

Success and Unfinished Agenda in Disease Control (Threat/Trends/Teaming up)

: Non communicable Diseases

> นายศรี สุพรศิลป์ชัย กรมควบคุมโรค

“กลุ่มโรคไม่ติดต่อ” (non-communicable diseases NCDs) และ “กลุ่มเบาหวาน” เป็นกลุ่มปัญหาโรคสำคัญสองในสามของกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ทุกประเทศทั่วโลกที่เป็นสมาชิกให้ความสนใจในการเฝ้าระวัง ติดตามและดำเนินการควบคุมป้องกัน โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านใหญ่เป็น “โรคเรื้อรัง” ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน

กลุ่ม “โรคไม่ติดต่อ” นี้ เป็นคำที่ถูกกำหนดขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อใช้สื่อในการบริหารจัดการควบคุมโรคในกลุ่มที่ไม่มี “เชื้อโรค” เป็นสาเหตุ แต่มีรากมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม และเป็นปัญหาในระดับสาธารณสุข การกำหนดชื่อ “โรคไม่ติดต่อ” ซึ่งลึกลับ “โรคติดต่อ” ที่มีความชัดเจนของการแพร่กระจายของโรคในประชากรโดยเชื้อโรคและพาหะนำโรคภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมหนึ่ง ๆ นั้น ในระยะแรกด้วยชื่อ “ไม่ติดต่อ” ทำให้ไม่สื่อถึงผู้อื่นถึงความสำคัญที่ต้องควบคุม และเป็นที่ยกเถียงของนักวิชาการและนักการสาธารณสุขตลอดมา โดยเฉพาะในระยะหลังที่หลายคนระบุว่ากลุ่มโรคนี้แท้จริงสามารถ “ติดต่อ” ได้ จากความเข้าใจสถานการณ์และธรรมชาติของโรคและสาเหตุการระบาดมากขึ้นพบว่า “โรคไม่ติดต่อ” นั้นที่จริงสามารถติดต่อกับการแพร่กระจายโรคได้ โดยมีปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) ในระดับพฤติกรรมและในระดับชีวสรีรเป็นปัจจัยสาเหตุโดยตรง ได้แก่ การบริโภคยาสูบ ความไม่สมดุลทางโภชนาการ การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคแอลกอฮอล์เกิน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นต้น โดยมีปัจจัยกำหนด (Determinants) ในสภาวะแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มของพฤติกรรมเสี่ยงเปรียบเสมือนเป็นพาหะหรือเป็นปัจจัยเร่งการระบาดของพฤติกรรมเสี่ยง (ได้แก่ การตลาด การเอื้อเอื้อ การส่งต่อพฤติกรรมเสี่ยงผ่านทางครอบครัว ชุมชน และประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกัน รวมทั้งประชากรย้ายถิ่นและนักเดินทาง ฯลฯ) ดังนั้น กลุ่ม “โรคไม่ติดต่อ” นี้จึงมีชื่อกลุ่มที่บางครั้งใช้แทนกันหรือสื่อความหมายกันอยู่อีกหลายชื่อทั้งในภาษาอังกฤษ (ได้แก่ “Chronic diseases”; “lifestyle related diseases”; “transmissible chronic diseases” etc.)

และในภาษาไทย (: โรคเรื้อรัง, โรคไร้เชื้อเรื้อรัง ... ฯลฯ)

ประเทศไทยได้รับการเตือนภัยการระบาดของโรคไม่ติดต่อกับจากองค์การอนามัยโลกตั้งแต่ พ.ศ. 2526 และเริ่มมีการดำเนินการเกิดโครงการพัฒนาการควบคุมป้องกันโดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2529 และแผนการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อได้เข้าอยู่ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 7 เป็นต้นมา โรคที่อยู่ในวาระดำเนินการ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจรูห์มาติก อัมพาต เบาหวาน มะเร็ง การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคพิการแต่กำเนิด โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันควบคุมความพิการ ฯลฯ

อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาดังกล่าวเริ่มดำเนินการจนถึง พ.ศ. 2545 เป็นช่วงที่ทั้งในและระหว่างประเทศกำลังค้นหาและเข้าใจธรรมชาติวิทยาของการเกิดโรคและธรรมชาติของการระบาด ตลอดจนมาตรการการควบคุมป้องกัน ประสิทธิภาพของมาตรการ ตลอดจนโครงสร้างองค์กรทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่นที่เหมาะสมที่จะมารองรับ ทำให้ในระยะต้นการยอมรับการนำสู่การปฏิบัติจึงมักลงทุนไปในส่วนของการมาตรการรักษาที่มุ่งไปที่การชะลอการดำเนินโรคมามากกว่ามาตรการการควบคุมป้องกันที่ต้องควบคุมป้องกันจัดการที่รากของสาเหตุ และแนวโน้มการตายไม่ลดลง แม้กระนั้นก็ตามในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีการพัฒนามาตรการและการดำเนินการการลดการบริโภคยาสูบ เมาไม่ขับ การสวมหมวก และคาดเข็มขัดนิรภัย ตลอดจนความร่วมมือการดำเนินการทั้งระหว่างกระทรวงและระหว่างชมรมองค์กรเอกชนที่ไม่ใช่รัฐ (Non government organization) ดังนั้นก่อนปี พ.ศ. 2545 จึงมีแนวโน้มการลดลงของการบริโภคยาสูบ การตายจากการบาดเจ็บ

หลังปีพ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกและเครือข่ายการศึกษาโรคเรื้อรังระหว่างประเทศและองค์กรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ได้ร่วมกันศึกษาทำให้เกิดความเข้าใจในธรรมชาติและทิศทางมาตรการการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพบนหลักฐานข้อเท็จจริงสามารถกำหนดเข็มมุ่งของมาตรการไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงหลักเป็นมาตรการหลักและมาตรการรักษาเป็นมาตรการสนับสนุน และได้เผยแพร่ในรายงานองค์การอนามัยโลก (World Health Report 2002)

ขณะที่ประเทศไทยได้ปรับโครงสร้างผู้รับผิดชอบการประสานดำเนินการใหม่ให้ตรงกับภารกิจหลักขบวนการควบคุมป้องกันโรค และในปี 2547 กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้ประกาศทิศประเด็นการดำเนินการไปที่มาตรการหลักการควบคุมป้องกันคือ จัดการลด 9 “ปัจจัยเสี่ยงหลัก” ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การบริโภคแอลกอฮอล์มากเกินไป กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานและความไม่ทนทานของน้ำตาล (Impaired Glucose Tolerance) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ความผิดปกติ

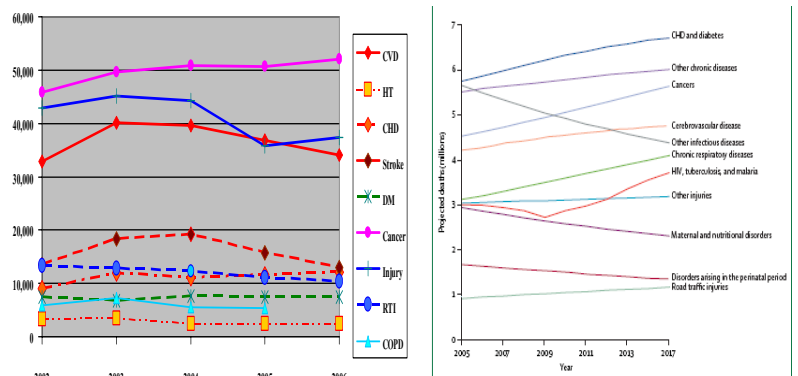
ของไขมัน พฤติกรรมความไม่ปลอดภัยจากบาดเจ็บ เพื่อมุ่งหวังให้ลดโรคไม่ติดต่อหลักที่เป็นภาระโรคของการตายและพิการก่อนวัยอันควร ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานประเภทที่ 2 มะเร็งบางชนิด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากรถ) ในรอบ 4 ปีหลังจากปรับทิศของน้ำหนักระเบิดดำเนินการ โดยในระยะต้นเน้นที่ วรระมาตรการการลดปัจจัยเสี่ยงหลักที่ไปลดการตายและป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต) และการบาดเจ็บจากรถ ปรับบทบาทและกระบวนการหลักของการควบคุมและป้องกันโรค ให้มีความชัดเจนขึ้นทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ได้แก่ พัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของปัจจัยเสี่ยงในระดับจังหวัด ระบบการบังคับใช้กฎหมายและพัฒนากฎหมายบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ ระบบบริการคัดกรองสฟปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดและระบบบริการลดเสี่ยง ระบบการเงินที่สนับสนุนการจัดบริการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทุกระดับตั้งแต่ต้นนโยบายจนถึงปฏิบัติการผ่านทางแผนงาน รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมบริการที่จำเป็นทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น ผลการดำเนินการสามารถลดอัตราการเพิ่มขึ้นของการตายจากอัมพาตและการบาดเจ็บ แม้ว่าอัตราผู้ป่วยในยังไม่ลดลง (ดังแผนภูมิ 1)^{4,5}

สืบเนื่องจากภาระของปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อการลดต่ออายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยและการสูญเสียรายได้จากผลผลิตประชาชาติ (GDP) ของประเทศ การลงทุนในมาตรการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขลดความรุนแรงมีความจำเป็นอย่างยิ่งแม้ว่าลักษณะปัญหาและกระบวนการควบคุมป้องกันจะมีความหลากหลายซับซ้อนและมีขนาดใหญ่ การพิจารณาประเด็นที่ต้องดำเนินการต่อจึงต้องมองเป็นระบบเชิงพลวัตเป็นภาพรวมบนหลักฐานข้อเท็จจริงเป็นหลักเพื่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพของมาตรการดำเนินการที่กระตุ้นให้สอดคล้องกับภาวะคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนดต่าง ๆ ของประชากร สังคม สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรในประเทศไทย จากตัวอย่างรายงานผลสำเร็จของการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและลดปัญหาโรคในต่างประเทศขององค์การอนามัยโลกและ

เครือข่ายการศึกษาติดตามระหว่างองค์กรชำนาญพิเศษและประเทศต่าง ๆ^{5,6} ที่รายงานไว้ในที่ต่าง ๆ และการศึกษาทบทวนเบื้องต้นกับแผนงานโครงการในประเทศไทยตามทิศขั้นตอนการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. M Ackland, B C K Choi and P Puska. Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *J. Epidemiol. Community Health* 2003;57:838-839.
2. Nigel Unwin, JoAnne Epping Jordan, Ruth Bonita. Rethinking the terms non-communicable disease and chronic disease. *J. Epidemiol. Community Health* 2004;58:801.
3. The World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรวบรวมโดย กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
5. Dele O Abegunde, Colin D Mathers, Taghreed Adam, Monica Ortegón, Kathleen Strong. **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** www.thelancet.com Vol 370 December 8, 2007.
6. Olusoji Adeyi, Owen Smith, Sylvia Robles. Public policy & the challenge of chronic noncommunicable diseases. 2007 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.



แผนภูมิ 1: แนวโน้มจำนวนการตายของไทยที่ผ่านมา (2545-2549) และแนวโน้มการตายของโลกจากการพยากรณ์ 2548-58 สำหรับกลุ่มโรคไร้เชื้อเรื้อรังหลักและสาเหตุการตายอื่น ๆ ในกลุ่ม 23 ประเทศที่ติดตาม (โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 23 ประเทศในกลุ่ม 23 ประเทศนี้จะครอบคลุมปัญหาโรคเรื้อรังของโลกถึงร้อยละ 80)
(CHD = coronary heart disease; COPD = Chronic lower respiratory diseases)

ตารางที่ 1 แสดงทิศขั้นตอนการดำเนินการให้สอดคล้องกับทรัพยากรในพื้นที่เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพประสิทธิผลในประเทศไทย

พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง	ข้อเสนอแนะทิศทางการควบคุมป้องกัน
- ลดบริโภคยาสูบ - ลดบริโภคเกลือโซเดียม - การจัดกลุ่มเสี่ยงสูง - สวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย	- ขยายกิจกรรมการควบคุมป้องกันให้มีคุณภาพและครอบคลุม
- เพิ่มกิจกรรมทางกาย - ลดบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมันแปด (Saturated and Trans Fat) - เมาไม่ขับ	- ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินนโยบายปฏิบัติการที่เหมาะสมกับพื้นที่ที่สุดก่อนขยายการปฏิบัติ
- เพิ่มบริโภคผักผลไม้ - ลดบริโภคน้ำตาลและอาหารแปรรูปให้พลังงานสูง - ลดสฟปัจจัยเสี่ยงบนพื้นฐานชุมชน	- ควรมีการประเมินผลอย่างเข้มข้นไปพร้อมกับการนำสู่การปฏิบัติดำเนินการ
- ลดการบาดเจ็บของภาวะน้ำหนักเกิน - ปัจจัยกำหนดด้านสังคมและระบบบริการสุขภาพของโรคเรื้อรัง	- หาข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนของ มาตรการดำเนินการในระดับประชากรเพิ่มเติม - โครงสร้างที่มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงหลักและปัจจัยกำหนดสำคัญที่ต้องมุ่งความสนใจแต่เดี๋ยวนี้