



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

แผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ 2565 - 2569

กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

Division of Innovation and Research. (DIR.)

แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569

ISBN:

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมควบคุมโรค
2. นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
3. แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัมย์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ประธานคณะกรรมการยุทธศาสตร์วิจัยการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

บรรณาธิการ

1. นายแพทย์ปณิธิ คุ้มวิจยะ ผู้อำนวยการกองนวัตกรรมและวิจัย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นายปวิตร คตโคตร กองนวัตกรรมและวิจัย
2. นางสาววิไลพร วงศ์กรวรศิลป์ กองนวัตกรรมและวิจัย

พิมพ์ครั้งที่ 1 กรกฎาคม 2563

พิมพ์ที่ :

จัดทำโดย กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

Division of Innovation and Research (DIR.)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จำนวน เล่ม

คำนำ

กรมควบคุมโรคเป็นส่วนราชการที่มีพันธกิจในการวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้เทคโนโลยีการป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ผลงานวิจัยต้องมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบาย แนวทาง และมาตรการด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโลกที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-9) ที่ส่งผลต่อการดูแล รักษา รวมทั้งการป้องกันควบคุมโรค อีกทั้งทำให้เกิดรูปแบบปกติใหม่ (new normal) ในการดำรงชีวิตของประชาชนไทย

การทบทวนประเด็นวิจัยและจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569 นี้ ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมาย โจทย์วิจัยหรือประเด็นวิจัยที่จัดลำดับความสำคัญโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แยกตามแผนงานควบคุมโรค 5 แผนงาน ได้แก่ แผนงานโรคติดต่อ แผนงานโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรังและโรคไวรัสตับอักเสบ แผนงานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แผนงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และแผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากร แผนงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการตอบคำถามงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของนโยบาย มาตรการ แนวทาง และการดำเนินงานเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ นั้น รวมถึงการประเมินผล ส่วนแผนงานวิจัยเชิงระบบจะครอบคลุมถึงประเด็นนโยบาย/ยุทธศาสตร์ เน้นการดำเนินงานในระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การดำเนินงานของกรมควบคุมโรครวมทั้งกลุ่มวัย/กลุ่มประชากร บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบป้องกันควบคุมโรค (National Health Authority) และการวิจัยในกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น

คณะผู้จัดทำมีความมุ่งหวังว่า แผนงานวิจัยฯ ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัยและเครือข่ายวิจัยในทุกภาคส่วน รวมทั้งมหาวิทยาลัยต่างๆที่จะได้ทราบถึงประเด็นวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ประเทศไทยต้องการหาคำตอบ และร่วมกันผลิตผลงานวิจัยที่มีการนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผล คุ่มค่า รวมถึงการนำไปต่อยอดในการพัฒนานวัตกรรม เทคโนโลยีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดี ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

คณะผู้จัดทำ

กองนวัตกรรมและวิจัย (กนว.)

กรกฎาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ประเด็นวิจัยเร่งด่วน	ค
แผนงานวิจัยโรคติดต่อ	
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	1-6
2. โรคเท้าช้าง.....	7-8
3. โรคสครับไทฟัส.....	8
4. โรคโรคติดต่อนำโดยยุงลาย	9-11
5. โรคไข้มาลาเรีย	11-12
6. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน.....	13-14
แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบบ	
7. โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบ.....	15-24
8. วัณโรค.....	24-42
9. โรคเรื้อน	43-45
แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ	
10. โรคไม่ติดต่อ	46-52
11. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.....	53-55
12. การบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัว.....	56
13. การบาดเจ็บจากการจราจร.....	57-58
14. การป้องกันการจมน้ำ.....	59-62
15. การควบคุมการบริโภคยาสูบ	63-64
16. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	65-74
แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม	
17. โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม.....	75-79
แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่	
18. การป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง.....	80-82
19. การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.).....	83-101
20. Health Literacy.....	102-103
21. โรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน.....	104-105
ภาคผนวก	
1. กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2565-2569	106-107
2. ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วหรือกำลังทำอยู่	108-127
3. คณะผู้จัดทำ	128-130

ประเด็นวิจัยเร่งด่วนตามแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปี 2565-2569

1. แผนงานวิจัยโรคติดต่อ

- รหัส A68** การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยาโดยชุมชน
- รหัส A25** นวัตกรรมการ์ด “ดู แยก แจ่ง ช่วย” กับความรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ Non-Health ที่ช่องทางเข้าออกประเทศในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19
- รหัส A60** การศึกษารูปแบบการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคโนโลยีใหม่

2. แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรังและโรคไวรัสตับอักเสบ

- รหัส B24** ประสิทธิภาพของการใช้ยา TDF ในหญิงตั้งครรภ์และ การให้ HBIG ในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อและทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ไม่ได้รับ HBIG
- รหัส B56** ผลการรักษาและระบบการเฝ้าระวังติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยารักษาวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยา Shorter oral regimen
- รหัส B01** รูปแบบบริการ HIV/STI/HB ในสถานการณ์ New normal

3. แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

- รหัส C01** การศึกษาระดับและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทาง สาธารณสุข เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งและปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- รหัส C02** การศึกษารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการใหม่
- รหัส C34** การศึกษาเชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจมน้ำในกลุ่มที่จมน้ำแต่ไม่เสียชีวิต

4. แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

▪ โรคจากการประกอบอาชีพ

- รหัส D01** การพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้ เทคโนโลยี รวมทั้งแอปพลิเคชันสำหรับการประเมินความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ นวัตกรรมและเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพ จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารโลหะหนัก สารกลุ่มปิโตรเคมี สารก่อมะเร็ง และสุขภาพจิตจากการประกอบอาชีพ

รหัส D02

การศึกษารูปแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแบบพหุภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน ได้แก่ ข้อมูลการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี และข้อมูลสารเคมีอันตราย ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

รหัส D03

การศึกษารูปแบบ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูง สำหรับแรงงานในระบบและนอกระบบ

■ **โรคจากสิ่งแวดล้อม**

รหัส D08

การพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สารเคมีปนเปื้อนในดิน น้ำ และอากาศ สารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน (POPs) และสารประกอบอินทรีย์ระเหย (VOCs)

รหัส D09

การพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสำหรับการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการตรวจสอบปริมาณ และการเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากสารเคมีและรังสี รวมทั้งการพัฒนาระบบการตรวจวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่าย สำหรับการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรค ได้แก่ ชุดทดสอบอย่างง่ายเพื่อตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับสารโลหะหนักพัฒนาวิธีวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ชีวภาพสำหรับสารกำจัดศัตรูพืช พัฒนารหัสวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับสารมลพิษตกค้างยาวนาน

รหัส D10

การศึกษาวิธีการ รูปแบบ และการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

5. แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่

รหัส E02

ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ง่ายต่อการเข้าถึงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง

รหัส E20

ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาความร่วมมือด้านสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมของกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงกลาโหมที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน

รหัส E21

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพตามกรอบตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda GHSA) เพื่อช่วยพัฒนาขีดความสามารถหลักของประเทศให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005, IHR2005)

แผนงานวิจัย

โรคติดต่อ

- 1.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 1-6
- 2.โรคเท้าช้าง 7-8
- 3.โรคสครับไทฟัส 8
- 4.โรคโรคติดต่อนำโดยยุงลาย 9-11
- 5.โรคไข้มาลาเรีย 11-12
- 6.โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน 13-14

แผนงานวิจัยโรคติดต่อ

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

1.1 ผู้ปฏิบัติงานกับสัตว์ป่า

จากกรณีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ คาดว่ามีต้นตอมาจากตลาดค้าสัตว์มีชีวิตในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติการเดินทางไปหรือทำงานอยู่ในตลาดค้าสัตว์ดังกล่าว ซึ่งมีการค้าขายสัตว์หลายชนิด ได้แก่ สัตว์ทะเล งู สัตว์ปีก กระต่าย เป็นต้น นอกจากนั้นจากการตรวจสอบสารพันธุกรรมของผู้ป่วยรายแรก พบว่ามีความใกล้เคียงถึงร้อยละ 96 กับเชื้อไวรัสโคโรนาที่แยกได้จากค้างคาวมงกุฎเทาแดง (*Rhinolophus affinis*) จึงคาดว่าค้างคาวน่าจะเป็นแหล่งของการระบาดของโรคในมนุษย์ แต่อาจจะมีสัตว์ตัวกลางที่นำเชื้อจากค้างคาวมาสู่มนุษย์ได้ ดังเช่นการระบาดของโรคซาร์สในระหว่างปี 2546 ที่มีการตรวจพบเชื้อในสัตว์จำพวกอีเห็น โดยส่วนมากค้างคาวหรือหนูแต่ละชนิดมีความสามารถในการนำเชื้อไวรัสแต่ละสายพันธุ์แตกต่างกันไป นอกจากนั้นผลการศึกษาความสามารถในการจับกับตัวรับที่จำเพาะระหว่างเชื้อ SARS-CoV-2 จากคนและเชื้อไวรัสโคโรนาที่แยกได้จากตัวนิ่ม ยังมีความเข้ากันได้มาก โดยพบว่าตัวนิ่มในประเทศจีนถูกล่าจากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และนำเข้าสู่กระบวนการค้าสัตว์ผิดกฎหมาย

สัตว์ป่าจึงอาจเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ประมาณร้อยละ 75 ของโรคติดต่ออุบัติใหม่มาจากสัตว์ นั้นรวมถึงบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับสัตว์ป่ามีความเสี่ยงต่อการติดโรค จากการศึกษาในประเทศจีนพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนาในค้างคาวในประชากรที่ใกล้ชิดกับสัตว์ป่า ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาในค้างคาว แต่ยังไม่เคยมีการสำรวจภูมิคุ้มกันของเชื้อไวรัสโคโรนาจากสัตว์ในเจ้าหน้าที่ที่ทำงานใกล้ชิดกับสัตว์ป่าในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะเคยมีการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนาในค้างคาวที่อยู่ในกลุ่มเดียวกับโรคซาร์ส (lineage B และ C ของกลุ่ม Betacoronavirus) อีกทั้งยังมีการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างสัตว์ป่าและคนที่อยู่ในชุมชน ค้างคาวมงกุฎเทาแดงสามารถพบได้ในประเทศไทย นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับสัตว์ เช่น ผู้ดูแลสัตว์ สัตวแพทย์ ผู้พิทักษ์ป่า มีการสัมผัสโรคจากสัตว์สู่คนอื่นๆสูง อีกทั้งยังอาจเป็นกลุ่มที่การได้รับบริการทางสุขภาพอาจยังไม่เข้าถึงอย่างเพียงพอตามความต้องการ การศึกษาในครั้งนี้จึงดำเนินการเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการติดต่อของเชื้อไวรัสโคโรนาระหว่างสัตว์และคน โดยการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส MERS-CoV และ SARS-CoV-2 ในผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับสัตว์ป่า จำพวกค้างคาวและตัวนิ่ม และประเมินระดับการสัมผัสโรค และการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน

1.2 เรือนจำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤษภาคม 2563 โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ติดเชื้อราย

ใหม่ 3 ราย รวมมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 3,028 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตเพิ่ม รวมมีผู้เสียชีวิตสะสม 56 ราย หายป่วยแล้ว 2,856 ราย ผู้ป่วยรักษาอยู่ 116 ราย จากข้อมูลสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่ามีกลุ่มเจ้าหน้าที่เรือนจำ และผู้ต้องขัง ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมอยู่ด้วย จำนวน 5 ราย และแนวโน้มปัญหาประเทศไทยมีเรือนจำ และทัณฑสถานทั่วประเทศ จำนวน 143 แห่ง โดยมีความจุของเรือนจำ ที่สามารถรับรองผู้ต้องขังได้ 254,302 คน คิดเป็นพื้นที่เรือนนอนสำหรับผู้ต้องขังทั้งสิ้น 305,312 ตารางเมตร 62 ซึ่งปัจจุบันมีประชากรจำนวนผู้ต้องขังทั้งประเทศ จำนวน 377,722 คน (ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563) ซึ่งเกินความจุเรือนจำ อยู่กว่า 123,000 คน ด้วยสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประเทศไทย มีจำนวนผู้ต้องขังสูงเป็นอันดับ 6 ของโลก (รองจากสหรัฐอเมริกา จีน รัสเซีย บราซิล และ อินเดีย) และเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคอาเซียน และภายใต้สถานการณ์นักโทษล้นเรือนจำ ผู้ต้องขังในประเทศไทยอาศัยอยู่รวมกันในพื้นที่แออัดภายในเรือนจำ ซึ่งเป็นสาเหตุต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเรือนจำ เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ คือกลุ่มบุคคลากรซึ่งทำงานภายใต้ความเสี่ยงภัยตลอดเวลา สถานะนักโทษล้นคุกก่อให้เกิดสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ต้องขังที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการบริหารจัดการเรือนจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความขาดแคลนด้านทรัพยากรและสาธารณสุข พื้นฐานด้านสุขภาพ (รวมถึงการรักษาโรค เครื่องมือ ห้องแยกโรค และบริการทางการแพทย์) จึงทำให้ข้าพเจ้าสนใจในการจัดทำแผนงานวิจัยด้านป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเรือนจำ เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และลด การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการระบาดรุนแรงทั้งภายในเรือนจำ และการระบาดสู่สังคม

1.3 การดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

วันที่ 31 ธันวาคม 2562 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรายงานว่าพบกลุ่มของผู้ป่วยโรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน ซึ่งต่อมากะหวางสาธารณสุขของประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินมาตรการตรวจคัดกรองเที่ยวบินตรงจากเมืองอู่ฮั่นมาประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 เป็นต้นมา และเมื่อดำเนินมาตรการตรวจคัดกรองได้ พบผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19 นอกประเทศจีนเป็นประเทศแรกของโลก เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 จนองค์การอนามัยโลกประกาศว่าการระบาดของ COVID-19 ถือเป็นเหตุการณ์สาธารณสุขฉุกเฉินระหว่างประเทศ (PHEIC) และมีการกระจายของโรคไปทุกภูมิภาคทั่วโลก

มาตรการสำคัญในการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศของประเทศไทยในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 นั้น มีอยู่ 2 กลุ่มภารกิจ ได้แก่ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ (Point of Entry) และสถานที่กักกันแห่งรัฐ (State Quarantine) ข้อมูลเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 จากผลการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้า-ออกที่บริเวณท่าอากาศยานทั่วประเทศมีการดำเนินการตรวจคัดกรองเที่ยวบินสะสม ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2563 รวมทั้งสิ้น 39,299 เที่ยวบิน ผู้เดินทางได้รับการตรวจคัดกรองสะสม รวม 4,441,256 ราย ด้านฯ ท่าเรือมีการตรวจคัดกรองเรือเดินทางระหว่างประเทศสะสม จำนวน 2,564 ลำ มีผู้ที่เดินทางได้รับการตรวจคัดกรองสะสม จำนวน

146,548 ราย ด้านฯพรมแดน ตรวจคัดกรองสะสมรวม 1,957,776 ราย รวมพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ ตามนิยามการคัดกรองที่ช่องทางเข้าออกประเทศ จำนวน 1,239 ราย และเป็นผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ โควิด-19 จำนวน 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.87 ของจำนวนผู้ป่วยเข้าได้ตามนิยามการคัดกรองทั้งหมด และ ผลการดำเนินงานสถานที่กักกันแห่งรัฐ ข้อมูลวันที่ 27 พฤษภาคม 2563 มีผู้ได้รับการกักกันสะสม จำนวน 26,095 คน กลับบ้านได้ 16,600 คน มีผู้ได้รับการกักกันอยู่ 9,495 คน มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 117 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.45 ของผู้ได้รับการกักกันทั้งหมด

การประกาศใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ ที่มีผลต่อการเดินทางเข้าออกประเทศก็เป็นปัจจัย หนึ่งที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เช่น การประกาศพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินของรัฐบาล การประกาศระงับ อากาศยานทำการบินเป็นการชั่วคราวของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (CAAT) และ ประกาศของกรมเจ้าท่าที่ใช้ในการจำกัดผู้เดินทางทางน้ำ ซึ่งประกาศต่างๆเหล่านี้มีผลต่อการจำกัดการ เดินทาง ปิดช่องทางการเข้าออกประเทศ และส่งผลต่อการควบคุมจำนวนผู้เดินทางเข้าออก ทำให้ สามารถควบคุมโรคและกักตัวผู้เดินทางเพื่อคุมไว้สังเกตจนกว่าจะพ้นระยะฟักตัว

ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นประเด็นวิชาการที่สำคัญ สามารถนำบทเรียนเหล่านั้น มาใช้ ในการพัฒนาองค์ความรู้ มาตรการ และแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ตลอดจนโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้อย่างยั่งยืนและเตรียมพร้อมรับมือมากขึ้น

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี

- ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตติซ้ำ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนา นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ เพื่าระวังป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพระดับประเทศ เป้าประสงค์ 2.1 เป็นศูนย์กลาง นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน งานวิจัย วิชาการ และข้อมูลอ้างอิง (Evidence Base) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ที่ได้มาตรฐานสากล
- บุคลากรสาธารณสุขด้านสาธารณสุขในเรือนจำ มีสมรรถนะการเฝ้าระวัง ป้องกันภัยสุขภาพ ในเรือนจำ ระยะเวลา 5 ปี
- ประเทศไทยมีการพัฒนาศักยภาพช่องทางเข้าออกประเทศให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขได้อย่างเป็นระบบและทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ขาดการศึกษาความเสี่ยงในการติดโรคจากสัตว์ป่าของผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับสัตว์ป่า
- งบประมาณสนับสนุน
- การบริหารจัดการและการวางมาตรการที่มีหลายภาคส่วนที่เป็นภาคี ที่มีผลต่อการดำเนินงาน ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

- ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ แต่ยังไม่ได้มีการรายงานเหตุการณ์ที่มีโอกาสเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศไปยังองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ตามมาตรา 6 และ 44 และมติคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศ 19 ธันวาคม 2562 มีมติให้จัดทำแนวทางระเบียบวิธีการรายงานดังกล่าว

ประเด็นวิจัย

1. Surveillance: การเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานการณ์ปัจจุบันและระยะยาว

- รหัส A01 การดำเนินงานเฝ้าระวังในกลุ่มคนที่ป่วยเป็นโรคคล้ายไข้หวัดใหญ่
- รหัส A02 การ monitor ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยทำ Serosurveillance ในสถานการณ์ในระยะยาว
- รหัส A03 ความเสี่ยงของการติดเชื้อในกลุ่มผู้เก็บตัวอย่าง
- รหัส A04 ผลของการดำเนินงาน quarantine ในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- รหัส A05 การศึกษากรณีผู้เดินทางชาวไทยกลับจากต่างประเทศและกักกันในสถานที่ กักกันแห่งรัฐ ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19
- รหัส A06 การศึกษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเรือนจำ
- รหัส A07 รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ในกลุ่มเจ้าหน้าที่เรือนจำ และผู้ต้องขัง

2. Laboratory and Detection: การตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ

- รหัส A08 ทำอย่างไรจะเพิ่มความสามารถในการตรวจวินิจฉัย COVID 19
- รหัส A09 การทำให้น้ำยาตรวจที่ราคาถูกลงและรวดเร็ว

3. Infection control & prevention: การวิจัย พัฒนานวัตกรรม และการเทคโนโลยีในการป้องกันควบคุมโรค

- รหัส A10 การพัฒนารถ Ambulance ให้เป็นห้องความดันลบ
- รหัส A11 การใช้หุ่นยนต์ให้ยาสำหรับผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิด
- รหัส A12 การประเมินการใช้และประสิทธิผลของชุด PPE ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
- รหัส A13 การพัฒนามาตรฐานกลางในการฉีดพ่นสารเคมีในพื้นที่
- รหัส A14 ความเป็นไปได้ในการสอบสวนโรคของ อสม. ในชุมชน

4. Case management ความเป็นไปได้ในการให้ยาป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

- รหัส A15 ศึกษาการให้ Post exposure, pre exposure prophylaxis แก่บุคลากร ทางสาธารณสุขและผู้ป่วย/ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยกลุ่มประชากร ผู้ป่วย COVID-19

5. Education, Risk communication, Public Health Measure ผลการสื่อสาร การดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ในการป้องกันควบคุมโรคของพื้นที่

- รหัส A16 การศึกษา Operational research เช่น ทำอย่างไรให้มีการใส่หน้ากากอนามัย 100% ในชุมชน เช่น ในตลาด วัด
- รหัส A17 การศึกษาความครอบคลุมของการใช้หน้ากากอนามัยในชุมชน
- รหัส A18 ความร่วมมือของประชาชนในการเว้นระยะห่างของสังคม (Social Distancing)

- รหัส A19 บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำอะไร
- รหัส A20 ประเมินผลการสื่อสารสู่สาธารณะและผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำงาน
- รหัส A21 ประเมินแนวทาง/มาตรการ เช่น กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ
- รหัส A22 การจัดการศพผู้ป่วย COVID-19 ที่เหมาะสม
- รหัส A23 ประเมินการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย COVID-19
- รหัส A24 การฉีดพ่นสารฆ่าเชื้อ COVID-19 สามารถฆ่าเชื้อได้จริงหรือไม่ มีผลกระทบอะไร
- รหัส A25 นวัตกรรมการ์ด “ดู แยก แจ้ง ช่วย” กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ Non-Health ที่ช่องทางเข้าออกประเทศในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

6. Behavioral, Socio Economic, Cultural

- รหัส A26 ผลกระทบและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง
- รหัส A27 ผลกระทบและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังในสถานการณ์ฉุกเฉิน
- รหัส A28 พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มคนทำงาน เช่น ผู้เก็บขยะและคนทำความสะอาด
- รหัส A29 การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้แรงงานต่างชาติสัญชาติเมียนมากลับประเทศในสถานการณ์โควิด-19

7. Policy Research: Crisis management และผลกระทบจากนโยบาย และแบบจำลองทางคณิตศาสตร์

- รหัส A30 การศึกษาว่านโยบายต่างๆ มีผลต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการอย่างไร เช่น ทำให้มาโรงพยาบาลไม่ได้ ขาดยา เป็นต้น
- รหัส A31 การคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผลกระทบ ด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์

8. พ.ร.บ. โรคติดต่อ 2558: การบังคับใช้กฎหมายในภาวะฉุกเฉิน การกักกันตนเอง (Quarantine)

- รหัส A32 ประเมินผลการบังคับใช้กฎหมาย ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ 2558 ในสถานการณ์ฉุกเฉิน, การกักกันตนเอง (Quarantine) เป็นต้น

9. ประเมิน Application ที่ใช้ในสถานการณ์ Covid 2019

- รหัส A33 ประเมินผลการใช้ Application บันทึกข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง

10. การเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์การระบาดของ COVID 19

- รหัส A34 ความพร้อมการรับมือกรณีการระบาดเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือการระบาดใหญ่ระลอกใหม่ (mobilize คน อุปกรณ์ สถานที่อย่างไร)

11. การพัฒนาวัคซีน

- รหัส A35 การพิจารณาเกณฑ์ จัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับวัคซีนก่อน-หลัง
- รหัส A36 การศึกษาความรู้ ความเข้าใจและความพร้อมของประชาชนต่อวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
- รหัส A37 การวิจัยและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อรองรับการพัฒนาและผลิตวัคซีนโควิด-19
- รหัส A38 การวิจัยวัคซีนทดลองทางคลินิกระยะที่ 1 และ 2

รหัส A39 การศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในประชากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มต่างๆ เพื่อประเมินโอกาสและความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัยวัคซีนโควิด-19 ภาคสนาม ระยะที่ 3 ในประเทศไทย

12. New Normal in Disease Control Service เพื่อลดผลกระทบในระบบบริการ พัฒนาปรับปรุง

รหัส A40 ระบบ Surveillance and Control

รหัส A41 Guideline HIV, TB ช่วงระหว่างและหลังการระบาด COVID-19

รหัส A42 พัฒนารูปแบบการบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ รพ.สต. เพื่อลดการแออัดที่ รพศ./รพท./รพช.

13. อื่น ๆ

รหัส A43 การประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย กรณี COVID-19

รหัส A44 การพัฒนากลไกการจัดการภาวะฉุกเฉินสาธารณสุขระดับภูมิภาค (Regional Public Health Emergency Management)

รหัส A45 การสำรวจความเป็นไปได้ในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาจากสัตว์ในผู้ที่ปฏิบัติงานกับสัตว์ป่า

รหัส A46 การบูรณาการกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สำหรับการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินในช่องทางเข้าออกประเทศกรณี COVID-19

รหัส A47 ผลของมาตรการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 หลังประกาศ พรก.ฉุกเฉิน

รหัส A48 การศึกษาเปรียบเทียบมาตรการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศของ ประเทศไทยและสาธารณรัฐเกาหลี

รหัส A49 การสังเคราะห์มาตรการคัดกรองโรคและระบบการส่งต่อ ณ ช่องทางเข้าออกประเทศในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19

รหัส A50 การวิเคราะห์การดำเนินงานของ IHR Focal point ในการระบาด COVID-19

2.โรคติดต่อมาโดยแมลง

2.1 โรคเท้าช้าง

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

โรคเท้าช้างในประเทศไทย เกิดจากการติดเชื้อพยาธิโรคเท้าช้าง ๒ ชนิด คือ *Wuchereria bancrofti* เคยพบได้แถบชายแดนไทย-พม่า และ *Brugia malayi* ซึ่งพบได้ในภาคใต้ ผู้ป่วยโรคเท้าช้างระยะพบไมโครฟิลาเรียรายใหม่ในประเทศไทยในปัจจุบัน พบเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสเท่านั้น ส่วนผู้ปรากฏอาการทั้งหมดเป็นรายเก่า ที่พบในจังหวัดที่เคยเป็นแหล่งแพร่โรคเก่าและจังหวัดนราธิวาส

ความชุกของผู้ป่วยโรคเท้าช้างในปีพ.ศ. ๒๕๖๒ เท่ากับ ๐.๑๖ ต่อแสนประชากร ผู้พบไมโครฟิลาเรียคนไทยพบเฉพาะในจังหวัดนราธิวาส คิดเป็นอัตราความชุก ๐.๐๓ ต่อแสนประชากรและผู้ปรากฏอาการที่ยังคงมีสถานะความพิการ ต้องให้การดูแลรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อน อีก ๙๒ รายใน ๖ จังหวัด คิดเป็นอัตราความชุก ๐.๑๔ ต่อแสนประชากร

ปัจจุบันประเทศไทยได้รับการประกาศการกำจัดโรคเท้าช้างแล้ว หลังจากที่ได้ดำเนินการงานกำจัดมาตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๔๔ ที่ได้มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็นพื้นที่แพร่โรคและไม่แพร่โรค โดยมีพื้นที่แพร่โรค ๓๕๗ กลุ่มบ้าน ใน ๑๑ จังหวัด คือ เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน ตาก กาญจนบุรี ราชบุรี ระนอง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ และนราธิวาส ดำเนินการจ่ายยากลุ่มด้วยยา ๒ ชนิดแก่ประชากรทุกคนในพื้นที่แพร่โรค ทุกปีๆละครั้ง และให้การดูแลรักษาผู้ปรากฏอาการ ตามมาตรการหลักของการกำจัดโรคเท้าช้าง ประเทศไทยได้เริ่มการจ่ายยากลุ่มในปีพ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙ และต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับพื้นที่แพร่โรคจังหวัดนราธิวาส ระหว่างการดำเนินการกำจัดได้มีการสำรวจประเมินภาวะแพร่โรคเป็นระยะตามแนวทางการกำจัดโรคเท้าช้างขององค์การอนามัยโลก กระทั่งได้รับการประกาศการกำจัดโรคเท้าช้างในเดือนกันยายน ๒๕๖๐

การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเท้าช้างระยะหลังประกาศการกำจัด จะเป็นเฝ้าระวังโรค เพื่อคงระดับการแพร่โรคเท้าช้างให้ต่ำกว่าเกณฑ์การกำจัดโรคเท้าช้าง ตามพันธะสัญญาของการกำจัดโรค รวมถึงการจัดการผู้ปรากฏอาการต่อเนื่อง และการลดอัตราโรคเท้าช้างในกลุ่มคนต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพม่า

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

- เพื่อรักษาระดับการแพร่โรคให้ต่ำกว่ากว่าเกณฑ์การกำจัดโรคเท้าช้าง

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ความยากลำบากในการควบคุมยุงพาหะในพื้นที่พรมจังหวัดนราธิวาส
- ยาที่ใช้ควบคุมโรคในแมลงรบกวนสามารถศึกษาหาหาที่มีความสะดวกในการใช้ แต่ยังคงมีราคาสูง
- ยังไม่สามารถตรวจหาแอนติเจนเชื้อชนิด *B. malayi* ได้ ชุดทดสอบที่ดีที่สุดในปัจจุบันตรวจได้เพียงแอนติบอดี ในพื้นที่ที่มีการปรากฏตัวของพยาธิโรคเท้าช้างในเวลากลางคืน ยังคงต้องเจาะโลหิตตรวจหาไมโครฟิลาเรียด้วยการทำฟิล์มโลหิตหนาในเวลากลางคืน เพื่อบอกการติดเชื้อปัจจุบัน

ประเด็นวิจัย

- รหัส A54 การควบคุมยุงพาหะโรคเท้าช้างในพื้นที่พรอนรุักษ์ จังหวัดนราธิวาส
- รหัส A55 การพัฒนาที่ใช้ในการควบคุมโรคเท้าช้างในแมวที่มีความสะดวกในการใช้ และราคาถูก
- รหัส A56 การพัฒนาชุดทดสอบเพื่อตรวจหาแอนติเจนโรคเท้าช้างชนิด *B. Malayi*

2.2 โรคสครับไทฟัส

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ผู้ป่วยสครับไทฟัสในปี พ.ศ.2562 จากรายงาน ๕๐๖ พบว่ามีจำนวน ๘,๐๑๐ ราย ลดลงจากปีพ.ศ.๒๕๖๑ (๙,๖๘๑ ราย) คิดเป็นอัตราป่วย ๑๒.๑ ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๑๑.๘ ต่อแสนประชากร) และมีรายงานการตาย ๑ ราย ลดลงจากปีพ.ศ.๒๕๖๑ (๔ ราย) คิดเป็นอัตราตายร้อยละ ๐.๐๑ ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ร้อยละ ๐.๐๘)

อุบัติการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทยนั้น พบว่ามีการรายงานการพบผู้ป่วยแทบทุกจังหวัด ส่วนใหญ่พบในพื้นที่เดิมๆ พบอัตราป่วยสูงในภาคเหนือ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ๑๐ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดในปีพ.ศ.๒๕๖๒ คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน น่าน เชียงราย ตาก ชัยภูมิ เชียงใหม่ พังงา ศรีสะเกษ สุราษฎร์ธานี และร้อยเอ็ด อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิงใกล้เคียงกัน เท่ากับ ๑: ๐.๘ กลุ่มอายุที่พบมาก คือ ๖๐ ปีขึ้นไป รองลงมา ๓๕-๕๙ ปี ส่วนใหญ่พบในผู้มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๔๖.๕ พบผู้ป่วยโรคนี้ได้ตลอดทั้งปี แนวโน้มในแต่ละปีคล้ายกัน มักเริ่มพบการระบาดตั้งแต่ช่วงต้นของฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม จะมีผู้ป่วยสูงสุดในเดือนมิถุนายน-ตุลาคม จากนั้นลดลงในฤดูหนาว การระบาดเป็นแบบ seasonal variation เนื่องจากในฤดูฝนพาหะนำโรคจะชุกชุม และประชาชนจะเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรคมกกว่าฤดูอื่นๆ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี

- เพื่อลดอัตราป่วยโรคให้ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ยังขาดเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยที่มีความจำเพาะสูง ใช้งานง่าย และราคาไม่แพง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน
- การขาดเครื่องมือการวินิจฉัยที่เหมาะสม ส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วย ทำให้ไม่ทราบขนาดปัญหาของโรคที่แท้จริง
- ยังไม่มีมาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมพาหะ และสัตว์รังโรค
- ยังขาดการประเมินความรอบรู้ และสื่อที่เหมาะสมต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงโรค

ประเด็นวิจัย

- รหัส A57 การพัฒนาวิธีการวินิจฉัยโรคสครับไทฟัส ที่เหมาะสมในการใช้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน
- รหัส A58 การประเมินความรอบรู้ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคสครับไทฟัส
- รหัส A59 การพัฒนามาตรการควบคุมพาหะ และสัตว์นำโรคสครับไทฟัส

2.3 โรคติดต่อมาโดยง่าย

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมากที่สุดของกลุ่มโรคติดต่อมาโดยง่าย โดยมีการรายงานพบผู้ป่วยสูงทุกปีอย่างน้อย 60,000 – 70,000 รายต่อปี แต่ถ้าหากเป็นปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วยมากถึง 150,000 ราย สำหรับรูปแบบการระบาดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน อาจมีการระบาดแบบปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี และมีการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล (Seasonal Pattern) โดยเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน และลดลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว ซึ่งในช่วงปลายปีหากยังมีผู้ป่วยสูงลอยจะส่งผลให้ในปีต่อมามีการระบาดใหญ่ได้ เช่น การระบาดใหญ่ในปี 2556, 2558 และ 2562 ในส่วนชนิดเชื้อไวรัสไข้เลือดออกประเทศไทยพบทั้ง 4 สายพันธุ์ในทุกปี หากปีใดมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของสายพันธุ์ไวรัสไข้เลือดออก มักจะทำให้มีการระบาดและอัตราป่วยตายสูงกว่าปกติ สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นเด็กวัยเรียน ช่วงอายุระหว่าง 5-14 ปี กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอยู่ในกลุ่มเด็กเล็ก (0-4 ปี) และวัยผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) เนื่องจากผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้เมื่อป่วยเป็นไข้เลือดออกจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ไตวาย ที่รักษาได้ยาก นอกจากนี้ผู้ใหญ่ส่วนมากเมื่อป่วยมักซื้อยารับประทานเองหรือไปซื้อยาลดไข้ที่คลินิก ทำให้ไม่ได้ไปตรวจหาสาเหตุของไข้ที่โรงพยาบาลแต่เนิ่นๆ จึงได้รับการรักษาที่เหมาะสมล่าช้า

โรคไข้ปวดข้อยุงลายหรือชิคุนกุนยา ประเทศไทยพบมีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน 7 ครั้ง ในปี 2531 ที่จังหวัดสุรินทร์ ปี 2534 ที่จังหวัดขอนแก่นและปราจีนบุรี ในปี 2536 มีการระบาด 3 ครั้ง ที่จังหวัดเลย นครศรีธรรมราช และหนองคาย และปี 2552 - 2553 มีการระบาดเป็นวงกว้างในทุกจังหวัดทางภาคใต้และกระจายไปยังจังหวัดอื่นๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทย ผ่านการเดินทางของผู้ที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะแรงงานสวนยาง ทหารเกณฑ์ และนักศึกษา พบผู้ป่วยทั่วประเทศรวมกว่า 50,000 ราย ตั้งแต่ปี 2554 - 2560 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมากจนเหลือไม่เกิน 50 รายต่อปี หลังจากนั้นพบมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นมากกว่า 3,000 ราย ในช่วงปลายปี 2561 และระบาดต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยสถานการณ์ในปี 2563 (ณ วันที่ 7 พฤษภาคม 2563) พบรายงานผู้ป่วยสะสมรวม 962 ราย อัตราป่วย 1.45 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังถึง 41 เท่า ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 25 – 34 ปี 2.06 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคืออายุ 35 – 44 ปี (1.87) และอายุ 30 – 34 ปี (1.75) ตามลำดับ สัดส่วนผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างหรือกรรมกรสูงสุด ร้อยละ 31 รองลงมาคือนักเรียน (14) และเกษตรกร (10) พบผู้ป่วยกระจายทั่วทุกภาคของประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง อัตราป่วย 2.30 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ (1.98) ภาคเหนือ (0.81) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.32) ตามลำดับ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในประเทศไทยมีรายงานตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสซิกาในผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี 2506 และในปี 2556 พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกาโดยเป็นนักท่องเที่ยวจากประเทศแคนาดา มีอาการป่วยระหว่างเดินทางกลับประเทศ ซึ่งตั้งแต่ปี 2555-2557 พบการระบาดไม่ทราบสาเหตุ 4 เหตุการณ์ มีผู้ป่วยรวม 47 ราย และในปี 2559 มีการระบาดของโรคติดต่อ

เชื้อไวรัสซิกาในทั่วทุกภาคของประเทศ รวม 43 จังหวัด มีรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อทั้งมีอาการและไม่แสดงอาการ โดยพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี การระบาดดังกล่าวทำให้มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อและคลอดทารกที่มีภาวะศีรษะเล็ก 2 ราย โดยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในปัจจุบัน ปี 2563 ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 7 พฤษภาคม 2563 ซึ่งครอบคลุมการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเฉพาะกลุ่มอาจมีภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงของโรค ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ทารกศีรษะเล็ก และกลุ่มอาการทางระบบประสาทอักเสบ โดยมีรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย และทารกศีรษะเล็ก 2 ราย

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 20 ปี (ภายในปี 2580)

1. ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย
2. ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพและมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย โดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม
3. มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลายแบบบูรณาการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ประชาชนยังไม่ให้ความร่วมมือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลายเท่าที่ควร เนื่องจาก
 - ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่าการพบลูกน้ำยุ่งลายในบ้านเป็นเรื่องปกติ
 - ประชาชนเข้าใจว่าหน้าที่การกำจัดยุ่งลายหรือลูกน้ำยุ่งลาย เป็นหน้าที่ของ อสม., เทศบาล หรือ อบต.
 - การเข้าบ้านเพื่อพ่นสารเคมีหรือสำรวจลูกน้ำในพื้นที่เขตเมืองทำได้ยาก
2. การดำเนินมาตรการควบคุมโรคในบางพื้นที่อาจไม่สามารถดำเนินการได้ และไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้
3. กลุ่มเสี่ยงเสียชีวิตโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เนื่องจากมีโรคประจำตัว และเมื่อป่วยมักจะซื้อยาทานเองหรือไปหาหมอที่คลินิก ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมล่าช้า
4. ยังไม่มีการจัดระบบฐานข้อมูลโรคติดต่อฯ โดยยุ่งลายที่รวบรวมข้อมูลที่สำคัญไว้แบบองค์รวม เช่น ข้อมูลด้านระบาดวิทยา พาหะนำโรค ชนิดเชื้อไวรัส จึงทำให้การรายงานสถานการณ์โรคในปัจจุบันยังทำได้อย่างล่าช้า และไม่ทันต่อเหตุการณ์ระบาดของโรคติดต่อฯ โดยแมลง รวมถึงการพยากรณ์โรคและการประเมินพื้นที่เสี่ยงในปัจจุบันมีความถูกต้องน้อย

ประเด็นวิจัย

รหัส A60 การศึกษารูปแบบการพยากรณ์โรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคโนโลยีใหม่

รหัส A61 รูปแบบการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของชุมชนต่อการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ภายใต้พื้นที่มีธรรมนุญสุขภาพ

รหัส A62 การประเมินรูปแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์โรคติดต่อฯ โดยยุ่งลาย

- รหัส A63** การศึกษาประสิทธิภาพการใช้งานแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ เพื่อ เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อมาโดยง่ายในพื้นที่นำร่อง
- รหัส A64** การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สเปรย์กระพือในการควบคุมยุงลายบ้าน
- รหัส A65** Review control measure for Aedes aegypti mosquito in Thailand
- รหัส A66** การประเมินความรู้ด้านสุขภาพโรคติดต่อมาโดยง่ายของนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษา โรงเรียนในสังกัด สพฐ. จังหวัดปราจีนบุรี

2.4 โรคไข้มาลาเรีย

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทั้งหมด 5,845 ราย อัตราป่วย 0.088 ต่อประชากรพันคน ซึ่งลดลงจากปีที่ผ่านมา ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 21 (ปี 2561 พบ 7,368 ราย) ชนิดเชื้อส่วนใหญ่ P. vivax ร้อยละ 83 (4,850 ราย) และ P. falciparum ร้อยละ 13 (756 ราย) นอกนั้นเป็นชนิดอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 อายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 72 อาชีพทำสวน/ไร/เกษตรกร และรับจ้าง ร้อยละ 53 เด็ก/นักเรียน ร้อยละ 32 และทหาร/ตำรวจ ร้อยละ 5.4 จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ จังหวัดตาก (1,646 ราย) รองลงมาคือ ยะลา (1,550 ราย) และกาญจนบุรี (425 ราย) จากการสอบสวนประวัติผู้ป่วย พบว่า ติดเชื้อในพื้นที่ประเทศไทย ร้อยละ 69 (3,789 ราย จาก 5,475 ราย) ปี 2562 พบกลุ่มบ้านแพร่เชื้อ (Active foci) ทั้งหมด 701 แห่ง อยู่ในจังหวัดยะลา ร้อยละ 24 ตาก ร้อยละ 17 และกาญจนบุรี ร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยมาลาเรียที่ได้รับยาตามนโยบาย ร้อยละ 76 และติดตามผลการรักษาครบถ้วน 4 ครั้ง เพียงร้อยละ 22 (ข้อมูล: มาลาเรียออนไลน์) จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย ปี 2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 15 ราย เท่ากับปี 2560 โดยจังหวัดที่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ ตาก 7 ราย เพชรบูรณ์ ร้อยเอ็ด ชลบุรี ปราจีนบุรี เพชรบุรี นครศรีธรรมราช ปัตตานี ยะลา จังหวัดละ 1 ราย (ข้อมูล: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

เป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 ในระยะยาว คือ ประเทศไทยปลอดการแพร่เชื้อมาลาเรีย ภายในปี 2567 สำหรับเป้าหมายของยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียของโลก พ.ศ. 2559-2573 คือ ภายในปี 2573 1) อัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 90 2) อัตราตายด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 90 3) ประเทศที่สามารถกำจัดโรคไข้มาลาเรีย อย่างน้อย 35 ประเทศ และ 4) การป้องกันการกลับมา แพร่เชื้อใหม่ในทุกประเทศที่ปลอดโรคไข้มาลาเรีย (ข้อมูลจาก Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030 (GTS))

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. การผลักดันแผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องอาศัยกลไกการ ขับเคลื่อนทั้งด้านนโยบาย ผ่านคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ มี

- รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และด้านปฏิบัติการในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด
2. การกระจายอำนาจเข้าสู่ท้องถิ่นเพื่อให้ตอบรับกับปัญหามาลาเรีย โดยพัฒนาศักยภาพและระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้งในด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร
 3. การเคลื่อนย้ายประชากรข้ามแดน ต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานชายแดนและ ระหว่างประเทศ
 4. เชื้อมาลาเรียดื้อยา โดยเฉพาะเชื้อมาลาเรียชนิดฟลชีปาร์มที่ดื้อต่อยาอนุพันธ์อาร์ติมิซินิน และเชื้อมาลาเรียไวแวกซ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีนโยบายเฝ้าระวังเชื้อมาลาเรียดื้อยาในระบบปกติ (routine drug resistance surveillance) โดยติดตามการรับประทานยา และผลการรักษาผู้ป่วยให้ครบตามมาตรฐาน และทำลายแหล่งแพร่เชื้อ เพื่อลดการกระจายของเชื้อดื้อยา

ประเด็นวิจัย

- รหัส A67** การศึกษาประสิทธิภาพของชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็วแบบ High sensitivity (hsRDT) ในการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียฟลชีปาร์มในพื้นที่แพร่เชื้อ
- รหัส A68** การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยาโดย ชุมชน
- รหัส A69** การศึกษาคุณภาพการจ่ายยารักษาและประสิทธิภาพของของยารักษาโรคไข้ มาลาเรีย
- รหัส A70** การศึกษาการใช้ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย
- รหัส A71** การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเชิงรุก
- รหัส A72** การศึกษาแบบจำลองคณิตศาสตร์เชิงระบาดวิทยาของโรคไข้มาลาเรียเพื่อ ควบคุมโรคเชิงรุก
- รหัส A73** การประเมินคุณภาพของการให้บริการและการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ มาลาเรีย
- รหัส A74** การศึกษาวิธีการค้นหาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ไม่แสดงอาการ โดยใช้ Focal Screening and Treatment (FSAT) และ Mass Screening and Treatment (MSAT)
- รหัส A75** การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเคลื่อนที่ (mHealth) ในการจัดการ แหล่งแพร่เชื้อ มาลาเรียโดยชุมชน
- รหัส A76** การศึกษารูปแบบของชุมชนต้นแบบในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแบบยั่งยืน

3. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

โรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอื่นๆ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศไทย ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำด้านการถือครองทรัพย์สินเป็นอันดับต้นของโลก และยังส่งผลกระทบเป็นห่วงโซ่ไปถึงความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ เนื่องจากการใช้ชีวิต การอุปโภคบริโภค ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน มีการประเมินว่าสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของไทยจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะภาวะเศรษฐกิจภายหลังช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี ข้อมูลจากธนาคารโลก ประเทศไทยมีจำนวนคนที่มียาได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมีประมาณ 6.7 ล้านคน เพิ่มมาจากปี 2558 ที่มีอยู่ประมาณ 4.8 ล้านคน

อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์สถานการณ์โรค มาตรการด้านการควบคุมป้องกันโรค ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (socio-economic factors) อีกทั้งการประเมินภาระด้านเศรษฐศาสตร์ต่อปัญหาสุขภาพเหล่านี้ยังทำได้ไม่สมบูรณ์หากปราศจากข้อมูลเหล่านี้ หากประเทศไทยจะผลักดันให้พลเมืองมีความเข้มแข็ง และสามารถทำงานเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ คนเหล่านี้ต้องมีสุขภาพที่เข้มแข็ง รวมถึงโรคที่ส่งผลกระทบเฉพาะกลุ่มในประชากรที่ยากจนหรือเปราะบาง องค์การอนามัยโลกได้จัดโรคพิษสุนัขบ้าเป็น Neglected tropical disease ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อประชากรที่ยากจนและกลุ่มเปราะบางในสังคม จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ อุปติการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้ายังมีความสัมพันธ์กับคะแนนดัชนีการพัฒนามนุษย์ (HDI) อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนั้นแล้วโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอื่นๆ ได้แก่ สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส โรคไข้มองอักเสบแอมเบียนิส ยังอาจก่อให้เกิดความพิการที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งหากผู้ใช้แรงงานเกิดภาวะพิการถาวรย่อมส่งผลต่อการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว

ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เป็นตัวประเมินสถานการณ์โรค เพื่อให้ทราบตัวเลขการระบาดที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่นั้นๆ รวมทั้งยังเป็นตัวบ่งชี้ว่ามาตรการในการควบคุมป้องกันโรคทั้งทางสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านปศุสัตว์มีประสิทธิภาพในการลดโรคมากน้อยเพียงใด การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยมีการรวบรวมตัวแปรด้านเศรษฐกิจสังคม รวมถึงตัวแปรเชิงพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

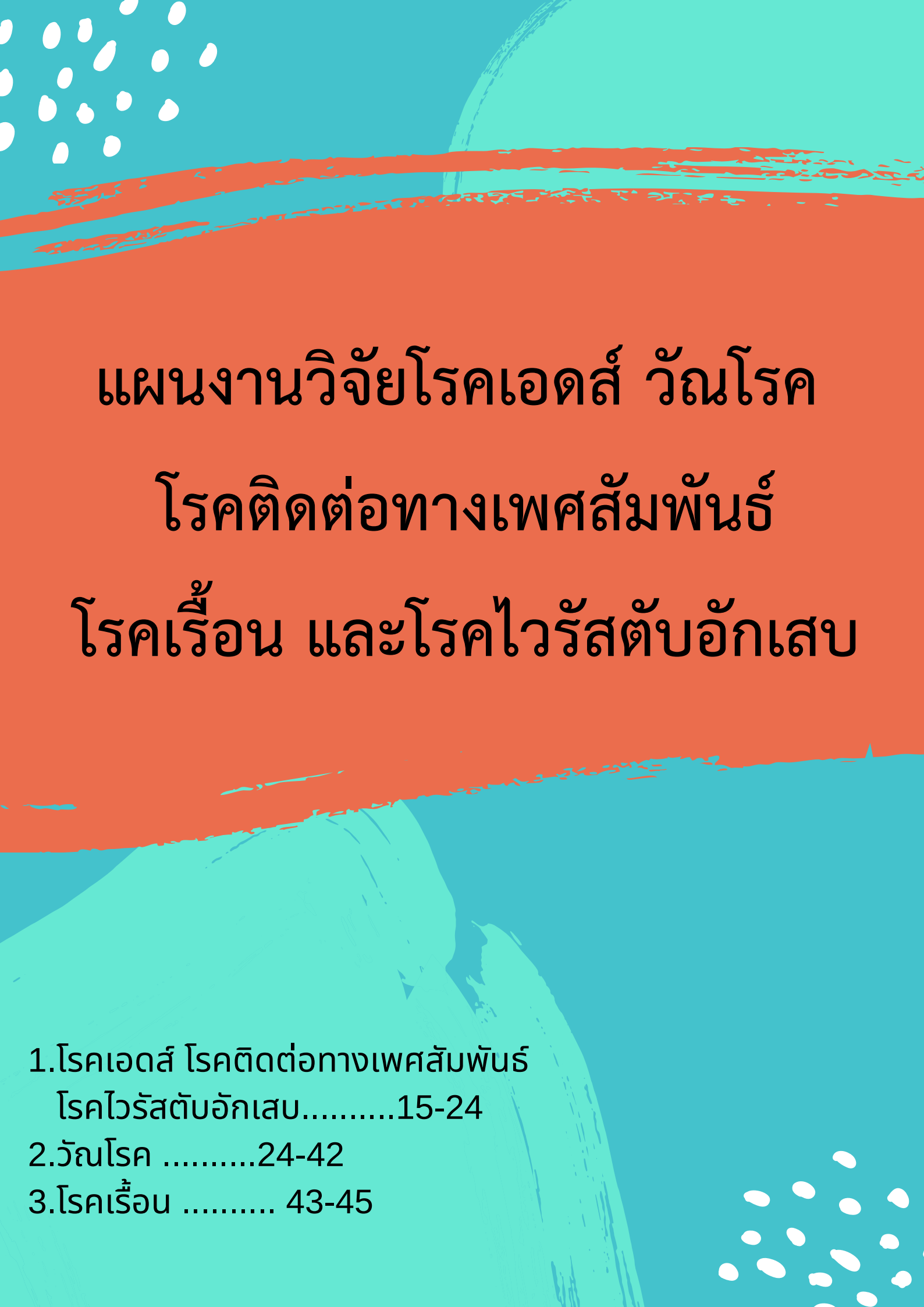
- ลดจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนา นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับประเทศ เป้าประสงค์ 2.1 เป็นศูนย์กลาง นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน งานวิจัย วิชาการ และข้อมูลอ้างอิง (Evidence Base) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประเทศ ที่ได้มาตรฐานสากล

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ขาดการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ที่มีตัวแปรด้านเศรษฐกิจสังคม รวมถึงตัวแปรเชิงพื้นที่ที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์เทียบกับอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

ประเด็นวิจัย

- รหัส A76** การพัฒนาระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม และเชื่อมโยงข้อมูลเชิงพื้นที่ของผู้เสียชีวิตโรคพิษสุนัขบ้า และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอื่นๆ
- รหัส A77** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเศรษฐกิจสังคมและเชิงพื้นที่ ตามแนวคิด 5 โรค 5 มิติ
- รหัส A78** การประเมินภาระทางเศรษฐศาสตร์ และการทำ Economic evaluation ของโปรแกรมที่ช่วยควบคุมป้องกันและลดโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน



แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ

- 1.โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
โรคไวรัสตับอักเสบ.....15-24
- 2.วัณโรค24-42
- 3.โรคเรื้อน 43-45

แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อนและโรคไวรัสตับอักเสบ

1. โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ภาพรวมสถานการณ์การระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ในปี 2562 โดยทั่วไปยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากปี 2561 ที่ผ่านมาจากการคาดประมาณล่าสุด (Spectrum-AEM 2018,11 เม.ย. 2562) พบว่า เมื่อสิ้นปี 2562 มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 476,500 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวี ลดลงจากปีที่ผ่านมาเล็กน้อย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ ลดลงจาก 6,300 เหลือ 5,500 ราย และผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวีลดลงจาก 18,000 เหลือ 16,000 ราย แต่เมื่อเทียบกับเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การยุติปัญหาเอดส์ใน 5 ปีแรกของแผนฯ ที่ปี พ.ศ. 2563 กำหนดให้ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงเหลือเพียง 2,000 ราย และลดจำนวนผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตจากเอชไอวีเหลือเพียง 12,000 รายนั้น จะเห็นได้ว่ายังห่างไกลเป้าหมาย อีกทั้งอัตราการติดเชื้อยังคงสูง คิดเป็น 0.08 ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 ราย ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (0.03) ที่UNAIDS คาดไว้ว่าจะมีโอกาสของการแพร่ระบาดของเอชไอวีอย่างต่อเนื่องต่อไป และจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวังฯ ยังพบว่าการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย (อายุ 15-24 ปี) ที่สะท้อนถึงการติดเชื้อรายใหม่เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องมาสองปี ตั้งแต่ปี 2560,2561 ร้อยละ 0.47,0.45 ตามลำดับ ตลอดจนสัญญาณเตือนจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส หนองใน ที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสและหนองใน 38, 64.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากข้อมูลการเฝ้าระวัง รง.506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้ทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต พบการติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย และพบว่า ในปี พ.ศ.2561 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) ในพื้นที่เสี่ยงสูง (High risk area) ได้แก่ สถานบันเทิง ชายด่อน้ำ/นวดแผนโบราณ/สปา และสถานที่สาธารณะ จากจังหวัดดังกล่าว ติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 6 ส่วนในสาวประเภทสอง (TG) และพนักงานบริการชาย (MSM) ดำเนินการเฝ้าระวังใน 4 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ และภูเก็ต พบติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 1.6 และ 7.5 ตามลำดับ รวมทั้งพบว่า อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงกว่า 36.4-93.5 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี แสนคน รวมถึง ปี 2562 นี้ ยังพบว่าซิฟิลิสในทารกแรกเกิด (Congenital Syphilis) เริ่มสูงขึ้นจากปี 2561 จากร้อยละ 0.015 เป็น ร้อยละ 0.040

นอกจากนั้นข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมบริบททางสังคม สถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานเอดส์ ยังคงไม่มีข้อมูลใหม่ที่จะชี้ชัดถึงความเปลี่ยนแปลงจากเดิม ที่พบว่าประชาชนยังมีทัศนคติเชิงลบในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อสูง (ร้อยละ 58.6 ในปี 2557) ทำให้คาดการณ์ได้ว่าในปี 2562 ที่ผ่านมา และปี 2563 ประเทศไทยอาจจะไม่บรรลุ

เป้าหมาย ตามที่วางไว้หากไม่มีการดำเนินงานอย่างเร่งรัดและมีประสิทธิภาพ (Fast tract and Smart investment)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มประชากรหลัก ยังคงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการเร่งรัดดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ จากการคาดการณ์ปี 2562 ล่าสุดดังกล่าว สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประมาณครึ่งหนึ่ง ยังคงเป็นกลุ่มประชากรหลักและคู่ โดยเฉพาะในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่มีสัดส่วนของการติดเชื้อ รายใหม่สูงถึงร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ (IBBS 2561, กงระบาด) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) ซึ่งพบเท่ากับร้อยละ 11.9, 10.9 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มพนักงานบริการชาย (MSW) พบร้อยละ 3.8 พนักงานบริการหญิงกลุ่มที่ไม่มีสถานที่บริการเป็นหลักแหล่ง (FSW-non venue based) ในพื้นที่เฝ้าระวังยังคงสูง ในพื้นที่ กรุงเทพฯ ร้อยละ 3 และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (IBBS 2557) ร้อยละ 20.7 สำหรับพื้นที่ต้องเร่งรัดยังคงเป็น 32 จังหวัด ที่มีภาระโรคสูง มีช่องว่างในการเข้าถึงบริการและจำนวนประชากรหลักมาก

สถานการณ์ไวรัสตับอักเสบบี จากการคาดการณ์ประเทศไทยมีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณร้อยละ 4-5 ของประชากรที่เกิดก่อนปี 2535 (ก่อนจะเริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี) และคาดการณ์ ว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง ประมาณ 2.2 - 3 ล้านคน ทั่วประเทศ ส่วนประชากรที่เกิดหลังปี 2535 ซึ่งได้บรรจุก่อนฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศแล้วนั้น พบอัตราความชุกเพียงร้อยละ 0.6 ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกที่ลดลงอย่างมาก อัตราความชุกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปี 2557 อยู่ที่ร้อยละ 0.104 ปัจจัยเสี่ยงของโรคไวรัสตับอักเสบบี นั้น ปัจจุบันพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี สูงสุดได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 8.50 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.07 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 8.05

ในขณะที่ สถานการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี ซี ในประเทศไทย มีรายงานความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังประมาณร้อยละ 0.39 และจากการคาดการณ์พบว่ามีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรัง ประมาณ **356,670 ราย ทั่วประเทศ** พบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังมากที่สุด ในประชากรที่มีอายุมาก โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 41-50 ปี เท่ากับร้อยละ 1.69 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 0.93 กลุ่มอายุ 31-40 ปีร้อยละ 0.13 ตามลำดับ พบอัตราความชุกสูงที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 0.89 ภาคกลาง ร้อยละ 0.26 และภาคเหนือ ร้อยละ 0.21 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ พบว่า อัตราความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี เรื้อรังสูงสุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.7 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 3.94 ผู้ที่เคยได้รับการฉีดยาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.62

โดยสรุป จากข้อมูลภาพรวมสถานการณ์ทางด้านระบาดวิทยา แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ยังไม่เปลี่ยนแปลงจากปีที่ผ่านมา โดยที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทั้ง บี และ ซี รวมทั้ง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี บี

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี

1. โรคเอดส์ ยุติปัญหาเอดส์โดย

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

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

- ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เหลือไม่เกินปีละ 1,000 ราย
- ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือไม่เกินปีละ 4,000 ราย
- ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิม ร้อยละ 90

2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

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

- ยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายเพื่อไม่ให้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศภายในปี 2573 โดย
- อัตราป่วยด้วยโรคหนองในในทุกกลุ่มอายุ <3 ต่อประชากรแสนคน
- อัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสในทุกกลุ่มอายุ <1 ต่อประชากรแสนคน

3. โรคไวรัสตับอักเสบบ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ระยะ 5 ปี (2565-2569) และ 20 ปี (ปี พ.ศ. 2560 – 2580)

- อุบัติการณ์ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่เกินร้อยละ 0.1 ในปี 2569 และ<0.1% ในปี 2580
- อุบัติการณ์ของประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ลดลงร้อยละ 30 ในปี 2569 และลดลงร้อยละ 90 ในปี 2580
- อัตราการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ลดลงร้อยละ 10 ในปี 2569 และลดลงร้อยละ 65 ในปี 2580

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ด้านโรคเอดส์

1.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

- ความครอบคลุมของการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ ในประเด็นของการรับยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560 อยู่ที่ 96.52% เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2559 ซึ่งอยู่ที่ 96.07% (ในปี 2560 ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน ความครอบคลุมของการรับยาต้านไวรัสสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อยู่ที่

ระดับ 91.57% ในปี 2559 และ 86.11% ในปี 2560 ซึ่งความครอบคลุมของการรับยาต้านไวรัส ต่ำกว่า 95% ในโรงพยาบาลเอกชน) รวมทั้งการตรวจเลือดเอชไอวีและซีฟิลิสก่อนแต่งงานและมีบุตร ส่งเสริมให้พาคู่มาตรวจ และเพิ่มการตรวจคัดกรองซีฟิลิสในคู่ของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีของกลุ่มประชากรหลักยังคงต่ำในหลายกลุ่มส่งผลไปถึงการเข้าถึงบริการด้านอื่นๆ ด้วย เช่น เพร็พ ยาต้านไวรัส เป็นต้น และยังจำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินงานเพิ่มการเข้าถึง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักที่ยังมีอายุน้อย หรือเยาวชนที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงพนักงานบริการทางเพศที่ไม่สังกัดสถานบริการ สำหรับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนลดลงช้า ๆ แต่มีโอกาสกลับมาสูงขึ้นอีก เนื่องจากแนวโน้มการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น แม้เยาวชนจะใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุดเพิ่มขึ้น

- ประเด็นด้านกฎหมายยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและการดำเนินงานเพื่อลดอันตราย (Harm Reduction) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดยา เนื่องจากมติคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) ได้ตีความนโยบายจากการใช้ยาเสพติดยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริการแบบบูรณาการและครบวงจร มาตรการที่ 2 การพัฒนาและการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด กรณีบริการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ข้อ 2.3 การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด คำว่า “การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด” หากกระทำด้วยวิธีการแจกเข็มและอุปกรณ์ที่สะอาดแก่ผู้ติดยาเสพติดย่อมเป็นการขัดต่อบทบัญญัติที่กล่าวมาข้างต้นได้ โดยความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 86 ระบุว่า ผู้ใดกระทำความผิดใดๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการที่ผู้อื่นกระทำความผิดก่อนหรือขณะกระทำความผิด แม้ผู้กระทำความผิดจะมิได้รู้ถึงการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกนั้นก็ตาม ผู้นั้นเป็นผู้สนับสนุนการกระทำความผิด ต้องระวางโทษสองในสามส่วนของโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดที่สนับสนุนนั้น
- การเข้าถึงกลุ่มประชากร MSM เพื่อให้บริการป้องกันเอชไอวีแบบผสมผสานที่เชื่อมโยงกับการรักษา ตามแนวทาง RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครที่มี จำนวนชายมีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุด ในขณะที่รูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงและการติดต่อสื่อสาร (connection) เพื่อแลกเปลี่ยนทางเพศ (sex exchanges) เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก จากที่เคยพบปะกันตามแหล่งบริการหรือในพื้นที่เสี่ยง (hot spots) เป็นแหล่งสังคมออนไลน์มากขึ้น กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย

1.2 การดูแลรักษาเอชไอวี

- ความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อหลังรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีและความครอบคลุมของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสและสามารถกดปริมาณไวรัสได้ตามเกณฑ์ ยังไม่ถึงเป้าหมาย 90
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังคงมารับการรักษาล่าช้า ค่ามัธยฐานของระดับ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่ำกว่าครึ่ง ยังคงต่ำกว่า 200 cells ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสล่าช้าและป่วยหนักจนกระทั่งเสียชีวิต
- การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสของเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประเทศไทยให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสมายาวนาน จึงจำเป็นต้องมีติดตามตรวจหายีนดื้อยาต้านไวรัสด้วยเนื่องจากเชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสในกลุ่ม Retrovirus ที่มีการกลายพันธุ์ เกิดสายพันธุ์ดื้อยาต้านไวรัสได้ง่ายอันจะเป็นปัญหาต่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาต้านไวรัสรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในอนาคต
- ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้วยการขายบัตรประกัน สุขภาพให้กับประชากรกลุ่มนี้ แต่ในทางปฏิบัติ ยังมีข้อจำกัดจากการที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว

1.3 การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

- การดำเนินงานการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติยังอยู่ในระยะเริ่มต้น จำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากรทั่วไป และการลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชากรหลัก รวมทั้งแนวทางให้ครอบคลุมหน่วยอื่น ๆ ที่ยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อให้มีผลในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดการป่วยและการเสียชีวิตจากเอดส์

2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- 2.1 ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย และมีความไวสูงในการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.2 ยังมีกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยากต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.3 กลุ่มประชากรต่างชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เข้าถึงได้ยากต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.4 บุคลากรที่สามารถตรวจและรักษาโรคซิฟิลิสได้ตามมาตรฐานมีน้อย
- 2.5 หน่วยบริการส่วนใหญ่ไม่มีการติดตามผู้สัมผัสโรค คำแนะนำและการตรวจติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในบางครั้งไม่เอื้อต่อวิถีการประกอบอาชีพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

- 2.6 กลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นที่เข้าถึงยาก เป็นวัยเรียนที่ไม่สามารถมารับบริการในเวลาปกติได้ ระบบการให้บริการที่ไม่เอื้อต่อการรับบริการ การปรับระบบการบริการให้เอื้อต่อผู้รับบริการ (กลุ่มวัยรุ่น)
 - 2.7 ทักษะของครูและผู้ปกครองต่อการให้บริการป้องกันโรค เช่น การแจกถุงยางอนามัย
 - 2.8 ไม่มี STIs Coordinator บริหารจัดการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระดับจังหวัด
 - 2.9 ซิฟิลิสในทารกแรกเกิดเริ่มสูงขึ้น หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ทำให้มารดาได้รับการรักษาไม่ครบ
 - 2.10 การตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคซิฟิลิสไม่ได้ทราบผลในวันเดียว
 - 2.11 การติดตามคู่ของหญิงตั้งครรภ์มาคัดกรองและรักษา (คู่หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการตรวจเลือด HIV ร้อยละ 42)
 - 2.12 ค่าใช้จ่ายในการคัดกรองโรคซิฟิลิสของคู่ของหญิงตั้งครรภ์
 - 2.13 คุณภาพข้อมูลการรายงานต้องพัฒนา
 - 2.14 ไม่มีนวัตกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น
 - นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมและให้ความสะดวกกับการตรวจรักษาตามแนวทางและมาตรฐานของกรมควบคุมโรค เช่น การตรวจรักษาทางไกล
 - นวัตกรรมที่เป็นรูปแบบความร่วมมือที่มีความต่อเนื่องยั่งยืนกับหน่วยงานภาคี ที่หน่วยงานภาคีร่วมเป็นเจ้าของงาน (Co-ownership)
 - นวัตกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบครบวงจรเชิงพฤติกรรมที่อยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้และกรอบวิชาการ
 - นวัตกรรมการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย เร็วและตรงตามรสนิยมของกลุ่มเป้าหมาย
- 3. โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี**
- 3.1 ขาดข้อมูลการตรวจคัดกรองหรือความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีข้อมูลอัตราตายจากโรคไวรัสตับอักเสบบี ข้อมูลการติดต่อจาก HB – MTCT เป็นต้น
 - 3.2 ขาดข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายหรือข้อมูลยังไม่เพียงพอ เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยา ในเด็กต่ำ 5 ปี และกลุ่มประชากรเสี่ยง ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
 - 3.3 การดำเนินการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ กรณีที่ผลการตรวจคัดกรองเป็น Positive ไม่ได้รับการตรวจยืนยันและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา
 - 3.4 การใช้ยา TDF ในหญิงตั้งครรภ์และ การให้ HBIG ในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อและทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ไม่ได้รับ HBIG
 - 3.5 วัคซีน HBIG ให้บริการไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

- 3.6 ขาดข้อมูล HB - MTCT ที่มี ผล HBsAg Positive และไม่ได้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจยืนยันและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 3.7 ไม่มีข้อมูลทางระบาดวิทยาเรื่อง เพศ อาชีพ และพื้นที่ระดับจังหวัด ในประชากรที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 3.8 ยังไม่มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในกลุ่มประชากรทั่วไป
- 3.9 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ทราบความเสี่ยงและสถานะการติดเชื้อของตนเอง
- 3.10 การดำเนินงานตามแนวทางยังไม่ครอบคลุมตามคำแนะนำของ WHO เช่น ขาดการประสานการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาด้าน
- 3.11 ยังไม่มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานในเรื่องการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างเป็นระบบ
- 3.12 ประชาชนขาดความรู้เรื่องสิทธิการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 3.13 ประชากรกลุ่มเสี่ยงไม่เข้าถึงการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
- 3.14 ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันที่ยังไม่ถึงเกณฑ์การรักษา ไม่สามารถเข้ารับการรักษาด้าน DAA ได้
- 3.15 ผู้ป่วยไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง หรือรู้ช้า รู้แต่ไม่เข้ารับการรักษา ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับ

ประเด็นวิจัย

- รหัส B01 รูปแบบบริการ HIV/STI/HB ในสถานการณ์ New normal
- รหัส B02 การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขและรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มเยาวชนในภาวะเสี่ยงสูงและกลุ่มประชากรหลัก MSM,MSW,TGW,PWID,Migrants
- รหัส B03 ปัจจัยส่งเสริมการเข้าสู่การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี
- รหัส B04 การพัฒนารูปแบบที่ส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด) และวัยรุ่น
- รหัส B05 การศึกษาเปรียบเทียบความถูกต้องของผลและระยะเวลาการรู้ผลของ HIV rapid testing algorithms ต่างๆ ในผู้ใหญ่
- รหัส B06 การศึกษาติดตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การกินยาอย่างต่อเนื่อง และการคงสถานะผลเลือดเป็นลบของคู่ผลเลือดต่าง
- รหัส B07 การศึกษาการคงอยู่และไม่คงอยู่ในระบบบริการของผู้ติดเชื้อที่กำลังรักษาและกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการรักษา

- รหัส B08 การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อจัดบริการ Pre-exposure prophylaxis (PrEP) สำหรับผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น MSM TG เยาวชนและผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด
- รหัส B09 ศึกษาช่องว่างในทุกขั้นตอนการให้บริการก่อนจะมีการกระจายการบริการลงสู่พื้นที่ (decentralization/task-shifting) เช่น ระยะเวลาและค่าเดินทางมารับบริการ ภาระงานของโรงพยาบาลรูปแบบบริการในพื้นที่ ทรัพยากรบุคคล สาเหตุการไม่มาตามนัด ระบบส่งต่อ การประสานงาน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ติดเชื้อ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และศึกษาเปรียบเทียบทางเลือกของการสนับสนุนการจัดบริการในแง่ของทรัพยากร การอบรม อื่นๆ
- รหัส B10 การศึกษาเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ในระบบบริการของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่อยู่ในโปรแกรม PMTCT แบบ option B/B+ กับวิธีการใหม่
- รหัส B11 การศึกษาเปรียบเทียบผลการเพิ่มการเข้าสู่ระบบการรักษาที่เร็วขึ้นและการคงอยู่ในระบบบริการดูแลรักษา เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย และเพิ่มการรักษาหายขาด (functional cure) ระหว่างการเริ่มการรักษาทันทีในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีและ 5 ปีขึ้นไป
- รหัส B12 ศึกษาประสิทธิภาพมาตรการลดการติดยาและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก
- รหัส B13 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการจัดบริการ PrEP ในรูปแบบต่างๆ (เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข(ภาครัฐ) , community / Key populations led health services :KPLHS) และภาครัฐร่วมจัดบริการกับภาคประชาสังคม)
- รหัส B14 การวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผล (Cost effectiveness) ของรูปแบบการเข้าถึงการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรหลัก (เช่น mobile HTC, การใช้ Self-testing , internet-based testing ในกลุ่ม MSM)
- รหัส B15 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา Benzathine penicillin กับยา Doxycycline ในการรักษาโรคซิฟิลิส (ในบริบทของศูนย์ดรอปปินเซ็นเตอร์)
- รหัส B16 การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยา Cefixime กับ Azithromycin ชนิดรับประทานครั้งเดียวในการรักษาโรคหนองในชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนในผู้มารับบริการ
- รหัส B17 การพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจชันสูตรซิฟิลิส (รวมทั้งทารกแรกเกิด)
- รหัส B18 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก สำหรับพนักงานบริการในแหล่งชุกตามพื้นที่ชายแดนให้ได้ผลและครอบคลุม
- รหัส B19 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานโรงงาน (ที่มีชาวต่างชาติ) ให้ได้ผลและครอบคลุม

- รหัส B20 การศึกษาสถานการณ์และความเกี่ยวข้องของกลุ่มเยาวชนที่มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง (ซิฟิลิส หนองใน) กับกลุ่มประชากรหลัก
- รหัส B21 การเข้ารับบริการ (Health seeking behavior) ของผู้ที่สงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหน่วยบริการต่างๆ เช่น ร้านขายยา คลินิก รพสต. โรงพยาบาล
- รหัส B22 ประเด็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกำจัดซิฟิลิสในเด็กแรกเกิด
- รหัส B23 ศึกษาอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HBV ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับยา TDF ในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HBV จากแม่สู่ลูก
- รหัส B24 ประสิทธิภาพของการใช้ยา TDF ในหญิงตั้งครรภ์และ การให้ HBIG ในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อและทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ไม่ได้รับ HBIG
- รหัส B25 ศึกษาอัตราป่วยและอัตราตาย (หรือป่วยตาย) จากโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศไทย
- รหัส B26 ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบีซี ในบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย
- รหัส B27 ศึกษาหาปัจจัยการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในประชากรกลุ่มเสี่ยง
- รหัส B28 ศึกษาหาปัจจัยการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ในบุคลากรสาธารณสุข
- รหัส B29 ศึกษาหาปัจจัยการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีของประชากรกลุ่มเสี่ยง
- รหัส B30 ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี
- รหัส B31 ความเหมาะสมในการให้ยา TDF ในการรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบรวม
- รหัส B32 การประเมินความไวและความจำเพาะของการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบีซี ด้วยชุดทดสอบแบบรู้ผลเร็ว (rapid screening test)
- รหัส B33 ความคุ้มค่าของการใช้ยาต้านไวรัส การรักษาไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบีซี ในบุคลากรสาธารณสุข
- รหัส B34 การพัฒนาระบบการเข้าถึงยา DAA เพื่อการรักษาโรคตับอักเสบบี ซี ที่ครอบคลุมทั่วถึงมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม
- รหัส B35 การพัฒนาสื่อที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อ และการป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก กลุ่มเยาวชน ในเมือง/ในกรุงเทพ
- รหัส B36 รูปแบบการสื่อสารที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภทได้ดีในกลุ่มประชากรหลักและแรงงานข้ามชาติ

- รหัส B37 นวัตกรรมการสร้างชุดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนและกลุ่ม ประชากรหลัก มีความรอบรู้เรื่องสุขภาพด้าน HIV/STIs/Hep B, C
- รหัส B38 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคระดับจังหวัดและเขต ประเทศ
- ชุดข้อมูล รูปแบบ และวิธีการ
 - ระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกันในทุกระดับ
 - ระบบที่ลดภาระงาน ลดความซ้ำซ้อน และมีการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
- รหัส B39 การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วย HIV/TB ใน Service plan, DHS (District Health System)
- รหัส B40 การพัฒนาแนวทาง/นโยบาย การบูรณาการการดูแลและรักษาผู้ป่วย HIV/STI/TB/NCD ระยะยาว (Long term care)
- รหัส B41 การประเมินประสิทธิผลความคุ้มค่าของมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรค HIV/STI/ TB
- รหัส B42 การประเมินนโยบายและรูปแบบการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาใน กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดในประเทศไทย
- รหัส B43 มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก (เชิงคุณภาพ)
- รหัส B44 การพัฒนา Service of HIV/TB/HBC in New Normal after Covid
- รหัส B45 พัฒนารูปแบบ/มาตรการเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มประชากร หลักที่ติดเชื้อเอชไอวี
- รหัส B46 สภาพปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของกลุ่มที่ใช้สารเสพติด และคู่
- รหัส B47 การพัฒนารูปแบบและมาตรการลดการตีตราในสถานที่ทำงาน/สถานศึกษา/เรือนจำ/ชุมชน
- รหัส B48 รูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

2. วัณโรค

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน สูงจากรายงานวัณโรคระดับโลกปี 2562 โดยองค์การอนามัยโลก (อ้างอิงจาก Global Tuberculosis Report 2019, WHO) ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็น 153 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 11,000 ราย

จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาร้อยละ 80 ($85,029/106,000$) ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 7,130 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยใหม่และรักษาซ้ำมีผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา เพียงร้อยละ 19 และผลสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2560 เท่ากับร้อยละ 84.0

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี 2562 คาดประมาณว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) 4,000 ราย หรือคิดเป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน โดยพบ MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 2.3 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 24 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำนวน 1,312 ราย ได้รับยารักษา จำนวน 910 ราย และจากการที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ทำให้ในปี พ.ศ.2561-2562 มีการค้นพบและรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก จำนวน 42 ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2562)

วัณโรคในเรือนจำ ผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่สำคัญ เนื่องจากมีการย้ายเข้า-ออกของผู้ต้องขังตลอดเวลา ประกอบกับสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านสถานที่และจำนวนผู้ต้องขัง จึงง่ายต่อการแพร่เชื้อวัณโรค โดยเฉลี่ยจะมีอุบัติการณ์ของโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า ในปี พ.ศ. 2562 เรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่ง รายงานว่า มีผู้ต้องขังประมาณ 340,000 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 4,338 ราย โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 409 ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2562)

วัณโรคแรงงานข้ามชาติและชายแดน ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดนเป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย เนื่องจากอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทยสูงกว่าไทย 2-3 เท่า และที่ผ่านมาพบแนวโน้มผู้ป่วยวัณโรค

เพิ่มขึ้น ปี 2562 มีผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและบริเวณชายแดน จำนวน 3,686 ราย โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 270 ราย (อ้างอิงจาก NTIP ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2562)

เป้าหมายการป้องกันควบคุมวัณโรค (ปี พ.ศ. 2560 – 2578)

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ. 2578 โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร
2. ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เทียบกับปี พ.ศ.2558
3. ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรค

(อ้างอิง: Stop TB Partnership, UNOPS “The Paradigm Shift – Global Plan to End TB 2016 – 2020”, 2015)

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

มาตรการป้องกัน ควบคุมวัณโรคที่สำคัญ คือ เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรค พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็วและทันสมัย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยเป้าหมายของมาตรการเพื่อการยุติวัณโรค ดังนี้

1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาให้มีความครอบคลุม (Treatment Coverage) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ 2) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกราย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Patient centered care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

เพื่อให้ผลการดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมายที่สำคัญนี้ จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ และมาตรการ จำนวน 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (อ้างอิง :แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก ร่วมกับเทคโนโลยีอนุชีววิทยา รวมทั้งการเข้าถึงการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ดีด้วยมาตรการ

- 1.1 เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้สัมผัสผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ต้องขัง ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และแรงงานข้ามชาติ

- 1.2 ค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอยู่ร่วมกับบ้านกับ ผู้ป่วยวัณโรคผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง
- 1.3 ขยายความครอบคลุมการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลและชุมชน ส่งเสริมการประเมินสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการประเมินมาตรการทางโปรแกรม ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน
- 1.4 สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชนและภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการวินิจฉัย การดูแลรักษา รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคลงร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2564 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2557

- 2.1 ส่งเสริมผู้ป่วยวัณโรคทุกรายทั้งผู้ใหญ่และเด็กให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ครบถ้วนด้วยสูตรยามาตรฐานและยาที่มีคุณภาพ
- 2.2 เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ ทั้งด้านการวางแผนงานร่วมกัน การเร่งค้นหา การให้ยาป้องกันวัณโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการให้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วย วัณโรคทุกรายที่ ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย
- 2.3 ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา (Programmatic management of Drug-resistant TB: PMDT) ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในความเป็นผู้นำ และศักยภาพการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของการป้องกันดูแลรักษา และควบคุมวัณโรค

- 3.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ ประโยชน์ ทั้งสำหรับหน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงาน ระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ
- 3.2 เพิ่มคุณภาพการพัฒนาบุคลากรด้านวัณโรคให้มีศักยภาพและแรงจูงใจในการดำเนินงานวัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน

เป้าประสงค์ เพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) ด้วยการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

- 4.1 มีคณะกรรมการให้เสนอทางวิชาการเพื่อขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564

4.2 ร่วมกับแผนงานโรคเอดส์ และมาลาเรีย สร้างกองทุนพิเศษเพื่อดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ต่อเนื่องหลังจากการสนับสนุนของกองทุนโลกสิ้นสุดลง รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จากแหล่งทุนต่างๆ ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

4.3 ส่งเสริมการใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานวัณโรคอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกันดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค

เป้าประสงค์ เพื่อเร่งรัดการศึกษาวิจัยที่สามารถชี้แนะ แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานวัณโรค รวมทั้งส่งเสริมนวัตกรรมสำหรับการพัฒนางานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่

5.1 พัฒนาแผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ (National Tuberculosis Research Roadmap) โดยการมีส่วนร่วม ของหน่วยงานผู้ให้ทุน หน่วยงานวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

5.2 ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบ และสามารถประยุกต์ใช้ขยายผลอ้างอิงในภาพรวมของเขตและประเทศ

บทสรุปการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระหว่างปีงบประมาณ 2560 -2562

บทสรุปการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระหว่างปีงบประมาณ 2560-2562 โดยเป็นการถอดบทเรียนจากแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 – 2564 ที่มีเป้าประสงค์เพื่อ "ลดอัตราการอุบัติการณ์ของวัณโรคลงร้อยละ 12.5 ต่อปี จาก 171 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2557 ให้เหลือ 88 ต่อประชากร 100,000 เมื่อสิ้นปี 2564" และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การยุติวัณโรคที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก แผนปฏิบัติการนี้ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2562 ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสำเร็จของการนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบการกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบัน รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคณะกรรมการในการควบคุม กำกับ ติดตามความคืบหน้าและเป้าหมาย

ตาราง บทสรุปการประเมินแผนระยะกลางของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคระหว่างปีงบประมาณ 2560 -2562

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
ยุทธศาสตร์ที่ 1: เร่งการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ครอบคลุมโดยการคัด กรองวัณโรคในกลุ่มประชากร ที่มีความเสี่ยง การค้นหา และการติดตาม	1. การคาดประมาณ อุบัติการณ์การเกิดวัณโรค ลดลงจาก 156 ต่อประชากร แสนคน ในปี 2560 ให้เหลือ 153 ต่อประชากรแสนคนในปี 2561 2. ผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับการคัด กรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวง อก (CXR) มากขึ้น เมื่อเทียบกับ ผลการดำเนินงานในปี 2560 3. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำได้รับผลการวินิจฉัย อย่างรวดเร็วด้วยเทคโนโลยีอนุ ชีววิทยาร้อยละ 40 4. ห้องปฏิบัติการที่มีการ ดำเนินการตรวจ DST ร้อยละ 100 ได้รับการรับรองคุณภาพ จากภายนอกเมื่อเทียบกับ เป้าหมายในปี 2562	1. นโยบายด้านวัณโรคเป็น เรื่องเร่งด่วน ในการค้นหาเชิง รุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อ การติดเชื้อวัณโรค มีโปรแกรม ข้อมูลวัณโรคของประเทศ (NTIP) ที่ใช้สำหรับเก็บ รวบรวม และรายงานข้อมูล การขึ้นทะเบียนและรักษา ผู้ป่วยวัณโรค 2. มีแนวทางการรักษาวัณโรค ของประเทศ 3. มีห้องปฏิบัติการสำหรับการ ตรวจทางอนุชีววิทยา ในทุก จังหวัด และการตรวจ LPA ใน ทุก สคร. 4. มี พรบ. ควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และข้อสั่งการของ กระทรวงสาธารณสุขในการกั กับติดตามในโรงพยาบาลที่ ให้บริการรักษาวัณโรคจะต้องมี	1. สถานพยาบาลนอก กระทรวงสาธารณสุข รวมถึง องค์กรเอกชนที่ให้บริการการ ตรวจรักษาวัณโรค มีระดับ ความครอบคลุมต่ำในการ รายงานและขึ้นทะเบียนรักษา ผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรม NTIP 2. ข้อจำกัดของตัวแปรในการ รายงานข้อมูลผู้สัมผัสวัณโรค ในโปรแกรม NTIP ทำให้ไม่ สามารถรายงานข้อมูลผ่าน ระบบได้ 3. ไม่มีการบูรณาการแผนการ ดำเนินงานระหว่างโครงการ โรคเอดส์และวัณโรค ในระดับ จังหวัด 4. ข้อจำกัดด้านแหล่งเงินทุน สนับสนุนสำหรับการวินิจฉัย วัณโรคระดับอนุชีววิทยา ซึ่ง	1. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วย วัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงโดยการ X-ray (CXR) และการวินิจฉัย โดยวิธีทางอนุชีววิทยา 2. ดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อ วัณโรคในประชากรเสี่ยงต่อ วัณโรค ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 0-18 ปีที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อรักษาวัณโรคระยะแฝง 3. ปรับปรุงโปรแกรม NTIP ให้ บันทึกจำนวนผู้สัมผัสวัณโรค รวมไปถึงวัณโรคดื้อยา(MDR- TB)

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	5. การรายงานข้อมูลที่มีจำกัดของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยวัณโรคปอด (ประเภท B +, การยืนยันทางแบคทีเรีย) ได้รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง 6. ไม่มีรายงานข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาวัณโรคระยะแฝง 7. โรงพยาบาลเป้าหมาย ร้อยละ 97 มีการจัดการในการควบคุมการติดเชื้อ 8. โรงพยาบาล/สถานพยาบาลภาคเอกชน ที่ให้บริการการรักษาวัณโรค ร้อยละ 84 มีการขึ้นทะเบียนและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในระบบ NTIP กองวัณโรค	การรายงานและขึ้นทะเบียนรักษากับกรมควบคุมโรค	ไม่มีความครอบคลุมในผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มเปราะบาง	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 ลดอัตราการตายจากวัณโรค	1. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนและรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	1. มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับแผนงานวัณโรค	1. ผู้ป่วยวัณโรคบางรายมีการเข้าถึงบริการอย่างจำกัด และเกิดความล่าช้าในการรักษา	1. การจัดหาเครื่องตรวจทางอนุชีววิทยา (X-pert) ให้สำหรับโรงพยาบาลอำเภอ

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	ในปี 2561 และ 2562 มีผลการดำเนินงานร้อยละ 84 และ 77 ตามลำดับ 2. ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มีผลการดำเนินงานร้อยละ 83 ในปี 2560 และร้อยละ 84 ในปี 2561 3. มีผู้ป่วยตายจากวัณโรคประมาณร้อยละ 7-8 4. ความครอบคลุมของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการตรวจ HIV ประมาณร้อยละ 80-85 5. ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 81 ในปี 2562 6. สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจพบเชื้อ และได้รับการรักษามาก่อน มีผลการตรวจ	2. มีแนวทางในการรักษาวัณโรคประเทศที่ได้มาตรฐาน 3. มีนโยบายให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนเข้าถึงการทดสอบความไวของยา (Universal DST) 5. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีสำหรับการวินิจฉัยวัณโรคคือยาที่มีรวดเร็ว 6. กองทุนโลกให้การสนับสนุนน้ำยาสำหรับการตรวจ Xpert MTB/RIF เพื่อค้นหา RR-TB รวมไปถึงการตรวจ LPA ในประชากรกลุ่มพิเศษ (ประชากรข้ามชาติ) 7. มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาที่ได้รับ การรักษาด้วยยาสูตรใหม่ อย่างใกล้ชิด ตลอดจนการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล	โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ห่างไกลและประชากรข้ามชาติ 2. มีการค้นหา การตรวจวินิจฉัย และการเข้าถึงการรักษาล่าช้า 3. เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติทางสังคมที่เกี่ยวกับความรู้และทัศนคติต่อวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดในภายหลัง 4. ขาดการบูรณาการและการเชื่อมโยงระหว่างแผนงานวัณโรคและโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับท้องถิ่น 5. ขาดการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค แพทย์ผู้รักษา และนักเทคนิคการแพทย์ ทำให้มีผลการตรวจ DST ต่ำ	ขนาดใหญ่และจังหวัด เพื่อเพิ่มการตรวจวินิจฉัย และการใช้ประโยชน์ให้สอดคล้องกับแนวทางวัณโรคของประเทศไทย 2. เร่งการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกรายในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. สนับสนุนหน่วยงานภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นในการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐในการควบคุม และป้องกันวัณโรค 4. เร่งติดตามและประเมินผลการทดสอบความไวของยาวัณโรค (Universal DST) 5. ปรับปรุงและทบทวนแนวทางการรักษาและการจัดการผู้ป่วยวัณโรคคือยาในประเทศ

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	DST โดยวิธีการตรวจทางอนุชีววิทยา หรือ วิธีเดิม (conventional phenotype method) ร้อยละ 68 ในปี 2562 7. สัดส่วนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลตรวจพบเชื้อ ได้รับผลการตรวจ DST โดยวิธีการตรวจทางอนุชีววิทยาหรือ วิธีเดิม (conventional phenotype method) ร้อยละ 54 ในปี 2562 8. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR-TB) เมื่อเปรียบเทียบกับ WHO ซึ่งแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 43 ซึ่งต่ำกว่าค่าประมาณเป้าหมายของ WHO ในปี 2562 9. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ที่ตรวจพบ		6. บุคลากรที่ทำงานด้านวัณโรคมีไม่เพียงพอ และมีภาระงานที่มาก	ไทยให้สอดคล้องกับแนวทางใหม่ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ 6. ปรับปรุงระบบการรายงานและการขึ้นลงทะเบียนรักษาสำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาในโปรแกรม NTIP 7. พัฒนาระบบสารสนเทศ แผนปฏิบัติการ กลไกความร่วมมือระหว่างแผนงานวัณโรคและโรคเอดส์ในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	และขึ้นทะเบียนรักษาตาม แนวทางวัณโรคของประเทศ ร้อยละ 65 ซึ่งยังมีค่าต่ำกว่า เป้าหมายในปี 2562 10. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR- TB) ที่ได้รับยาใหม่ (Bedaquiline หรือ Delamanid) กับยารวมทุกราย			
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนา บุคลากร เพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณ โรค	1. ความครอบคลุมของ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขที่เข้าร่วมและ รายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม NTIP ร้อยละ 100 ระหว่างปี 2561-2562 2. ความครอบคลุมของ โรงพยาบาลนอกกระทรวง สาธารณสุขที่เข้าร่วมและ รายงานผู้ป่วยวัณโรคผ่าน โปรแกรม NTIP อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 65	1. เกิดความร่วมมือระหว่าง สถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย รวมถึง ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่มี ความชำนาญและมี ประสบการณ์ 2. กองวัณโรค (DTB) มี คณะกรรมการที่ปรึกษา และ ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค ที่มี ความรู้และความเชี่ยวชาญใน การป้องกันและควบคุมวัณโรค	1. มีการพัฒนารอบการ พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และ ฐานข้อมูลบุคลากรสำหรับ แผนงานวัณโรค แต่ไม่มีความ ไม่สมบูรณ์สำหรับการวางแผน ทรัพยากรมนุษย์ของวัณโรค 2. มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ สำหรับแผนทรัพยากรมนุษย์ ของงานวัณโรคซึ่งมีความ จำเป็นต้องรวมเข้ากับแผนงาน โรคอื่นด้วย	1. แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรคควรมี กลไกและระบบในการจัดสรร งบประมาณเพื่อสนับสนุนการ พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในทุก ระดับตั้งแต่ระดับประเทศ จนถึงระดับท้องถิ่น 2. พัฒนาแผนทรัพยากรมนุษย์ ของงานวัณโรค และกำหนด บทบาทสำหรับภารกิจอย่าง ชัดเจน

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	3. บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรมาตรฐานการควบคุมโรคประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี	3. มีข้อตกลงในความร่วมมือทางวิชาการระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลก 4. วัคซีนโรคเป็นโรคที่มีแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านโรค 2560-2564 ที่สนับสนุนและมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีของประเทศไทย		3. พัฒนาหลักสูตรสำหรับวัคซีนโรคและแผนการฝึกอบรม
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างกลไกกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน	1. ขาดผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาด้านยุทธศาสตร์: ไม่มีการจัดตั้งคณะทำงาน STAG ขึ้นเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ในการยุติโรค 2. มีคณะกรรมการเร่งรัดยุติโรค ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ	1. มีแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านโรค ที่ใช้เป็นแผนในการต่อต้านโรค 2. วัคซีนโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และวัคซีนคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อปี 2558	1. ไม่มีคณะกรรมการในการขับเคลื่อนแผนงานป้องกันโรค 2. ไม่มีการบูรณาการระหว่างแผนงานโรคและแผนงานงานในระดับพื้นที่ 3. ไม่มีระบบการควบคุม และประเมินผลที่ชัดเจน	1. จัดตั้งคณะกรรมการและจัดสรรงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนแผนงานป้องกันโรคในระดับจังหวัด 2. พัฒนารูปแบบการบูรณาการวัคซีนสู่ระดับพื้นที่เพื่อระดมทรัพยากรและงบประมาณของพื้นที่ เพื่อป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	3. มีระบบสนับสนุนค่าครองชีพสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อจากหลายแหล่งทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม 4. มีการสำรวจภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการเจ็บป่วยของโรค (กำลังดำเนินการ) 5. มีการใช้ประโยชน์ทางกฎหมาย จากพระราชบัญญัติการควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สำหรับการป้องกันและควบคุมโรค 6. มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้ป่วยโรค	3. เกิดความร่วมมือ และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจสำหรับหน่วยงานภายนอก เช่น กองโรค กองทุนโลก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มูลนิธิสนับสนุนการดูแลโรค มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (LAO) เป็นต้น		3. พัฒนาแผนปฏิบัติการและงบประมาณสำหรับการติดตามและประเมินผล
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมโรค	1. มีแผนงานการวิจัยโรคแห่งชาติ กับความร่วมมือจากภายนอก องค์กรวิจัย และหน่วยงานสนับสนุนการวิจัย	1. แผนงานโรคระดับประเทศมีเครือข่าย สำหรับการวิจัยและการวางแผนนวัตกรรมทั้งใน	มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ ผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้ และทรัพยากรมนุษย์ที่มีประสบการณ์	1. สร้างแผนกลยุทธ์สำหรับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การควบคุมโรค

ยุทธศาสตร์	ผลการประเมิน	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ข้อเสนอ
	เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2. แผนงานวัณโรคระดับชาติได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเครือข่าย และสถาบันการศึกษา ทั้งภายในและระหว่างประเทศในการดำเนินการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม 3. มีแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สำหรับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ในการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (Routine to Research: R2R)	ประเทศและต่างประเทศ เช่น HSRI, มหาวิทยาลัย, สถาบันการศึกษา ประเทศต่าง ๆ เช่น WHO องค์กรที่ไม่ใช่ องค์กรของรัฐ(NGOs) ระหว่างประเทศ 2. มีแหล่งงบประมาณในการสนับสนุนโครงการของ แผนงานวัณโรคระดับประเทศ		2. พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับนักวิจัยด้านวัณโรค

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. อัตราความครอบคลุมการค้นพบและขึ้นทะเบียนรายงานการรักษาต่ำ

- การค้นหาเพื่อคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วย silicosis ผู้ป่วยโรคปอดและโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น หรือประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา ผู้ต้องขังในเรือนจำและสถานสงเคราะห์ รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในหน่วยบริการทุกระดับ
- การวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีใหม่ ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร (งบประมาณ/เครื่องมือ/บุคลากร/การบริหารจัดการ)
- การรายงานและการขึ้นทะเบียน ไม่ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน

2. อัตราสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

- อัตราการเสียชีวิตสูง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมีโรคร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย HIV
- อัตราการขาดยา โอนออก ในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้ายและแรงงานข้ามชาติ
- ความแตกต่างของมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาของแพทย์ที่ให้การรักษา
- การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเสี่ยง

3. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

- ความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษาวัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่าย
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาวัณโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดเชื้อดื้อยา
- ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม กินหรือฉีดยาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดการรักษาก่อนครบกำหนด สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้
- ความครอบคลุมของการตรวจทดสอบความไวต่อยาของผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

4. วัณโรคในเรือนจำ ยังไม่มีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด วัณโรคและวัณโรคดื้อยา ซึ่งเรือนจำมีคนอยู่แออัด ทำให้วัณโรคแพร่ได้ง่าย และพบผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในผู้ต้องขังทั่วประเทศการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วย

ตัดวงจรการแพร่เชื้อ (อ้างอิงจาก แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครผู้ต้องขังเพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ, สำนักวัณโรค)

5. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม

- การลดการตีตรา (stigma) และเลือกปฏิบัติ (discrimination) การดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยวัณโรค จำเป็นต้องพัฒนาวิธีการหรือแนวทางหรือมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ไม่ว่าจะเป็นวัณโรคที่ไวต่อยาวัณโรคดื้อยา (MDR/RR-TB) และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) และการลดการตีตราในกลุ่มผู้ที่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมเดียวกับผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางให้ครอบคลุมหน่วยอื่น ๆ ที่ยังคงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน รักษาหาย ลดการเสียชีวิต และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่คนรอบข้าง
- การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ สภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการเข้าสู่การรักษาและความยอมรับการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การหาแนวทางเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจจะช่วยลดความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาของผู้ป่วย
- ความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิประโยชน์การเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาวัณโรคระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ

6. อุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรคของประชากรแรงงานข้ามชาติ ซึ่งรวมถึงความท้าทายของการมีเสรีภาพในการย้ายที่อยู่อาศัย และการประกอบอาชีพของประชาชนในภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) เศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการเพิ่มจำนวนประชากรข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีอัตราป่วยวัณโรคสูงกว่าประเทศไทย

ประเด็นวิจัย

- รหัส B49 การสำรวจความชุกของวัณโรคประเทศไทยในปี พ.ศ.2565
- รหัส B50 การศึกษาการติดเชื้อมีวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มประชากรและประชากรเสี่ยง
- รหัส B51 การสำรวจวัณโรคดื้อยาประเทศไทย
- รหัส B52 การศึกษาวิจัยภาระโรค สถานการณ์ ปัจจุบัน และ การกระจายของวัณโรคดื้อยาหลาย ขนาน และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากในประเทศไทย
- รหัส B53 การศึกษาระบาดวิทยาและผลกระทบจากโรคและภาวะร่วม เช่น เบาหวาน ผู้สูงอายุ ต่อ อาการแสดงหรือลักษณะโรค และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค

- รหัส B54 การศึกษาวิจัยปัจจัยส่งเสริมและตัวแปรที่ส่งผลต่ออัตราการตายของวัณโรคในประเทศ โดย ประเมินจากฐานข้อมูลระดับ ประเทศ เขต และจังหวัด
- รหัส B55 การศึกษาการนำระบบาติวิทยาเชิงโมเลกุลไปใช้เพื่อค้นหาและติดตามการแพร่และการ ระบาดของเชื้อวัณโรคดื้อยา รวมถึงเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก
- รหัส B56 ผลการรักษาและระบบการเฝ้าระวังติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยารักษา วัณ โรคในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยา Shorter oral regimen
- รหัส B57 การศึกษารูปแบบการสอบสวนโรคสำหรับโรคเรื้อรังวัณโรคที่เหมาะสมในกรณีเกิด การ ระบาด (เรือนจำ, โรงเรียน)
- รหัส B58 การประเมินประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ของการดำเนินการ DOT รูปแบบต่างๆ (Conventional DOT, VDOT, etc)
- รหัส B59 การประเมินภาพและประสิทธิผลการดำเนินงานวัณโรคในเรือนจำ
- รหัส B60 การสำรวจความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว ในประชากรทั่วไป ผู้ป่วยวัณโรคและ ประชากร กลุ่มเสี่ยง
- รหัส B61 อะไรคือบทเรียนและประสบการณ์การทำงานที่ดีของกลไกคณะกรรมการ หรือการ ทำงานภาคประชาสังคมโรคเอดส์ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานวัณโรค
- รหัส B62 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรควิธีใดที่มีความคุ้มค่าและเหมาะสมในบริบทประเทศไทย
- รหัส B63 ผลกระทบ (ประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและความคุ้มค่า, อื่น) ในระบบการรักษา วัณ โรคด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือนเป็นอย่างไร
- รหัส B64 รูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบใดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท ประเทศไทย (Hospital based, community-based, mix, etc)
- รหัส B65 การศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยในประชากร ทั่วไปและ กลุ่มเสี่ยงที่ได้ผลคุ้มค่า (ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ ผู้สัมผัสวัณโรค (TB contacts) 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) 3) แรงงานข้ามชาติ (migrant) 4) โรคร่วม (ผู้ป่วยเบาหวาน (DM), ผู้ป่วย silicosis) 5) บุคลากรสาธารณสุข (HCW) และ 6) ผู้ต้องขัง (prisoners) และบุคลากรในเรือนจำ
- รหัส B66 การศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลรักษาวัณโรคที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มี ความเสี่ยง
- รหัส B67 มาตรการในการส่งเสริมความร่วมมือของภาคเอกชนและหน่วยงานราชการนอก สังกัด กระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการด้านวัณโรค (ค้นหา ดูแลรักษา ป้องกัน และรายงาน) และการปฏิบัติตามพรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
- รหัส B68 การพัฒนามาตรการการคัดกรองและส่งต่อแรงงานข้ามชาติที่ป่วยเป็นวัณโรค
- รหัส B69 รูปแบบการสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา

- รหัส B70 การพัฒนารูปแบบของการดูแลแบบใดที่สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการดูแล ป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงและเปราะบาง
- รหัส B71 มาตรการใดที่มีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าและเป็นที่ยอมรับของผู้เกี่ยวข้องที่สามารถ เพิ่มระดับความครอบคลุมในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการติดเชื้อ โรคในสถานพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานบริการดูแลผู้ป่วย เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีและเอดส์, คลินิกสุขภาพเด็กดี และ สถานที่ที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่อย่างแออัด เช่น เรือนจำ
- รหัส B72 มาตรการที่ดีที่สุดในการบริหารจัดการ (ค้นหา ดูแลรักษา ป้องกัน และรายงาน) ใน พื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR) และดื้อยาหลาย ขนานชนิดรุนแรงมาก (XDR)สูง
- รหัส B73 มาตรการเพื่อส่งเสริมการบูรณาการ ดูแล ป้องกันโรคและเอชไอวี/เอดส์ ในทุกระดับ
- รหัส B74 รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ของ ผู้ป่วยโรค และการเลือกใช้บริการจากสถานบริการภาครัฐและเอกชน คือ อะไร
- รหัส B75 มาตรการในการส่งเสริมความร่วมมือของภาคเอกชนและหน่วยงานราชการนอก สังกัด กระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการด้านโรค (ค้นหา ดูแลรักษา ป้องกัน และรายงาน) และการปฏิบัติตาม พรบ.โรคติดต่อฉบับ พ.ศ. 2558
- รหัส B76 การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายในผู้ป่วยโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง มาก (XDR-TB)
- รหัส B77 การศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคและครอบครัว (cost survey) ปี 2568-2569
- รหัส B78 ประสิทธิภาพ (effectiveness) และความต่อเนื่อง (compliance) ของมาตรการ IC ต่อ การลดโรคในพื้นที่ (บ้าน ชุมชน เรือนจำ โรงเรียน หรือสถานพยาบาล)
- รหัส B79 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าของการให้ยาป้องกันในกลุ่มผู้สัมผัส ผู้ป่วยโรค ดื้อยาหลายขนาน
- รหัส B80 การประเมินความคุ้มค่าของสูตรยาต่างๆ ในการรักษาโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้ สัมผัส โรค
- รหัส B81 การศึกษามาตรการลดการตีตราทางสังคมของผู้ป่วยโรคและโรคดื้อยา ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- รหัส B82 การศึกษาการติดเชื้อโรคบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- รหัส B83 การศึกษาต้นทุนของความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรค ทุก กลุ่มและมาตรการปกป้องทางสังคมเพื่อย่นระยะเวลาขอรับการรักษาและได้รับ ผลการรักษาที่ดีที่สุด

- รหัส B84 การศึกษาวิจัยลำดับคุณค่าของรูปแบบต่างๆ ในการมีส่วนร่วมและผูกพันของชุมชน เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงและความสำเร็จของการดูแลด้านวัณโรคโดยคำนึงถึงความท้าทายทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ พฤติกรรม และ ภาวะทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- รหัส B85 การศึกษาวิจัยมาตรการต่างๆ ที่ส่งผลและมีความคุ้มค่าสูงสุดในการบรรลุเป้าหมาย การ ลดอุบัติการณ์ของวัณโรคปีละ 12.5% โดยดำเนินการนำร่องมาตรการแบบบูรณาการในจังหวัดนำร่อง เช่น เชียงราย พิชณุโลก นครราชสีมา
- รหัส B86 การศึกษาพันธุกรรมของเชื้อเพื่อยืนยันการระบาดวัณโรค
- รหัส B87 ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยาใหม่สำหรับผู้ป่วยวัณโรค คีอียา
- รหัส B88 ผลกระทบของสูตรยารักษาวัณโรค โดยการปรับขนาดยาไอโซไนอะไซด์โดยใช้ข้อมูลพันธุกรรมต่อผลของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประชากรชาวไทย
- รหัส B89 การประเมินภาวะเป็นพิษต่อหูจากอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาก ลุ่มอะมิโน ไกลโคไซด์ ในผู้ป่วยวัณโรคคีอียาหลายขนาน
- รหัส B90 การเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยวัณโรคด้วยวิธี TB LAMP ใน Commercial กับ In - House
- รหัส B91 การตรวจเอนไซม์ PZA ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
- รหัส B92 การทดสอบความไวต่อยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ด้วยวิธี Solid plate DST
- รหัส B93 การศึกษาการแพร่ระบาดของสายพันธุ์เชื้อวัณโรคคีอียาหลายขนานชนิดรุนแรง และ ชนิดรุนแรงมาก (Pre-XDR-TB and XDR-TB)
- รหัส B94 การศึกษาสายพันธุ์ของเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคที่แพร่ระบาดแบบกลุ่มก้อน
- รหัส B95 การพัฒนาและ สร้างนวัตกรรมต้นแบบ (เครื่องมือตรวจวินิจฉัย ณ จุดบริการและเครื่องมือวินิจฉัยอื่นๆ) สำหรับตรวจวินิจฉัยวัณโรค และวัณโรคคีอียาหลายขนานในบริบทของประเทศไทย
- รหัส B96 เทคโนโลยีหรือมาตรการที่เหมาะสมและใช้งานได้ง่าย (เช่น การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม) สำหรับการควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและชุมชนในบริบทของประเทศไทย
- รหัส B97 การศึกษาทางเภสัชจลศาสตร์เพื่อประเมินขนาดยา moxifloxacin และ isoniazid ที่ เหมาะสม ในสูตรยารักษาวัณโรคคีอียาระยะสั้น 9 เดือนในประชากรไทย
- รหัส B98 การพัฒนาวิธีการทดสอบที่มีประสิทธิภาพและดีกว่าการทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนัง และการทดสอบการหลั่งอินเตอร์เฟอรอนแกมมา ในการตรวจหาผู้ติดเชื้อวัณโรคแฝงที่จะดำเนินเป็นวัณโรค
- รหัส B99 การประเมินประสิทธิภาพของสูตรยาที่ใช้รักษาวัณโรคคีอียาขนานเดียว

- รหัส B100 บทบาทและความเป็นไปได้ในการตรวจหาวัณโรคดื้อยาโดยใช้เทคโนโลยีการตรวจหา ลำดับนิวคลีโอไทด์ทั่วจีโนม
- รหัส B101 ผลกระทบของสูตรยาทดลองรักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา โดยการปรับขนาดยาไอโซไนอะซิดโดยใช้ข้อมูลพันธุกรรมต่อผลของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (ดื้อยาเดี่ยว ดื้อยาหลายชนิด และดื้อยาชนิดรุนแรง) ในประชากรชาวไทย
- รหัส B102 การเปรียบเทียบวิธีการตรวจหาลำดับนิวคลีโอไทด์ทั่วจีโนมในตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหาระดับการดื้อยา (เช่น การเพาะเชื้อในอาหารเหลว, การหาความเข้มข้นที่ต่ำสุดของยาในการยับยั้งเชื้อ และการทดสอบความไวต่อยาโดยวิธีพีซีอาร์) เพื่อทำนายความไวต่อยาของเชื้อวัณโรคและเป็นแนวทางในการเลือกสูตรยาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยวัณโรค
- รหัส B103 การประเมินผลของ เอนอะซิทีลซิสเทอีนในการบรรเทาภาวะเป็นพิษต่อหูจากอาการไม่พึงประสงค์ต่อการรักษาด้วยยา กลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน
- รหัส B104 การประเมินผลกระทบของเภสัชพันธุศาสตร์และการตรวจติดตามระดับยาที่จะลดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและเพิ่มประสิทธิภาพของยาด้านวัณโรค

3. โรคเรื้อน

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ตั้งแต่ ปี 2537 จนถึงปัจจุบัน การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย เรียกว่า “ระยะหลังการกำจัดโรคเรื้อน” ในปี 2561 อัตราความชุกโรคเรื้อนเท่ากับ 0.05 ต่อ 10,000 ประชากร (ความชุกโรคเรื้อน คือ 334 ราย) ในปี 2552 – 2561 ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 358, 405, 280, 220, 188, 208, 187, 163, 164 และ 125 ราย ตามลำดับ การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่าสัดส่วนความพิการระดับ 2 (ความพิการที่มองเห็นได้) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ร้อยละ 15, 15, 10, 17, 10, 15, 14, 15, 16 และ 20 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 14.7) การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับตรวจวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานล่าช้า ซึ่งมีความสำคัญในทางระบาดวิทยา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน โดยเฉพาะชนิดเชื้อมากจะแพร่เชื้อโรคเรื้อนให้ผู้สัมผัสใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดความพิการก็จะนำไปสู่การตีตราจากสังคม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นประชากรต่างด้าวในประเทศไทย ปี 2552 – 2561 คือ 30, 40, 28, 22, 22, 47, 44, 40, 28 และ 32 ราย ตามลำดับ ในปี 2561 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ประชากร ต่างด้าวสัญชาติเมียนมาร์ 32 ราย (ร้อยละ 100) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชือน้อย 5 ราย (ร้อยละ 15.6) ประเภทเชื้อมาก 27 ราย (ร้อยละ 84.4) ซึ่งทำให้มีโอกาที่จะแพร่เชื้อโรคเรื้อนมาสู่ประชากรไทย ส่งผลให้โรคเรื้อนกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขได้ในอนาคต

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัยจึงได้กำหนดมาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ดังนี้ มาตรการที่ 1 การเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ โดยการกำหนดอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ผลการประเมินงานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Monitoring : LEM) พ.ศ. 2558 พบว่า มีความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยเฉลี่ย 3.3 ปี สาเหตุของความล่าช้ามี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (Patient delay) นาน 2.1 ปี ส่วนที่ 2 ความล่าช้าของระบบบริการสาธารณสุข (Health service delay) นาน 1.3 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 100 ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี แต่จากข้อมูลการสำรวจ พบว่าในปีแรก ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนครอบคลุมเพียงร้อยละ 53.3 และในปีที่ 2 – 5 ลดลงเหลือ ร้อยละ 37.1, 24.1, 14.3 และ 9.6 ตามลำดับ มาตรการที่ 2 การพัฒนาสุขภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ลดการตีตราของชุมชน ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจัดตั้งเครือข่ายจิตอาสา บูรณาการนิคมเพื่อให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมีส่วนร่วมกับชุมชนและสิ่งแวดล้อม

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2580) หรือ 20 ปี

เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย															
	พ.ศ. 2565 - 2569					พ.ศ. 2570 - 2574					พ.ศ. 2575 - 2580					
	2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578	2579	2580
1.จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (ราย)	≥92	≥82	≥74	≥66	≥56	ไม่ เกิน 50	≥44	≥40	≥35	≥32	ไม่ เกิน 30	≥26	≥24	≥22	≥20	ไม่ เกิน 18
2.จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการ ระดับ 2 (ราย)	ไม่ เกิน 20	ไม่ เกิน 18	ไม่ เกิน 16	ไม่ เกิน 14	ไม่ เกิน 12	ไม่ เกิน 10	ไม่ เกิน 8	ไม่ เกิน 6	ไม่ เกิน 4	ไม่ เกิน 2	0 ราย					

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ประชากรไทย

- ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีที่สะดวกและรวดเร็ว เพื่อช่วยตรวจ คัดกรอง และวินิจฉัยโรคเรื้อน
- การตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านยังไม่ครอบคลุมเป้าหมาย ร้อยละ 100
- สัดส่วนความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ร้อยละ 10-20 สะท้อนถึงความล่าช้า ในการได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน
- ผู้ป่วยโรคเรื้อน และครอบครัวได้รับการตีตราจากสังคม
- ผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการระดับ 2 เพิ่มขึ้นระหว่างการรักษา
- ความรุนแรงของความพิการหลังการรักษาเพิ่มขึ้น

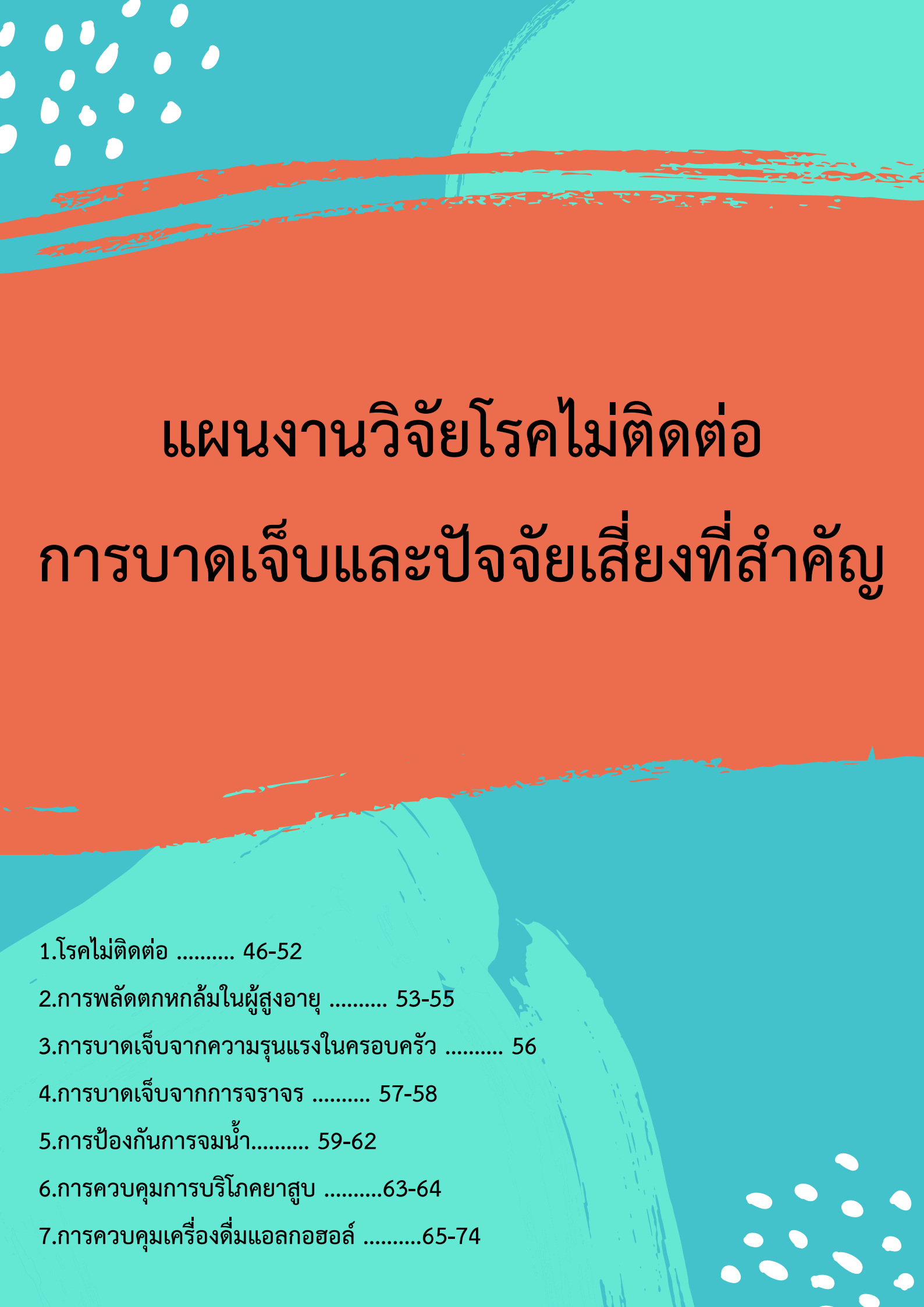
2. ประชากรต่างด้าว

- การตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเรื้อนในระบบการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว (One Stop Service : OSS) ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด
- ไม่มีระบบการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเรื้อนในแรงงานต่างด้าวที่ผ่านเข้าออกตามแนวชายแดน หรือหลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย

ประเด็นวิจัย

- รหัส B105 ชุดโครงการวิจัย “การลดการตีตรา (Stigma) ของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน”
- รหัส B106 ชุดโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่”
- รหัส B107 ชุดโครงการวิจัย “การลดความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่”

- รหัส B108 ชุดโครงการวิจัย “การลดความพิการที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน”
- รหัส B109 ชุดโครงการวิจัย “การลดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังการรักษา”
- รหัส B110 ชุดโครงการวิจัย “การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในประชากรต่างด้าว”
- รหัส B111 ระบาดวิทยาของโรคเรื้อนในประเทศไทยหลังกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จในปี 2537-2563
- รหัส B112 ประเมินผล ระบบคัดกรองแบบบูรณาการโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ต้องขังในเรือนจำระยะแรก รับ โยกย้ายและปล่อยตัว



แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ

การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

1. โรคไม่ติดต่อ 46-52
2. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 53-55
3. การบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัว 56
4. การบาดเจ็บจากการจราจร 57-58
5. การป้องกันการจมน้ำ..... 59-62
6. การควบคุมการบริโภคยาสูบ 63-64
7. การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 65-74

แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

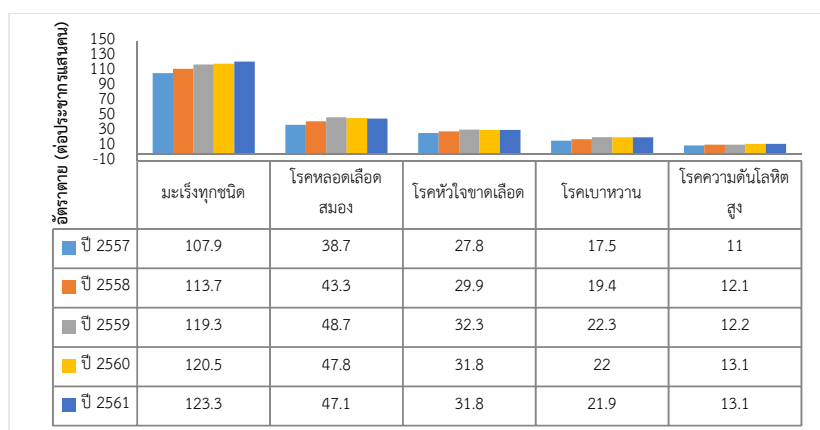
1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. โรคไม่ติดต่อ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

โรค NCDs (Non communicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลง ของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ในปี 2557 คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะ รวมทั้งสิ้น 149 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 1.4 เท่า และเมื่อจำแนกตาม 3 กลุ่มโรค พบสัดส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะ ดังนี้ กลุ่มโรคติดต่อ ร้อยละ 14 กลุ่มโรคไม่ติดต่อร้อยละ 71 และ กลุ่มการบาดเจ็บร้อยละ 15 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะและต้นทุนทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2557-2561



แหล่งข้อมูล: ข้อมูลกรมบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

ปัจจัยกำหนดของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Determinant)

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีปัจจัยเสี่ยงหลักทำให้เกิดโรคมามากจากกรรมพันธุ์และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจนนำไปสู่การเกิดโรค NCDs ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกกำหนดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อหลัก 4 โรค 4 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และ 4 ปัจจัยเสี่ยงหลัก หรือที่เรียกว่า “4x4x4 model” คือ 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 ปัจจัยคือ 1) ภาวะไขมันในเลือดสูง 2) ภาวะความดันโลหิตสูง 3) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ นั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญประกอบด้วย 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งภายหลังในปี พ.ศ. 2560 ประชาคมสุขภาพโลกได้มีความตระหนักในผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิต จึงได้เพิ่มขอบเขตการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อ จากเดิม “4x4” คือ 4 กลุ่มโรค 4 ปัจจัยเสี่ยงหลัก เป็น “5x5” คือ 5 กลุ่มโรค 5 ปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยได้เพิ่มประเด็นด้านมลพิษทางอากาศ และปัญหาสุขภาพจิต โดยมีพาหะสำคัญของการเกิดโรค คือ การตลาดของภาคธุรกิจ ดังนั้นโรค NCDs จึงจัดเป็น Business-borne Diseases (BBDs) ซึ่งเป็นพาหะที่มีมูลค่ามหาศาลทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าการตลาด ของธุรกิจผู้ผลิตอาหารที่สร้างค่านิยมและความเชื่อที่บิดเบี้ยว หรือการเกิดขึ้นของผลิตภัณฑ์เชิงสัญลักษณ์ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พยายามกลบเกลื่อนผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับแนวโน้มของราคาอาหาร Fast food ที่มีแนวโน้มต่ำลงทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ซึ่งอาหารดังกล่าวมีพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง สวนทางกลับอาหารสุขภาพที่มีราคาแพงขึ้น ซึ่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยมีความสามารถซื้อแฮมเบอร์เกอร์เพิ่มขึ้น 2.45 เท่า ในขณะที่ความสามารถในการซื้อเนื้อสัตว์สัตว์น้ำ สัตว์ทะเล ค่อนข้างคงที่แม้ระดับรายได้เฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นก็ตาม นอกจากนี้ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (Behavioral Risk Factor Surveillance System : BRFSS) ปี พ.ศ. 2548, 2550, 2553, และ 2558 พบว่า ประชากรไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ Heavy drink ใน 7 วันที่ผ่านมา ผู้ได้รับการบอกจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน/มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนพฤติกรรมที่ดีและมีแนวโน้มดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยต่อวันมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐาน ใน 7 วันที่ผ่านมา สำหรับข้อมูลการสำรวจเรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พบว่า ยังมีข้อมูลขึ้นๆลงๆ นอกจากนี้ การสำรวจเรื่องการให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตใน 1 ปีที่ผ่านมาและการได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อหาโรคเบาหวานใน 1 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งดำเนินงานผ่านการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2562 พบว่า มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 72 (640 แห่ง จากทั้งหมด 894 แห่ง) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการประเมินปี 2561 ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นในทุกระดับโรงพยาบาลของทุกเขตสุขภาพ (ร้อยละ 64 (567 แห่ง จากทั้งหมด 891 แห่ง)) โดยผลการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมประเทศ เท่ากับ 43.57 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีผลการประเมินสูงสุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย สำหรับองค์ประกอบที่ต้องมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ส่วนผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมประเทศ เท่ากับ 29.53 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) ส่วนใหญ่มีผลงานยังไม่ผ่านตาม เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดเรื่องผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ การตรวจไขมัน LDL ภาวะอ้วนลงพุง รวมถึงการชะลอการลดลงของ eGFR และการได้รับยา ACEI/ARB ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) phase 2 พ.ศ. 2565-9

1. อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ไม่เกินร้อยละ 2.04 และอัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ ลดลงร้อยละ 3 (จากฐานข้อมูลปี 2564)
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\geq 40\%$
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ $\geq 50\%$
4. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) ได้ 92%

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ด้านพัฒนา นโยบายสาธารณะกฎหมาย และพัฒนาระบบสนับสนุน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ

1. การควบคุมการส่งเสริมการขายในอาหารที่มีน้ำตาลเกิน เกือบเกิน และ ไขมันทรานส์
2. การสร้างความยินยอมในการปฏิบัติตามกฎหมาย การใช้โปรแกรม TAS (Tobacco and Alcohol Surveillance System) สำหรับเฝ้าระวังและร้องเรียนการละเมิดกฎหมายบุหรี่เหล้า

3. การดำเนินงาน Healthy school ในสถานศึกษาสังกัด สพฐ. ต้องครอบคลุมไปถึงลดโรค NCDs นอกจากการปลอดยาเสพติด บุหรี่ และเหล้า ร่วมกับการปลูกฝังค่านิยมการลดเสี่ยง ลดโรคตั้งแต่วัยเด็ก
4. การดูแลสุขภาพวัยทำงาน ควรมีบริการการลดเสี่ยงโรค NCDs มีการคัดกรอง NCDs ในโปรแกรม การตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ประกันตน และมีการบันทึกข้อมูล BMI รอบเอว บุหรี่สุรา อย่างต่อเนื่อง และการจัดบริการรักษาพยาบาลที่สะดวกและเหมาะสมกับบริบทวัยแรงงาน
5. การจัดการด้านการค้าเกี่ยวกับสินค้าทางสุขภาพ ควรมีความร่วมมือเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ปรึกษาหารือ ในการเจรจาการค้า กับผลิตภัณฑ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
6. ควรทบทวนฉลากอาหารให้ครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อแสดงปริมาณน้ำตาล เกลือ ทุกประเภท และ ไขมันทรานส์

ด้านพัฒนาขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยง และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

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

ด้านพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นและปฏิรูปจัดบริการลดเสี่ยง ลดโรค

1. การดำเนินงานระดับอำเภอ
 - ขับเคลื่อนด้วยกลยุทธ์และความรู้ข้อมูล เพื่อชี้เป้าปัญหาโรค NCDs ในพื้นที่ให้คณะกรรมการ คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตระหนักสถานการณ์และความรุนแรงของโรค NCDs
 - เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่การบริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์การบริโภคหวาน-มัน-เค็ม มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และภาวะอ้วน ด้วยแนวคิด Life Course Approach

- ค้นหาต้นแบบการดำเนินงานลดโรคไม่ติดต่อ และจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice การพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHSA)
2. การดำเนินงานระดับโรงเรียน
- ผลักดันให้กระทรวงศึกษาธิการ ปรับปรุงหลักสูตรสุขภาพ จัดทำสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับการลด ปัจจัยเสี่ยง โรค NCDs จากการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม
 - ดำเนินกิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกัน ตั้งแต่วัยเด็กก่อนเข้าเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 - ทีมสหวิชาชีพ (ครูหมอครอบครัว ผู้ปกครอง แกนนำนักเรียน) ร่วมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน
3. การดำเนินงานระดับสถานประกอบการ
- การปฏิรูปจัดบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในสถานประกอบการ เพิ่มการสร้างเสริมสุขภาพและ ภูมิคุ้มกันโรคมากขึ้น ทั้งในสถานบริการ และสถานประกอบการ
 - Health delivery บูรณาการใน wellness center
 - การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน
4. การดำเนินงานระดับวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME) จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข เข้า มามีบทบาทในการดูแลสุขภาพบุคลากรวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SME)
5. การดำเนินงานในระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการการวัดความดันโลหิตที่บ้าน Home Blood Pressure Monitoring; HBPM

ด้านการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

1. การพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับประเทศ (Comprehensive Surveillance system) เป็น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งโรคปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยแวดล้อมทาง เศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อม
2. การพัฒนาศักยภาพการจัดการข้อและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังด้านโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศ จังหวัดอำเภอ
3. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในระดับองค์กรและกลุ่มประชากรเฉพาะ

ประเด็นวิจัย

- รหัส C01 การศึกษาระดับและวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความฉลาด ทางสุขภาพ (Health literacy) ของประชาชนด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญและเป็นปัญหาทาง สาธารณสุข เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งและ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- รหัส C02 การศึกษารูปแบบการเพิ่มประสิทธิผลการลดการเกิดโรคความดัน โลหิตสูงด้วย กระบวนการใหม่
- รหัส C03 การศึกษาปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการและ การดูแลอย่าง ต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในวัยทำงาน
- รหัส C04 พัฒนาวัตถุกรรมและเทคโนโลยีทางด้านชีวการแพทย์ สังคม และด้าน อื่นๆ เพื่อ ส่งเสริมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลผู้ป่วย เช่น การฝังชิพ เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วย
- รหัส C05 การพัฒนารูปแบบการสร้างค่านิยมและความรอบรู้ที่สนับสนุนให้เด็กวัยเรียนมี พฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสม
- รหัส C06 การศึกษาปัจจัยการรับรู้ ความเชื่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่ส่งผลให้ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การคัดกรองโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ป่วย
- รหัส C07 การศึกษาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มประชากรเสี่ยง และกลุ่มเปราะบาง
- รหัส C08 การศึกษาปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังในมิติผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและระบบบริการ
- รหัส C09 การศึกษาสถานการณ์การรับรู้ ความเข้าใจต่อโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ไทย
- รหัส C10 Evaluate the quality of NCD screening programs
- รหัส C11 Evaluation the quality of BP measurement and devices
- รหัส C12 Develop suitable interventions to increase the rate of follow up among screened patients

- รหัส C13 Investigate fatal and non-fatal CVD events to learn from health system failures and prevent such events
- รหัส C14 Develop models for engaging with the private sector for HT and DM care
- รหัส C15 ความเป็นไปได้ในการแสดงปริมาณโซเดียมในผงปรุงรส และปริมาณ โซเดียมในผงปรุงรสที่จำหน่ายในประเทศไทย เทียบกับต่างประเทศนวัตกรรม
- รหัส C16 เทคโนโลยีที่ช่วยลดภาระงานของผู้ให้บริการ เบาหวานความดัน
- รหัส C17 เทคโนโลยีและเครือข่ายบริการที่เชื่อมระบบทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างสถานพยาบาลข้ามสังกัด เพื่อการรักษาต่อเนื่อง

ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วเสร็จหรือที่กำลังทำอยู่

๑. โครงการ“นำร่องการใช้ “Thailand Global HEARTS” เพื่อลดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” โครงการต่อเนื่องปีที่ 4 (Thailand Global HEARTS: An Initiative to Reduce Heart Attacks and Strokes through Evidence-Based Measure for Hypertension Patients Continuation Year 4)
๒. แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
๓. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน NCD Clinic plus

2. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน ซึ่งประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในทุกกลุ่มอายุปีละกว่า 2,000 คน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ (เฉลี่ยวันละ 3 คน) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพศชายเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 3.5 เท่า เมื่อพิจารณาตามเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1, 2, 11, 12, 5 และ 3 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี ร้อยละ 20 ของผู้หกล้มได้รับบาดเจ็บ และแจ้งหรือใช้บริการ 1669 ด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มกว่า 50,000 ครั้งต่อปี ปัจจุบันมาตรการป้องกันและลดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในต่างประเทศที่แนะนำประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และดูแลจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ (Multi-factorial fall-risk assessment and management program) การออกกำลังกายที่ผสมผสานในการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัวและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Multicomponent exercise program) การฝึกออกกำลังไทเก๊กเป็นกลุ่ม (Group Tai Chi) การฝึกการเดินการทรงตัว (program Group gait/balance training) การฝึกออกกำลังกายที่บ้าน (Individualized home exercise program) การปรับปรุงสภาพบ้านให้ปลอดภัย (Home safety Intervention Programs) ขณะที่ประเทศไทย มีการดำเนินมาตรการเรื่องการออกกำลังกาย โดยการสอนออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน และการออกกำลังกายแบบ OTAGO การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน ให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ตระหนักถึงการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการประเมินความเสี่ยงและการปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกับปรับสิ่งแวดล้อม ในเครือข่ายสถานบริการสาธารณสุข การปรับปรุงบ้านสำหรับผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุน ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของมาตรการดังกล่าว ขณะที่มีการศึกษาต้นทุนจากการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากหกล้มในผู้สูงอายุ (ปณิศา ลิ้มปะวัฒนะ และคณะ., ปี 2012) พบว่าค่าใช้จ่ายและการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลผู้ที่พลัดตกหกล้มแล้วมีกระดูกหัก ต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานกว่า 8 วัน และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 25,728 บาท สำหรับผู้ที่พลัดตกหกล้ม ได้รับบาดเจ็บ แต่ไม่มีกระดูกหัก ต้องนอนพักในโรงพยาบาล 6.4 วัน และมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 19,419 บาท ซึ่งการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า ปี 2007-2009 แต่ละปีมีผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 65 ปีร้อยละ 3 เข้ารับบริการที่หน่วยฉุกเฉินจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม มีค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล (medical costs) ประมาณ €675.4 ล้าน ผู้ที่มีกระดูกหักมีค่าใช้จ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาล (€540 ล้าน) เพศหญิง (€9990 ล้าน) มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าเพศ

ชาย (€7510 ล้าน) และเพิ่มขึ้นตามอายุ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อหนึ่งที่บ้านและศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาวเพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วน 54% ของค่ารักษาพยาบาลในผู้สูงอายุ

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจากสาเหตุพลัดตกหกล้ม (ในพื้นที่นาร่อง) ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. มาตรการป้องกันและบริกรก่อนเกิดเหตุ ขาดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และการสนับสนุนที่ชัดเจน ขณะที่นโยบายปัจจุบันให้ความสำคัญเรื่องการดูแลภายหลังเมื่อเกิดเหตุแล้ว ในรายติดบ้านติดเตียง (case long term care)
2. การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในพื้นที่เป็นบางกลุ่ม ไม่ทั่วถึง และยังขาดความต่อเนื่องทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายและความสนใจของแต่ละพื้นที่ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น
3. ยังไม่มีการศึกษา ต้นทุน ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการป้องกันในบริบทในประเทศไทย
4. เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุหลายแบบ ปัจจุบันประเทศไทยได้ประยุกต์ แต่ยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะ ต้นทุน ประสิทธิภาพ ของเครื่องมือแบบต่าง ๆ ในประชากรไทย
5. จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเพียงลำพังเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้พบผู้สูงอายุเรียก และใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ด้วยสาเหตุพลัดตกหกล้มกว่า 50,000 ครั้งต่อปี ซึ่งหากมีระบบการแจ้งเตือน และเข้าถึงบริการได้รวดเร็วทันทั่วทั้งจะสามารถป้องกันและลดการบาดเจ็บซ้ำซ้อนและความพิการลงได้
6. ยังไม่มีการรวบรวมการทบทวนบทเรียนมาตรการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในต่างประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก่อนประเทศไทย และสามารถลดอัตราตายและการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้

ประเด็นวิจัย

- รหัส C18** การศึกษาด้านทุนและประสิทธิภาพ ของโปรแกรมการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
- รหัส C19** สมรรถนะของเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุ
- รหัส C20** ต้นทุนและประสิทธิภาพของเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงของการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุ

- รหัส C21 การศึกษาต้นทุนของการดูแลผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม
- รหัส C22 การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ ในกรณีผู้สูงอายุที่มี
ความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม
- รหัส C23 การทบทวนบทเรียนมาตรการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในต่างประเทศ
- รหัส C24 ความรุนแรงกับกล้ามเนื้อเสื่อมในผู้สูงอายุ

3. การบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัว

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ปัจจุบัน ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกิดจากการใช้ความรุนแรงในครอบครัวในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลจำนวน 622 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 21,218 ราย โดยผู้ที่ถูกที่กระทำความรุนแรงมากที่สุดเป็นเพศหญิง จำนวน 19,910 ราย (ร้อยละ 93.84) รองลงมาเป็นเพศชาย 1,301 ราย (ร้อยละ 6.13) เฉลี่ยผู้ถูกกระทำความรุนแรง 58 ราย/วัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ถูกกระทำความรุนแรง ก่อให้เกิดภาวะด้านสุขภาพกายและใจ รวมทั้งก่อให้เกิดภาระทางสังคมในระยะสั้นและระยะยาว โดยการบาดเจ็บทางกายที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรม การรับรู้ สุขภาพจิต สุขภาพทางเพศและการสืบพันธุ์ และโรคเรื้อรัง ในระยะต่อมา ภาระโรคเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรทางสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศด้วย

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

มีมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัวที่เหมาะสมกับ แต่ละพื้นที่มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรง ซึ่งจะนำมาสู่การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

จากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บความรุนแรง พบว่ายังมีการเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน แต่จากจำนวนเหตุการณ์ผิดปกติ แสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์การใช้ความรุนแรงในเขตเมืองมีมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากการมีกลไกในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็งและสามารถเข้าถึงหน่วยงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงได้ ในขณะเดียวกันยังขาดหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่บูรณาการเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือได้อย่างเป็นรูปธรรม

ประเด็นวิจัย

- รหัส C25 การศึกษาปัจจัยก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ในประชากรในพื้นที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรงในครอบครัว โดยใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ของกรมควบคุมโรค โดยครอบคลุมร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรงทั้งหมด
- รหัส C26 แบบประเมินความเสี่ยงสำหรับชุมชน ในการป้องกันการใช้ความรุนแรงใน ครอบครัว
- รหัส C27 มาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัวที่เหมาะสมกับ แต่ละพื้นที่

4. การบาดเจ็บจากการจราจร

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลการบูรณาการ 3 ฐานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด พบว่าในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 – พ.ศ.2560 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 105,319 คน เฉลี่ยปีละ 21,063 คน หรือคิดเป็นอัตราตาย 32.6 ต่อประชากรแสนคนหรือเฉลี่ยวันละ 60 คน และ เป็นผู้บาดเจ็บต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 2 แสนคนต่อปี คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 5 แสนล้านบาทต่อปี

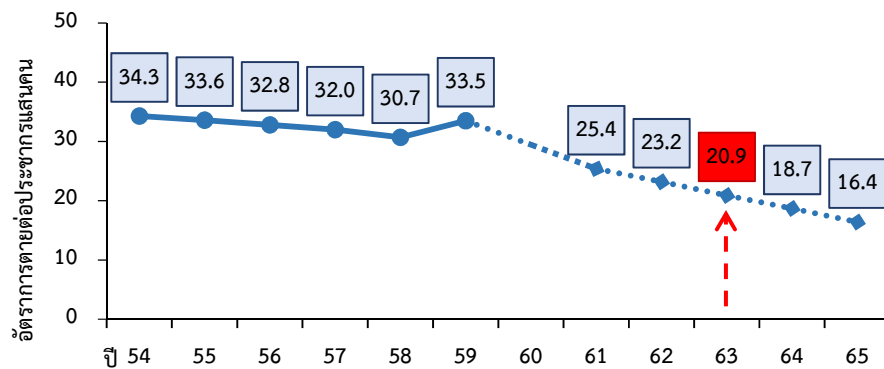
เมื่อพิจารณาการสูญเสียรายกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นกลุ่มที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด มีจำนวน 17,634 คน เฉลี่ยปีละ 3,527 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.7 และในปี พ.ศ.2560 พบว่า มีเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่เสียชีวิตจากการใช้รถจักรยานยนต์ 2,584 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 69.4 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของเยาวชนทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า กลุ่มวัยทำงาน เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงอีกกลุ่มหนึ่ง ที่มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตรองลงมา และกลุ่มสุดท้ายที่มีแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น คือ กลุ่มผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว พบว่า ยังมีช่องว่างของมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่ใช้เฉพาะกลุ่มประชากร เนื่องจากประเทศไทย ใช้มาตรการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนหลายมาตรการ แต่มาตรการส่วนใหญ่มีมุ่งเป้าจัดการกับปัญหาในภาพรวมและในเชิงประเด็นพฤติกรรมเสี่ยง แต่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เป็นเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในสถานประกอบการ และกลุ่มผู้สูงอายุ ยังไม่มีมาตรการเฉพาะ และยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงประเด็นตามสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ เนื่องจากมีหลายสาเหตุปัจจัย ที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น การเป็นนักขับมือใหม่ที่ยังไม่มีใบอนุญาตขับขี่ การไม่สามารถบังคับใช้กฎหมาย ที่เข้มงวดกับกลุ่มเด็กและเยาวชนได้อย่างจริงจัง การขาดการประสานความร่วมมือเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มวัยทำงานจากสถานประกอบการ (มาตรการองค์กร) อย่างเป็นรูปธรรม หรือการที่ประเทศไทยมีจำนวนประชากรสูงอายุมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงต้อง มีการพัฒนาเครือข่ายในชุมชนเพื่อจัดทำระบบการแก้ไข ปัญหาการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

ภาพที่ 1 แสดงเป้าหมายการดำเนินงานการลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน
(ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ปี 2561 - 2565)



แหล่งข้อมูล : บุคลากรข้อมูลการตาย 3 ฐาน (สธ., ตร., บ.กลางฯ) กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ประเทศไทยใช้มาตรการป้องกันการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุทางถนนหลายมาตรการ แต่มาตรการส่วนใหญ่มีกลุ่มเป้าหมายจัดการกับปัญหาในภาพรวม และในเชิงประเด็นพฤติกรรมเสี่ยง แต่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่เป็นเด็กและเยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ยังไม่มีมาตรการเฉพาะและยังไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างตรงประเด็นตามสาเหตุปัจจัยของปัญหา

ประเด็นวิจัย 5 ปี (พ.ศ 2565-2569)

- รหัส C28 การพัฒนาหลักสูตร และวิธีการเรียนรู้ การเอาชีวิตรอดภัยจากท้องถนน
- รหัส C29 การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บสำหรับเด็กและเยาวชน ที่ใช้รถจักรยานยนต์
- รหัส C30 การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ
- รหัส C31 การพัฒนาเครือข่ายในชุมชนเพื่อจัดทำระบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน

5. การป้องกันการจมน้ำ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของเด็กไทย ซึ่งสูงมากกว่าทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2553 – 2562) เราสูญเสียเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากการจมน้ำไปแล้วถึง 8,394 คน เฉลี่ยปีละ 839 คน หรือวันละ 2.3 คน อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน อยู่ในช่วง 4.9-9.0 ทั้งนี้การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) อันดับที่ 3 ในเด็กชาย (DALY = 26,000 ปี) และอันดับที่ 6 ในเด็กหญิง (DALY = 10,000 ปี)

การจมน้ำมีอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) เท่ากับร้อยละ 27.4 กลุ่มประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 16.9 โดยกลุ่มเด็กอายุ 5-9 ปี สูงที่สุด รองลงไปคือกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราต่อประชากรเด็กแสนคนพบว่ากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด เด็กชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กหญิงประมาณ 2.5 เท่าตัว ช่วงเดือนเมษายนเป็นช่วงที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุดรองลงมาคือเดือนมีนาคมและเดือนพฤษภาคม แหล่งน้ำที่มีเด็กเสียชีวิตจากการตกน้ำจมน้ำสูงสุดคือแหล่งน้ำตามธรรมชาติบ่อขุดเพื่อการเกษตร (ร้อยละ 31.0)

ประเทศไทยเริ่มมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำเมื่อปลายปี 2549 ซึ่งก่อนที่จะมีการดำเนินการ ประเทศไทยมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำเฉลี่ยปีละประมาณ 1,500 คน แต่ภายหลังจากการดำเนินการป้องกันพบว่า เด็กไทยจมน้ำเสียชีวิตลดลงร้อยละ 50 โดยล่าสุด ปี 2562 ประเทศไทยสูญเสียเด็กจากการจมน้ำลดลงเหลือ 550 คน อย่างไรก็ตามจำนวนการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็ก (อายุ 0 - 2 ปี) ยังมีแนวโน้มสูงมากโดยเฉพาะภาคเหนือและภาคใต้ ทั้งที่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ขึ้นอยู่กับการดูแลของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการจมน้ำประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ

- ปัจจัยด้านบุคคลคือ ตัวเด็กเองความเสี่ยงของเด็กขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย พัฒนาการ พฤติกรรม ความรู้ ทักษะ โรคประจำตัวของเด็กแต่ละคน หรือเด็กบางคนรับรู้ความเสี่ยงแต่มีพฤติกรรมชอบเสี่ยง
- ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็นด้านเชิงกายภาพ เช่น การมีแหล่งน้ำใกล้ตัวเด็ก การไม่มีรั้วรอบแหล่งน้ำ การออกแบบผลิตภัณฑ์ที่มีอันตราย หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ที่ดีแต่ขาดการบำรุงรักษา และด้านเชิงสังคม เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคม ระบบสวัสดิการชุมชน ผู้ช่วยเหลือใกล้เคียงไม่มีความรู้ในการกู้ชีพ/ปฐมพยาบาลผิ่วิธี สถานบริการทาง

การแพทย์ไม่มีความพร้อมในการช่วยเหลือ ระบบประกันสุขภาพ/ประกันสังคม/ประกันภัย
ระบบคุ้มครองผู้บริโภค

ทั้งนี้เด็กแต่ละช่วงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มเด็กเล็กมักเกิดจากการขาดความรู้
และความตระหนักของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก ส่วนในกลุ่มเด็กโต ส่วนใหญ่มักเกิดจากความคึกคะนอง การ
ไม่มีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ การขาดทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำและช่วยผู้ประสบภัยทางน้ำ
รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) นอกจากนั้นทั้งสองกลุ่มยังมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยคือ การจัดการ
สิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำต่างๆ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

การป้องกันการจมน้ำ จำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการในหลายๆ มาตรการพร้อมกัน เพราะเด็ก
แต่ละช่วงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน และมีหลายปัจจัยร่วมด้วยดังที่กล่าวข้างต้น ซึ่งการดำเนินการ
เพียงมาตรการเดียว จึงไม่ทำให้การจมน้ำเสียชีวิตลดลงมากนัก ดังนั้นในปี 2558 กองป้องกันการบาดเจ็บ
(แยกมาจากกองโรคไม่ติดต่อ) จึงเริ่มดำเนินกลยุทธ์ “ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ป้องกันการจมน้ำ” ขึ้น
ซึ่งผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) คือ กลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้งการจัดการ
ปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ
หลัก ซึ่งแต่ละองค์ประกอบคือมาตรการและกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการจมน้ำ ได้แก่ นโยบาย การ
บริหารจัดการ สถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ
(CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล

ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ ที่จะตอบโจทย์ของ
การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ข้างต้น โดยนำเอามาตรการสำคัญของการป้องกันการจมน้ำมาอยู่ร่วมกัน
และขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบแบบสหสาขา และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีหัวใจสำคัญ
อยู่ที่การมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้กลยุทธ์ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เป็นกระบวนการที่นานาประเทศ
ให้ความสนใจและชื่นชม เพราะสามารถดึงเอาชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ใน
การดำเนินงาน รวมทั้งมาตรการที่อยู่ในผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ยังสอดคล้องกับมาตรการป้องกัน
การจมน้ำที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้เมื่อปี 2560

แหล่งข้อมูล

1. สัม เอกเฉลิมเกียรติ. ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การตกน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
3. สุชาติดา เกิดมงคลการ. จำนวน ร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ. 2546-2562 [เอกสารไม่ตีพิมพ์]. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2552-2562 [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556: การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY). ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะกราฟิกโก ชิส์เต็มส์ จำกัด; 2559.
6. กองระบาดวิทยา. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ (Injury Surveillance System: IS) ปี พ.ศ. 2560 [ไฟล์ข้อมูล]. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
7. World Health Organization. World report on child injury prevention, 2015.
8. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. การจมน้ำในเด็กและการป้องกัน [Online], Available form: www.csip.org, [Accessed 2007 Nov 10].
9. สุชาติดา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และคณะ. หลักสูตรผู้จัดการแผนงานป้องกันการจมน้ำ (Drowning Prevention Course for Program Manager). กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค; 2563.
10. สุชาติดา เกิดมงคลการ, สัม เอกเฉลิมเกียรติ และคณะ. แนวทางประเมินผู้ก่อการดี (Merit Maker) การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (ฉบับปรับปรุง ปี 2562). กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค; 2563.
11. World Conference on Drowning Prevention 2015 (WCDP2015). 2015 Nov 4-6; Penang Malaysia; 2015.
12. Preventing drowning: an implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมาย คือ ปี 2579 อัตราการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีต้องลดลงเหลือ 2.5 ต่อประชากรเด็กแสนคน

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. การให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาร่วมกันของหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องยังมีน้อย
2. ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดและไม่ได้เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค พื้นที่จึงมีการดำเนินการน้อยมาก
3. บุคลากรที่ทำงานด้านการป้องกันการบาดเจ็บมีน้อย ทำให้มีงานศึกษาวิจัยน้อยมากที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการจมน้ำของประเทศไทย
4. ในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ดำเนินงานบ่อย ส่งผลให้การดำเนินงานไม่มีความต่อเนื่อง

ประเด็นวิจัย

- รหัส C32** ประสิทธิภาพของการให้ความรู้ด้านการป้องกันการจมน้ำผ่านเทคโนโลยี VR หรือ AR
- รหัส C33** การศึกษาเชิงลึกเพื่อหาสาเหตุ/ปัจจัยของการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็ก (0-2 ปี) และแนวทางป้องกันที่มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
- รหัส C34** การศึกษาเชิงลึกเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจมน้ำในกลุ่มที่จมน้ำแต่ไม่เสียชีวิต
- รหัส C35** พัฒนาวัตถุกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำที่มีต้นทุนต่ำ และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เช่น
- 1) อุปกรณ์ช่วยลอยน้ำฉุกเฉินสำหรับบุคคล
 - 2) โดรนช่วยคนจมน้ำ
 - 3) ระบบเตือนภัยในสระว่ายน้ำมาตรฐาน กรณีที่มีวัตถุหยุดนิ่งอยู่ใต้น้ำ

2.การควบคุมการบริโภคยาสูบ

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

บุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (Cardiovascular Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก และ ๑ ใน ๓ ของผู้เสียชีวิต ด้วยโรคดังกล่าวเป็นเพียงผู้สัมผัสควันบุหรี่มือสองเท่านั้น สำหรับประเทศไทย จากการวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา พบว่า อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก ร้อยละ ๒๑.๔ หรือประมาณ ๑๑.๕ ล้านคน ในปี ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๑๙.๑ หรือประมาณ ๑๐.๗ ล้านคน ในปี ๒๕๖๐ ถึงแม้ว่าสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในภาพรวมจะลดลง แต่เมื่อพิจารณาจำนวน และอัตราการบริโภคยาสูบแบบเป็นครั้งคราวกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน อีกทั้งยังพบว่าเยาวชนที่เริ่มบริโภคยาสูบมีอายุเฉลี่ยที่ ๑๗.๔ ปี จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเยาวชน ตามความเชื่อที่ว่าเยาวชนเริ่มบริโภคยาสูบเร็วเท่าไร โอกาสที่จะติด และพัฒนาไปเป็นนักสูบหน้าใหม่เร็วเท่านั้น

ทั้งนี้การบริโภคยาสูบของเยาวชนขึ้นอยู่กับหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในตัวของเยาวชนเอง อาทิ การอยากรู้อยากลอง และปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะกลยุทธ์อุตสาหกรรมโอกาสการเข้าถึงบุหรี่ ทั้งในลักษณะการของรูปแบบการขาย การออกแบบผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ราคาบุหรี่ และแหล่งซื้อบุหรี่ รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมอย่างเคร่งครัดในการละเมิดการขายบุหรี่ให้เยาวชนต่ำกว่า ๒๐ ปี และการละเมิดกฎหมายคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ในลักษณะการสูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบตามกฎหมาย ส่งผลให้เด็กมีโอกาสดูเห็นการสูบบุหรี่และเกิดการลอกเลียนแบบ เป็นต้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันยาสูบมากขึ้น และเข้มงวดมากขึ้น แต่ก็ยังคงพบผู้ฝ่าฝืน และกระทำผิดอยู่

๒. เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙) หรือ ๒๐ ปี



ปี ๒๕๘๐

- ๑) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ ๔๐ จากปี ๒๕๖๐

๓. ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆที่เป็นปัจจัยสำคัญ

๑. สถานการณ์การบริโภคยาสูบในปัจจุบัน จะพบว่าบุหรี่ยุคใหม่กำลังเป็นปัญหาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และพบว่าการศึกษเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ายังมีน้อย ประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

๒. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต และดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค โดยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับบุหรี่และไวรัสโคโรนา 2019 ประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติม

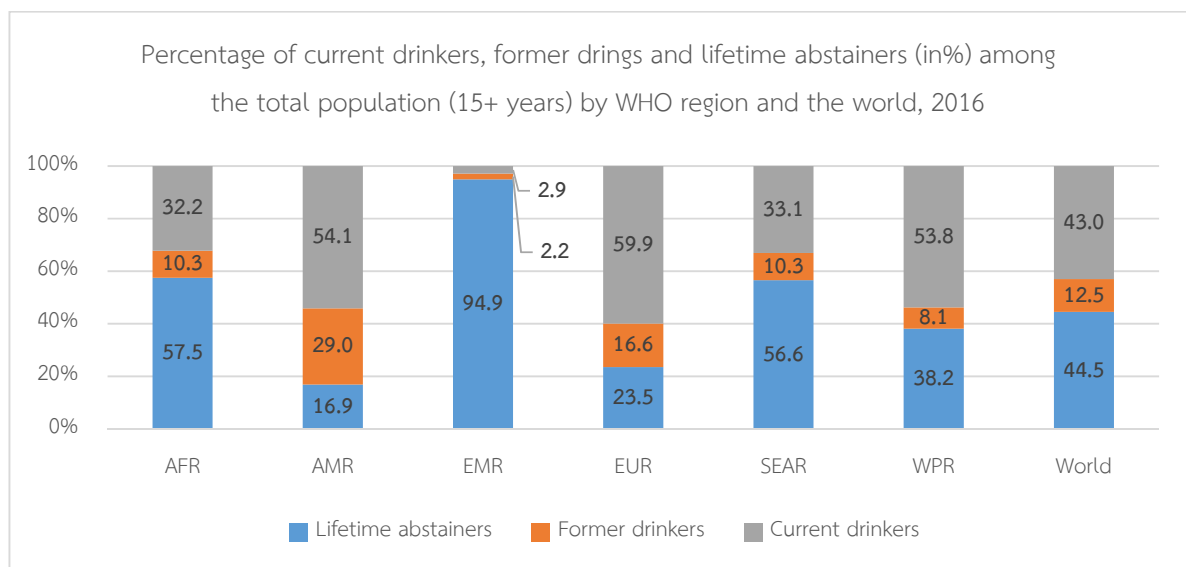
ประเด็นวิจัย

- รหัส C36 การศึกษาองค์ประกอบของควันจากบุหรี่ไฟฟ้า เปรียบเทียบกับบุหรี่ธรรมดา
- รหัส C37 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจจากการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า
- รหัส C38 การประเมินประสิทธิผลในการควบคุมการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า
- รหัส C39 การประเมินประสิทธิผลมาตรการป้องกันควบคุมการสูบบุหรี่ในเยาวชน
- รหัส C40 ช่องทางการรับรู้แรงจูงใจในการสูบบุหรี่และการรับรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า
- รหัส C41 การวิจัยและพัฒนาแบบจำลองคลินิกอดบุหรี่ที่บูรณาการในคลินิก NCD คุณภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ และการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย
- รหัส C42 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- รหัส C43 การศึกษาการแพร่กระจายของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยควันบุหรี่

3.การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพของประชากร โดยทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 โรค เช่น โรคความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ โรคตับแข็ง โรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรคมะเร็ง หลากหลายชนิด โรคหัวใจ และก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่าง ๆ ทั้งการฆ่าตัวตายความรุนแรงจากการถูกทำร้ายร่างกายและอุบัติเหตุ เป็นต้น โดยจากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บจากผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับโลกปี พ.ศ. 2559 พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (คิดเป็น 5.3% ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) จากข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีนักดื่มทั่วโลกถึง 43% หรือคิดเป็นประมาณ 2.3 พันล้านคนและจากการคาดการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มสูงขึ้นจาก 4.5 ลิตรในปี พ.ศ. 2559 เป็น 6.2 ลิตรในปี พ.ศ. 2568 (ที่มา : รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 ภายใต้โครงการ Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ : 2563)



ที่มา: Global status report on alcohol and health 2018; WHO 2018

Number of current drinkers, former drinkers and lifetime abstainers (in thousands) among the population (15+ years) by WHO region and the world, 2016					
WHO Region	Lifetime abstainers	Former drinkers	Current drinkers	Total population	Former drinkers/past 12-month abstainer (%)
AFR	332,803	59,400	186,271	578,474	15.1
AMR	129,472	222,616	415,495	767,583	63.2
EMR	415,897	9,545	12,930	438,371	2.2
EUR	176,144	124,222	449,304	749,670	41.4
SEAR	796,697	144,914	466,323	1,407,934	15.4
WPR	578,350	122,528	814,775	1,515,654	17.5
World	2,429,363	683,226	2,345,098	5,457,686	22.0

ที่มา: Global status report on alcohol and health 2018; WHO 2018

ประเทศในกลุ่มภูมิภาคยุโรป ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์มีรายงานการบริโภคสูงที่สุดที่ปริมาณมากกว่า 10 ลิตร/หัวประชากร/ปี ความแตกต่างในการบริโภคของแต่ละประเทศเหล่านี้ขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร ระดับการ ประเทศ ปัจจัยด้านศาสนาและวัฒนธรรมและรูปแบบการดื่มตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ชายจะมีอัตราการดื่มสุรามากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 54 และร้อยละ 32 ตามลำดับ) แต่เมื่อดูแนวโน้มการดื่มสุราในภาพรวมของโลก พบว่า ความชุกของนักดื่มหญิงกำลังเพิ่มขึ้น ซึ่งตัวเลขนี้เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของอัตราความชุกของนักดื่มหญิงในกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าอัตราความชุกที่ลดลงของนักดื่มหญิงในภูมิภาคอื่นๆ อยู่มาก นักดื่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 – 19 ปี มีความชุกประมาณร้อยละ 27 โดยเป็นนักดื่มหนัก ร้อยละ 14 โดยเฉพาะวัยรุ่นในทวีปเอเชียมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2559 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15 – 49 ปี ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี (ร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก) 2 ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2561 : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา : 2562

ภาพรวมสถานการณ์แอลกอฮอล์ของประเทศไทย

ข้อมูลพื้นฐานของประเทศไทย

- ประชากร (พ.ศ.2560): 69.04 ล้านคน
- อัตราการเติบโตของประชากร: เพิ่มขึ้นปีละ 0.3%
- อัตราการรู้หนังสือ (พ.ศ. 2558): 91.19%
- ระดับการศึกษาเฉลี่ย (พ.ศ. 2560): 9.40 ปี (ในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 15-59 ปี)
- รายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว (GDP (nominal) per capita) (ปี พ.ศ. 2561): \$7,187 ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อปี หรือประมาณ 18,000 บาทไทยต่อเดือน (ข้อมูลจาก IMF)
- ดรรชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index - HDI) (ปี พ.ศ. 2561): 0.755 (สูง)

สถานการณ์และแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

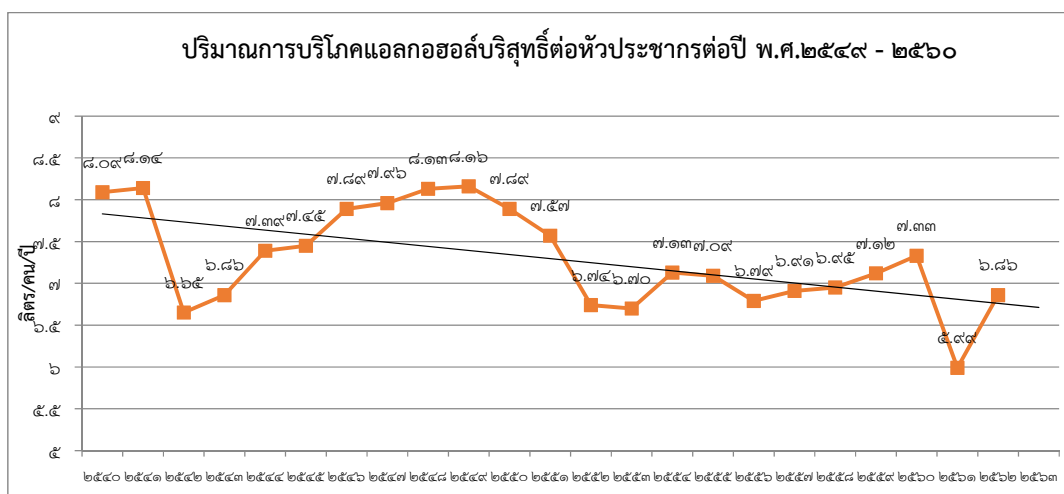
จากการสำรวจประชากร 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9)

โดยผู้มีอายุอยู่ในช่วง 25 – 44 ปี มีอัตราการดื่มสูงสุด (ร้อยละ 36.0) รองลงมาคือผู้มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 24 ปี และ 45 – 59 ปี ซึ่งมีอัตราการดื่มใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) ถัดมาคือกลุ่มผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 15.2) และผู้มีอายุในช่วง 15 – 19 ปี มีอัตราการดื่มน้อยที่สุด (ร้อยละ 13.6) เมื่อจำแนกตามเพศ ผู้ชายมีอัตราการดื่มมากกว่าผู้หญิง 4.5 เท่า (ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 10.6 ตามลำดับ) อัตราการดื่มสุราของคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 29.29 และร้อยละ 27.4 ตามลำดับ) ซึ่งแนวโน้มการดื่มสุราในประชากร 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมยังไม่ชัดเจน ผลการสำรวจอัตราการดื่ม ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปี 2558 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อเทียบกับปี 2558 (ร้อยละ 34.0) จะเห็นว่าลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน (ลดลงร้อยละ 5.6) ซึ่งอัตราการดื่มในผู้ชายลดลงมากกว่าผู้หญิง คือ อัตราการดื่มของผู้ชายลดลงจากร้อยละ 56.6 เป็นร้อยละ 47.5 (ลดลงร้อยละ 9.1) อัตราการดื่มของผู้หญิงลดลงจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 10.6 (ลดลงร้อยละ 2.4) (ที่มา: การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

ข้อสังเกตที่น่าสนใจในปีนี้ คือ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลง แต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับสูงขึ้น (ปี 2558 มีสัดส่วนนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.9 ในปี 2560 ร้อยละ 43.9) นั่นคือ แม้ว่าคนบางส่วนจะลดการดื่มหรือลดการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ แต่นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมดื่มสุร่าบ่อยมากยิ่งขึ้นซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้ส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้น (acute alcohol-related harm) เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาท และปัญหากับครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น สาเหตุของการดื่มสุร่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่นักดื่มผู้ชายและผู้หญิง จะเริ่มดื่มสุร่าเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของผู้ชาย คือ อยากทดลองดื่ม ส่วนของผู้หญิง คือ เข้าสังคม ในการทำงาน/งานรื่นเริง/งานรับรอง/ผู้ใหญ่ให้ รองมา คือ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 30.5 และ ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุดข้อสังเกตที่น่าสนใจในปีนี้ คือ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลง แต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับสูงขึ้น (ปี 2558 มีสัดส่วนนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.9 ในปี 2560 ร้อยละ 43.9) นั่นคือ แม้ว่าคนบางส่วนจะลดการดื่มหรือลดการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ แต่นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมดื่มสุร่าบ่อยมากยิ่งขึ้นซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้ส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้น (acute alcohol-related harm) เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาท และปัญหากับครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น สาเหตุของการดื่มสุร่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่นักดื่มผู้ชายและผู้หญิง จะเริ่มดื่มสุร่าเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของผู้ชาย คือ อยากทดลองดื่ม ส่วนของผู้หญิง คือ เข้าสังคม ในการทำงาน/งานรื่นเริง/งานรับรอง/ผู้ใหญ่ให้ รองมา คือ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 30.5 และ ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ข้อสังเกตที่น่าสนใจในปีนี้ คือ ความชุกของนักดื่มปัจจุบันของประชากรไทยลดลง แต่สัดส่วนของนักดื่มประจำกลับสูงขึ้น (ปี 2558 มีสัดส่วนนักดื่มประจำต่อนักดื่มปัจจุบันทั้งหมดในประชากรตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 39.9 ในปี 2560 ร้อยละ 43.9) นั่นคือ แม้ว่าคนบางส่วนจะลดการดื่มหรือลดการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ แต่นักดื่มที่ยังคงดื่มอยู่หรือนักดื่มหน้าใหม่กลับมีพฤติกรรมดื่มสุร่าบ่อยมากยิ่งขึ้นซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้ส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้น (acute alcohol-related harm) เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนน การทะเลาะวิวาท และปัญหากับครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น สาเหตุของการดื่มสุร่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่นักดื่มผู้ชายและผู้หญิง จะเริ่มดื่มสุร่าเพราะตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของผู้ชาย คือ อยากทดลองดื่ม ส่วนของผู้หญิง คือ เข้าสังคม ในการทำงาน/งานรื่นเริง/งานรับรอง/ผู้ใหญ่ให้ รองมา คือ ตามอย่างเพื่อน/เพื่อนชวน (ร้อยละ 30.5 และ ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ) ซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด ได้แก่ เบียร์ รองมา คือ สุร่าขาว/สุร่ากลั่นผสมชุน และ สุร่าสี/สุร่าแดง (ร้อยละ 47.4, ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ) กลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 19 ปี ดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ดื่มสุราขาว/สุรากลั่นชุมชน บ่อยที่สุด (ร้อยละ 49.1) และเมื่อนำข้อมูลยอดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แยกประเภทจากกรมสรรพสามิต เพื่อมาคำนวณปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual per capita consumption; APC) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดตัวหนึ่งตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ฯ ซึ่งค่า APC มีช่วงของการเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นช่วงๆ แต่หลังจากปี 2551 ซึ่งเป็นปีที่มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงมาเรื่อยๆ แต่ยังอยู่ในช่วงประมาณ 7 ลิตร/คน/ปี ในปีพ.ศ. 2554 – 2562 แต่ พ.ศ. 2560 ค่า APC เท่ากับ 7.33 ลิตร/คน/ปี ซึ่งสูงกว่าค่า APC ที่ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเพื่อจะบรรลุผลในปี พ.ศ. 2563 (7.32 ลิตร/คน/ปี) ข้อสังเกตที่

สำคัญของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2560 คือ ปริมาณการบริโภคและจำนวนนักดื่มประจำกลับเพิ่มสูงขึ้น ส่อให้เห็นว่าแม้คนบางส่วนจะลดการดื่มลง แต่คนที่ดื่มอยู่แล้วดื่มประจำและดื่มหนักมากขึ้น ซึ่งลักษณะการดื่มเช่นนี้จะส่งผลต่อการเกิดอันตรายในระยะสั้นรวมถึงการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การทะเลาะวิวาท และมีปัญหากับครอบครัวหรือสังคม และในปี 2561 ค่า APC ลดลงอย่างมากอาจเนื่องจากการปรับโครงสร้างภาษีใหม่ เศรษฐกิจชะลอตัว กำลังซื้อผู้บริโภคตกต่ำยังไม่ฟื้น มีการปรับราคายาสูบขึ้น และผู้บริโภครู้สึกว่าสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น แต่แนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในปี 2562 อาจเนื่องจากการปรับตัวของผู้บริโภค หรือกลยุทธ์ทางการตลาด การเร่งทำตลาดในช่วงที่มีการจัดมหกรรมกีฬาสำคัญ ช่วยกระตุ้นยอดจำหน่ายผ่านช่องทางร้านอาหารและ สถานบันเทิง โดยเฉพาะคราฟท์ เบียร์ที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และผู้ผลิตเบียร์รายใหญ่ของไทยเริ่มทำการผลิตคราฟท์เบียร์ในประเทศ นอกจากนี้ ผู้ผลิตยังแตกไลน์สินค้าใหม่ โดยลดปริมาณแอลกอฮอล์และลดขนาด บรรจุภัณฑ์ ทำให้ราคาจำหน่ายไม่สูงนัก เพื่อชดเชยภาระภาษีที่เพิ่มขึ้นจากโครงสร้างภาษีสรรพสามิตใหม่ จึงคาดว่าจะสามารถกระตุ้นตลาดได้บ้าง



(ที่มา: ที่มา: 1)ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ,กรมสรรพสามิต 2)

จำนวนประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร, สำนักทะเบียนกลาง)

ในด้านสถานที่ซื้อและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจพบว่า ร้านขายของชำเป็นจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มนักดื่มประจำ และนักดื่มหนัก รองลงมาคือร้านสะดวกซื้อและร้านอาหาร ส่วนสถานที่ที่ดื่มสุราที่นิยมมากที่สุด คือ บ้านของตนเอง รองลงมาคือบ้านคนอื่น เป็นที่น่าสังเกตว่า นักดื่มปัจจุบัน นักดื่มประจำ นักดื่มหนักมีสัดส่วนการดื่มในงานเลี้ยง เช่น งานแต่งงาน งานศพ และงานสโมสร เพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 20.0, ร้อยละ 4.6 และร้อยละ 14.1 ตามลำดับ) เป็นที่น่าสังเกตเยาวชนอายุ 15-19 ปี มากกว่าร้อยละ 70 ในแต่ละปี รายงานว่านิยมซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากร้านขายของชำ จะเป็นการสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เยาวชน ในด้าน การซื้อและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ที่ผิดกฎหมาย จากการสำรวจปี พ.ศ. 2560 พบว่านักดื่มปัจจุบันร้อยละ 4.5 เคยซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสถานที่ห้ามจำหน่ายมากที่สุด คือ ปิมน้ำมัน รองลงมาคือ วัด (ร้อยละ 1.9 และร้อยละ 1.4 ตามลำดับ) ในส่วนของสถานที่ห้ามการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบการกระทำความผิดถึงร้อยละ 11.1 มากที่สุด คือ เคยดื่มสุราบนถนน/ฟุตบาท/บนรถ รองลงมา คือ วัด (ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ) ซึ่งการกระทำความผิดกฎหมายทั้งการซื้อและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการทำความผิดกฎหมายในปี พ.ศ. 2560 ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับในปี พ.ศ. 2557 จากการสำรวจจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 ดำเนินการในพื้นที่ 79 แห่ง ทั้งในและนอกเขตเทศบาลใน 13 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า สถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) เป็นแบบไม่มีที่นั่งดื่ม (off-premise outlet) โดยเป็นร้านขายของชำมากกว่าร้านสะดวกซื้อหรือซูเปอร์มาร์เก็ตขนาดเล็กเกือบห้าเท่า รองลงมาคือ สถานที่จำหน่ายแบบมีที่นั่งดื่ม (on premise outlet) ประเภทร้านอาหารและเครื่องดื่ม (ร้อยละ 34.4) ซึ่งสถานที่ที่มีใบอนุญาตจำหน่ายสุรา มีเพียงร้อยละ 88.6 ในปี พ.ศ. 2560 มีร้านที่มีใบอนุญาต 585,880 แห่ง หรือเท่ากับหนึ่งร้านต่อประชากรไทย 113 คน (ที่มา: ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2561)

ในส่วนของคุณลักษณะและแนวโน้มของการดื่มสุราในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า นักดื่มไทยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย แต่ลักษณะการบริโภคแอลกอฮอล์มีความเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 30.0% เป็นนักดื่มปัจจุบัน สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเวลาต่อมา ก่อนจะลดลงเหลือ 28.4% ในปี พ.ศ. 2560 สัดส่วนของนักดื่มปัจจุบันในกลุ่มผู้ชายไทย (47.5%) สูงกว่าในกลุ่มผู้หญิงไทยเกือบห้าเท่า (10.6%) ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวก็พบได้ในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่าเกณฑ์และวัย

ผู้ใหญ่ตอนต้น (เยาวชนอายุ 15-24 ปี) ในการดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยในเยาวชนไทย ความชุกของนักดื่มปัจจุบันอยู่ที่ 23.9% (9.2% ของเยาวชนหญิง และ 38.3% ของเยาวชนชาย) อย่างไรก็ตาม นักดื่มไทยมีความหลากหลาย และมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลง โดยเบียร์กลายมาเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมมากที่สุดในกลุ่มนักดื่มในวัยหนุ่มสาวและผู้หญิง ในขณะที่เหล้าแดงและเหล้าขาวเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมในกลุ่มนักดื่มที่อายุมากขึ้นและในกลุ่มผู้ชาย (ที่มา : รายงานสถานการณ์การดำเนินนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2551-2561 ภายใต้โครงการ Joint Assessment Mission to Review Alcohol Control Policy and Strategy in Thailand : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ : 2563)

จากการสำรวจอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2550 ถึง ปี พ.ศ. 2562 จำนวนอุบัติเหตุ ผู้ได้รับบาดเจ็บ และผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 ในเทศกาลปีใหม่มีอุบัติเหตุจำนวน 3,791 ครั้ง โดยมีผู้ได้รับบาดเจ็บ 3,829 คน ผู้เสียชีวิต 463 คน ในเทศกาลสงกรานต์มีอุบัติเหตุจำนวน 3,338 ครั้ง โดยมีผู้ได้รับบาดเจ็บ 3,442 คน ผู้เสียชีวิต 386 คน และทั้งสองเทศกาลมีสาเหตุสูงสุดที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุคือ เมาแล้วขับ (ร้อยละ 40.39 และ 36.61 ตามลำดับ) (ที่มา : ศูนย์อำนวยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย)

จากข้อมูลการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (การบำบัดแบบสั้น) พบว่าในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ได้รับการคัดกรอง 12,150,885 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 32.78 ของจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ที่ดื่มสุราร้อยละ 12.15 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง และถูกประเมินเป็นผู้ที่มีระดับความเสี่ยงหรือความรุนแรงของอันตรายจากการดื่มจากแบบคัดกรองระดับความเสี่ยงต่ำ, ระดับความเสี่ยงปานกลาง และระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 86.24, ร้อยละ 11.86 และร้อยละ 1.90 ของผู้ที่ดื่มสุรา ตามลำดับ (ที่มา:ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC : 30 กันยายน 2562)

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

แอลกอฮอล์สร้างภาระโรคแก่ประชากรไทย และเป็นตัวดึงทรัพยากร โครงการศึกษา Global Burden of Disease Study พบว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นภาวะโรคที่มีค่า DALY สูงที่สุดเป็นอันดับสามของประเทศ (รองลงมาจากโรคหัวใจและโรคเส้นเลือดในสมอง) ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ประมาณ 80% เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ การขาดความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย แต่การเมาแล้วขับก็เป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ซึ่งในเวลาดังกล่าวการเมาแล้วขับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบครึ่งหนึ่งของทั้งหมด และในอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ ผู้ที่มีโอกาสบาดเจ็บมากที่สุดคือผู้โดยสาร ตามมาด้วยคนขับ และคนเดินถนนในประเทศไทย แอลกอฮอล์ทำให้เกิดภัยต่อผู้อื่นเป็นอย่างมาก ผู้ตอบ

แบบสอบถามเรื่องผลกระทบของแอลกอฮอล์ 73% ระบุว่าเคยประสบภัยจากพฤติกรรมก้าวร้าว ความรุนแรง และความประพฤตินิยมชอบอันเป็นเหตุมาจากการดื่มสุรา ภัยที่พบได้มากที่สุดได้แก่ภัยต่อความเป็นระบบและความปลอดภัย ตามมาด้วยการลวนลามและการค้าทอ ภัยจากการจราจร การทำร้ายร่างกาย ช่มชู้ และการทำลายทรัพย์สิน ซึ่งผู้ที่ประสบเหตุมักมีอายุน้อย (18-28 ปี) และเป็นนักดื่มด้วยเช่นกัน

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565 - 2569) หรือ 20 ปี

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดเป้าหมาย	baseline	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ.			
	2560	2562	2563	2564	2565
เป้าหมาย 1 ลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ตัวชี้วัด 1 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี)	7.33	6.68	6.61	6.54	6.48
เป้าหมาย 2 ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่					
ตัวชี้วัด 2 ความสุขของผู้บริโภคแอลกอฮอล์ในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	28.4	-	27	-	-
ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1 ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนจังหวัดที่มีการรายงานผลการดำเนินงานเข้ามาในระบบฯ (จังหวัด)	52 (ปี 2562)	-	-	77	77
ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2 สนับสนุนการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มารับบริการในสถานพยาบาลได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (แหล่งข้อมูล : HDC กระทรวงสาธารณสุข) (ร้อยละ)				45	
ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3 บังคับใช้กฎหมายและการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดภัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนจังหวัดที่มีจัดการเรื่องร้องเรียนในระบบ TAS ภายใน 60 วัน นับจากได้รับเรื่อง (จังหวัด)				77	

เป้าหมาย/ตัวชี้วัดเป้าหมาย	baseline	ค่าเป้าหมาย ปี พ.ศ.			
	2560	2562	2563	2564	2565
ตัวชี้วัดมาตรการที่ 4 สนับสนุนการดำเนินงาน สถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สถานศึกษาผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองของ สถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ)	-	-	-	50	
ตัวชี้วัดมาตรการที่ 5 มาตรการการพัฒนาชุมชน เพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แกนนำนำความรู้ที่ได้ไปขับเคลื่อนสื่อสารความ เสี่ยงและภัยสุขภาพในชุมชน (ร้อยละ)	-	-	-	50	

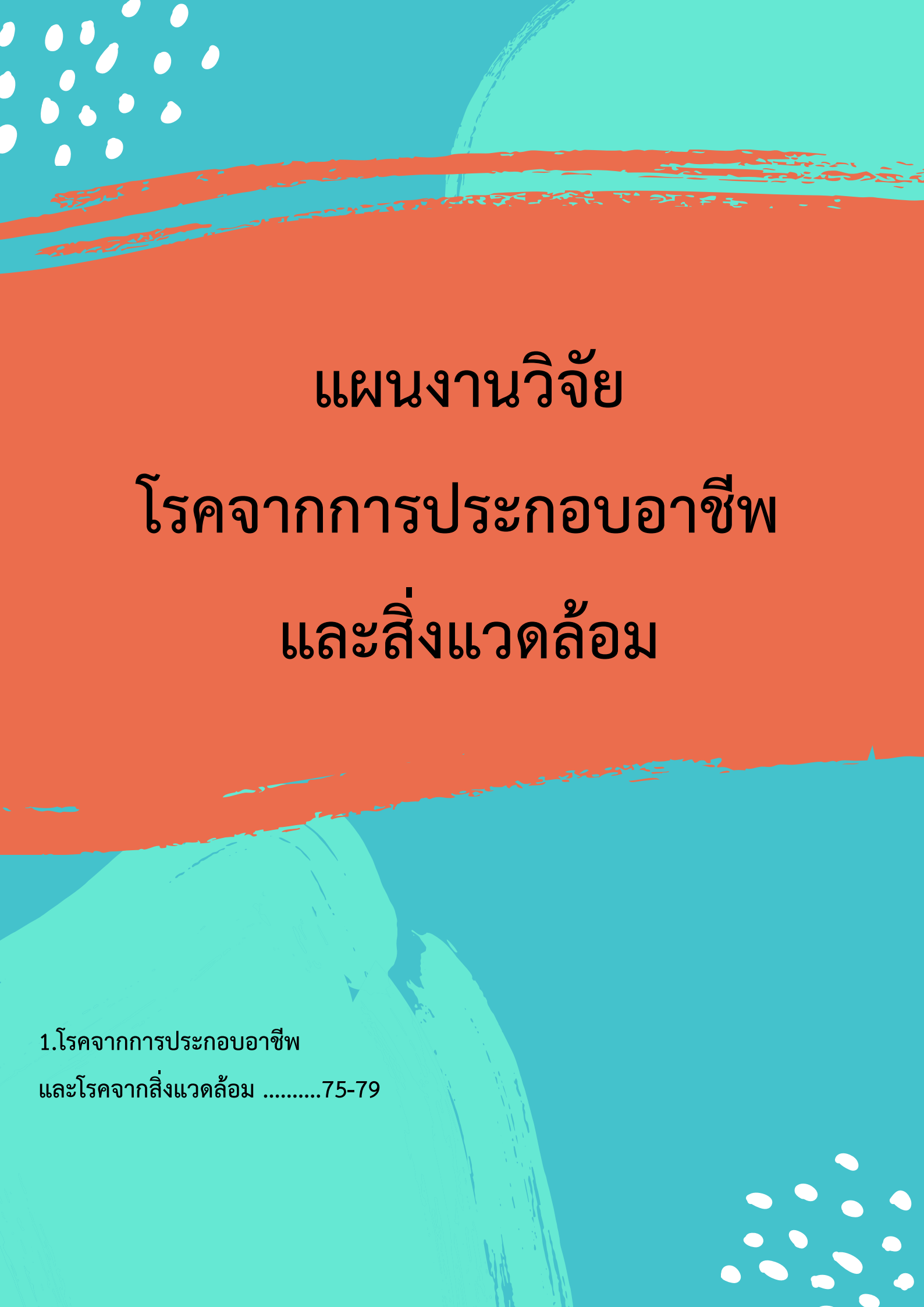
ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

1. ไม่มีข้อมูลความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกปี
2. การบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ยังมีการละเมิดกฎหมายในหลายมาตรา อาจเนื่องจากขาดการติดตาม ควบคุม บังคับใช้ ที่จริงจังและต่อเนื่อง และการให้ความร่วมมือในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่
3. การแทรกแซงของผู้มีอิทธิพล การได้การเสียผลประโยชน์ ในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละพื้นที่
4. บุคลากรสาธารณสุขไม่มีความเชี่ยวชาญในการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย
5. ประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงช่องทางการร้องเรียนผู้ละเมิดกฎหมาย และการเกรงกลัวต่อผลกระทบหลังจากการร้องเรียนผู้ละเมิดกฎหมาย
6. ขาดการจัดสรรปัจจัยนำเข้า (บุคลากร/งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์) ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานจัดการกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่
7. อุตสาหกรรมสุราทั้งระดับโลกและระดับประเทศได้พยายามเข้ามามีบทบาทในกระบวนการพัฒนานโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งส่งผลให้การออกกฎระเบียบใหม่ ๆ มีความล่าช้า หรือทำให้เนื้อหาของข้อบังคับและนโยบายมีช่องว่างและอ่อนแอ
8. ขาดการประเมินผลกฎหมาย/มาตรการ/กิจกรรม
9. ประชาชน ยังขาดการตระหนักรู้เกี่ยวกับอันตรายจากแอลกอฮอล์ และนโยบาย กฎหมาย

10. ขาดข้อมูลสถานการณ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ใหม่ที่เข้ามาทำการตลาดในประเทศไทย เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี และผลิตภัณฑ์อื่นที่มีลักษณะเทียมสุรา (ยาแผนโบราณที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม)

ประเด็นวิจัย

- รหัส C44 ผลกระทบของการจำหน่าย การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ออนไลน์)
- รหัส C45 ความสัมพันธ์ระหว่างการจำหน่ายคราฟต์เบียร์กับผลกระทบจากการ บริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน
- รหัส C46 ผลกระทบที่เกิดจากสินค้าประเภทอื่นซึ่งใช้ตราสินค้าที่คล้ายคลึงกับ ตราสินค้าของ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการโฆษณา
- รหัส C47 ประเมินผลการบังคับใช้กฎหมาย พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- รหัส C48 ปัจจัยและเหตุจูงใจในการลด ละ เลิก การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ได้ของผู้ที่ เลิกดื่ม
- รหัส C49 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับ ผลกระทบจาก การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปริมาณการดื่ม
- รหัส C50 รูปแบบการบูรณาการการบำบัดสุรากับการรักษาที่มีอยู่แล้วในระบบ เช่น การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- รหัส C51 การพัฒนาแนวทางการจำหน่ายและให้บริการเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ ผู้ประกอบการ
- รหัส C52 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มี แอลกอฮอล์ (เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เกิน 0.5 ดีกรี, เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 0.5 ดีกรี และผลิตภัณฑ์อื่นที่มีลักษณะเทียมสุรา เช่น ยาแผนโบราณที่มี แอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม)
- รหัส C53 การศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบวงกว้างของการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ไม่ได้ จำกัดเฉพาะเรื่องสุขภาพ



แผนงานวิจัย

โรคจากการประกอบอาชีพ

และสิ่งแวดล้อม

1.โรคจากการประกอบอาชีพ
และโรคจากสิ่งแวดล้อม75-79

แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

สถานการณ์โรคประกอบด้วยสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพ และสถานการณ์โรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันยังพบผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจำนวนมาก จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพ พบว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีจำนวนมากและเป็นกลุ่มใหญ่ของประเทศ ได้แก่ แรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ โดยปี 2561 มีผู้ที่มีงานทำ จำนวน 38.30 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 21.19 ล้านคน (ร้อยละ 55.3) และเป็นแรงงานในระบบ 17.11 ล้านคน (ร้อยละ 44.67) เป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสถานประกอบการภาคการผลิต ร้อยละ 27 ด้านการเกษตร ป่าไม้ และประมง ร้อยละ 31.18 และเป็นพนักงาน ผู้จำหน่ายสินค้า ร้อยละ 19.90 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ (จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรแสนราย) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบว่าโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 189.37 โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง 1.78 โรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 10.04 โรคจากสารทำลายอินทรีย์ 0.82 โรคปอดจากฝุ่นหิน (ซิลิโคสิส) 0.32 โรคจากพิษโลหะหนัก 0.005 โรคปอดจากแร่ใยหินแอสเบสตอส 0.22 นอกจากนี้ พบผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 172,264 ราย (อัตราการบาดเจ็บต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 284.71) (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

เกษตรกรซึ่งเป็นแรงงานกลุ่มใหญ่ของประเทศ พบปัญหาสุขภาพสำคัญ คือ เสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) พบว่า เกษตรกรมีผลการตรวจเลือดเสี่ยงและไม่ปลอดภัยโดยเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2557-2561) ร้อยละ 37.33

สถานการณ์โรคและสิ่งคุกคามสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่ร่วมรายงานมี จำนวน 59 แห่ง มีบุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน 38,788 คน พบปัญหาสุขภาพด้านจิตวิทยาสังคม ความเครียดจากการทำงานมากที่สุด จำนวน 5,101 คน (ร้อยละ 13.1) รองลงมาเป็นปัญหาการยศาสตร์ ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม จำนวน 5,025 คน (ร้อยละ 12.9) และปัญหาสิ่งคุกคามสุขภาพชีวภาพ จำนวน 22 แห่ง (ร้อยละ 10.0)

สถานการณ์แรงงานสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุทั้งสิ้นมีจำนวน 11.80 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่ทำงาน จำนวน 4.36 ล้านคน (ร้อยละ 36.9) ส่วนใหญ่ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 61.7 รองลงมาเป็นช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ร้อยละ 20.2 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.2 และเป็น นายจ้าง ลูกจ้างรัฐบาล และการรวมกลุ่ม ร้อยละ 3.4 2.4 และ 0.1 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

สรุปปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพที่เป็นกลุ่มแรงงานในระบบ ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการต่าง ๆ กลุ่มแรงงานนอกระบบ ได้แก่ กลุ่มเกษตรกร และกลุ่มแรงงานประมง กลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มแรงงานสูงอายุ

สถานการณ์โรคจากสิ่งแวดล้อม พบว่าปัจจุบันมลพิษสิ่งแวดล้อมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยสาเหตุสำคัญเกิดได้ทั้งปรากฏการณ์ธรรมชาติ และผลจากการกระทำของมนุษย์ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหามลพิษทางอากาศ ปัญหามลพิษจากกิจกรรมพลังงาน ปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีในสิ่งแวดล้อม ปัญหามลพิษจากขยะทั่วไปและปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ จากประเด็นปัญหาดังกล่าวเหล่านี้ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจึงได้ดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพ และเฝ้าระวังโรคให้กับประชาชนในพื้นที่เสี่ยงปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม จากการสำรวจข้อมูลพบว่า มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมหลายล้านคน สามารถแยกกลุ่มปัญหาสำคัญ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนของโลหะหนัก ประกอบด้วยพื้นที่เหมืองแร่ทองคำจังหวัดเลย พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก โดยประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการปนเปื้อนสารโลหะหนัก เช่น สารหนู แมงกานีส และไซยาไนด์ สำหรับพื้นที่ที่ปนเปื้อนสารหนู ได้แก่ พื้นที่เหมืองแร่สังกะสี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี อำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา สำหรับพื้นที่ปนเปื้อนสารตะกั่วได้แก่ ลำห้วยคลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี นอกจากนี้สถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการใช้สารโลหะหนักในกระบวนการผลิต เช่น โรงงานแบตเตอรี่ โรงงานคิดแยกกากของเสียอุตสาหกรรม โรงงานบัดกรีที่ใช้สารโลหะหนัก

กลุ่มที่ 2 พื้นที่มลพิษทางอากาศ ภาคเหนือ ได้แก่ สคร.1 และสคร.2 ภาคใต้ ได้แก่ สคร.11 และ สคร.12 ภาคกลาง ได้แก่ สคร.4 ภาคตะวันออก ได้แก่ สคร.6 และพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อด้านสุขภาพ 4 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิด กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ

กลุ่มที่ 3 พื้นที่ขยะอิเล็กทรอนิกส์และการลักลอบทิ้งกากของเสียอุตสาหกรรม พบปัญหาในพื้นที่จังหวัดที่มีความเสี่ยงสูง (hot zone) ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ นครราชสีมา กาญจนบุรี พระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น บุรีรัมย์ กาฬสินธุ์ และอุบลราชธานี

กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้พัฒนานโยบาย มาตรการ และแนวทางเพื่อการดูแลสุขภาพและเฝ้าระวัง ป้องกัน โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชน ผู้ประกอบอาชีพ และผู้ที่ได้รับผลกระทบมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบการแจ้งข่าว การเตือนภัย และสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมให้ทันสมัย พร้อมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ สามารถปฏิบัติงาน สื่อสารข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพ และสามารถจัดบริการอาชีวเวชกรรมและเวช

กรรมสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ได้

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565 – 2569) หรือ 20 ปี

- ปี 2565 อัตราป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วในเด็ก อายุ 0-14 ปี < 0.001 ต่อแสนประชากร
- จังหวัดสามารถดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
- จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพการบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน
- จำนวนจังหวัดที่มีทีมปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมี และรังสี
- จำนวนจังหวัดที่มีข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
- จำนวนจังหวัดมีรายงานสรุปลักษณะการณ์และผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาและช่องว่างปัจจัยด้านทรัพยากร บุคลากร และเทคโนโลยี สำหรับการศึกษาวิจัยด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้สามารถบรรลุกับเป้าหมายที่กำหนด ดังนี้

- บุคลากรส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการทำงานวิจัย
- บุคลากรมีภาระงานประจำอื่นจำนวนมาก ทำให้การพัฒนางานวิจัยขาดความต่อเนื่อง
- ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน ทำให้การดำเนินงานวิจัยไม่ต่อเนื่อง
- ขาดแคลนเทคโนโลยีที่จะอำนวยความสะดวกสำหรับการจัดเก็บ วิเคราะห์ แปลผล ข้อมูล เพื่อใช้ประโยชน์ในงานวิจัย

ปัญหาการบริหารจัดการเชิงระบบ และปัจจัยอื่น ๆ ดังนี้

- ปัญหาขาดการประเมินประสิทธิผล และกลไกการจัดบริการอาชีวอนามัยของแรงงานในระบบและนอกระบบ
- ปัญหาประเมินความคุ้มค่าของต้นทุนการจัดบริการอาชีวอนามัยของ แรงงานในระบบและนอกระบบ
- พัฒนาแนวทาง การศึกษารูปแบบ และกลไกความเชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

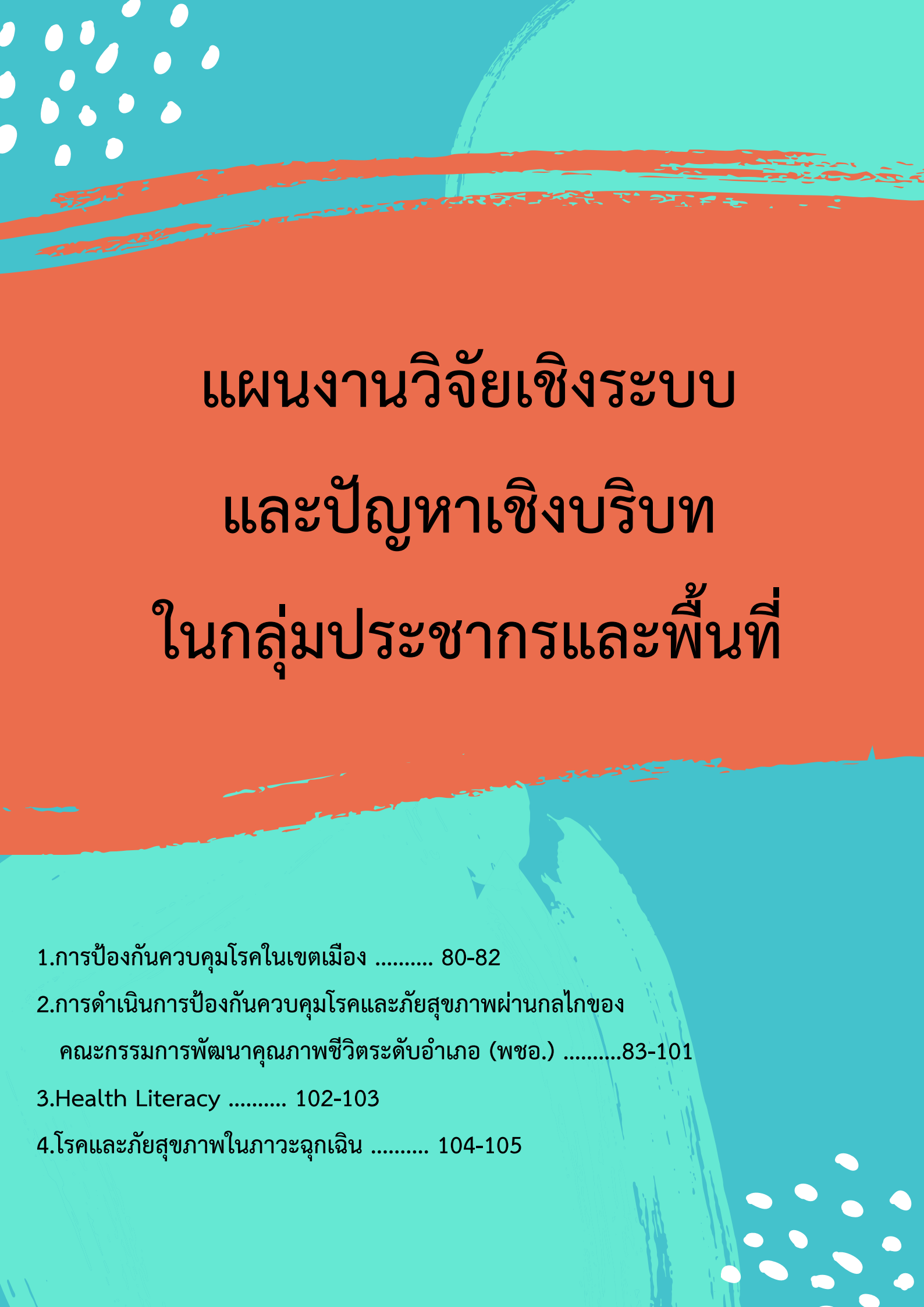
ประเด็นวิจัย

1. โรคจากการประกอบอาชีพ

- รหัส D01** การพัฒนานวัตกรรมองค์ความรู้ เทคโนโลยี รวมทั้งแอปพลิเคชันสำหรับการประเมินความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ นวัตกรรมและเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงภัยต่อสุขภาพ จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารโลหะหนัก สารกลุ่มปิโตรเคมี สารก่อมะเร็ง และสุขภาพจิตจากการประกอบอาชีพ
- รหัส D02** การศึกษารูปแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการพัฒนาระบบข้อมูลด้าน สุขภาพ และสิ่งแวดล้อมแบบพหุภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องยั่งยืน ได้แก่ ข้อมูลการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี และข้อมูลสารเคมีอันตราย ที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
- รหัส D03** การศึกษารูปแบบ เทคโนโลยี และนวัตกรรมของการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพสูง สำหรับแรงงานในระบบและนอกระบบ
- รหัส D04** การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะและกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพ ได้แก่ แรงงานสูงอายุ เด็กเล็ก
- รหัส D05** การศึกษารูปแบบการประเมินความเสี่ยง และปัญหาสุขภาพของโรคอุบัติใหม่จากการทำงาน ได้แก่ โรคจากไวรัสโคโรนา และโรคจากสารเคมีชนิดใหม่
- รหัส D06** การศึกษาประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ได้แก่ ด้านมาตรการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ด้านนโยบายบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีประเมินความเสี่ยงโรคภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และด้านการจัดบริการอาชีวเวชกรรม
- รหัส D07** การศึกษาวิธีการ รูปแบบ และการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562

2. โรคจากสิ่งแวดล้อม

- รหัส D08** การพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สารเคมีปนเปื้อนในดิน น้ำ และอากาศ สารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน (POPs) และสารประกอบอินทรีย์ระเหย (VOCs)
- รหัส D09** การพัฒนานวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสำหรับการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจสอบปริมาณ และการเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากสารเคมีและรังสี รวมทั้งการพัฒนาการตรวจวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ง่าย สำหรับการประเมินความเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยง การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรค ได้แก่ ชุดทดสอบอย่างง่ายเพื่อตรวจตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับสารโลหะหนักพัฒนาวิธีวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ชีวภาพสำหรับสารกำจัดศัตรูพืช พัฒนาวิธีวิเคราะห์ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับสารมลพิษตกค้างยาวนาน
- รหัส D10** การศึกษาวิธีการ รูปแบบ และการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562
- รหัส D11** การศึกษาประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขได้แก่ ด้านมาตรการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม ด้านนโยบายบริหารจัดการ ด้านการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีประเมินความเสี่ยงโรคภัยสุขภาพจากการสิ่งแวดล้อม และด้านการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม
- รหัส D12** การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศและจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน และผลกระทบทางสุขภาพจากปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นที่สำคัญ



แผนงานวิจัยเชิงระบบ และปัญหาเชิงบริบท ในกลุ่มประชากรและพื้นที่

- 1.การป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง 80-82
- 2.การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)83-101
- 3.Health Literacy 102-103
- 4.โรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน 104-105

แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่

1. กลุ่มเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่

การป้องกันควบคุมโรคในเขตเมือง

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

การขยายตัวของความเป็นเมืองในประเทศไทย เป็นผลพวงจากความเจริญทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรที่ย้ายถิ่นฐานมาจากพื้นที่อันหลากหลายทั้งในประเทศและนานาชาติที่เข้ามาตั้งถิ่นฐาน ประกอบอาชีพ โดยมีเศรษฐกิจและโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมกัน มีคติความเชื่อส่วนบุคคลและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นแบบแผนแตกต่างกัน การจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนเขตเมืองในเรื่องการจัดการด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ความสามารถในการเข้าถึงอาหารปลอดภัยอาหารผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ น้ำ การจัดการพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ การจัดการขยะมูลฝอยของเสียในเมือง ระบบการขนส่งที่ปลอดภัยและคุ้มครองผู้โดยสาร โครงสร้างพื้นฐาน สุขาภิบาลของที่อยู่อาศัย การป้องกันภัย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว สังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงมีความซับซ้อนภายใต้บริบทที่หลากหลายทั้งในเรื่องของความเหลื่อมล้ำทางรายได้ รูปแบบการรวมตัวเป็นชุมชน แหล่งที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อม เช่น อาคารชุดประเภทต่าง ๆ ห้องเช่า บ้านจัดสรร ชุมชนดั้งเดิม ชุมชนย้ายถิ่น ชุมชนแออัด และพื้นที่สาธารณะสำหรับกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตอิสระ สภาพวิถีการดำรงชีวิตและอาชีพที่หลากหลาย เช่น แรงงานรับจ้างทั่วไป พนักงานในบริษัท ห้างร้าน องค์กรภาครัฐ เอกชน โรงงานอุตสาหกรรม และงานบริการที่ทำการในช่วงกลางวัน หรือในช่วงเวลากลางคืน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารออนไลน์ที่ต่อเนื่อง การบริโภคปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การใช้ชีวิตที่ออกกำลังกายน้อย ความอ้วน ความเครียด การอยู่ในสถานที่เดียวกันอย่างแออัด ปัจจัยข้างต้นของการใช้ชีวิตแบบเมืองจึงมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเขตเมือง โดยเฉพาะการควบคุมป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อโดยตรง

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ พ.ศ.				
	2565	2566	2567	2568	2569
ร้อยละความสำเร็จของ เครือข่ายที่มีการพัฒนาระบบ และกลไก การจัดการระบบ ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขต เมือง	ร้อยละ 30ของ เครือข่ายเขต เมืองใน ระดับประเทศ	ร้อยละ 40ของ เครือข่ายเขต เมืองใน ระดับประเทศ	ร้อยละ 50ของ เครือข่ายเขตเมือง ในระดับประเทศ	ร้อยละ 60ของ เครือข่ายเขตเมือง ในระดับประเทศ	ร้อยละ 70ของ เครือข่ายเขต เมืองใน ระดับประเทศ
จำนวนนโยบายรูปแบบ มาตรการแนวทางการจัดระบบ ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขต เมืองที่ดำเนินการแล้วเสร็จ	อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- ประชากรเขตเมืองส่วนหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ประชากรย้ายถิ่น ประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว ซึ่งส่วนใหญ่เข้ามาประกอบอาชีพรับจ้าง และมีฐานะยากจน เป็นกลุ่มที่ไม่มีข้อมูลในทะเบียนราษฎร์ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการระบาดของโรค ไม่สนใจการดูแลสุขภาพของตนและไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสังคม ซึ่งทำให้การติดตามประเมินคุณภาพ การป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองยากลำบากกว่าในเขตชนบท
- ประชาชน นักเรียน นักศึกษาในเขตเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพและเรียนในเวลากลางวัน ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ปิด ไม่มีคนอยู่ ผู้ที่เฝ้าบ้านมักเป็นผู้สูงอายุ หรือแรงงานต่างด้าวที่เป็นแม่บ้านหรือคนรับใช้ ทำให้การเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร
- การใช้ชีวิตของประชาชนในเขตเมืองมีความเป็นปัจเจกบุคคลสูง ไม่รู้จักเพื่อนบ้าน ต่างคนต่างอยู่ไม่มีความสัมพันธ์ในชุมชน หมู่บ้านจัดสรร อาคารที่พักอาศัย คอนโดเนียม ส่งผลให้หน่วยงานเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในบริบทเขตเมืองมีความยุ่งยาก ซับซ้อนไม่ได้รับความร่วมมือ
- ชุมชนในเขตเมืองเข้าถึงยาก ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบอาคารสูง หมู่บ้านจัดสรร คอนโดเนียม ไม่มีอาสาสมัครที่คอยเฝ้าระวังโรคและเชื่อมต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแตกต่างจากชุมชนในชนบท
- การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี การลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายตามแนวชายแดน การเดินทางท่องเที่ยว ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เพิ่มมากขึ้น
- การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวโดยรวมไม่ครบถ้วน ทำให้ขาดข้อมูลสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองด้วย หากแรงงานเหล่านั้นเดินทางเข้าออก พำนักรออาศัย หรือทำงานในสถานประกอบการในเขตเมือง
- พื้นที่เขตเมืองส่วนใหญ่เป็นศูนย์กลางการคมนาคมในแต่ละภูมิภาคหรือจังหวัดของประเทศ เช่น สนามบิน สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง เป็นต้น ตลอดจนการใช้ยานพาหนะที่เพิ่มขึ้นและการจราจรหนาแน่นในเขตเมืองมีโอกาสให้เกิดอุบัติเหตุแก่ประชาชน และการแพร่กระจายโรคที่รวดเร็วและยากต่อการป้องกันควบคุมเมื่อเกิดสถานการณ์ระบาด
- นโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวและการลดความเข้มงวดในการเดินทางเข้าออกประเทศกับประเทศกลุ่มเสี่ยงบางประเทศ ทำให้ความเสี่ยงในการแพร่กระจายโรคระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น เช่น Ebola, MERS เป็นต้น

ประเด็นวิจัย

- รหัส E01 ศูนย์ต้นแบบตรวจประเมินความพร้อมทางการแพทย์ในผู้ขับขี่ (Medical Fitness to Drive)
- รหัส E02 ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ง่ายต่อการเข้าถึงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง
- รหัส E03 การพัฒนาระบบสังเกตอาการและระบบการกักกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานและอากาศยานเพื่อลดภัยคุกคามข้ามแดนจากโรคติดต่อแบบครบวงจร
- รหัส E04 การพัฒนาศักยภาพระบบปฏิบัติการทางการแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมความมั่นคงด้านสุขภาพโลกและลดภัยคุกคามข้ามแดนจากโรคติดต่อ
- รหัส E05 การพัฒนาระบบตรวจสุขภาพและการให้วัคซีนที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรในท่าอากาศยานและอากาศยานเพื่อป้องกันภัยคุกคามข้ามแดนจากโรคติดต่อ
- รหัส E06 การพัฒนารูปแบบระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรร

2. การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พขอ.)

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

2.1 สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนมาเป็นระยะเวลา 100 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อให้มีความเหมาะสมกับโครงสร้างและ บริบทของประเทศมาโดยตลอด อาทิ การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การปฏิรูประบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน การทดลองกระจายอำนาจด้าน สุขภาพโดยการโอนสถานีนอนามัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเปลี่ยนสถานีนอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การเปิด พื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ, 2558)

การที่ประเทศไทยมีบริบทด้านต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างของประชากรที่ก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ การเผชิญหน้ากับโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดวิกฤติการณ์ทางสังคม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตและความก้าวล้ำเทคโนโลยี (สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน, 2558) ทำให้การ ปฏิรูปดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อระบบสุขภาพ จึงได้ขยายมิติของสุขภาพให้กว้างกว่าการบริการสุขภาพ โดย มุ่งเน้นระบบสุขภาพสร้างนำซ่อม ครอบคลุมทั้งการแก้ไขหรือการตรากฎหมายใหม่ มาตรการ เครื่องมือ บริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all Policies) เชื่อมโยงเรื่อง ระบบสุขภาพในการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน ทั้งระบบสุขภาพชุมชน ระดับตำบลและระบบบริหารสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System : DHS) โดยในปี พ.ศ. 2557 ได้มีนโยบายทีมหมอครอบครัวทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบ District Health System มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดกับประชาชน มีส่วนในการเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่องทันทั่วทั้งที่ รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นที่ ปรีक्षा (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) แต่ก็ยังพบปัญหาอันเกิดมาจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิขาดแคลนทรัพยากรทางด้านบุคลากร งบประมาณ ยานพาหนะและอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นสำหรับ ปฏิบัติงาน ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการให้เกิดคุณภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (กันยา บุญธรรม, 2553; สมยศ ศรีจารนัยและคณะ, 2558) การวิเคราะห์และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพไปยกระดับการเรียนรู้ของทีม หมอครอบครัวยังจำกัด ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายส่วนกลางทำให้ตัวชี้วัดทางนโยบายเกิดการเปลี่ยนแปลง บ่อยกระทบกับคนทำงานในพื้นที่ เช่น ภาระงานเอกสารมากและความสับสนเกินจำเป็น ในระยะยาวส่งผลให้

บั่นทอนความคิดริเริ่มและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศและความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ในการตอบสนองความต้องการของประชาชน (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, 2558)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ในภาพรวมของประเทศ ยังคงเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) **อัตราการตายของมารดา** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเป้าหมายของประเทศไทยนั้นอัตราการตายมารดาไม่เกิน 15 คน ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่พบว่าปี 2555-2558 อัตราตายของมารดาอยู่ระหว่าง 17.6 – 24.6 ซึ่งเกินครึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยที่น่าจะป้องกันได้ โดยเฉพาะจากการตกเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง น้ำคร่ำอุดตันและการติดเชื้อในกระแสเลือดรวมถึงการแท้ง (สถิติสาธารณสุข, 2558) 2) **โรคเอดส์** พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30 – 34 ปี ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานและเป็นกำลังหลักสำคัญของประเทศ ส่วนแรงงานข้ามชาติที่สามารถทดแทนได้สามารถเข้าถึงบริการ VCT (Voluntary Counseling and Testing) ได้เพียงร้อยละ 6 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2558) 3) **โรควัณโรค** ปี 2558 พบผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 44.70 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2559) 4) **โรคไข้เลือดออก** ที่มีแนวโน้มขึ้นลงโดยปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกสูงกว่าโรคมาลาเรียถึงเกือบ 3 เท่าตัว (สำนักโรคติดต่อทางแมลง กรมควบคุมโรค, 2559) 5) **โรคไวรัสตับอักเสบบี** เป็นโรคที่ระบุชัดเจนในตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs - Sustainable Development Goals) แต่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในรอบ 10 ปี โดยพบอัตราป่วยปี 2555 – 2558 อยู่ระหว่าง 9.07 – 10.30 ต่อประชากรแสนคน และปี 2560 เท่ากับ 10.12 ต่อประชากรแสนคน (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2555-2560) 6) **โรคไม่ติดต่อทั่วไป** โดยเฉพาะโรคมะเร็ง เบาหวาน ระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุให้คนไทยสูญเสียปีสุขภาวะในปี 2556 มากถึง 15.3 ล้านปี หรือเท่ากับ 930,053 ล้านบาทหรือร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดในประเทศ คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม ความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ที่พบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ ในปี 2557 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.7 และเบาหวานร้อยละ 43.1 ไม่ทราบว่าตนมีภาวะดังกล่าว (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559) 7) **ด้านการบริโภคแอลกอฮอล์** ประเทศไทยตั้งเป้าหมายจะลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรให้เหลือ 6.03 ลิตรภายในปี 2568 แต่ปี 2553 เป็นต้นมา แนวโน้มการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยไม่ลดลง โดยพบว่าปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ปี 2553-2558 อยู่ระหว่าง 6.7 – 7.1 ลิตร (รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2, 2559) 8) **อุบัติเหตุทางจราจร** อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนของไทยสูงที่สุดในอาเซียนและสูงเป็นอันดับสองของโลก โดยในปี 2558 พบว่ายานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดคือรถจักรยานยนต์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) นอกจากนี้พฤติกรรมเสี่ยงของการเสียชีวิต คือการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และไม่สวมหมวกนิรภัย รวมทั้งการขับฝ่าฝืนหลังจากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ, 2558) 9) **โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ**

พบว่าปี 2550 – 2552 มีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคสารเคมีจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช/สัตว์ที่ใช้ภาคเกษตรกรรมและพิษสารเคมีในภาคอุตสาหกรรม (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2552) รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางกายภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกด้วย (แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขาภาพ ฉบับที่ 1, 2556)

2.1.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

2.1.2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตสารสนเทศ

ประเทศไทยมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่สะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงได้ง่ายด้วยเทคโนโลยีไร้สาย โดยมีการประยุกต์ใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตกับการสื่อสารอยู่หลายรูปแบบ เช่น ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) การสนทนา (chat) การอ่านหรือแสดงความคิดเห็นในเว็บบอร์ด การเรียนรู้ออนไลน์ (e-learning) เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social network) เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบงานสาธารณสุข, 2560)

โดยเฉพาะการเรียนรู้ออนไลน์ (e-learning) ที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของการเรียนการสอนแบบดั้งเดิมลดน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนเปลี่ยนไป เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบใหม่โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศก่อรูปแบบของสื่อต่างๆ ทั้งเสียง ภาพ และตัวอักษร (กมลรัตน์ วงศ์ถามาตรย์ และประดับเกียรติ จันทน์ไทย, 2561) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายของการเรียนรู้สามารถพัฒนาองค์ความรู้ได้ตลอดเวลาจากเครือข่ายคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ต

2.1.2.2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภค

ประชากรไทยในปัจจุบันมีการบริโภคอาหารบางประเภท เช่น เนื้อสัตว์บ่อยมากขึ้น มีการรับประทานอาหาร อาหารที่ประกอบด้วยการทอดบอญกว่าอาหารที่ประกอบด้วยการนึ่งและต้ม นอกจากนี้ยังกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยเฉพาะผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลทำให้ประชาชนไทยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในขณะนี้แนวโน้มมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานและอ้วนมากขึ้น ในเด็กมีปัญหาทุพโภชนาการจากความอ้วนมากกว่าภาวะผอมและเตี้ยในอดีต สถานการณ์ปัญหาโรคอ้วนแม้ว่าผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมีความชุกสูงกว่าภาคอื่นแต่ในขณะนี้พบในทุกภูมิภาคของประเทศ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว โดยภาวะอ้วนนี้เป็นปัจจัยของโรคเรื้อรังต่างๆ อีกหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเป็นระยะๆ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554)

2.1.2.3 การบริโภคเกลือ

รายงานการสำรวจการบริโภคเกลือของ INTERSALT (1985-87) และ INTERMAP (1996-99) โดยใช้การตรวจโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ใน 8 ประเทศ พบว่า ทั้ง 8 ประเทศมีการบริโภคเกลือเกินความต้องการ ในประเทศสวีเดนพบว่าค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมสูงถึง 7200 กรัมต่อวันซึ่งองค์การ

อนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน (อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์, 2556) นอกจากนี้ Dietary Guidelines for Americans ปีพ.ศ.2553 ได้แนะนำปริมาณการบริโภคเกลือ ดังนี้ ควรลดปริมาณการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน และในอนาคตควรลดปริมาณการบริโภคเกลือในคนอเมริกันที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้บริโภคโซเดียมน้อยกว่า 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากรายงานการสำรวจพบว่า ชาวอเมริกันส่วนใหญ่บริโภคโซเดียมในปริมาณที่มากกว่าปริมาณที่แนะนำให้บริโภคคือ 3,400 มิลลิกรัมต่อวัน (อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์, 2556)

ปัจจุบันพบว่าประชากรไทยมีการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเฉลี่ยมากกว่าปริมาณโซเดียมที่แนะนำคือต้องไม่เกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเกลือ 6 กรัมต่อวัน การได้รับเกลือจากอาหารของคนไทยมาจากแหล่งสำคัญ 2 แหล่ง คือ จากเครื่องปรุงรส ที่ใช้ปรุงประกอบอาหาร จากการสำรวจของกองโภชนาการ พบว่า 5 อันดับแรก คือ น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊วขาว กะปิ และผงปรุงรส และจากการกินอาหารที่มีเกลือ 5 อันดับแรก ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปพร้อมเครื่องปรุง ปลากระป๋อง ปลาทูน่า น้ำพริกต่างๆ และปลาต้ม (วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 2557) การได้รับโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2,972.7 มิลลิกรัมต่อวัน โดยผู้ที่อาศัยในภาคเหนือมีค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมสูงสุด (3,733.2 มิลลิกรัม) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร และผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลบริโภคโซเดียมจากอาหาร (ค่ามัธยฐาน = 3,193.8 มิลลิกรัม) สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล (ค่ามัธยฐาน = 2,809.3 มิลลิกรัม) (วิชัย เอกพลากร, 2552)

2.1.2.4 การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยตั้งแต่ประมาณปี 2543 - 2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) และคาดว่าปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรอายุ 60 ขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 และในปี พ.ศ.2574 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 (BTL Bankok, 2561) นอกจากการคาดการณ์ในเรื่องประชากรผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่าการคาดการณ์อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงาน โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2583 ประชากรวัยแรงงาน 1.7 คนจะแบกรับภาระผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาโครงสร้างทางเศรษฐกิจและรายได้ของประเทศไทยที่ทำให้การเกิดแนวโน้มลดลง และจะก่อปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของคนไทย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาโรคระบาด ภาระทางการคลังของระบบบริการทางสังคม เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560)

2.1.2.5 คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2560) ได้วิเคราะห์ว่าการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยพบว่าการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกๆปีทั้งโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงหรือการดำรงชีวิต รวมทั้งโรคที่เกิดจากสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุทางท้องถนน มลภาวะทางสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่าความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤตเพิ่มขึ้น ได้แก่ การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำและการดื้อยาต้านจุลชีพ

2.1.2.6 ด้านการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

ในการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงสภาวะอากาศ การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของดิน ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลซึ่งภัยแล้งมีระยะเวลายาวนานขึ้น การเกิดแผ่นดินไหว โคลนถล่ม ปัญหายะยะมูลฝอยที่ไม่ได้รับการแก้ไข มลพิษทางอากาศที่เกิดขึ้นทั้งปี คุณภาพน้ำอุปโภคบริโภคที่มีแนวโน้มลดลง สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีพของมนุษย์และด้านสุขภาพตามมา (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560)

2.1.2.7 การพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความก้าวหน้าของคนไทย ปี พ.ศ.2562 โดยสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2562) พบว่า การพัฒนาคนไทยในภาพรวมของปี พ.ศ. 2562 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงเท่าใดนักเมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2558 โดย

ด้านที่มีการพัฒนาเพิ่มหรือเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ 1) ด้านการคมนาคมและการสื่อสาร ซึ่งเป็นผลมาจากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี การสื่อสารและสารสนเทศ มีการเข้าถึงโทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตได้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้น และมีการพัฒนาถนนสายหลักในหมู่บ้านให้สามารถใช้งานได้อย่างดีเพิ่มขึ้น ซึ่งผลที่ตามมาคืออุบัติเหตุทางถนนที่มีเพิ่มสูงขึ้นและมีจำนวนคดีเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน 2) ด้านชีวิตการทำงาน เป็นผลจากการเร่งขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสังคมทั้งในกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ (แรงงานภาคเกษตรผู้ประกอบอาชีพอิสระรายย่อย) แต่ยังพบประเด็นที่ต้องเร่งดำเนินการคือการเพิ่มหลักประกันสังคมด้านการมีเงินออมหลังเกษียณอายุ 3) ด้านการศึกษา ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการสนับสนุนทางการศึกษารูปแบบต่างๆ อาทิ โครงการเรียนฟรี 15 ปี กองทุนเงินให้กู้ยืมเงินเพื่อการศึกษา (กยศ.) การจัดการศึกษาสำหรับผู้ที่ยอยู่นอกระบบโรงเรียน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาด้านอื่นๆ การศึกษามีความก้าวหน้าน้อยที่สุด รวมทั้งยังมีความแตกต่างระหว่างจังหวัดค่อนข้างสูง 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เนื่องจากการลดลงของประชากรที่ประสบอุทกภัยและภัยแล้งและการลดลงของสัดส่วนการปล่อยก๊าซเรือนกระจกด้านพลังงาน อย่างไรก็ตามการมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานทำให้สภาพการอยู่อาศัยส่วนหนึ่งเป็นการเช่า และส่วนหนึ่งเป็นผู้ซื้อที่อยู่ระหว่างการเช่าซื้อ/ผ่อนชำระ

ด้านการพัฒนาลดลง ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมซึ่งพิจารณาจากการไปใช้สิทธิลงประชามติร่างรัฐธรรมนูญที่ลดลง และการลดลงของครัวเรือนที่เป็นสมาชิกกลุ่ม/องค์กรท้องถิ่น อย่างไรก็ตามสัดส่วนของจำนวนองค์กรชุมชนและครัวเรือนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้านเพิ่มขึ้น 2) ด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าการพัฒนาสุขภาพได้มีการดำเนินงานทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมทั้งการจัดบริการที่มีคุณภาพครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตามด้านการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนมีความก้าวหน้าลดลง สะท้อนจากอัตราการกึ่งที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน และสัดส่วนผู้พิการเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การเข้าถึงคนสูงอายุและวิถีชีวิตของคนในสังคมส่งผลให้แนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อสมรรถนะร่างกาย การติดเชื้อ และภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งสนับสนุนให้สังคม สิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาวะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนจึงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญในการพัฒนาด้านสุขภาพ 3) ด้านรายได้ พบว่า ในปี พ.ศ.2558 การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนคนจน หนี้ครัวเรือนเพื่อการอุปโภคบริโภคและค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของรายได้ มีค่าเพิ่มขึ้นทำให้ความก้าวหน้าด้านรายได้ลดลง 4) ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน เป็นผลมาจากจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังคนเดียวและครัวเรือนมีหัวหน้าครัวเรือนเดียว (หย่า/หม้าย) เพิ่มขึ้น รวมทั้งจำนวนคดีอาญาเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งของครอบครัวที่เป็นหน่วยผลิตและบ่มเพาะคนรุ่นใหม่ที่จะเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศรวมถึงการดูแลบุคคลในครอบครัว

2.2 แนวคิดการประเมินการดำเนินงาน

2.2.1 ความหมายของประสิทธิผล (Effective) มีนักวิชาการหลายคนที่ได้ให้ความหมายของคำว่าประสิทธิผล เช่น

ประสิทธิผล หมายถึงการประเมินผลว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ในเชิงเศรษฐศาสตร์ เป็นการเปรียบเทียบอัตราส่วนของปัจจัยนำเข้าต่อผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นการวิเคราะห์ในแง่ต้นทุน-ประสิทธิผล ซึ่งต้องตีค่าออกมาเป็นตัวเงิน (สุภสิทธิ์ พรธมนารุณทัต, 2544)

ประสิทธิผล หมายถึง ความสามารถในการเลือกเป้าหมายที่เหมาะสมและบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ประสิทธิภาพจึงวัดกันที่ว่าการสามารถสนองผู้บริโภคสินค้าหรือบริการที่เป็นต้องการหรือไม่ และสามารถบรรลุในสิ่งที่พยายามจะทำมาน้อยเพียงใด (วิทยา ดำนังอรกุล, 2546)

ประสิทธิผล หมายถึง ผลสำเร็จของงานที่เป็นไปตามความมุ่งหวัง (Purpose) ที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ (Objective) หรือเป้าหมาย (Goal) และเป้าหมายเฉพาะ (Target) ซึ่งประกอบด้วย 1) เป้าหมายเชิงปริมาณ จะกำหนดชนิดประเภทและจำนวนของผลผลิตสุดท้ายต้องการที่ได้รับเมื่อการดำเนินงาน

เสร็จสิ้นลง 2) เป้าหมายเชิงคุณภาพจะแสดงถึงคุณค่าของผลผลิตที่ได้รับจากการดำเนินงานนั้นๆ 3) มุ่งเน้นที่จุดสิ้นสุดของกิจกรรมหรือการดำเนินงานว่าได้ผลตามที่ตั้งไว้หรือไม่ และ 4) มีตัวชี้วัด (Indicator) ที่ชัดเจน (<http://bankusayei.blogspot.com/2015/01/blogpost.html>)

ประสิทธิผล หมายถึง การที่องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายทั้งระยะสั้นหรือจุดหมาย และระยะยาวหรือวิธีการโดยบรรลุเป้าหมายในระดับที่ดีเลิศเกินกว่าระดับปกติ และสอดคล้องหรือตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับองค์กรด้วย ดังนั้นการวัดหรือประเมินประสิทธิผลควรวัดในหลายด้านทั้งด้านการเงินและด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการเงิน เช่นความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องกับองค์กร (สมจินตนา คุ่มภัย, 2553)

2.2.2 แนวคิดการประเมินประสิทธิผล

การเปรียบเทียบประสิทธิผลหรือพิจารณาความแตกต่างระหว่างความคาดหวังและผลการปฏิบัติ (Seldin, 1998) สามารถดำเนินการได้ ดังนี้

1. การวัดประสิทธิผลขององค์กรโดยใช้ตัวบ่งชี้เดี่ยว (Single criterion measures of effectiveness) เป็นการวัดประสิทธิผลขององค์กรในยุคแรก โดยผู้ประเมินจะแสวงหาเกณฑ์ที่เหมาะสมที่สุด (Ultimate Criterion) เพียงเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพื่อวัดความสำเร็จขององค์กร (Seldin, 1998; พงษ์เทพ จันทสุวรรณ, 2533) สำหรับข้อเสียจากวัดในลักษณะนี้ได้แก่

- 1.1 เกณฑ์ที่ใช้วัดประสิทธิผลดังกล่าว อาจจะยังไม่สามารถอธิบายความหมายของประสิทธิผลได้อย่างครอบคลุม

- 1.2 เกณฑ์หรือตัวแปรบางตัวเกิดจากค่านิยมส่วนตัว (Value Judgement) ของผู้วัดหรือผู้บริหารซึ่งยังไม่สามารถวัดความสามารถขององค์กรได้อย่างแท้จริง (พงษ์เทพ จันทสุวรรณ, 2533)

- 1.3 กิจกรรมภายในองค์กร ประกอบด้วยโครงการหลายโครงการซึ่งกระบวนการงานในแต่ละโครงการอาจมีความขัดแย้งหรือทับซ้อนกัน เป็นผลเนื่องมาจากเป้าหมายของโครงการไม่เหมือนกัน ดังนั้นการนำเกณฑ์วัดประสิทธิผลเชิงเดี่ยวมาใช้จึงไม่เหมาะสม (Cameron, 1981)

2. ประเมินประสิทธิผลโดยหลายเกณฑ์ (The multiple criteria of effectiveness) เป็นการวิเคราะห์ประสิทธิผลองค์กรโดยใช้เกณฑ์หลายอย่างในการวัดประเมินผล ซึ่งพิจารณาจากตัวแปรที่อาจมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร และพยายามแสดงให้เห็นว่าตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์ (พงษ์เทพ จันทสุวรรณ, 2553; ธรณี มหามนต์, 2529) ซึ่ง John P. Campbell (1977) ได้ดำเนินการรวบรวมตัวเกณฑ์หรือตัวแปรที่มักจะใช้วัดประสิทธิผลขององค์กร ได้ทั้งสิ้น 30 เกณฑ์หรือตัวแปร เช่น ประสิทธิภาพโดยรวมขององค์กร (Overall Effectiveness) ผลผลิตหรือความสามารถในการผลิต (Productivity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) กำไร (Profit) คุณภาพ (Quality) อุบัติเหตุ (Accidents) การเติบโต (Growth) อัตราการขาดงาน (Absenteeism) อัตราการ

ออกจากงาน (Turnover) ความพึงพอใจในการทำงาน (Job satisfaction) การวางแผนและการกำหนดเป้าหมาย (Planning and Goal Setting) เป็นต้น

สำหรับแนวคิดการประเมินประสิทธิผลของงานด้านสุขภาพนั้น สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ (2550) ได้อ้างถึงรายงานของ The National Health Ministers' Benchmarking Work Group (2542) ในประเด็นองค์ประกอบการวัดประสิทธิผลซึ่งประกอบด้วย 3 ชุดตัวชี้วัด ได้แก่

1. ชุดองค์ประกอบเพื่อการวัดด้านคุณภาพ ประกอบด้วย

- ผลการให้บริการของโรงพยาบาล (ตามตัวชี้วัดที่จะจัดทำขึ้น)
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- ปรากฏการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากโรงพยาบาล เช่น อัตราการเข้าพักในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาซ้ำ (Readmission rate) ของผู้ป่วยฉุกเฉิน อัตราการต้องกลับเข้าผ่าตัดในโรงพยาบาลอีกโดยไม่ได้วางแผนไว้ อัตราการติดเชื้อจากโรงพยาบาล เป็นต้น
- ขั้นตอนการปฏิบัติการ เช่น สัดส่วนของการให้บริการที่ได้รับการตรวจสอบ

2. ชุดองค์ประกอบด้านความเหมาะสม ประกอบด้วย Separation per 1,000 population และระดับความแตกต่างของการให้บริการ (Variation in intervention rates)

3. ชุดองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การรอรับบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และ การที่ผู้รับบริการเข้าถึงสถานบริการ (Physical access)

2.2.3 การวัดประสิทธิผล

สุคนธา คงศีล และคณะ (2553) ได้อธิบายหลักการวัดประสิทธิผลดังนี้

1. เลือกตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้ที่ต้องการวัดประสิทธิผลจะต้องทราบวัตถุประสงค์ เป้าหมาย หรือผลลัพธ์ของกิจกรรมที่จะวัด ซึ่งนิยมวัดผลลัพธ์ระดับ Intermediate Outcomes หรือ Final Outcomes

2. เลือกวิธีวัดประสิทธิผล ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์และพิจารณาของประเด็นที่ต้องการวัดประสิทธิผล ว่าควรดำเนินการเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ หรือดำเนินการทั้ง 2 ลักษณะ โดยในบางกิจกรรมต้องการวัดหรือเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณแต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พบว่าสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพได้ในอีกมิติหนึ่ง

2.2 การวัดผลกระทบหรือผลข้างเคียง

2.3 การวัดผลที่ต้องการ โดยให้คำนึงถึงวัตถุประสงค์เป็นสำคัญ ทั้งนี้ผลของการวัดควรเป็นผลลัพธ์ที่ดี เกิดประโยชน์ต่อการตอบคำถามและการนำไปใช้ รวมทั้งเป็นผลลัพธ์ที่ใช้ต้นทุนไม่สูงมากนักในการเก็บข้อมูล

2.4 เป็นการวัดที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลง

3. การวัดประสิทธิผลของระบบสุขภาพหรือการประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่

3.1 การอยู่รอด (Survival) และการตาย เป็นการประเมินจากสถานการณ์ การกลับซ้ำของโรค หรือจำนวนการเสียชีวิต

3.2 ความสามารถที่ลดลง (Impairment) เกิดจากพยาธิสภาพของร่างกายที่เป็นผลจากการตรวจวินิจฉัยโรคหรือเป็นการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการรักษา

3.3 ความพิการ (Disability) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีผลทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงสังคมสูง

3.4 คุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่จะมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และสถานภาพในสังคม เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์

3.5 ความพึงพอใจ (Satisfaction) ในผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งแตกต่างจากผลของการได้รับบริการ

2.2.4 ตัวชี้วัดหรือตัวแปรในการประเมินประสิทธิผล

ปรีดา ทศนประดิษฐ์ และคณะ (2546) ได้กล่าวถึงตัวชี้วัดหรือตัวแปรที่มีความสำคัญสูงสุดและสมควรได้รับการเลือกใช้ในการประเมินผลการดำเนินการของระบบสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 1 มิติและตัวชี้วัดในการประเมินผลการดำเนินการของระบบสุขภาพ

มิติ	ตัวชี้วัด
1. สถานะสุขภาพ	1.1 สมรรถภาพร่างกาย 1.2 ความสามารถในการปฏิบัติ 1.3 ปัญญา (IQ - Cognition) 1.4 ความสามารถทางอารมณ์ 1.5 ทักษะในการจัดการความเครียด (Stress coping skill) 1.6 บุคลิกภาพที่เอื้อต่อภาวะเครียด (Personality prone to have Stress) 1.7 เครือข่ายทางสังคมที่สนับสนุนการดูแลด้านสุขภาพ 1.8 ภาวะโภชนาการ
2. ระบบการดูแล	2.1 ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน

มิติ	ตัวชี้วัด
ทางสุขภาพ	2.2 อัตราของสถานบริการผ่านการประเมินคุณภาพ (อาทิ HA) 2.3 การกระจายเทคโนโลยี (อัตราส่วนเทคโนโลยีต่อจำนวนประชากรในพื้นที่) 2.4 อัตราของประชากรที่ใช้ระบบบริการสุขภาพที่เป็นทางการ 2.5 อัตราการได้รับการบริการดูแลรักษาที่จำเป็นและการบริการชุมชน 2.6 อัตราการได้รับการบริการการส่งเสริมสุขภาพ; ป้องกันโรค (วัคซีน) และการตรวจ คัดกรองโรค (เบาหวาน และความดันเลือดสูง)
3. มูลค่าของสถานะสุขภาพ	3.1 Life expectancy 3.2 Health expectancy 3.3 DFLE 3.4 DALE 3.5 HALE 3.6 DALYs and PYLL
4. ระบบการเงินทางสุขภาพ	4.1 การกระจายงบประมาณด้านสุขภาพ 4.2 Kagwani index 4.3 การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ
5. ระบบทรัพยากรบุคลากร	5.1 อัตราส่วนระหว่างประชากรต่อบุคลากรทางสุขภาพ 5.2 การกระจายบุคลากรทางสุขภาพ (อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรในพื้นที่)
6. ระบบการวิจัย	6.1 สัดส่วนการจัดสรรงบด้านการวิจัยสุขภาพต่องบประมาณแผ่นดิน/ต้องบวิจัยทั้งหมด
7. ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	7.1 Disease specific MR (selected) 7.2 Age specific MR 7.3 Age adjusted MR 7.4 Infant MR 7.5 Disease prevalence/incidence (selected) 7.6 Long-term disability 7.7 พฤติกรรมเสี่ยง (บุหรื สุรา สารเสพติด ไม่ออกกำลังกาย ชีรณจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย นั่งรถโดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย เมาแล้วขับ) 7.8 Low birth weight 7.9 มลพิษ/สารปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม 7.10 ปัญหาโภชนาการ (อ้วน – ทุพโภชนาการ)
8. ระบบการนำใน	8.1 การปรากฏของระบบคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่

มิติ	ตัวชี้วัด
ระดับพื้นที่	8.2 การปรากฏของระบบการติดตามผลการดำเนินการในพื้นที่และการใช้เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และปรับแผนงาน
9. ระบบสารสนเทศ	9.1 การเข้าถึงของประชาชนต่อระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

ในขณะที่ สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ (2550) ได้บอกถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพระดับการบรรลุเป้าประสงค์ในภาพรวม (Overall Goal Attainment) ของประเทศไทย ดังนี้

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพระดับการบรรลุเป้าประสงค์ในภาพรวมของประเทศไทย

มิติ	ตัวชี้วัด
1. สภาวะสุขภาพ	1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy : LE) 1.2 อัตราตายของทารก (Infant mortality rate: IMR) 1.3 อัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี (Under five mortality rate) 1.4 อัตราส่วนการตายมารดา (Maternal mortality rate : MMR) 1.5 จำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร (Year of life lost : YLL) 1.6 อัตราเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ขาดสารอาหาร 1.7 จำนวนเด็กที่คลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Low birth weight: LBW) 1.8 อายุคาดเฉลี่ยที่ปรับความพิการ (Disability Adjusted Life Expectancy : DALE) 1.9 จำนวนเด็ก 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง 1.10 อัตราการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ 1.11 อัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1.12 อัตราป่วยจากโรคไข้เลือดออก 1.13 อัตราป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 1.14 อัตราการเกิดโรคมาลาเรีย 1.15 อัตราป่วยจากโรคเลปโตสไปโรซิส 1.16 อัตราการบริโภคบุหรี่ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน	2.1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อความเคารพในตัวบุคคลของผู้ให้บริการ (Respect for persons) 2.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการให้ความสำคัญความเอาใจใส่จากผู้ให้บริการ (Client orientation)
3. ความเสมอภาคใน	3.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อปี แยกตามเศรษฐกิจสถานะ

มิติ	ตัวชี้วัด
การรับภาระด้านการเงินในระบบสุขภาพ	3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อปีต่อรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปีแยกตามเศรษฐกิจฐานะ

โดยสรุป ประสิทธิภาพเป็นการวัดหรือประเมินผลสำเร็จขององค์กรตามวัตถุประสงค์/เป้าหมายที่กำหนด เพื่อพิจารณาว่าองค์กรนั้นดำเนินงานได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยสามารถวัดผลได้ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งนี้แนวคิดการประเมินประสิทธิภาพมี 2 แบบคือการวัดประสิทธิภาพขององค์กรโดยใช้ตัวบ่งชี้เดี่ยว และประเมินประสิทธิภาพโดยหลายเกณฑ์ สำหรับประเทศไทยได้นิยมใช้แนวคิดการประเมินประสิทธิภาพโดยใช้หลายเกณฑ์ในการวัดความสำเร็จระดับองค์กรจนถึงความสำเร็จของระบบสุขภาพ

2.3 ความหมายของคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

2.3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

ศรีสุตา มีชานาญและสมชาย ลักษณะนุรักษ์ (2553) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

WHO (1993) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้สถานะส่วนบุคคลของชีวิตตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แนวคิดในเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่กว้างและมีผลกระทบที่ค่อนข้างซับซ้อนไปยังสถานะสุขภาพทางกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคลและสัมพันธภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

Ragsdale & Morrow (1990) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ การมีประสิทธิภาพ หรือความสามารถในการกระทำอย่างมีความหมายเพื่อควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน ทั้งด้านจิตอารมณ์ ความคิดและการดูแลรักษา

สุกัญญา มาลาอี (2547) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกของมนุษย์ ได้แก่ ด้านจิตใจ ความรู้ ความสามารถ อารมณ์และความรู้สึก และด้านร่างกาย คือ ความมีสุขภาพกายที่ดี สภาพความเป็นอยู่และสภาพการดำรงชีวิตที่ดีในสังคม ฉะนั้นคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นชีวิตที่มีความสุขกาย สุขใจ และสามารถดำรงชีวิตด้วยการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและบริบทของสังคมได้ตามสภาวะ

จากความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นนั้น สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจของการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านกาย ใจ จิต สังคม ซึ่งหากมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วจะส่งผลให้สุขภาพทางด้านร่างกายแข็งแรง จิตใจเข้มแข็ง มีความสัมพันธ์กับสังคมที่ดี รวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับบริบทแวดล้อมต่างๆที่อยู่รอบตัวได้

2.3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental) (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิตและคณะ, 2557) แต่ละด้านมีความหมายดังนี้

1. มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) คือ การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเองเช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถ ในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

2.3.3 ความเป็นมา ความหมาย องค์ประกอบ และหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.3.3.1 ความเป็นมา

จากปัญหาด้านบริหารจัดการที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และปัญหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ยังแก้ไขไม่ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีแนวคิดของการสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS) โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (เอกสารประกอบการประชุม พชอ., 2560) ซึ่งหน่วยงานที่สนับสนุนให้แนวคิดดังกล่าวถูกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) ในพื้นที่นำร่อง 73 จังหวัดปี 2559 คือกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ, 2560)

จากผลการดำเนินงานในพื้นที่นำร่องและข้อมูลงานวิจัยเพื่อการขับเคลื่อนและเติมเต็มจำนวน 15 พื้นที่ พบว่าพื้นที่ให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมโดยเชื่อมโยงเป็นภาคีเครือข่ายจากระดับอำเภอ-เชื่อมโยงถึง-ตำบล-หมู่บ้าน-และครอบครัว รวมทั้งยังสามารถเสริมกลไกการทำงานภาครัฐเดิม พื้นที่นำร่องมีความสำเร็จและเกิดการเรียนรู้วิธีการทำงาน (บทเรียนแนวทางการดำเนินงาน พชอ., 2560: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ข้อมูลดังกล่าวนี้ทำให้ปี 2560 ได้ขยายผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นเป็น 200 พื้นที่ โดยเน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัย (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ในปีเดียวกันนั้นเองรัฐบาลพิจารณาการขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มีวัตถุประสงค์คือการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน การพัฒนารูปแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสม และให้มีการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์ความรู้และงบประมาณร่วมกัน โดยในพื้นที่ระดับอำเภอจะมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ตัวแทนภาคส่วนต่างๆทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ รวมแล้วมีจำนวนไม่เกิน 21 คน เข้ามาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย, 2560)

2.3.3.2 ความหมายองค์ประกอบและหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ให้ความหมายในระเบียบดังนี้

คณะกรรมการ หมายความว่า คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
หน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การ
มหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านด้วย

พื้นที่ หมายความว่า อำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พขอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา ให้ พขอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวน
ไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

- (1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน
หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ
- (2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้าน
การแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพ
หรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ
- (3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือ
ประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กร
ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอเป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (1)
(2) และ (3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

อำนาจหน้าที่ของ พขอ. มีดังนี้

- (1) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่
- (2) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง
และสภาพปัญหาในพื้นที่
- (3) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด และ
แผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตามข้อ 2 ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของ
รัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น
- (4) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไข
ปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามข้อ 1 และ 2

(5) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(6) ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามข้อ ๑ และ ๒

(7) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่, 2561)

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) หรือ 20 ปี

เป้าหมายที่ 1 กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีกระบวนการจัดการโรคและ ภัยสุขภาพอย่างบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

เป้าหมายที่ 2 โรค ภัยสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาของพื้นที่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

จากสถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหาของประเทศไทยข้างต้น รวมทั้งเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560 - 2579) โดยบรรลุวิสัยทัศน์ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนเป็น ประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงนำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและ ตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์ของชาติ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลด้านการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณสุข ด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มีวัตถุประสงค์คือการสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน การพัฒนารูปแบบบริหารจัดการระบบ สุขภาพอำเภอที่เหมาะสม และให้มีการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี สารสนเทศ องค์ความรู้และ งบประมาณร่วมกัน โดยในพื้นที่ระดับอำเภอจะมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ รวมแล้วมี จำนวนไม่เกิน 21 คน เข้ามาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ (สำนักงาน บริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย, 2560)

ด้วยเหตุนี้ในปีงบประมาณพ.ศ. 2561 สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคจึงได้ ดำเนินการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็น (need assessment) กระบวนการและกลไกในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 12 อำเภอครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งมีข้อค้นพบในภาพรวมที่สำคัญดังนี้

1. พชอ. เป็นกลไกหนึ่งที่สามารถสนับสนุนงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้

2. โครงสร้าง พขอ. มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ที่ทำได้จริง

3. การจัดการระบบข้อมูลในการวางแผน พบว่า อำเภอดอยสะเก็ด ร้อยละ 85.7 ใช้ฐานข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก และร้อยละ 14.3 ใช้ฐานข้อมูลจากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้ข้อมูลจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข ยังขาดการยืนยันความครบถ้วน ความถูกต้อง รอบด้าน และความเป็นปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาการขาดระบบข้อมูลที่รอบด้านทำให้ประเด็นปัญหาที่เลือกแก้ไขในพื้นที่คือประเด็นโรคและภัยสุขภาพเป็นหลัก

4. การจัดทำแผนงาน/โครงการ พบว่าทุกพื้นที่ไม่มีความชัดเจนของกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จึงทำให้เกิดการระบุปัญหาที่ไม่ตรงกับสถานการณ์ของพื้นที่ และไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

5. พขอ. โดยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ ทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอความคิด กำหนดเป้าหมายการทำงาน และแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน

6. กลไกการขับเคลื่อน ยังขาดความชัดเจนของแผนงาน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล

7. การบูรณาการทรัพยากรจากภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน รวมทั้งกลไกและแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณยังขาดความชัดเจนและแนวทางในการปฏิบัติที่แน่นอน

8. ยังขาดการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ พขอ. ไปสู่ประชาชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่

จากข้อค้นพบดังกล่าวทำให้เห็นช่องว่างต่อการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ซึ่งหมายรวมถึงข้อจำกัดของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนตามมา ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจึงได้ดำเนินการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่องคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระยะที่ 2 ขึ้นในปีงบประมาณ 2662 เพื่อหาแนวทางและวิธีการพัฒนารูปแบบดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ ระดับอำเภอ ตั้งแต่การพัฒนากระบวนการข้อมูล การวิเคราะห์ส่วนขาดของข้อมูล การวิเคราะห์ต้นไม่ปัญหา การระบุและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของโครงการ การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน (Force field analysis) ที่ใช้ทฤษฎีแรงผลักดันของ Kurt Levin (1951) ซึ่งเป็นทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเชิงองค์การ (Lewin, K., 1951) การออกแบบกิจกรรมของโครงการและภาคีเครือข่ายในกิจกรรม การเขียนโครงการและกรอบการประเมินผลโครงการ/กิจกรรม ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดโปรแกรมผลลัพธ์ (Logic model) อันเป็นรูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่วางไว้กับผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยจะเชื่อมโยงทรัพยากร กิจกรรม ผลผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในโครงการอย่างเป็นระบบ (United Way of America, 1996 ; Wholey, 1994) รวมทั้งยังเป็นรูปแบบที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อประเมินลำดับขั้นตอนการทำงาน

ตามผลลัพธ์ที่คาดหวัง ซึ่งมีมิติการวัดคือการวัดประสิทธิผล (Outcome) การวัดประสิทธิภาพ (Output) (Pankratz, 2008) มาใช้ในกระบวนการนี้ด้วย โดยระยะที่ 2 นี้ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย 8 อำเภอ และพบว่าหลายพื้นที่ที่มีประเด็นในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของอำเภอมากกว่า 1 ปัญหา ซึ่งเลือกปัญหาด้านอาหารปลอดภัยมากที่สุดร้อยละ 62.3 รองลงมาคือปัญหาด้านอุบัติเหตุทางท้องถนน และปัญหาขยะคือร้อยละ 37.5 (มีจำนวนเท่ากันทั้ง 2 ประเด็น) นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบ/ประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ 1) พื้นที่ยังมีข้อจำกัดของการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงประเด็นเพื่อระบุปัญหา วางแผน และติดตามประเมินผลจากหน่วยงานต่างๆ ระดับอำเภอ 2) พื้นที่ยังต้องพัฒนากระบวนการ วิเคราะห์สาเหตุปัญหา วางแผน และติดตามประเมินผลเพิ่มเติม 3) กรมควบคุมโรคควรร่วมมือกับหน่วยงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ จัดทำมาตรการที่มีประสิทธิผลซึ่งได้มาจากระดับพื้นที่ที่เป็นหน่วยจัดการปัญหาต่างๆ เพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ไขปัญหาให้แก่พื้นที่อื่นๆ ที่มีประเด็นปัญหาใกล้เคียงกัน และ 4) กรมควบคุมโรคควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขตเพื่อให้สามารถเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พื้นที่ระดับอำเภอ นอกจากนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขตควรพัฒนาทีมวิชาการระดับอำเภอให้มีศักยภาพในการจัดทำระบบข้อมูล การจัดทำแผนงาน/โครงการการติดตามประเมินผล และกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพต่อไป

จากสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ในภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะปัญหา โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุจราจร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคเกลือเกินของประชาชน และพฤติกรรมด้านการบริโภคที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว และจากข้อค้นพบของดำเนินงานจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่อง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นที่น่าสังเกตว่าพื้นที่ระดับอำเภอยังคงมีปัญหาด้านการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีค่อนข้างจำกัดเพื่อนำไปสู่การจัดทำโครงการและมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการสนับสนุนการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและทดลองนำร่องรูปแบบการดำเนินงานในประเด็นที่มีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจึงสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางหรือกระบวนการพัฒนาชุดข้อมูลที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอเพื่อใช้ในการตัดสินใจ กำหนดประเด็นปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ควรเป็นอย่างไร โดยจะเน้นการพัฒนาในประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาหารไม่ปลอดภัย (กรณีสารเคมีกำจัดศัตรูพืช) การจัดการขยะ และอุบัติเหตุทางถนน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตที่เป็นปัญหาระดับอำเภอเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว โดยเน้นอาศัยกลไกการพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรค และเมื่อทราบชุดข้อมูลที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอเพื่อใช้ในการตัดสินใจแล้ว มาตรการในการแก้ไขปัญหาที่ตรงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตรงกับความต้องการของพื้นที่ และมีประสิทธิผลควรเป็น

อย่างไร รวมทั้งผลของการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนจนได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันเป็นอย่างไร จากโจทย์วิจัยดังกล่าว คาดหวังว่าผลการศึกษาวิจัยจะสามารถนำมาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล สร้างความมั่นคงให้กับประชาชนและชุมชนในการพึ่งพาตนเองและพึ่งพากันเองต่อไปได้

ประเด็นวิจัย

- รหัส E07 การพัฒนามาตรการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าต่อการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับอำเภอ
- รหัส E08 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือเกินขนาดของประชาชน ด้วยกลไกของพขอ. และระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- รหัส E09 การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของ พขอ. ในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน
- รหัส E10 การประยุกต์แนวคิด Nudge ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
- รหัส E11 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคโดยสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผ่านกลไก พขอ.
- รหัส E12 การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- รหัส E13 การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่และการพัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเรื่องของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
- รหัส E14 การพัฒนารูปแบบการบัญชาเหตุการณ์ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ผ่านกลไกพขอ.
- รหัส E15 การวิเคราะห์บทบาท โครงสร้าง ศักยภาพ และความพร้อมของสาธารณสุขอำเภอต่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่
- รหัส E16 การศึกษามิติในเรื่องของความเป็นธรรมทางสุขภาพกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
- รหัส E17 การศึกษาเรื่องระบบบริหารจัดการทางการเงินกับกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

3. Health Literacy

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ปัจจุบันกรมควบคุมโรค มีการผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี บทที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยกรมควบคุมโรคมีนโยบายในการพัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึง ในข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และหน่วยงานต่างๆ ภายในกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการผลิตข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบสื่อมัลติมีเดียและสื่ออินโฟกราฟิกโดยเน้นการ ออกแบบข้อมูลให้มีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ถูกต้อง พร้อมทั้งมีการดำเนินการเผยแพร่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ได้แก่ เว็บไซต์สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (ddc.moph.go.th/brc) เว็บไซต์คลังความรู้สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข(healthydee.moph.go.th) Fanpage Facebook โดยใช้ชื่อ “กดดูรู้โรค” และ Youtube channel, Line Official โดยใช้ชื่อ “รู้กันทันโรค” ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมการเข้าถึงของประชาชนในทุกกลุ่มวัย อย่างไรก็ตามการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงดังกล่าวจำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ค้นพบหรือปัญหา มาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาบุคลากรของกรมควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการดำเนินการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ในครั้งนี้จะดำเนินการในรูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research) แบบคู่ขนานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่จะได้ข้อมูลผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามสภาพแวดล้อม และบริบทของสังคม เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพว่าบรรลุตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เพียงใด และนำปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน มาแก้ไขและพัฒนาเพื่อให้การปฏิบัติงานด้านสื่อสารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

- ประชาชน ร้อยละ 80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และภาวะโรคที่เป็นปัญหา 1 ใน 3 ของประเทศ ลดลงร้อยละ 5 ต่อปี

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและประชาชน ยังไม่ครอบคลุมหรือยังไม่ตรงความต้องการ เนื่องจากมีความแตกต่างของลักษณะทางประชากรและบริบทของพื้นที่

- ช่องทางการสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากประชากรบางกลุ่มยังเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต ขาดความรู้ ขาดทักษะ ในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ รวมถึงขาดสิ่งสนับสนุนด้านเทคโนโลยี
- ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพ
- ความแตกต่างทางกลุ่มอายุมีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงทำได้ค่อนข้างยากและต้องใช้ระยะเวลา
- ช่องทางที่เป็นสื่อหลักในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนมีความหลากหลาย การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ ต้องเลือกใช้ช่องทางและวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

ประเด็นวิจัย

- รหัส E18 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4. โรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

สถานการณ์โรคและแนวโน้มปัญหา

ปัจจุบันโลกมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การคมนาคมที่เจริญก้าวหน้าและทันสมัย เทคโนโลยีที่ล้ำหน้า ที่เกิดจากการพัฒนาที่ไม่หยุดยั้งของมนุษย์ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของ สภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะโลกร้อน (Global Warming) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ สภาพภูมิอากาศเกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อฤดูกาลต่างๆ สภาพอากาศแปรปรวนและเลวร้ายบ่อยครั้ง ระดับของ น้ำทะเลที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมสร้างความเสียหายต่อประเทศต่างๆ เป็นมูลค่าหลายพันล้านบาทเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภัยที่เกิดจากโรคติดต่อ เช่น โรคทางเดิน หายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคไข้หวัดนก โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคเมอร์ส เป็นต้น โรคระบาดมีแนวโน้มแพร่ระบาดไปในประเทศ หรือระหว่างประเทศได้รวดเร็วถ้าหากไม่มีการจัดการภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและเป็นระบบกรมควบคุมโรคจึงต้องมีการพัฒนาให้มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Centers, EOC) ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับผู้บัญชาการเหตุการณ์และกลุ่มภารกิจต่างๆ มาปฏิบัติการกิจ ภายใตระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เป็นสถานที่ที่ใช้ในการบริหารสั่งการ ประสานความร่วมมือ แลกเปลี่ยนข้อมูล การรายงานสถานการณ์ทั้งภาพและเสียงจากพื้นที่เหตุการณ์จริงสำหรับการ นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจ และจัดสรรทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉินให้แก่ ทีมปฏิบัติการ เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติการให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในภาวะที่มีการระบาดของโรคหรือภัยคุกคาม ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรค 5 ปี (พ.ศ 2565-2569) หรือ 20 ปี

- ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข
- เป้าหมาย : ประเทศไทยมีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถตอบโต้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็น เอกภาพ แบบบูรณาการมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

ปัญหาช่องว่างการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- ความเข้าใจว่าศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เป็น งาน ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ทำให้การประสานความร่วมมือในการปฏิบัติงานไม่ดีเท่าที่ควร

- บุคลากรที่มีความรู้เรื่องศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ
- การจัดสรรบุคลากรจากหน่วยงานอื่น เข้ามาร่วมปฏิบัติงานที่ตระหนักสถานการณ์ (SAT) เนื่องจากติดภารกิจประจำไม่สามารถปฏิบัติงานเต็มเวลาได้
- ยังไม่มีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) กับบริบทของประเทศ
- กลไกในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างกระทรวง/กรม ยังไม่เป็นที่รูปธรรม

ประเด็นวิจัย

- รหัส E19** การบูรณาการแอปพลิเคชันในการคัดกรอง ตรวจจับ ตอปโต้ และการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย
- รหัส E20** ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาร่วมมือด้านสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วม ของกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงกลาโหมที่ช่องทางเข้าออกระหว่าง ประเทศของประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน
- รหัส E21** รูปแบบการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้าน สาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพตามกรอบตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda GHSA) เพื่อช่วยพัฒนาขีดความสามารถหลัก ของประเทศให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005, IHR2005)
- รหัส E22** ศึกษากระบวนการจัดสรรบุคลากรในการปฏิบัติงานภารกิจตระหนักสถานการณ์ (SAT) ในการตอปโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ
- รหัส E23** ศึกษากลไกการประสานระหว่างกรมควบคุมโรคและศูนย์บริหารสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ในการตอปโต้ภาวะฉุกเฉินโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- รหัส E24** เปรียบเทียบมาตรการการตอปโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ ในเขต ภูมิภาค เอเชียฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรกรมควบคุมโรค
- รหัส E25** ศึกษาความรู้ความเข้าใจในบทบาทการดำเนินงานตอปโต้ภาวะฉุกเฉิน
- รหัส E26** การศึกษาเปรียบเทียบระบบตระหนักสถานการณ์ระหว่างประเทศไทยกับ ประเทศสหรัฐอเมริกา (US-CDC)

กระบวนการจัดทำแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569

ปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโลกที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-9) ที่ส่งผลต่อการดูแล รักษา รวมทั้งการป้องกันควบคุมโรค อีกทั้งทำให้เกิดวิถีชีวิตรูปแบบปกติใหม่ (new normal) ในการดำรงชีวิตของประชาชนไทยที่เปลี่ยนไปจากเดิมส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทด้วย ดังนั้น ประเด็นวิจัยที่กำหนดไว้ อาจไม่ทันต่อสถานการณ์ในการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องจัดทำแผนงานวิจัยฯ ให้สอดคล้องและทันสมัย โดยมีกระบวนการจัดทำ ดังนี้

1. คณะกรรมการยุทธศาสตร์การวิจัยการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค มีมติให้ทบทวนแผนงานวิจัยแผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ.2560-2564 เนื่องจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สำนักวิชาการ กอง สถาบันที่รับผิดชอบแผนงานรายโรคดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ ตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.1 สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ในปัจจุบัน หรือ สถานการณ์ของระบบงานควบคุมโรคในปัจจุบัน

2.2 เป้าหมายการการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2565-2569) และระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) หรือเป้าหมายการของระบบตามระยะเวลาที่กำหนด

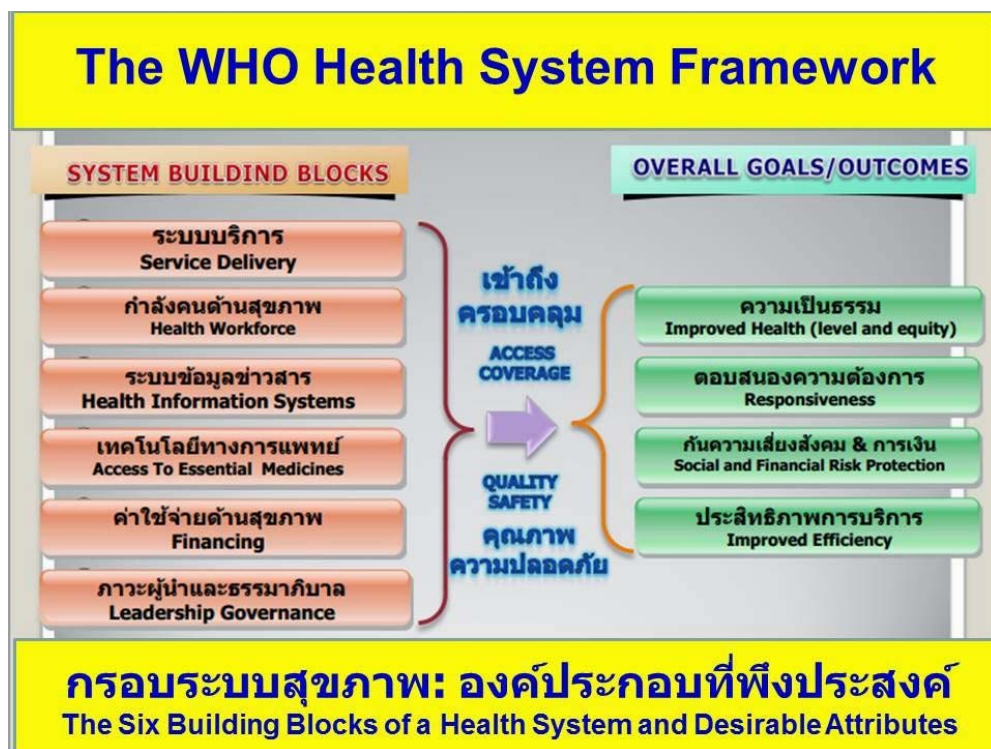
2.3 ช่องว่างในการดำเนินงานต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

2.4 ประเด็นงานวิจัยที่จะช่วยแก้ปัญหาและดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2565-2569) ที่ส่งผลกระทบสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และสามารถดำเนินการวิจัยได้จริง ตามหัวข้อที่กำหนด โดยจัดลำดับความสำคัญโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเด็นงานวิจัยที่ได้ทำวิจัยแล้วหรือกำลังทำ โดยระบุผู้จัดทำ ชื่อเรื่องและปีที่จัดทำ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังขาดองค์ความรู้ทางวิชาการในการแก้ไขปัญหา ผู้ทรงคุณวุฒิได้แยกพิจารณาเป็นการพิเศษ แบ่งออกได้เป็น 13 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ Surveillance: การเฝ้าระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในสถานการณ์ปัจจุบันและระยะยาว Laboratory and Detection: การตรวจวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ Infection control & prevention: การวิจัย พัฒนานวัตกรรม และการเทคโนโลยีในการป้องกันควบคุมโรค Case management: ความเป็นไปได้ในการให้ยา ป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 Education, Risk communication, Public Health Measure: ผลการสื่อสาร การดำเนินงานตามมาตรการต่างๆ ในการป้องกันควบคุมโรคของพื้นที่ Behavioral, Socio Economic, Cultural Policy Research พ.ร.บ. โรคติดต่อ 2558 ประเมิน Application ที่ใช้ในสถานการณ์

Covid 2019 การพัฒนาวัคซีน New Normal in Disease Control Service เพื่อลดผลกระทบในระบบบริการ พัฒนาปรับปรุง และอื่นๆ เช่น ระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย กรณี COVID-19

3. จัดลำดับโจทย์/ประเด็นวิจัยสำคัญเร่งด่วนแยกแผนงานควบคุมโรค โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ดูแลแผนงานงานนั้นๆ 5 แผนงานโรค ได้แก่ แผนงานวิจัยโรคติดต่อ แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรัง และโรคไวรัสตับอักเสบบี แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม และแผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่ เน้นการดำเนินงานในระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การดำเนินงานของกรมควบคุมโรครวมทั้งกลุ่มวัย/กลุ่มประชากร บทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบป้องกันควบคุมโรค (National Health Authority) และการวิจัยในกลุ่มวิชาชีพ เป็นต้น รวมทั้งกรอบระบบสุขภาพตาม The WHO Health Systems Framework :Six Building Blocks ดังภาพ

ภาพที่ 1 The WHO Health Systems Framework



4. นำเสนอผู้บริหารเห็นชอบแผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2565-2569 และปรับแก้แล้วจัดทำรูปเล่มฉบับสมบูรณ์

5. เผยแพร่ให้หน่วยงานทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรคเพื่อเป็นกรอบและประเด็นวิจัยที่ควรดำเนินการหาคำตอบในการแก้ไขปัญหาในระยะ 5 ปี ในการเสนอขอรับทุนวิจัยแหล่งทุนต่างๆต่อไป

ประเด็นวิจัยที่ทำแล้วหรือกำลังทำอยู่

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
แผนงานวิจัยโรคติดต่อ			
โรคสครับไทฟัส			
1	การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคสครับไทฟัส	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่อนำโดยยุงลาย			
1	การตรวจวินิจฉัยไวรัสชิคาและไขเลือดออก เพื่อประเมินความเสี่ยงเชิงกัญญาวิทยาของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและประสิทธิผลของมาตรการควบคุมแมลงพาหะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	การสำรวจความชุกของภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสชิคาในประชากรวัยเจริญพันธุ์ ประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	การประยุกต์ใช้ชีวภัณฑ์ซูเปอร์มอสเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไขเลือดออก โรคไขปวดข้อ ยุงลาย และโรคติดเชื้อไวรัสชิคาในพื้นที่ระบาด	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	การประเมินประสิทธิผลมาตรการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย ปี 2563	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคไข้มาลาเรีย			
1	การศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาผสมอาร์ติชูเนต-ไพโรนาริน (ไพราแมกซ์) ในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม และชนิดไวแวกซ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในจังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	การศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการรักษาผู้ป่วยมาลาเรียชนิดไวแวกซ์ชั้นหายขาดอย่างเหมาะสมด้วยยาทาฟิโนควินหรือไพโรมาควินโดยใช้การตรวจ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	ระดับเอนไซม์ G6PD เชิงปริมาณ ประเทศไทย		
3	การวิจัยการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกอย่างเข้มข้น หรือการให้ยารักษากลุ่มอย่างเจาะจงในพื้นที่เสี่ยง ที่พบผู้ป่วยเพื่อมุ่งเป้าจัดการประชากรกลุ่มเสี่ยง: การประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิผลสำหรับเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมและไวแวกซ์ ในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่ออุบัติใหม่			
1	Influenza Virus (H5N1) in Live Bird Markets and Food Markets, Thailand	Alongkorn Amonsin, Chuensakon Choatrakol, Jiradej Lapkuntod, Rachod Tantilertcharoen, Roongroje Thanawongnuwech, Sanipa Suradhat, Kamol Suwannakarn, Apiradee Theamboonlers, and Yong Poovorawan Chulalongkorn University	November 2008
2	Poultry-handling Practices during Avian Influenza Outbreak, Thailand	Sonja J. Olsen, Yongjua Laosiritaworn†, Sarika Pattanasint†, Prabda Praphasiri, and Scott F. Dowell. International Emerging Infections Program, TUC	October 2005
โรคไข้หวัดใหญ่			
32	การประเมินผลมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ของสถานบริการสาธารณสุข ระดับประเทศ ปี 2558	<u>บรรณาธิการ</u> 1. แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน 2. นางมนัญญา ประเสริฐสุข	พฤศจิกายน 2558

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
		<u>คณะผู้จัดทำ</u> 1. นางนพรัตน์ มงคลางกูร 2. นางสาวขวัญเนตร มีเงิน 3. นางสาวอรณิชา การคาน 4. นางสาวปรางค์ศิริ นาแหลม สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค	
33	การพยากรณ์การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555	1. นางสาวสุทธนันท์ สุทธชนะ 2. นางวัชรี้ แก้วนอกเขา 3. นางสาวปภาณิจ สวงโท 4. นายสมาน สยมภูจินันท์ 5. นางสมคิด คงอยู่ สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ กรมควบคุมโรค	พ.ศ. 2555
แผนงานวิจัยโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน และโรคไวรัสตับอักเสบ			
โรควัณโรค			
1	การพัฒนาระบบการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ด้วยโปรแกรมปัญญาประดิษฐ์ (AI) สวรรส.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนาน โดยใช้ระบบทะเบียน วัณโรคแบบอิเล็กทรอนิกส์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	ภาระทางเศรษฐศาสตร์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับต่อการดูแลของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	วัณโรคดื้อยาในเด็ก	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
5	การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบด้านงบประมาณของการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคด้วยเทคนิคอนุชีววิทยาในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
6	แผนงานการพัฒนาารูปแบบความร่วมมือของหลายภาคส่วน เพื่อยุติวัณโรค ในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอเมือง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
7	การพัฒนาแบบจำลอง คณิตศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และการดำเนินการสำหรับ มาตรการค้นหาวัณโรคแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
8	การประกันสุขภาพและความล่าช้าในการ เข้าถึงและรับการดูแลรักษาของผู้ป่วย วัณโรคที่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่ ชายแดนของประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
9	การประยุกต์ใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดย ความร่วมมือในการป้องกันการขาดยาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
10	การประยุกต์ใช้การตรวจวัดระดับยาในเลือด ที่ใช้รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานใน พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และพื้นที่ ไกลเคียง	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
11	การศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดวัณโรคในผู้ ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 ที่ต่างกันหลังได้รับ ยาต้านไวรัส และนวัตกรรมการอ่านผลการ ทดสอบทูเบอร์คูลินทางผิวหนังด้วยตัวเอง เพื่อคัดกรองหาวัณโรคแฝงในผู้ป่วยเอชไอวี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
12	การประเมินเทคนิคทางอณูวิทยาเพื่อ วินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
13	การศึกษาความชุกของวัณโรคแฝงและการให้ ยาไอโซไนอะซิดเพื่อป้องกันการเกิด วัณโรค ในเรือนจำของประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
14	การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนร่วมและกลไกใน ระดับโมเลกุลที่ส่งผลให้เชื้อวัณโรคดื้อยา หลายขนานสายพันธุ์ Beijing ST10 กาญจนบุรี ซึ่งเป็น clonal outbreak MDR-TB strain มีความสามารถ พิเศษใน การแพร่เชื้อและก่อโรคได้ดีกว่าสายพันธุ์อื่น ในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
15	การพัฒนาแบบวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การระบาดของวัณโรคดื้อยาในชุมชน โดยการศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคดื้อยา ปัจจัยเจ้าบ้านที่สัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อวัณโรคดื้อยาทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้สัมผัสผู้ป่วย กระบวนการแพร่ระบาดและกระบวนการรักษาในพื้นที่ระบาดของประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
1	Rapid Point-of-Care Diagnostic Test for Syphilis in High-Risk Populations, Manaus, Brazil . Emerg Infect Dis. 2009 Apr; 15(4): 647–649.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	Characteristics and sexually transmitted diseases of male rural migrants in a metropolitan area of Eastern China. Sex Transm Dis. 2005 May;32(5):286-92.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	Sexually transmitted infections in female sex workers in five border provinces of Vietnam.Sex Transm Dis. 2005 Sep;32(9):550-6.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	ผลการรักษาซิฟิลิสในชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษาย้อนหลัง 4 ปี (A 4 -Year Retrospective of Syphilis Treatment of HIV-Positive MSM in Bangrak STI) ลงในวารสารโรคเอดส์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 – พฤษภาคม 2557 ISSN 0857-8575 หน้า 110-118	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
5	การใช้ถุงยางอนามัยของผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพชาย (เผยแพร่ใน รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2555	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ไม่ระบุ
6	ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ถุงยางอนามัย ของผู้มารับบริการที่คลินิกชาย กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2556	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
7	การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
8	การสำรวจสถานการณ์เกี่ยวกับเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดด้วยวิธีฉีด (PWID) โดยวิธีการสุ่มแบบเครือข่าย (RDS)	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ดำเนินการแล้วเสร็จ
9	การประเมินสถานการณ์รูปแบบการให้บริการเอชไอวีในชุมชน ในพื้นที่ 13 จังหวัด	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ดำเนินการแล้วเสร็จ
10	การทดสอบความไวต่อยา zoliflodacin ของเชื้อ Neisseria gonorrhea ที่แยกได้ในประเทศไทย ปี 2561	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ดำเนินการแล้วเสร็จ
11	โครงการนำร่องการใช้ระบบออนไลน์ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อสุ่มกลุ่มเป้าหมายด้วยวิธีการแบบเครือข่าย ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหนัก ในประเทศไทย	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
	โครงการศึกษาการเข้าถึงบริการ และความเป็นไปได้ในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองผ่านร้านขายยาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ
12	การวิจัยระยะที่ II/III แบบเปิดฉลากในพหุสถาบัน เพื่อประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย ความทนต่อยา และเภสัช	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	จลนศาสตร์ของยาโซฟอสบูเวียร์ เมื่อใช้ร่วมกับยาราวิดาสเวียร์ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง (ติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย) ทั้งที่มีและไม่มีอาการของโรคตับแข็งในประเทศไทยและมาเลเซีย (ชื่อย่อโครงการวิจัย : การรักษาด้วยยาโซฟอสบูเวียร์ ร่วมกับยาราวิดาสเวียร์ ในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง)		
13	การประเมินมาตรการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานสุขภาพของประเทศไทย	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ
14	ประเมินกระบวนการระหว่างดำเนินโครงการยุติปัญหาวัณโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ RRTR(STAR2) รอบ New Funding Request (Ongoing Evaluation)	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ
15	ประเมินผลการจัดบริการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP)	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	อยู่ระหว่างดำเนินการ
โรคเรื้อน			
1	Health seeking behavior of leprosy patients attending out-patient department of Schieffelin leprosy research and training center, Karikiri, India.	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส นฤมล ใจดี /สรปส ชญญักษ์ วงศ์บา/สคร 6 ขอนแก่น เสาวนิตย์ ฤทธิ์เรือง/สรปส มนัส ผดุงคุณาธรรม/สคร 12 สงขลา	2546
2	Evaluation of leprosy surveillance system.	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส วิจิตรา ธารีสุวรรณ/สรปส ประทุม ศรสหทอง/สรปส	2547
3	ทำอย่างไรจึงพัฒนาคุณภาพการให้บริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส	2547

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
4	พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส	2547
5	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก	วิจิตรา ธารีสุวรรณ/สรปส ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส	2548
6	ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความพิการที่เพิ่มขึ้นระหว่างรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน ในประเทศไทย (Factors contributing to Additional Disability during Treatment in Leprosy Patient in Thailand	เสาวนีย์ บำเพ็ญอยู่ และคณะ / สถาบันราชประชาสมาสัย	วารสาร กระทรวง สาธารณสุข ปี พ.ศ 2551
7	การสำรวจความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดกาญจนบุรี A survey on disability, economic, and social problem of leprosy affected persons in Kanchanaburi province. (ทำการศึกษาเรื่องการตีตราในส่วนของปัญหาทางสังคม)*	ศิริมาศ รอดจันทร์และคณะ สถาบันราชประชาสมาสัย	วารสารควบคุม โรค 2554;37(3) : 186-96.
8	Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants.	ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR	2557
9	How to reduce stigma in leprosy- a systematic literature review	ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2557
10	การสำรวจความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment) ด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม ในผู้พิการที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ณ จังหวัดกาญจนบุรี (Assessment of physical and Socio – Economic Needs of People Affected by	พจนา ัญญกิตติกุล และคณะ / สถาบันราชประชาสมาสัย	สำนักงาน ป้องกันควบคุม โรคที่ 7 ปีที่12 ฉบับที่ 3 เดือน เมษายน- มิถุนายน – 2557

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	Leprosy in Kanchanaburi province		
11	Comparing the perceptions of community members towards leprosy and tuberculosis stigmatisation	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR นิยม ไกรบุญ/สคร 5 นครราชสีมา สิริพรรณ ไตรทิพย์/สสจ ชัยภูมิ Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
12	Assessing the attitudes and perceptions of community members and health workers regarding leprosy stigma.	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR ศิรามาศ รอดจันทร์/สรปส สุวิทย์ นันโซ/สสจ บุรีรัมย์ Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
13	Addressing stigma related to leprosy: lessons from an intervention study in Thailand	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR นอร์ อริโยทัย/สรปส นฤมล ใจดี/สรปส Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
14	The effectiveness of de-stigmatising interventions.	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์/สรปส van Brakel WH/NLR โกเมศ อุนรัตน์/สรปส พจนา ธีญญกิตติกุล/สรปส Bunders-Aelen J.F.G/VU university	2558
15	The Effectiveness of Modified Felted Foam Dressing in Chronic Plantar Ulcer Treatment in Persons Affected by Leprosy at Raj Pracha Samasai Institute, Samutprakarn Province	Pojana Thanyakittikul , et al / Raj Pracha Samasai Institute	The Bangkok Medical Journal /February 2015 , Volume 9

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
			Oral Presentation at International Leprosy Congress 2014
16	การรับรู้การติตราของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส ศิรามาศ รอดจันทร์/สรปส พจนา ัญญุกิตติกุล/สรปส โกเมศ อนุรัตน์/สรปส	2560
17	ผลของการติตราที่มีต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์: การทบทวนวรรณอย่างเป็นระบบ	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส พจนา ัญญุกิตติกุล/สรปส ชุตินันท์ พลเดช/สรปส	2561
18	ประสิทธิผลของโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11	ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์/สรปส พจนา ัญญุกิตติกุล/สรปส	2561
19	ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน โดยใช้เครือข่ายแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๗	นางนันทา พรหมพันธุ์	2563
โรคเอดส์ เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบ			
1	โครงการ “การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบและรักษาทันทีสำหรับผู้ติดเชื้อและคู่อุปการะในประเทศไทย: การวิจัยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบบซี”(กำลังดำเนินการ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	โครงการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบซีที่มีคุณภาพมากขึ้น	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	โครงการศึกษาประสิทธิผลของ Sofosbuvir/Daclatasvir ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบซี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	โครงการวิจัย DNDi-SOF/RDV-01-HCV	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	เรื่อง “การวิจัยระยะที่ II/III แบบเปิดฉลาก ในพหุสถาบัน เพื่อประเมินประสิทธิผล ความปลอดภัย ความทนต่อยา และเภสัช จลนศาสตร์ ของยาไซฟอสบูเวียร์เมื่อใช้ ร่วมกับยาราวิดาสเวียร์ ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติด เชื้อไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง (ติดเชื้อหรือไม่ ติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วย) ทั้งที่มีและไม่มี อาการของโรคตับแข็ง ในประเทศไทย และ มาเลเซีย”		
5	โครงการวิจัยการตรวจคัดกรองและวินิจฉัย การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในจังหวัด เพชรบูรณ์ เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษา และการกวาดล้าง (กำลังดำเนินการ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ			
โรคไม่ติดต่อ			
1	โครงการ“นำร่องการใช้ “Thailand Global HEARTS” เพื่อลดโรคหัวใจและ หลอดเลือดภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” โครงการ ต่อเนื่องปีที่ 4 (Thailand Global HEARTS: An Initiative to Reduce Heart Attacks and Strokes through Evidence-Based Measure for Hypertension Patients Continuation Year 4)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	แนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงใน ชุมชน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ			
1	ต้นทุน ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของ มาตรการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย ได้รับการพิจารณา ทุน โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	โดย บุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช เข้าศึกษาที่มหาวิทยาลัยมหิดล		
2	การพัฒนานวัตกรรม รูปแบบการแจ้งเตือนการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (fall detection alarm) ในบริบทของประเทศไทย ได้รับการพิจารณาทุนสนับสนุนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาประเทศ (Strategy – based) ในรูปแบบของทุนสนับสนุนนวัตกรรมภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ และอยู่ในขั้นตอนการรับสมัครผู้รับทุน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การบาดเจ็บจากความรุนแรงในครอบครัว			
1	การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนแออัด โดยใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ของกรมควบคุมโรค โดยครอบคลุมร้อยละ 50 ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรงทั้งหมด	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน			
1	โครงการศึกษาเพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์งานวิจัยด้านอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย (สรุปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	โครงการศึกษาเรื่อง การบังคับใช้กฎหมายมาแล้วขับในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ เวียดนาม สิงคโปร์และไทย (สรุปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	กฎหมายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์ของประเทศไทย (สรุปถ.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	โครงการวิจัยพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บสำหรับเด็กและ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	เยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ที่มีประสิทธิผล		
การป้องกันการจมน้ำ			
1	การศึกษามาตรการป้องกันการจมน้ำในประเทศไทย (ด้านการให้ความรู้โดยสถานบริการสาธารณสุข การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การสอนว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดในรูปแบบต่างๆ)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	การศึกษาประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล/ความคุ้มค่า ของกลยุทธ์ผู้ก่อการดี (MERRIT MAKER) ป้องกันการจมน้ำ เพื่อใช้ในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กำลังดำเนินการร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยของบประมาณจาก สวรส.)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การควบคุมการบริโภคยาสูบ			
1	การเฝ้าระวังกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สำรวจร้านค้า)	วิไลลักษณ์ หุทธรังษพงศ์	๒๕๕๘
2	ผลกระทบของการขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ปี ๒๕๕๕ ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาสูบของผู้บริโภคยาสูบปัจจุบัน	มณฑา เก่งการพานิช ศรัณญา เบญจกุล และคณะ	๒๕๕๘
3	การสังเคราะห์ห่อถักงานวิจัยป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย	จรรย์ อุดาหะ ฐิติพร กันวิหค เศรณีย์ จุฬาเสรีกุล และวิไลลักษณ์ หุทธรังษพงศ์	๒๕๕๘
4	รูปแบบการดำเนินงานควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผลและคุณลักษณะ/ทักษะที่สำคัญของบุคลากรในการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด	ฐิติพร กันวิหค วิไลลักษณ์ หุทธรังษพงศ์ และ จุฑาทิพย์ ปรีการ	๒๕๖๑
5	การจัดทำเกณฑ์และประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม	กองงานคณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กำลังดำเนินการ คาดว่าจะแล้วเสร็จ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐		ภายในปี ๒๕๖๓
6	การประเมินแผนยุทธศาสตร์ การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ สิ้นสุดแผน	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กำลังดำเนินการ คาดว่าแล้วเสร็จภายในปี ๒๕๖๓
7	การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสมุทรปราการ	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กำลังดำเนินการ คาดว่าแล้วเสร็จภายในปี ๒๕๖๔
การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
1	การประเมินผลครึ่งแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 – 2558 (ปี พ.ศ. 2559)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	ความสัมพันธ์ของการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มหนัก ดื่มบ่อย และดื่มแล้วขับ (ปี พ.ศ. 2562)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	รายงานสถานการณ์การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด (ปี พ.ศ. 2562)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	การประเมินความพร้อมของสถานบริการในการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
5	การศึกษาประสิทธิผลของการสื่อสารการตลาด หรือการสื่อสารตราสินค้าต่อการตัดสินใจบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
แผนงานวิจัยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม			
1	การศึกษาระดับการรับสัมผัสพิษสิ่งแวดล้อมในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ด้วยวิธี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	Poolet Urine		
2	การพัฒนาชุดแผ่นทดสอบในการตรวจวัดการรับสัมผัสสารพาราควอตของเกษตรกร (ระยะที่ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	การพัฒนาเครื่องมือตรวจวัดระดับออร์แกโนฟอสเฟตในปัสสาวะอย่างง่าย (ระยะที่ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
4	การพัฒนาเครื่องมืออย่างง่ายในการตรวจวัดการสัมผัสสารตะกั่วและปรอทในตัวอย่างชีวภาพ (ระยะ 3)	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
5	การศึกษาการรับสัมผัสสาร perfluorooctane sulfonate (PFOS) and perfluorooctanoate (PFOA) ในกลุ่มประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสสารมลพิษสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
6	การศึกษาวินิจฉัยค่าปรอทในห่วงโซ่อาหารพื้นที่โรงไฟฟ้าถ่านหินและพื้นที่แหล่งน้ำสาธารณะพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางของประเทศไทย	ดร.ศิริพร สิงห์ทอง, นส.เนตรนภา สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
7	การประเมินประสิทธิผลของการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากผลกระทบมลพิษขยะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6	พญ.พรรษา รักษาคม	ไม่ระบุ
8	การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการพัฒนาอุตสาหกรรมตามนโยบายภาครัฐ	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
9	การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และกลไกการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงประเด็นปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
10	การพัฒนาเทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือป้องกันการรับสัมผัสสารมลพิษ จากสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
11	การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงสภาพ	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	ภูมิอากาศ		
12	การศึกษาในพื้นที่เปรียบเทียบ (Reference area) เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในพื้นที่มลพิษสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
13	การศึกษาวิธีวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการพัฒนาตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ตัวใหม่ๆ ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
14	การศึกษานวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาการรับสัมผัส / ลดการสัมผัสมลพิษในประชาชนกลุ่มเสี่ยง	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
15	การศึกษาสมรรถนะการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมของบุคลากรสาธารณสุขประเด็นวิจัยเชิงระบบของการดำเนินงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
16	การพัฒนานโยบาย กฎหมาย และมาตรการต่างๆ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564
17	ระบบข้อมูลข่าวสารและ ■ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบาดเจ็บ/ป่วยจากการทำงานระดับประเทศ ■ การพัฒนาระบบข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรค ■ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ	ไม่ระบุ	พ.ศ. 2562 – 2564

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	เช่น ประเมินผลประสิทธิภาพและคุณภาพของการลงข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มของหน่วยบริการสาธารณสุข		
18	ประสิทธิภาพระบบการให้บริการ ■ การพัฒนาระบบบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ แรงงานต่างด้าว	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	พ.ศ. 2562 – 2564
19	บริหารจัดการค่าใช้จ่าย ■ การศึกษาวิจัยสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ■ การประเมินความคุ้มค่าของต้นทุนในการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในแรงงานชุมชน	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	พ.ศ. 2562 – 2564
20	■ การพัฒนาการเฝ้าระวังสุขภาพประชาชนในจังหวัดเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีการตั้งนิคมอุตสาหกรรมใหม่	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
21	■ การศึกษาปัญหาสุขภาพจากการทำงาน และความฉลาดทางสุขภาพด้านความปลอดภัยในการทำงานของกลุ่มแรงงานสูงอายุในประเทศไทย	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
22	■ การศึกษาสถานการณ์การป้องกันการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานของคนประจำเรือตามแนวทางมาตรฐานทางอาชีวอนามัยตามอนุสัญญาว่าด้วยแรงงานทะเล 2549	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
23	การพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยจิตวิทยาสังคมในสถานประกอบการขนาดเล็ก	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
24	การศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนสารปรอทในปลาและปริมาณการสัมผัสในคนที่อยู่ในพื้นที่รอบๆ โรงไฟฟ้าถ่านหิน และพื้นที่เปรียบเทียบกับเพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
25	การประเมินการสัมผัสสารเปอร์ฟลูออโรออกเทนซัลโฟเนต (PFOS) และสารเปอร์ฟลูออโรออกทานเอต (PFOA) ในซีรัมของผู้ใหญ่ในเขตชุมชนเมืองและเขตชนบท	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	ไม่ระบุ
แผนงานวิจัยเชิงระบบและปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่			
1	การพัฒนาแบบแผนระบบการจัดการโรคและภัยสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในหมู่บ้านจัดสรร	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
2	โครงการพัฒนาชุดข้อมูลตัวบ่งชี้ที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาระดับอำเภอเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน (District quality of life profile : DQP) ในพื้นที่นาร่อง 11 อำเภอ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
3	การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
	พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2560		
4	■ การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
5	■ การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
6	■ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
7	■ Hinjoy S, Tsukayama R, Chuxnum T, Masunglong W, Sidet C, Kleeblumjeak P, Onsai N, Iamsirithaworn S. A self-assessment of the Thai Department of Disease Control's communication for international response at early phase to the COVID-19. Int J Infect Dis. 2020 Apr 22. pii: S1201-9712(20)30258-7. doi:10.1016/j.ijid.2020.04.042.	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

ที่	ชื่อเรื่อง/ผลงาน	ชื่อผู้แต่ง/หน่วยงาน	ปีที่ดำเนินการ
8	■ การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ในระบบออนไลน์หรือรูปแบบ E-learning	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

คณะผู้จัดทำ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 2. นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 3. นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 4. แพทย์หญิงศรีประพา เนตรนิยม | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 5. แพทย์หญิงปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 6. นายแพทย์พรชัย จิระชนากุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 7. นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตน์พุก | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 8. แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัมย์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 9. แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 10. แพทย์หญิงวรรณหาญ เชาว์วรกุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 11. นายแพทย์วิศิษฐ์ ประสิทธิ์ศิริกุล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 12. นายแพทย์วิศัลย์ มูลศาสตร์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 13. นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 14. นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 15. แพทย์หญิงปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 16. นายแพทย์พรศักดิ์ อยู่เจริญ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 17. แพทย์หญิงบุษบัน เชื้ออินทร์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 18. สัตวแพทย์เสาวพัตร อ้นจ้อย | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 19. นายแพทย์สุวิธ ธรรมปาโล | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ |
| 20. แพทย์หญิงชีวันนันท เลิศพิริยสุวัฒน์ | กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง |
| 21. นางสาวคันสนีย์ โรจนพนัส | กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง |
| 22. แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู | การกองระบาดวิทยา |
| 23. นายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ | การกองระบาดวิทยา |
| 24. นางสาวสุธิดา ม่วงน้อยเจริญ | การกองระบาดวิทยา |
| 25. นางสาวอรพรรณ กันยะมี | การกองระบาดวิทยา |
| 26. นายวัชรพล สีนอ | การกองระบาดวิทยา |
| 27. นายวชิรพันธ์ ชัยนนธ์ | กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ |
| 28. นางสาวอรทัย ทิมพงษ์ | กองด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ |

29. นางอนงค์นาถ มโนภิรมย์	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
30. นายเทพพร จานนอก	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
31. นางสาวกมลวรรณ วรรณคำ	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
32. นางสาวโชติมณี สุคุณพันธ์	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
33. นายกิตติพัทธ์ วรเชษฐ์	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
34. นางสาวกมลชนก ช่วยจันทร์	กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
35. นายแพทย์ศรายุช อุตตมาคงพงศ์	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
36. นางสาวฉวีวรรณ คล้ายนาค	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
37. แพทย์หญิงผลิน กมลวัฒน์	กองวัณโรค
38. นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธุ์	สถาบันราชประชาสมาสัย
39. ดร.นวิยา นันทพานิช	สถาบันราชประชาสมาสัย
40. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์	การกองโรคไม่ติดต่อ
41. นายแพทย์อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์	การกองโรคไม่ติดต่อ
42. นางสาวกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล	การกองโรคไม่ติดต่อ
43. นางสาวณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง	การกองโรคไม่ติดต่อ
44. นายปัญญา จันทรพานิชย์	การกองโรคไม่ติดต่อ
45. นางสาวนิพา ศรีช้าง	การกองโรคไม่ติดต่อ
46. นายพันศักดิ์ อัครวงศ์เกษม	การกองโรคไม่ติดต่อ
47. นางสุชาดา เกิดมงคลการ	การกองโรคไม่ติดต่อ
48. นางสาวส้ม เอกเฉลิมเกียรติ	การกองโรคไม่ติดต่อ
49. นายแพทย์ชนนันท สิริบุญชัย	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
50. นางสาวอรณิช ชำนาญศิลป์	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
51. นางสาวรัชทิพร ชนะมาร	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
52. นายแพทย์นิพนธ์ ชินานนท์เวช	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
53. นายอภิชาติ โชติชูศรี	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
54. แพทย์หญิงฉันทนา ผดุงทศ	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
55. นางสาวไมลา อิศระสงคราม	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
56. นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
57. นางสาวทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
58. นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์	สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 59. นางสาวสุจิตรา บุญกล้า | สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ |
| 60. สัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน |
| 61. นางสาวกษมา นั้บถือดี | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน |
| 62. นางสาวประภาพร สมพงษ์ | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน |
| 63. นางสาวปาจารย์ อักษรนิตย์ | กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน |



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