระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จะปรับตัวเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส พัฒนาและเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งใหม่ๆ และเป็นสิ่งที่ดีกว่าเดิม

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, สุธิตา แก้วทา,. ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับมาตรการการควบคุมการระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(4):14.
2. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). ปฐมพร ศิริประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล, editor. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อนันต์ชัย อัครเมฆิน. นโยบายลดความแออัด ลดการรอคอย ในโรงพยาบาล แคร่รับยาที่ร้านขายยาจริง หรือ 2562 [1 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/10/17865>.
4. กทม.จับมือ สปสช. ให้บริการสาธารณสุขแบบ New Normal เปิด 3 บริการใหม่ป้องกันโควิด-19: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [cited 2564 2 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3009>.
5. สปสช.นำร่องจ่ายค่าบริการ Telemedicine เฟสแรกรับมือโควิด-19 รอบใหม่ 2564 [cited 2564 2 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://gnews.apps.go.th/news?news=76297>.
6. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรเจริญ, สิริยา สุริยา,. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. Chiangrai Medical Journal. 2563;2564(2).
7. Thitima. วิจัย สวรส.ชี้ “รับยาที่ร้านยา” ช่วยลดเสี่ยงติดเชื้อ-ลดเวลารอรับยา-ลดแออัดใน รพ.-เภสัชพร้อมให้บริการในสถานการณ์โควิดระลอกใหม่: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [cited 2564 1 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13167>.
8. รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจข้อมูลและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกรมการแพทย์ ในโครงการพัฒนาการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ จังหวัดปัตตานี ปี 2563. 2563.



บทที่ 7

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

7.1

บทนำ

7.2

ผลกระทบต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

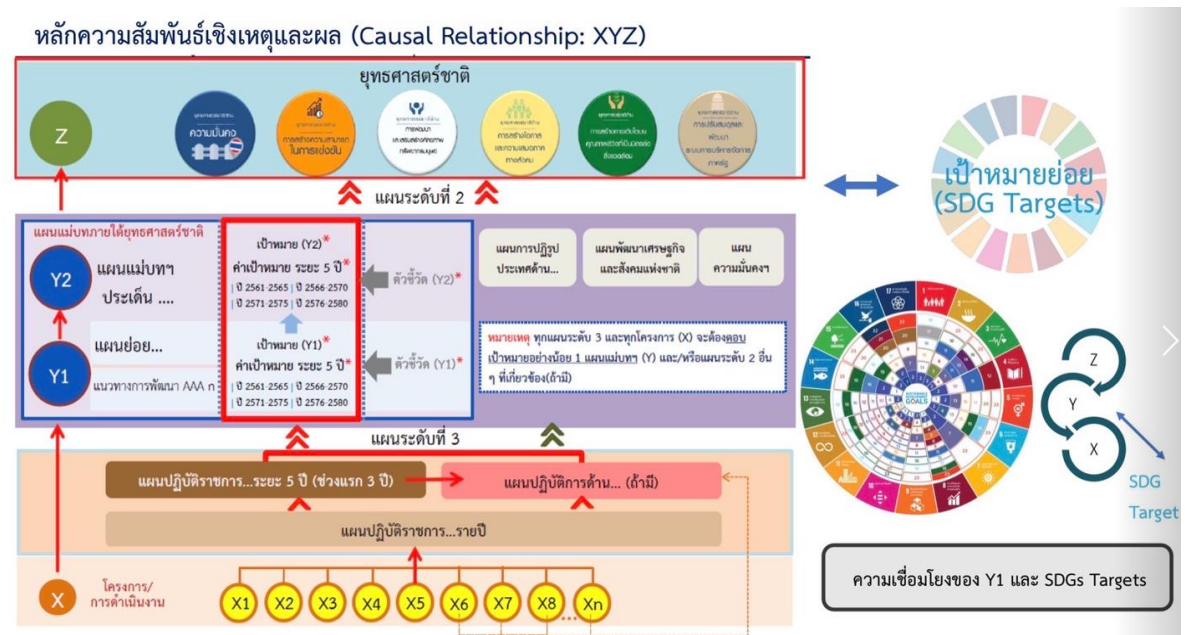
7.3

สรุป

7.1 บทนำ

จากรายงานถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการจัดบริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละประเทศทั่วโลก โดยผลจากการสำรวจใน 28 ประเทศ ของทวีปอเมริกา ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 (1) พบว่า ประมาณร้อยละ 70 ของประเทศที่เข้าร่วมการศึกษา มีแผนจัดการเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในแผนการตอบโต้การระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการจัดให้บริการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 เกี่ยวข้องใน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบุคลากร พบว่าใน 27 ประเทศ (ร้อยละ 96) บุคลากรทางการแพทย์ที่เคยให้บริการโรคไม่ติดต่อทั้งหมดหรือบางส่วนถูกมอบหมายให้ทำงานเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับมิติด้านงบประมาณ พบว่ามีเพียง 1 ประเทศใน 28 ประเทศ รายงานว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับบริการโรคไม่ติดต่อถูกจัดสรรใหม่ (Reallocated) สำหรับการศึกษาใน 163 ประเทศ ของ WHO (2) พบว่า ร้อยละ 17 ของประเทศที่ศึกษา ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในการจัดระบบบริการ NCD ลงในแผนตอบโต้การระบาดของโรคโควิด-19 และมิติด้านการจัดบริการสำหรับผู้ป่วย (NCD services) พบว่าการให้บริการในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการหยุดชะงักบางส่วน (Partially disrupted) ประมาณร้อยละ 50 ร้อยละ 43 และร้อยละ 18 ตามลำดับ โดยคงยังไม่มีรายงานการปิดให้บริการ (completely disrupted)

ปัจจุบันประเทศไทยมีแผน 3 ระดับ3 ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2560 แผนระดับที่ 1 ได้แก่ ยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งเป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ การแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัตินั้น จะดำเนินการผ่านการถ่ายระดับเป้าหมายและประเด็นยุทธศาสตร์ชาติสู่แผนระดับที่ 2 ซึ่งเป็นแนวทางการขับเคลื่อนประเทศในมิติต่าง ๆ ประกอบด้วย แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ และแผนระดับที่ 3 ซึ่งเป็นแผนที่จัดทำขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 และ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (4)(5) เพื่อถ่ายทอดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนาของแผนระดับที่ 1 และแผนระดับที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ หรือจัดทำขึ้นตามพันธกรณีหรืออนุสัญญาระหว่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการ ดำเนินการที่มีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (รูปภาพที่ 7.1)



รูปภาพที่ 7.1: หลักความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal Relationship: XYZ)

สำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย มีหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจเกี่ยวข้องได้จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว สอดคล้องเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ และเป้าหมายตามพันธะสัญญาในระดับโลกคือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) และเป้าหมายโรคไม่ติดต่อระดับโลกเพื่อลดภาระจากโรคไม่ติดต่อที่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนลงหนึ่งในสามภายในปี พ.ศ. 2573 (6) และลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ (7)(8)

7.2 ผลกระทบต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

จากรายงานผลกระทบที่เกิดขึ้นในแต่ละประเทศ บทความนี้จึงได้ศึกษาถึงผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบและการปรับตัวต่อสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 ในด้านการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2565 ข้อมูลเชิงปริมาณทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามผู้รับผิดชอบแผนฯ ของ สคร. 12 แห่ง และ สสจ. 76 แห่ง ทั่วประเทศ มีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามร้อยละ 68.18 โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการแผนฯ น้อยกว่า 5 ปี ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการสัมภาษณ์ ผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบแผนฯ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก สคร. 4 แห่ง และ สสจ. 4 แห่ง โดยผลการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. การบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกัน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2. การปรับตัวในการบริหารจัดการแผนฯ และ 3. ความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนฯ โดยมีรายละเอียดข้อค้นพบดังนี้

1. การบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อช่วงปีงบประมาณพ.ศ. 2563-2564

ผู้รับผิดชอบแผนฯ จำนวน 29 หน่วยงาน (ร้อยละ 48.3) ระบุว่ามีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 โดยระบุความเสี่ยงสำคัญที่สุดคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของแผน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ความรุนแรงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่ ระยะเวลาดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม และขอบเขตการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมตามลำดับ (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1: การบริหารความเสี่ยงแผนปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
การบริหารความเสี่ยงของหน่วยงาน	
ไม่ได้จัดทำแผนบริหารความเสี่ยง	31 (51.7)
มีแผนบริหารจัดการความเสี่ยง	29 (48.3)
ความเสี่ยงที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จตามแผน* (n=29)	
ความรุนแรงของสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่	22 (75.9)
ระยะเวลาดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม	10 (34.5)
ขอบเขตหรือขนาดการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม	9 (31.0)
อัตรากำลัง	8 (27.6)
คุณภาพของงาน	7 (24.1)
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	6 (20.7)
ต้นทุน/งบประมาณ	4 (13.8)
นโยบาย กฎหมาย/กฎระเบียบ	3 (10.3)

* ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกความเสี่ยงสำคัญที่สุดได้ 3 รายการ

ผู้รับผิดชอบแผนฯ ให้ความสำคัญของงาน 5 เรื่อง ได้แก่ การชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบาย แผนและตัวชี้วัด การสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ การจัดทำแผนงานและโครงการ การกำกับ ดูแล นิเทศ ติดตามและประเมินผล และการพัฒนาระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 4.02 4.02 3.98 และ 3.95 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) (ตารางที่ 7.2) ทั้งนี้จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแผนฯ พบว่า ผู้บริหารหน่วยงานมีนโยบายให้ความสำคัญกับการจัดการโรคโควิด-19 เป็นอันดับแรก ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบแผนฯ ได้บริหารจัดการเพื่อเข้าร่วมปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด-19 และไม่ละเลยงานตามภารกิจ

ตารางที่ 7.2: การจัดลำดับความสำคัญของงานตามภารกิจในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปิงปประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)

ภารกิจ	ลำดับความสำคัญ					คะแนนเฉลี่ย*
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
	จำนวน (ร้อยละ)					
การจัดทำแผนงาน/โครงการ	0 (0.0)	3 (5.0)	13 (21.7)	24 (40.0)	20 (33.3)	4.02
การชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบาย แผนและตัวชี้วัด	0 (0.0)	1 (1.7)	11 (18.3)	26 (43.3)	22 (36.7)	4.15
การสนับสนุน/ขับเคลื่อนการดำเนินงานใน พื้นที่	0 (0.0)	1 (1.7)	16 (26.7)	24 (40.0)	19 (31.7)	4.02
การพัฒนาระบบข้อมูล/การเฝ้าระวัง	0 (0.0)	2 (3.3)	13 (21.7)	31 (51.7)	14 (23.3)	3.95
การพัฒนา/จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติฯ	0 (0.0)	5 (8.3)	13 (21.7)	29 (48.3)	13 (21.7)	3.83
การสื่อสารความเสี่ยง/สุขศึกษา	0 (0.0)	3 (5.0)	17 (28.3)	28 (46.7)	12 (20.0)	3.82
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	0 (0.0)	5 (13.3)	27 (45.0)	19 (31.7)	6 (10.0)	3.38
การกำกับ ดูแล นิเทศ ติดตามและ ประเมินผล	0 (0.0)	3 (5.0)	15 (25.0)	22 (36.7)	20 (33.3)	3.98

* คะแนนเฉลี่ยผลรวมของคะแนนตามลำดับความสำคัญ น้อยที่สุด =1 น้อย = 2 ปานกลาง = 3 มาก = 4 มากที่สุด = 5

บริบทด้านงบประมาณ ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 65.0 ระบุว่าแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในปีพ.ศ. 2563-2564 ได้รับการจัดสรรงบประมาณลดลงจากค่าของงบประมาณประจำปี และผู้รับผิดชอบงานร้อยละ 70.0 ระบุว่าได้รับการจัดสรรลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 สำหรับด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อพบว่า บุคลากรฯ ร้อยละ 57.1 เข้าร่วมปฏิบัติงานภารกิจเกี่ยวกับโควิด-19 บุคลากรฯ ร้อยละ 36.8 เข้ารับรักษาหรือกักตัวเนื่องจากติดเชื้อหรือเป็นกลุ่มเสี่ยงจากโรคโควิด-19 และร้อยละ 30.0 ปฏิบัติงานจากที่บ้าน (work from home) ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 90 ระบุว่าภาระงานโดยรวมของบุคลากรฯ เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณพ.ศ. 2562 ในส่วนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี ผู้รับผิดชอบงานร้อยละ 74.0 ระบุว่าเครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีไม่พร้อมใช้

สำหรับดำเนินการตามแผนฯ (ตารางที่ 7.3) นอกจากนี้จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแผนฯ พบว่างบประมาณที่ได้รับในช่วงปีงบประมาณ 2563-2564 ค่อนข้างจำกัดเนื่องจากหน่วยงานจำเป็นต้องนำไปบริหารจัดการเรื่องโควิด-19 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 บางแห่งไม่ได้รับงบประมาณ ในปีงบประมาณพ.ศ. 2564 บางแห่งได้รับอนุมัติงบประมาณตามแผนฯ บางแห่งได้รับลดลงจากปีที่ผ่านมา เนื่องจากได้ทบทวนแผนฯ และปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นรูปแบบออนไลน์

ด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และภาระงาน พบว่า บุคลากรได้รับมอบหมายให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมปฏิบัติงานภารกิจเกี่ยวกับโควิด-19 เช่น การลงพื้นที่คัดกรองผู้ติดเชื้อ การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ การสอบสวนโรค การทำงานศูนย์ฉีดวัคซีน การปฏิบัติงานศูนย์พักคอย การปฏิบัติงานภาคสนาม การติดตามผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษาทั้งในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม หรือในชุมชน (Community Isolation) การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ เป็นต้น หลายหน่วยงานจัดตารางการปฏิบัติงานฯ ซึ่งช่วยให้ผู้รับผิดชอบแผนฯ สามารถวางแผนและบริหารจัดการการดำเนินงานแผนฯ ได้ เช่น ให้อำเภอสลับเวรกันออกปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนหนึ่งเห็นว่าภารกิจโควิด-19 ที่เพิ่มเข้ามาแทบจะทดแทนงานประจำ ต้องปฏิบัติภารกิจโควิด-19 ทั้งนอกเวลา ในเวลา รวมทั้งวันหยุดราชการ และพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติงานจากที่บ้าน เนื่องจากมีบุคลากรจำกัด แต่มีบางหน่วยงานมีบุคลากรปฏิบัติงานจากที่บ้านเนื่องจากถูกกักตัว ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนใหญ่เห็นว่าภาระงานภาพรวมเพิ่มขึ้นจากเดิม เนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งภารกิจประจำและงานเกี่ยวกับโควิด-19 รวมถึงการต้องปฏิบัติงานแทนผู้ที่อยู่ระหว่างกักตัวหรือไปปฏิบัติภารกิจเกี่ยวกับโควิด-19 ด้วย อย่างไรก็ตามผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนหนึ่งเห็นว่าภาระงานไม่ได้เพิ่มขึ้น หรืออาจลดลงจากเดิม เนื่องจากงานตามแผนฯ บางโครงการหรือกิจกรรมไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การลงพื้นที่ติดตามงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่

ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนใหญ่กล่าวว่า ไม่ค่อยพบปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่พบเป็นปัญหาบ้าง เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรทำให้บางครั้งติดตามงานไม่ได้ ปัญหาการบันทึกข้อมูลในระบบไม่ได้และผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ไม่สามารถเข้ามาช่วยแก้ปัญหาหน้างานได้ ทำให้บางพื้นที่ข้อมูลมีความล่าช้า

ตารางที่ 7.3: บริบทและผลกระทบด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือและเทคโนโลยีต่อการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 เมื่อเทียบกับ	
ค่าของงบประมาณประจำปี	
ลดลง	39 (65.0)
เพิ่มขึ้น	21(35.0)
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 เทียบกับ	
งบประมาณในปี พ.ศ. 2562	
ลดลง	45 (75.0)
เพิ่มขึ้น	6 (10.0)
ใกล้เคียง	9 (15.0)
ลักษณะด้านบุคลากรที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการแผนฯ	
การที่เข้าร่วมปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 (n=56)	32 (57.1)
การที่เข้ารับการรักษา/กักตัว เนื่องจากโควิด 19 (n=19)	7 (36.8)
การทำงานจากที่บ้าน (work from home) (n=20)	6 (30.0)
ภาระงานของบุคลากรโดยรวม (n=60)	
เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	54 (90.0)
ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	3 (5.0)
ใกล้เคียงกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562	3 (5.0)
ด้านเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการแผนฯ (n=50)	
ความพร้อมด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี* (n=37)	28 (75.6)

*ความพร้อมด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี หมายถึง มีความเพียงพอ แต่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่เพียงพอ แต่มีประสิทธิภาพหรือไม่เพียงพอ และไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้รับผิดชอบแผนฯ ประมาณร้อยละ 50 ระบุว่า ภาพรวมระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 สามารถดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมตามแผนฯ ตามที่ได้วางไว้แต่ต้น โดยผู้รับผิดชอบแผนฯ 57 หน่วยงาน หรือร้อยละ 95 ระบุว่า เป็นการชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบายแผน และตัวชี้วัดสามารถ ในจำนวนนี้ร้อยละ 70.2 สามารถดำเนินงานตามแผนฯ ทั้งหมด และร้อยละ 29.8 สามารถดำเนินงานตามแผนฯ ได้บางส่วน ส่วนโครงการหรือกิจกรรมการที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผน พบว่าผู้รับผิดชอบแผนฯ 25 หน่วยงาน (ร้อยละ 41.6) ระบุว่าไม่สามารถดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้ และในจำนวนนี้ร้อยละ 88.0 ระบุว่าเนื่องจากการแพร่ระบาดของโควิด 19 (ตารางที่ 7.4)

สำหรับข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแผนฯ พบว่า ในช่วงต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ยังสามารถทำงานได้ตามแผนฯ ที่วางไว้ เนื่องจากสถานการณ์ยังไม่รุนแรง แต่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 สามารถดำเนินการได้บางกิจกรรมเท่านั้น ในสถานการณ์แพร่ระบาดรุนแรงขึ้นต้องระมัดระวังความเสี่ยงในการติดเชื้อ ทำให้การทำงานเชิงรุกต้องชะลอออกไป ส่วนกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาศักยภาพนั้น ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายแต่ละพื้นที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้

ตารางที่ 7.4: การดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมภายใต้แผนปฏิบัติการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนที่ได้วางไว้ตั้งแต่ต้นก่อนบริหารจัดการ (n=60)

โครงการ/กิจกรรม ภายใต้แผนปฏิบัติการการป้องกันควบคุม โรคไม่ติดต่อ ปี 2563-2564	ไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผน			ดำเนินการได้ตามแผน		
	รวม	เนื่องจากการ แพร่ระบาดโค วิด 19	เนื่องจาก สาเหตุ อื่นๆ	รวม	ทั้งหมด	บางส่วน
การจัดทำแผนงาน/โครงการ	15	13 (86.7)	2 (13.3)	45	23 (51.1)	22 (48.9)
การชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบาย แผน และตัวชี้วัด	3	2 (66.7)	1 (33.3)	57	40 (70.2)	17 (29.8)
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	25	22 (88.0)	3 (12.0)	35	10 (28.6)	25 (71.4)
การสื่อสารความเสี่ยง/สุขภาพ	10	8 (80.0)	2 (20.0)	50	24 (48.0)	26 (52.0)
การพัฒนาระบบข้อมูล/การเฝ้าระวัง	6	4 (66.7)	2 (33.3)	54	28 (51.8)	26 (48.2)
การพัฒนา/จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติ	9	5 (55.5)	4 (45.5)	51	22 (43.1)	29 (56.9)
การสนับสนุน/ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่	8	5 (8.3)	3 (5.0)	52	16 (30.8)	36 (69.2)
การกำกับ ดูแล นิเทศ ติดตามและประเมินผล	8	5 (8.3)	3 (5.0)	52	19 (36.5)	33 (63.5)

ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 80.0 ระบุว่าในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 มีการปรับแผน โดยปรับทั้งแผนปฏิบัติงานและหรือแผนการใช้จ่ายงบประมาณ ในส่วนของการปรับแผนปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.6 เป็นการปรับรูปแบบหรือวิธีดำเนินงาน ร่องลงมา เป็นการปรับแผนยกเลิกกิจกรรมหรือโครงการ ร้อยละ 45.6 ในส่วนของการปรับแผนใช้จ่ายงบประมาณ พบว่า เป็นการปรับแผนคิเงินงบประมาณ ให้หน่วยงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.7 (ตารางที่ 7.5)

ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแผนฯ พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในช่วงต้นปีงบประมาณ บางหน่วยงานยังพอทำงานได้ แต่พอช่วงกลางปีงบประมาณ ต้องทบทวนภารกิจที่ไม่สามารถทำได้ตามแผนฯ มีการปรับรูปแบบ หรือยกเลิกกิจกรรม ปรับลดงบประมาณและคิเงินงบประมาณให้หน่วยงาน บางกิจกรรม ยังคงทำงานได้ตามแผนโดยไม่ใช้งบประมาณ โดยปรับแผนการปฏิบัติงาน เช่น เปลี่ยนเป็นรูปแบบออนไลน์ ส่วนกิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้และต้องยกเลิกไป เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเนื่องจากบุคลากรในพื้นที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้

ตารางที่ 7.5: การปรับแผนปฏิบัติการและการใช้จ่ายงบประมาณของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n= 60)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
การปรับแผนปฏิบัติการและการใช้จ่ายงบประมาณระหว่างปี	
ปรับ	48 (80.0)
ไม่ปรับ	12 (20.0)
ประเภทการปรับแผน (n=48)	
ปรับแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณ	40 (83.3)
ปรับแผนการดำเนินงาน	6 (12.5)
ปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณ	2 (0.2)
การปรับแผนการดำเนินงาน* (n=46)	
ปรับรูปแบบ/วิธีการดำเนินงานกิจกรรม	38 (82.6)
ยกเลิกกิจกรรมหรือโครงการ	21 (45.6)
ปรับช่วงเวลาการดำเนินงานกิจกรรม	13 (28.3)
เพิ่มกิจกรรมหรือโครงการใหม่	5 (10.8)
การปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณ* (n=38)	
คิเงินงบประมาณให้หน่วยงาน	28 (73.7)
โอนงบประมาณให้โครงการ/กิจกรรมอื่นภายใต้แผนฯ	15 (39.5)

* เลือกได้มากกว่า 1 รายการ

2. การปรับตัวในการบริหารจัดการแผนฯ ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564

ภาพรวมการปรับตัวในการบริหารจัดการแผนฯ ต่อสถานการณ์ระบาดโควิด-19 และในกรณีที่บุคลากรลดลง เนื่องจากเข้าร่วมปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกกักตัว หรือปฏิบัติงานจากที่บ้าน โดยกรณีทั้งงบประมาณลดลง และกรณีเครื่องมือและเทคโนโลยีไม่พร้อมในการดำเนินงาน พบว่า ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนใหญ่ใช้วิธีปรับรูปแบบหรือวิธีการทำงาน ลดขนาดหรือจำนวนพื้นที่ดำเนินการ ยกเลิกบางโครงการหรือกิจกรรม และบูรณาการทรัพยากรในและนอกหน่วยงาน

ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบแผนฯ พบว่า ผู้รับผิดชอบงานแผนฯ หลายหน่วยงานเห็นว่ามีความยากในการบริหารจัดการแผนฯ เนื่องจากหน่วยงานพื้นที่ที่มีความสำคัญกับโควิด-19 เป็นลำดับต้น ๆ บุคลากรที่รับผิดชอบงานของหน่วยงานลดลง และต้องสลับกันปฏิบัติภารกิจเกี่ยวกับโควิด-19 ตามที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้ตลอด ในเรื่องงบประมาณที่ลดลงหรือมีจำกัด ยังสามารถทำงานต่อได้โดยการปรับรูปแบบวิธีการอย่างอื่น เช่น ใช้ระบบออนไลน์หรือระบบต่างๆ มาช่วย เช่น การประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย แผน และตัวชี้วัด ปรับเป็นการประชุมในรูปแบบออนไลน์ผ่านวิดีโอคอล ด้วยโปรแกรมต่าง ๆ เช่น Zoom WebEx ซึ่งมีข้อดีคือหน่วยงานในพื้นที่สามารถ รับฟังการชี้แจง ถ่ายทอด นโยบายตัวชี้วัดได้โดยตรงจากส่วนกลางทำให้ได้ข้อมูลตรงกันชุดเดียวกัน นอกจากนี้กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ โดยบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ เป็นวิดีโอ แล้วเผยแพร่ผ่านทาง Facebook TikTok YouTube เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ส่วนการบูรณาการงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบแผนฯ มีความเห็นค่อนข้างหลากหลาย เช่น มีความร่วมมือลดลงเนื่องจากเครือข่ายไม่ได้เน้นหนักเรื่องโรคไม่ติดต่อ บางหน่วยงานยังคงมีการบูรณาการงานด้านวิชาการและการนิเทศติดตามงาน อย่างไรก็ตามที่ชัดเจนคือการบูรณาการความร่วมมือเกี่ยวกับโควิด-19 ซึ่งคิดว่าเป็นประโยชน์ต่อยอดในงานโรคไม่ติดต่อ ต่อไป

3. ความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564

ผลการดำเนินงานภาพรวมระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 พบว่า ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 25 ระบุว่าสามารถดำเนินงานแล้วเสร็จทุกโครงการหรือกิจกรรม ร้อยละ 68.3 สามารถดำเนินงานแล้วเสร็จบางโครงการหรือกิจกรรมในแผนฯ และมีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ไม่สามารถดำเนินการได้ ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 18.3 ระบุว่าได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของแผนทั้งหมด ร้อยละ 75.0 ระบุว่าได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของแผนเพียงบางส่วน และมีเพียงร้อยละ 6.7 ที่ระบุว่าไม่ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ของแผนตามเป้าหมาย (ตารางที่ 7.6)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนใหญ่กล่าวว่าภาพรวมยังสามารถบริหารจัดการแผนฯ ได้ ปีงบประมาณ 2563 ช่วงต้นปีการดำเนินการค่อนข้างเป็นไปตามแผน ต่อมาในช่วงปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการระบาดของโควิด-19 รุนแรงขึ้น แต่ภารกิจที่ยังพอจะสามารถทำได้ต่อเนื่อง เช่น การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ การติดตามงานตามนโยบาย ผู้รับผิดชอบแผนฯ บางหน่วยงานมีความเห็นว่า ผลการดำเนินงานในภาพรวม ช่วงงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564 ลดลงจากเดิมนั้น

อาจเกิดจากหลายปัจจัยเสริมกัน เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 หน่วยงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ หน่วยงานเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน เป็นต้น

ตารางที่ 7.6: ความสำเร็จของการบริหารจัดการแผนปฏิบัติการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ภาพรวมระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 (n=60)

ผลการบริหารจัดการแผนฯ	จำนวน (ร้อยละ)
ความสำเร็จของการดำเนินงาน	
สามารถดำเนินงานแล้วเสร็จทุกโครงการ /กิจกรรม	15 (25.0)
สามารถดำเนินงานแล้วเสร็จบางโครงการ/กิจกรรม	41 (68.3)
ไม่สามารถดำเนินงานโครงการ/กิจกรรม	4 (6.7)
ผลสำเร็จตามเป้าหมายของแผนฯ	
ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามแผนที่วางไว้ทั้งหมด	11(18.3)
ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามแผนที่วางไว้บางส่วน	45 (75.0)
ไม่ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามแผนที่วางไว้	4 (6.7)

เมื่อเทียบผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของแผนระหว่างภาพรวมปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 เทียบกับเป้าหมายของแผนปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้รับผิดชอบแผนฯ ร้อยละ 62.7 เห็นว่าได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของแผนฯ น้อยกว่า และร้อยละ 22.6 มีความเห็นว่าใกล้เคียงกัน

ส่วนผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของโครงการหรือกิจกรรมภายใต้แผนฯ พบว่า ผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนใหญ่ ระบุว่าโครงการและกิจกรรมได้รับผลกระทบทั้งหมด โดยผู้รับผิดชอบแผนฯ มากกว่าร้อยละ 60 เห็นว่าโครงการ/กิจกรรมทั้งหมด ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายน้อยกว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และพบว่าผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 5-22) ระบุว่าได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายโครงการ/กิจกรรมใกล้เคียงกัน และผู้รับผิดชอบแผนฯ ส่วนน้อยระบุว่าได้ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายโครงการ/กิจกรรมมากกว่า (ตารางที่ 7.7)

ตารางที่ 7.7: เปรียบเทียบผลสำเร็จตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่าง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 กับ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (n=59)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)		
ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายของแผนฯ ภาพรวมปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2562			
มากกว่า	9 (15.3)		
ใกล้เคียงกัน	13 (22.0)		
น้อยกว่า	37 (62.7)		
ผลผลิตและผลลัพธ์ตามเป้าหมายโครงการ/กิจกรรม	น้อยกว่า	ใกล้เคียงกัน	มากกว่า
การจัดทำแผนงาน/โครงการ	38 (64.4)	18 (30.5)	3 (5.1)
การชี้แจง/ถ่ายทอดนโยบาย แผน และตัวชี้วัด	36 (61.0)	22 (37.3)	1 (1.7)
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	53 (89.8)	5 (8.5)	1 (1.7)
การสื่อสารความเสี่ยง/สุขศึกษา	41 (69.5)	13 (22.0)	5 (8.5)
การพัฒนาระบบข้อมูล/การเฝ้าระวัง	35 (59.3)	15 (25.4)	9 (15.3)
การพัฒนา/จัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติฯ	39 (66.1)	12 (20.3)	8 (13.6)
การสนับสนุน/ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่	48 (81.3)	5 (8.5)	6 (10.2)
การกำกับ ดูแล นิเทศ ติดตามและประเมินผล	43 (72.9)	10 (16.9)	6 (10.2)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มุมมองต่อการบริหารจัดการแผนฯ ของผู้รับผิดชอบแผนฯ ประเด็น ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการแผนฯ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้รับผิดชอบแผนฯ บางหน่วยงานเห็นว่าการบริหารจัดการแผนฯ ยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรแม้จะมีการปรับแผนการดำเนินงานแต่หน่วยงานในพื้นที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือดำเนินการตามแผนได้ ส่วนการปรับรูปแบบหรือวิธีการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบแผนฯ หลายหน่วยงานเห็นว่า การใช้รูปแบบออนไลน์ มีทั้งข้อดีและข้อจำกัด เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบหรือวิธีการแบบเดิม มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าแบบไหนดีหรือมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน โดยได้สะท้อนว่า ข้อดีของรูปแบบออนไลน์ คือ ประหยัดเวลาในการเดินทาง ประหยัดงบประมาณ เข้าถึงได้สะดวก กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าร่วมได้จำนวนมาก และยังทำให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยตรงจากส่วนกลาง หรือ เขตโดยตรง ที่ช่วยให้เข้าถึงแหล่งข้อมูล องค์ความรู้ รวมทั้งการชี้แจง ถ่ายทอดนโยบายต่างๆ ส่วนข้อจำกัด เช่น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากอาจเข้าร่วมหลายการประชุมที่จัดตรงกัน และเห็นว่า การจัดกิจกรรมแบบเผชิญหน้า (on-site) ดีกว่ารูปแบบออนไลน์ อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่มีความเห็นค่อนข้างตรงกันว่า รูปแบบออนไลน์ ยังคงมีประโยชน์และคิดว่าจะใช้ต่อเนื่องต่อไป ในบางกิจกรรม

7.3 สรุป

ในช่วงการระบาดของโรค โควิด 19 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 งานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้แผนปฏิบัติการราชการหน่วยงานได้รับงบประมาณลดลง จำนวนผู้ปฏิบัติงานลดลง และภาระงานเพิ่มขึ้นจากเดิม ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ได้มีการบริหารจัดการแผนฯ ได้แก่ การปรับแผนฯ การปฏิบัติงานโดยปรับรูปแบบหรือวิธีดำเนินการเป็นรูปแบบออนไลน์ (online) ลดขนาดหรือจำนวนพื้นที่ในการดำเนินการ และยกเลิกบางโครงการหรือบางกิจกรรม และการปรับแผนการใช้จ่ายงบประมาณระหว่างปี โดยปรับคืนเงินงบประมาณ และบูรณาการทรัพยากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ทำให้โครงการหรือกิจกรรมสำคัญยังคงสามารถดำเนินงานได้ เช่น การชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย การขับเคลื่อนงานตามนโยบายและตัวชี้วัด และการเกิดรูปแบบหรือวิธีการบริหารจัดการแบบใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลผลิต และผลลัพธ์ของแผนฯ ลดลงไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ของประเทศ และเป้าหมายการป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Pan American Health Organization, World Health Organization. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic [Internet]. Pan American Health Organization; 2020 [cited 2020 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>
2. World Health Organization. COVID-19 AND NCDs: Final Results-Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. คู่มือการจัดทำแผนระดับที่ 3 และการเสนอแผนระดับที่ 3 ในส่วนของแผนปฏิบัติการด้าน...ต่อคณะรัฐมนตรี (ฉบับปรับปรุง). 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2565]. ค้นหาได้จาก <http://nscr.nesdc.go.th>
4. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. (2546, 9 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 20 ตอนที่ 100 ก
5. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562. (2562, 30 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก
6. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2022 [cited 2022 June 20]. Available from: [จากhttps://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/)

7. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2560. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 -2564). อิมชันอาร์ต จำกัด กรุงเทพฯ
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2561. สถานการณ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.



กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์: 0 2590 3892 โทรสาร: 0 2590 3893 E-mail: technology.epi.cbi@gmail.com