



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report

ฉบับพิเศษ

ประจำสัปดาห์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2551/menu_wesr51.html

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๑S : มีนาคม ๒๕๕๑

Volume 39 No.1S : March, 2008

Success and Unfinished Agenda in Disease Control (Treat/trends/Teaming up)

งานสัมมนาโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ 19

ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพมหานคร



Success And Unfinished Agenda

in Disease Control: HIV/AIDS in Thailand

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ได้เริ่มต้นตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน ปี พ.ศ. 2527 และเมื่อเกิดการระบาดของเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด และกลุ่มหญิงบริการทางเพศในช่วงปี พ.ศ. 2530 - 2531 และในปี พ.ศ. 2532 ตามลำดับ มาตรการในการป้องกันการระบาดของเชื้อเอชไอวีก็ได้ขยายตัวออกไปเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดเหล่านั้น ดังจะเห็นได้จากการเร่งรัดขยายโครงการถุงยางอนามัย 100 % ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ให้บริการทางเพศสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้มากขึ้น

> นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข

โดยมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่มาใช้บริการเพิ่มขึ้น อย่างชัดเจน ผลจากการสำรวจหาอัตราใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการทางเพศพบว่า สูงมากกว่าร้อยละ 95 มาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผลจากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวส่งผลให้การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเหล่านี้ลดลงอย่างมาก

คาดการณ์กันว่า โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทั้งการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือด และจากแม่สู่ลูก ที่ได้ดำเนินการไปตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ได้ช่วยป้องกันคนไทยไม่ให้ติดเชื้อได้แล้วมากกว่า 7 ล้านคน อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีซึ่งเริ่มต้นในช่วงต้นทศวรรษที่ 2530 ซึ่งในระยะแรกมีกรณีติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละปี มากกว่าปีละ 100,000 คน และลดลงอย่างมากในช่วงต่อมา แต่ก็ยังคงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่มากกว่าปีละ 10,000 คนมาอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้มีการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อกันอย่างกว้างขวาง และในภาพรวม การระบาดของเชื้อเอชไอวีส่งผลให้คนไทยติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้วมากกว่า 500,000 คน

การที่ยังคงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงภาวะความเจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อนของเอดส์ ที่จะเกิดขึ้นกับคนจำนวนมาก และยังมีผลกระทบทางด้านสังคม เช่น ปัญหาผู้สูงอายุที่บุตรหลานเสียชีวิตจากเอดส์ และปัญหาเด็กกำพร้าที่พ่อและแม่เสียชีวิต

จากเอดส์ เป็นต้น การจัดบริการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ตลอดจนการจัดบริการทางสังคมแก่ผู้ได้รับผลกระทบจึงกลายเป็นการบริการที่สำคัญ ที่หน่วยงานต่าง ๆ จะต้องจัดให้อย่างกว้างขวางทั่วถึง ในขณะที่ทุกคนจะต้องส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มประชากรเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวกตามสมควรอีกด้วย

การจัดบริการรักษาด้านเอดส์นี้ จะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบบริการจะเป็นแบบสะสม คือ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา ดังจะเห็นได้ว่า ในขณะนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไวรัสไปแล้วมากกว่า 130,000 คน และนับวันจะมีมากขึ้น ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงการบริการที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ มีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการคือยาของเชื้อไวรัสต่อสูตรยาพื้นฐาน หรือแม้แต่การที่เชื้อคือต่อยาในสูตรที่สองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทั้งหมดนี้จะทำให้การกำหนดสูตรยาด้านไวรัส รวมทั้งการจัดบริการรักษา มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น และจะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น จึงเห็นได้ว่า แม้ว่าในระยะที่ผ่านมาประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างดียิ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และการขยายบริการด้านการดูแลรักษา จนสามารถครอบคลุมผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับ

ผลกระทบจากเอดส์อย่างมาก แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดในการดำเนินงานด้านเอดส์ต่อไป ทั้งส่วนที่เป็นงานด้านการป้องกัน การจัดบริการด้านการรักษา และการดูแลสนับสนุนแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ มาตรการและกิจกรรมที่สมควรต้องดำเนินการมีเป็นจำนวนมาก แต่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานระบาดวิทยา และเห็นว่าจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. งานด้านการป้องกัน

1.1 จากการเฝ้าระวังและการสำรวจ การติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย พบข้อมูลที่ชัดเจนว่า ปัจจุบัน กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความหลากหลายมากขึ้น และพฤติกรรมเสี่ยงก็เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

- **กลุ่มหญิงที่ติดเชื้อจากสามี หรือคนรักที่ติดเชื้ออยู่ก่อนแล้ว (discordant couple)** กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่ ดังนั้น จึงถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องจัดบริการในงานป้องกันการติดเชื้อ และการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงและมารับบริการตรวจหาการติดเชื้อและรับการปรึกษาให้มากที่สุดโดยเร็ว มาตรการนี้จะส่งผลต่อเนื่องให้กับกลุ่มชายที่ติดเชื้อจากภรรยา หรือหญิงคนรัก เช่นเดียวกัน มาตรการดังกล่าวข้างต้นนี้ สามารถดำเนินการได้ทั้งกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการและกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว

- **กลุ่มชายรักชาย** มีผลการศึกษาที่ยืนยันว่า มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายรักชายใน กทม. และจังหวัดขนาดใหญ่หลายจังหวัดในช่วงระหว่างปี 2546 - 2548 จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดขยายบริการด้านการป้องกัน โดยการส่งเสริมให้มีการใช้ถุงยางอนามัย ให้ทั่วถึง และจะต้องขยายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ให้ครอบคลุม

- **กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ** มีผลการศึกษาที่บ่งชี้ว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศเริ่มลดลงในหลายพื้นที่ และลักษณะของผู้ให้บริการทางเพศก็ยังเปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่มแอบแฝงมากขึ้น รวมทั้งมีผู้ให้บริการทางเพศที่ประกอบอาชีพแบบอิสระ ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงถุงยางอนามัย ดังนั้น ในประชากรกลุ่มเหล่านี้ จะต้องมีการเสริมความเข้มข้นให้กับโครงการถุงยางอนามัย 100 % ให้

ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทุกกลุ่ม

- **กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด** อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรกลุ่มนี้ไม่ลดลงต่ำลงอย่างชัดเจน โดยตลอดเวลา 20 ปีที่ผ่านมา อัตราการติดเชื้อยังคงอยู่ที่ระดับ 40% หรือสูงกว่ามาโดยตลอด จึงเป็นเรื่องที่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะได้เร่งรัดขยายบริการตามโครงการลดอันตราย (Harm Reduction) ให้ได้

- **กลุ่มเยาวชน** มีข้อมูลที่น่าสนใจว่า สัดส่วนของเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น โดยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนเหล่านี้ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่าหนึ่งคน มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ในอัตราที่น้อย ทั้งนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง มีความหลากหลาย และน่าจะผันแปรไปตามกลุ่มคนต่าง ๆ (เช่น เพศชาย เพศหญิง และกลุ่มเพศอื่น ๆ อาจมีกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกัน) ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ อาจจะเป็นไปได้ตั้งแต่ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ความเชื่อมั่นในคู่นอนของตนเอง การเสพยาหรือใช้ยาเสพติด ค่านิยมเกี่ยวกับการเปลี่ยนคู่นอน การได้รับสื่อเร้าทางเพศโดยปลอดจากการควบคุม การไม่เข้าถึงถุงยางอนามัย ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ การขาดปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความยับยั้งชั่งใจจากครอบครัว เป็นต้น มาตรการที่จำเป็นในการส่งเสริมให้เยาวชนสามารถป้องกันตนเองได้มากขึ้นสามารถดำเนินการได้ผ่านการจัดบริการในด้านการศึกษาด้านเพศและเอดส์ รวมทั้งการเข้าถึงถุงยางอนามัย การดำเนินงานในประชากรกลุ่มนี้ถือว่าเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะเยาวชนเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุด ถ้าหากเยาวชนยังคงประกอบพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อกันมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็คาดได้ว่า ต่อไปจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมาก

1.2 ในการจัดกิจกรรมด้านการป้องกันดังกล่าวข้างต้น จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องเข้ามาร่วมมือกันดำเนินการจึงจะประสบผลสำเร็จ โดยหน่วยงานที่ต้องเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ นอกจากนี้จะต้องมีการพัฒนานโยบายที่กำหนดให้งานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในลำดับสูง มีการจัดสรรงบประมาณให้กับกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบอย่างครอบคลุมทั้งในด้านการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันอย่างเพียงพอ และมีการดำเนินงานเฝ้าระวังและติดตาม

ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. งานด้านการรักษา

2.1 กิจกรรมที่สมควรต้องเร่งรัดดำเนินการในสภาวะที่มีผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่

- การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Adherence) ถือว่าเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการขยายบริการยาต้านไวรัส เนื่องจากมาตรการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากยาต้านไวรัสได้มากที่สุดเป็นระยะเวลานานที่สุด

- การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เชื้อไวรัสในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อมาไม่นานเพื่อศึกษาลักษณะของเชื้อที่แพร่อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผลจากการศึกษาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชไอวีที่แพร่ในขณะนั้นได้ และยังช่วยสร้างความมั่นใจในการกำหนดและใช้สูตรยาพื้นฐานแก่ผู้ป่วยรายใหม่ ปัจจุบันมีเทคโนโลยีและแนวทางสำหรับการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้หลายรูปแบบ เช่นการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่จากกลุ่มผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดซ้ำในระยะเวลาที่ห่างกันไม่นานนัก นอกจากนี้ อาจเลือกใช้เครื่องมือสำหรับตรวจหาการติดเชื้อที่เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่นาน เช่น การทดสอบ BED Captured ELISA Immunoassay ซึ่งสามารถแยกแยะได้ว่าการติดเชื้อน่าจะเกิดมาในระยะเวลาไม่เกินประมาณ 6 เดือน เมื่อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้แล้ว จึงสามารถนำตัวอย่างเลือดไปตรวจหาลำดับยีนที่จะแสดงภาวะของการดื้อยาได้ต่อไป

- การศึกษาและติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อให้ทราบถึงการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเกิดภาวะการดื้อยาล้างรักษา เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

2.2 การดำเนินงานข้างต้น นอกเหนือจากจะต้องมีการสนับสนุนในเชิงนโยบาย และงบประมาณแล้ว ยังต้องพิจารณาเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างศักยภาพในระบบการรักษาพยาบาล ให้สามารถสนับสนุนผู้ป่วยให้รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ในประเด็นนี้ กลุ่มผู้ป่วย สามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแลสนับสนุนกันเองได้ นอกจากนี้ ในอนาคตเมื่อมีผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น ระบบการรักษาจะต้องคงคุณภาพของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป

อนึ่ง ข้อเสนอข้างต้น ไม่ได้ครอบคลุมถึงมาตรการและโครงการอื่น ๆ ที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน และจำเป็นต้องดำเนินการต่อไปอย่างเข้มข้น เช่น โครงการถุงยางอนามัย 100 % การตรวจคัดกรองโลหิตบริจาค โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โครงการป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการแบบ Universal Precaution รวมทั้งโครงการด้านการดูแลรักษาอีกมากมาย นอกจากนี้ ในการเสนอความเห็นข้างต้น ไม่ได้ลงรายละเอียดของแต่ละมาตรการหรือแต่ละโครงการ เช่น ไม่ได้ให้รายละเอียดว่า โครงการ Harm Reduction ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง หรือ ไม่ได้ให้ข้อมูลว่า การตรวจหาการติดเชื้อรายใหม่ ทำอย่างไร หวังว่า ผู้ที่สนใจในหัวข้อเรื่องต่าง ๆ สามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้ต่อไป

สรุป

แม้ว่าประเทศไทย จะได้รับการยกย่องถึงความสำเร็จในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ จากนานาชาติ แต่ยังคงมีปัญหาสำคัญทั้งในแง่ที่เกี่ยวกับการมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นอยู่เป็นจำนวนมากกว่า 10,000 รายต่อปีมาอย่างต่อเนื่อง และในแง่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งจะต้องคงระดับของการรับประทานยาในระดับสูงให้ได้อย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานทางระบาดวิทยาสามารถช่วยตอบสนองต่อความท้าทายใหม่ ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างดี ทั้งในงานด้านการป้องกัน และการรักษาพยาบาล โดยในงานด้านการป้องกัน จะต้องเน้นที่กลุ่มประชากรเป้าหมายควบคู่ไปกับมาตรการการเข้าถึงบริการป้องกัน ส่วนในงานด้านการรักษาพยาบาล จะต้องเน้นที่กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการรักษา และการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา

นำเสนอในการสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 ระหว่างวันที่ 11-13 กุมภาพันธ์ 2551 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กทม. โดย นพ.สมศักดิ์ เทนประเสริฐสุข พ.บ., ส.ม. ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย

วัณโรค : ภารกิจที่ยังไม่จบสิ้น



> นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

1. ทำไมวัณโรคยังเป็นปัญหาในประเทศไทย

1.1 ปัญหาในสายตาชาวโลก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) จัดให้ไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่เป็นประเทศที่มีภาระเรื่องวัณโรคสูง¹ (High Burden Countries : HBCs) ซึ่งหากเราพิจารณาเกณฑ์ของ WHO แล้ว จะเห็นว่าการจัดลำดับ HBCs อาจไม่ยุติธรรมนัก เนื่องจากใช้เกณฑ์จากยอดจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ไม่ใช่จากอัตราป่วย ซึ่งอัตราป่วยในประเทศไทยต่ำกว่าประเทศเล็ก ๆ (ที่มีประชากรน้อย) อื่น ๆ อยู่มากในเอเชีย เช่น ดิมอร์ เนปาล ภูฏาน และเกาหลีเหนือ ในแอฟริกาอีกประมาณ 20 ประเทศ ที่มีอัตราป่วยสูงกว่าไทย ดังนั้นการอยู่ในรายชื่อของ HBCs อาจไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบใน HBCs แล้วประเทศไทยมี Success rate อยู่ในลำดับท้าย ๆ (ประมาณที่ 17 จาก 22 ประเทศ) เราจึงอาจกล่าวได้ว่า **Success rate ที่ต่ำคือปัญหาที่แท้จริงของประเทศไทย** ผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศเคยตั้งคำถามว่า ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่ดีมาก ทำไมจึงไม่ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้ Success rate มากกว่า 85%

1.2 ปัญหาที่แท้จริง

กล่าวได้ว่า Success rate ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย (Success rate ในประเทศไทยเฉลี่ยไม่เคยถึง 80%) คือปัญหาที่แท้จริง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุ² แล้วพบว่า เนื่องจากอัตราตาย (ประมาณร้อยละ 8) อัตราขาดยา (ประมาณร้อยละ 7) และผู้ป่วยที่ไม่นำมาประเมิน (ประมาณร้อยละ 14) ส่วนการดื้อยานั้นยังไม่เป็นปัญหามากนักในประเทศไทย โดยการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคที่ดำเนินการโดยสำนักวัณโรค พบอัตราดื้อยา MDR ประมาณร้อยละ 0.9 – 2 ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มคงที่ ดังนั้นผู้เรียบเรียงจะขอวิเคราะห์ถึงสาเหตุของ Success rate ที่ต่ำทีละประเด็น ดังนี้

- อัตราตาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยวัณโรคนั้น เนื่องมาจากการติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย³ (ประมาณร้อยละ 50) หากมีการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจพบว่า HIV เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคเช่นกัน

- อัตราขาดยาที่สูงเนื่องมาจากการที่เราไม่ใช้มาตรการ DOTS มาดำเนินการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้เรียบเรียงขอย้ำอีกครั้งว่า DOTS ไม่ใช่แค่ DOT ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

- ผู้ป่วยที่ไม่นำมาประเมินซึ่งสูงถึง ร้อยละ 14 เกิดขึ้นจากการที่จำนวนผู้ป่วยในรอบรายงานการค้นหา (Case Finding Cohort) ถูกนำมาประเมินในรอบรายงานผลการรักษา (Treatment Outcome Cohort) ไม่ครบถ้วน ซึ่งสาเหตุหลักของการประเมินไม่ครบถ้วนอาจกล่าวได้ว่า เนื่องมาจากมาตรฐานของระบบการบริหารจัดการในการติดตามประเมินผล (ซึ่งเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของ DOTS) ที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยบางพื้นที่ที่มีระบบการติดตามงานจากเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ไปยังพื้นที่ (จังหวัดและอำเภอ) อย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่บางพื้นที่ที่ใช้วิธีการรอรายงาน ประกอบกับการสะท้อนกลับของข้อมูลจากส่วนกลาง (สำนักวัณโรค) ไปยังเขต จังหวัด อำเภอ และผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลาง ก็ยังไม่มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องจริงจัง ซึ่งปัญหานี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่สุดอีกประการหนึ่ง

2. การแก้ปัญหา

จากการที่องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมวัณโรคในระดับนานาชาติ (WHO, IUATLD, CDC, KNCV, ATS, World Care Council และ Stop TB Partnership) ทำการทบทวนยุทธศาสตร์งานควบคุมวัณโรค โดยสรุปเป็นเอกสารที่เผยแพร่ไปทั่วโลก (Stop TB Strategy⁴, International Standards for TB Care⁵, Patients' Charter for TB care⁶) นำมาประยุกต์เข้ากับสภาพปัญหาในประเทศไทยแล้ว พอจะสรุปมาตรการการแก้ปัญหา Success rate ที่ต่ำในประเทศไทยได้ ดังนี้

2.1 ดำเนินการมาตรการ DOTS อย่างจริงจังและมีคุณภาพ

ในประเทศไทยเจ้าหน้าที่หลาย ๆ ส่วนมักเข้าใจว่า DOTS = DOT (การรักษาแบบมีผู้สังเกตโดยตรง) ซึ่งความเป็นจริงแล้ว DOTS มี 5 องค์ประกอบ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาเพิ่ม Success rate โดยตรง คือ ข้อ 1 พันธะสัญญา (Political Commitment) ข้อ 3 การรักษาด้วยระบบมาตรฐานภายใต้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (DOT ในอดีต) และข้อ 5 การมีระบบการตรวจสอบประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำมาประยุกต์กับสภาพปัญหาในประเทศไทย กิจกรรมที่ควรดำเนินการคือ

- การกำหนดให้มี Hospital TB Coordinator ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อเป็นการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงาน TB ในภาพรวมอย่างจริงจัง ซึ่ง Hospital TB Coordinator ที่จะเป็นผู้ที่ประสานงาน รวมทั้งการประเมินภาพรวมของงานดำเนินงาน TB ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- กำหนดให้มีการนิเทศตรวจสอบผลงานอย่างจริงจัง โดยในระยะ 1 - 3 ปีนี้ควรมีการนิเทศระดับอำเภอทุกไตรมาส ซึ่งอาจผสมผสานระหว่างการนิเทศและการจัด DOTS Meeting หมุนเวียนกันไป เพื่อเป็นการเรียนรู้วิธีการทำงานภายในพื้นที่
- กำหนดให้มีการประสานแจ้งข้อมูล (ที่ได้จากการนิเทศและ DOTS Meeting) ให้โรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ทราบเป็นระดับ เช่น เขตแจ้งจังหวัดและอำเภอเพื่อให้พื้นที่ทราบปัญหาที่แท้จริง
- จัดให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดีทั้งในส่วนกลาง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานวัณโรค) เขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) อำเภอ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

ในการประสานการใช้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนกลางนั้น สำนักงานวัณโรคควรใช้ข้อมูลดังกล่าว Advocate ต่อผู้บริหาร (ปลัด อธิบดี ผู้ตรวจ ฯลฯ) อย่างเหมาะสม

2.2 มาตรการอื่น ๆ ที่ควรดำเนินการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า HIV เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคสาเหตุหนึ่ง มาตรการที่ควรดำเนินการ คือ

- ให้คำปรึกษาเพื่อเจาะเลือดโดยวิธี Opt-Out (Provider-Initiated Counseling and Testing = PICT) ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย เพื่อทราบสถานการณ์ติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด
- ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ควรให้ยา ART⁷ และ Cotrimoxazole ตามข้อบ่งชี้โดยเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการตาย
- เพื่อเป็นเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต รวมทั้งการใช้โครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ ที่มีอยู่ให้เอื้อประโยชน์ต่อการควบคุมวัณโรค มาตรการอื่น ๆ ที่อาจดำเนินการควบคู่กันไป คือ
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย MDR-TB (Multiple Drug Resistance) และ XDR-TB (Extensive Drug Resistance)
- พัฒนาหน่วยงานชั้นสูงเพื่อรองรับบริการการตรวจและทดสอบความไวต่อยา (Drug Susceptibility Testing : DST)
- เร่งรัดให้มีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (TB infection control) ในแหล่งเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เรือนจำ โรงพยาบาล เป็นต้น
- ติดตามประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทาง Disease management ของสปสช. อย่างเป็นระบบ
- พัฒนาความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยงานเอกชน และภาครัฐอื่น ๆ (Public-Private และ Public-Public Partnership : PPP)
- พัฒนาความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Global Tuberculosis Control : surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/2006.362).

2. Tuberculosis in Thailand: epidemiology and program performance, 2001-2005. Department of Disease Control, Ministry of Public Health
3. S. Akksilp, O. Karnkawinpong, J. Varma, et al. HIV voluntary counseling and testing in TB patients and high mortality among co-infected patients in Ubonratchathani Province, Thailand, 2003. Abstract presented in the IAC Conference, Bangkok 2004
4. Stop TB Strategy available at
http://www.who.int/tb/features_archive/stop_tb_strategy/en/index.html
http://www.who.int/tb/publications/2006/who_htm_tb_2006_368.pdf
5. International Standards for TB Care available at :
http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf
6. Patients' Charter for TB Care. Download available at :
www.worldcouncil.org/index.php?nSection=1&module=default&content=34
http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf
7. S. Akksilp, O. Karnkawinpong, W. Wattanaamornkiat, et al. Antiretroviral Therapy during Tuberculosis Treatment and Marked Reduction in Death Rate of HIV-Infected Patients, Thailand. Emerging Infectious Disease 2007; 7 (13):1001-1007.

Success and unfinished agenda in road traffic injury prevention

> นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย

1. Principle role of MOPH in road traffic injury prevention

- 1.1 เป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลการบาดเจ็บสู่สังคม
- 1.2 เป็นผู้ดำเนินการวางแผน พัฒนาคำเนินการ ติดตาม ประเมินผล โดยประสานความร่วมมือกับภาคีอื่นๆ
- 1.3 ผลักดันให้เกิดองค์การความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ
- 1.4 ดำเนินงานเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่
 - ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงครอบครัว
 - ผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาใช้บริการในสถานที่ของกระทรวงสาธารณสุข
 - primary care unit (PCU)
 - เครือข่ายชุมชน

1.5 เป็นภาคีสำคัญในการผลักดันและเคลื่อนไหวให้เกิดนโยบายความปลอดภัยทางถนน

1.6 เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2. Achievement to date

2.1 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บ พร้อมทั้งได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บ

2.2 มีโครงการพัฒนางาน Injury surveillance system มาตั้งแต่ปี 2537 จนสามารถขยายงานลงสู่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศ มี IS sentinel centers ที่เข้มแข็งถึง 28 แห่ง มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการป้องกันอุบัติเหตุจราจร และการขับเคลื่อนให้เกิดนโยบายสาธารณะ

2.3 มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดการก่อตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน

2.4 เป็นกรรมการหลักในศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน รวมทั้งมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดนโยบายระดับชาติเพื่อความปลอดภัยทางถนนในหลายมาตรการ เช่น หมวกนิรภัยและ เมาไม่ขับ

2.5 ประสบความสำเร็จอย่างสูงในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาอันสั้น ทั้งระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล และการพัฒนาศูนย์อุบัติเหตุระดับต่าง ๆ รวมถึงระบบการเตรียมความพร้อมรับมืออุบัติเหตุกลุ่มในโรงพยาบาลทุกระดับ

3. Thailand : Where are we?

3.1 การบังคับใช้กฎหมายยังหย่อนยานอยู่มาก

3.2 จำเลยหลักในอุบัติเหตุจราจรทุกครั้งคือ คนขับ ทั้งที่มูลเหตุ ส่วนใหญ่มีหลายปัจจัย แต่ผู้เกี่ยวข้องกับปัจจัยเหล่านั้น มักไม่ต้องรับผิดชอบ

3.3 การไหลบ่าของเทคโนโลยีเข้ามาในประเทศ และการรับเข้าเทคโนโลยีมาใช้โดยไม่ได้อัดกลั่นกรอง

3.4 อิทธิพลของการโฆษณาและไม่เข้มงวดในการควบคุม

3.5 ขาดการสนับสนุนด้านการค้นคว้าวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้

3.6 ความอ่อนแอในระบบตรวจสอบโดยผู้บริโภค

3.7 ความแตกต่างในระดับสถานะของคนในสังคม

หลากหลายในการรับรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรม ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความเชื่อกับมาตรการความปลอดภัยทางถนน

3.8 ข้อมูลไม่มีเอกภาพ ไม่ถูกต้อง

3.9 องค์กรรับผิดชอบหลักยังไม่เข้มแข็ง

4. Unfinished agenda

4.1 องค์กรนำไม่เข้มแข็ง

4.2 ขาดแผนทั้งระยะสั้น ระยะยาว

4.3 แผนงานเฉพาะกิจ

4.4 ภาคีแยกส่วน

5. Vision for the future

5.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรนำ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

5.2 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและการเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุที่เป็นเอกภาพ

5.3 เสริมสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการวิจัย

5.4 ประสานและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุ

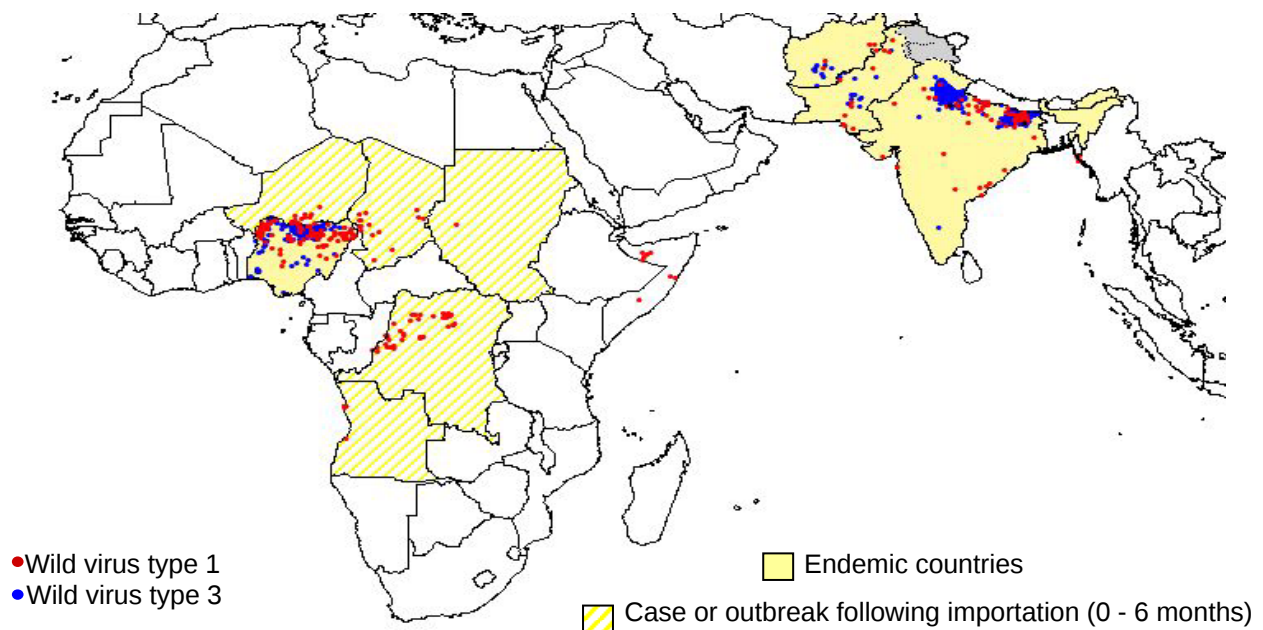
5.5 วางแผนให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่สำคัญ

5.6 เสริมสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



Polio Eradication: An Unfinished Agenda in Global Disease Control

Wild Poliovirus*, 02 Jan 2007 – 01 Jan 2008



> แพทย์หญิงปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์ภิลาส

ทั่วโลกได้ลงนามรับรองปณิธานว่าด้วยความมุ่งมั่น การปกป้อง
คุ้มครองและการพัฒนาเด็ก และเริ่มต้นโครงการกวาดล้างโปลิโอเมื่อปี
2531 ด้วยความเชื่อมั่นว่า ความร่วมมืออย่างมุ่งมั่นในการให้วัคซีนโปลิโอ
ครบ 3 ครั้งให้ครอบคลุมเด็กมากกว่าร้อยละ 90

การเฝ้าระวังตรวจสอบผู้ที่มีอาการอัมพาตคล้ายผู้ป่วยโปลิโอ
การสอบสวนควบคุมโรคอย่างทันทั่วถึง และการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ
เป็นประจำทุกปี เพียงพอที่จะดำเนินการให้โครงการนี้สำเร็จลุล่วงได้ในปี
2543 เมื่อเริ่มต้นโครงการมีผู้ป่วยโปลิโอทั่วโลกปีละประมาณ 350,000
ราย มากกว่า 125 ประเทศ ที่ประชากรได้รับความทุกข์ทรมานจากการ
เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จากความเพียรพยายามในการดำเนินการมาจนถึง
ปัจจุบัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยลดลงอย่างมาก และประเทศที่ยังคงมีการระบาดของ
ของโรคอยู่ (endemic countries) เหลือเพียง 4 ประเทศ คือ ประเทศไนจีเรีย
อินเดีย ปากีสถาน และอัฟกานิสถาน อย่างไรก็ตามพบว่า บางประเทศที่
เคยปลอดจากโรคโปลิโอกลับมีรายงานผู้ป่วยเกิดขึ้นใหม่ อันเป็นผลมา
จากความเข้มข้นในการดำเนินงานที่ลดลงขาดความต่อเนื่องในการเฝ้า
ระวังและป้องกันโรคที่เข้มแข็ง และประเทศประสบปัญหาอยู่ในขณะนี้
เช่น ไนเจอร์ สาธารณรัฐคองโก โซมาเลีย แองโกลา ซึ่งเป็นประเทศที่

อยู่ในแอฟริกาและประเทศที่อยู่ในเอเชียใต้ และตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ บังกลาเทศ เนปาล และโดยเฉพาะที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ประเทศพม่า ที่อยู่ติดกับประเทศไทย ทำให้ประเทศไทยยังมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีการนำเชื้อโปลิโอเข้ามาสู่ในประเทศไทยได้

Total cases	Year-to-date 2007	Year-to-date 2006	Total in 2006
Globally	895	1848	1997
- in endemic countries:	801	1731	1869
- in non-endemic countries:	94	117	128

สถานการณ์ผู้ป่วยโปลิโอทั่วโลก ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2550 มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 895 ราย ร้อยละ 89.5 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศที่มีการระบาด ในภาพรวมจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาเล็กน้อย

ประเด็นสำคัญ : ในจิเรีย อินเดีย ปากีสถาน และอัฟกานิสถาน

มีคำถามสำคัญที่ต้องพิจารณาว่า หลังจากการดำเนินงานมา 20 ปี ทำไมประเทศเหล่านี้จึงยังไม่สามารถกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปได้ ประเด็นปัญหาหนึ่งคือ ความร่วมมือในระดับชุมชน ในการมารับการหยอดวัคซีนทั้งในการให้บริการปกติและการรณรงค์ประจำปี ประเทศในจิเรียเป็นประเทศสำคัญที่มีปัญหานี้ มีการปฏิบัติการเสกวัคซีน ประชาชนและผู้นำชุมชนเชื่อว่าวัคซีนโปลิโอชนิดกิน (OPV) เป็นผลิตภัณฑ์จากประเทศตะวันตก การรณรงค์ให้วัคซีน OPV มีวัตถุประสงค์ร้ายเพื่อทำลายล้างเผ่าพันธุ์มุสลิม เมื่อประชาชนไม่นำบุตรหลานมารับวัคซีน ก็ทำให้มีเด็กที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคจำนวนมากและเกิดการระบาดใหญ่ของโรคตามมา หลังจากความพยายามอย่างหนักในการทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วนของสังคม ในปัจจุบันสถานการณ์ในประเทศในจิเรียเริ่มดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยโปลิโอในแต่ละปีเริ่มมีน้อยลงในประเทศอินเดีย ส่วนประเทศปากีสถาน และอัฟกานิสถาน ก็มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในระดับชุมชนเช่นกัน แต่สาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากความไม่สงบในพื้นที่ และความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ

ประเด็นปัญหาต่อมาคือ สภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อม แม้ว่ารัฐบาลของแต่ละประเทศจะพยายามอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบริการวัคซีน โดยเฉพาะในการรณรงค์ จัดการรณรงค์ให้มากถึง 6 ครั้งต่อปี เพื่อให้ความครอบคลุมวัคซีนสูง และครอบคลุมทุกชุมชน แต่เนื่องจากสภาพชุมชนซึ่งมีการเคลื่อนย้ายประชากรสูง ประชากรแออัด เช่นตัวอย่างในประเทศอินเดีย ปากีสถาน ก็เป็นเหตุให้ยังคงมีเด็กที่ไม่ได้รับบริการวัคซีน นอกจากนี้สภาพแออัดและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขอนามัย เช่น การไม่มีน้ำสะอาด การใช้ส้วม การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร รับประทานอาหารด้วยมือ ก็มีส่วนช่วยให้การถ่ายทอดเชื้อจากอุจจาระของเด็กคนหนึ่งไปยังเด็กคนอื่น ๆ เป็นไปได้ง่ายและบ่อยขึ้น ในชุมชนที่สิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขอนามัยเหล่านี้ หากจะกำจัดโรคโปลิโอให้หมดไปจากพื้นที่ จะต้องให้บริการวัคซีนให้มีความครอบคลุมสูงกว่าชุมชนทั่วไป

การสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคหลังได้รับวัคซีน OPV ในเด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มี Enterovirus ชุกชุม ก็เป็นอีกประเด็นปัญหาหนึ่งที่เป็นที่ถกเถียงวิเคราะห์วิจัยอยู่ในขณะนี้ ยกตัวอย่างในพื้นที่ที่ยังมีการระบาดของโรค ซึ่งอยู่ในเขตประเทศอินเดียตอนเหนือ เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาทางสุขอนามัยอย่างมาก และมี Enterovirus ชุกชุมมาก เด็กบางรายได้รับวัคซีน OPV มากกว่า 10 ครั้ง แต่ก็ยังไม่มีความปลอดภัยในการบริการ หรือการควบคุมคุณภาพวัคซีน แต่มีความเป็นไปได้ว่า การสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคในลำไส้ของเด็กไม่ดีพอ เนื่องจากเชื้อไวรัสอ่อนฤทธิ์จากวัคซีน OPV ต้องแข่งขันแข่งชิงกับ Enterovirus อื่นๆ ในลำไส้ของเด็ก ในระยะ 4 - 5 ปีหลังมานี้ องค์การอนามัยโลกได้เริ่มนำวัคซีน OPV ชนิดที่มีไวรัสอ่อนฤทธิ์ยับยั้ง 1 ชนิดเดี่ยว (monovalent - type 1) มาใช้แทนวัคซีน OPV แบบปกติซึ่งมีไวรัสอ่อนฤทธิ์สามชนิด (trivalent - type 1, 2 และ 3) เพื่อหวังกระตุ้นให้การสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโปลิโอชนิดนั้นๆ ดีขึ้น ซึ่งก็ได้ผลดีสามารถลดจำนวนผู้ป่วยจากเชื้อยับยั้ง 1 ในทุกพื้นที่ลงได้ อีกกลวิธีหนึ่งที่อยู่ในระหว่างศึกษาทดลอง คือการให้วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) แก่เด็กก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนการสร้างภูมิคุ้มกันจาก Enterovirus ในลำไส้ ด้วยปัญหาต่างๆ ที่กล่าวมานี้ จะเห็นได้ว่าโครงการกวาดล้างโปลิโอระดับโลกนี้ ยังมีได้มือนาคตที่สดใส ครอบงำที่เรายังไม่สามารถแก้ปัญหาในประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคได้



งานกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย: เมื่อไรจะสำเร็จ

ประเทศไทยปลอดโรคโปลิโอมาแล้วกว่า 10 ปี หลังจากมีผู้ป่วยรายสุดท้ายเมื่อเดือนเมษายน 2540 แต่ยังคงต้องการดำเนินงานตามกลวิธีหลัก 4 ประการไว้ให้เข้มแข็ง เพราะทราบได้ที่ยังคงมีประเทศที่มีการระบาดของเชื้อโปลิโออยู่ ประเทศไทยก็ยังคงมีความเสี่ยงที่จะมีการนำเข้ามาของเชื้อมาสู่ประเทศได้ตลอดเวลา จากการเดินทางท่องเที่ยว ติดต่อค้าขาย รวมทั้งมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามถิ่น และแรงงานต่างด้าว

จากการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคโปลิโออย่างต่อเนื่อง พบว่ามีการแพร่กระจายเชื้อโปลิโอจากประเทศอินเดียไปยังประเทศใกล้เคียง คือ เนปาล บังกลาเทศ และพม่า ซึ่งไม่มีรายงานผู้ป่วยมาประมาณ 4, 5 และ 7 ปี ตามลำดับ โดยเฉพาะประเทศพม่าในปีนี้มีผู้ป่วยโปลิโอแล้วถึง 11 ราย สำหรับประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งไม่มีรายงานผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 10 ปี ก็ยังเกิดการระบาดอย่างรุนแรงในประเทศ ชั่วในปี 2548 โดยคาดว่าจะมีสาเหตุจากกลุ่มคนที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ และผู้ไปใช้แรงงานในประเทศที่มีการระบาดของโรคแล้วนำเชื้อโปลิโอกลับมาแพร่ระบาดในประเทศ

ดังนั้นทุกท่านคงทราบคำตอบสั้นๆ ได้ว่าประเทศไทยจะหยุดดำเนินงานตามโครงการกวาดล้างโปลิโอได้ก็ต่อเมื่อเชื้อโปลิโอได้หมดไปจากโลกนี้แล้วเท่านั้น

กลวิธีหลัก 4 ประการ

- ✦ ความครอบคลุม OPV ครั้งที่ 3 ในเด็กอายุครบ 1 ปี ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- ✦ เฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างเฉียบพลัน (AFP)
- ✦ สอบสวนและควบคุมโรคในผู้ป่วย AFP ทุกรายอย่างเหมาะสม
- ✦ รณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กกลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี

มาตรการป้องกันและควบคุมโรค

จากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ความสำเร็จ ความล้มเหลว และสิ่งที่จะต้องทำต่อไปอย่างเร่งด่วน...

จากการพัฒนาประเทศอย่างรวดเร็วทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยเป็นอย่างมาก ปัญหาทางด้านสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงจากปัญหาโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เกิดจากมลพิษด้านต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

> นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์

การประกอบอาชีพของมนุษย์และการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ นับวันจะกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผลการศึกษาวิจัย สื่อสาธารณะ และข้อร้องเรียนต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงและความถี่ของปัญหาดังกล่าวในประเทศมากขึ้น

ธรรมชาติและกลไกการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างจากปัญหาสาธารณสุขที่เกิดจากโรคติดต่อในอดีต (อย่างไรก็ตามอย่าลืมว่าโรคติดต่อบางโรคก็ถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และการระบาดของโรคติดต่อทุกชนิด ก็เกิดจากปัญหาสภาวะแวดล้อมที่ไม่ดี) โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มักจะเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีระยะฟักตัวนาน และลักษณะของโรคก็ไม่มีเฉพาะเจาะจงต่อสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรค สำหรับสิ่งคุกคามหรือตัวสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค อาจจะเป็นปัจจัยทางกายภาพ สารเคมี หรือภาวะที่ไม่ปลอดภัยต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะเป็นสิ่งคุกคามที่ผสมผสานกันในการที่ก่อให้เกิดโรคหรือผลกระทบต่อมนุษย์ ด้วยเหตุนี้ทำให้การวินิจฉัยถึงสาเหตุของการเกิดโรคจึงเป็นไปได้ยาก จึงมีผลทำให้ไม่ทราบขนาดของปัญหาที่แท้จริง จนทำให้ขาดความตระหนักและละเลยในความสำคัญของการที่จะต้องป้องกันและควบคุมปัญหาทั้งในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากรทางสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนโดยทั่วไปด้วย

การสร้างความตระหนักและความตื่นตัวในหมู่นักวิชาการและประชาชนบางกลุ่ม จนนำไปสู่การสร้างเครือข่าย และพยายามผลักดันให้เกิดการกำหนดเป็นนโยบายในภาครัฐในบางประเด็น ถือเป็นความสำเร็จขั้นแรกที่พอจะมองเห็น รวมทั้งการตื่นตัวในการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จนนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นความสำเร็จที่ได้ดำเนินการมา อย่างไรก็ตามความสำเร็จดังกล่าวยังถือเป็นขั้นเริ่มต้นเท่านั้น ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาดำเนินการในด้านต่าง ๆ อีกเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะสามารถควบคุมสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วไว้ได้ ยังต้องคำนึงถึงการป้องกันปัญหาใหม่ ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ปัญหาความยากลำบากและข้อจำกัดที่สำคัญในการวางมาตรการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย มีอยู่ 2 ประเด็นหลักคือ องค์ความรู้และการบริหารจัดการ เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขค่อนข้างใหม่ ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาดองค์ความรู้ในการที่จะรับมือหรือดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคกลุ่มดังกล่าว องค์ความรู้ที่ขาดนี้ที่มีความจำเป็นจะต้องพัฒนาอย่างรีบด่วน ควรเริ่มตั้งแต่ธรรมชาติและกลไกการเกิดโรค การประเมินและตรวจวัดสถานการณ์และความเสี่ยงขององค์ประกอบของการเกิดโรค การจัดบริการทางสาธารณสุขเพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหา การเฝ้าระวังและการ



สอบสวนโรค การหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการป้องกันและ
แก้ไขปัญห ารวมทั้งองค์ความรู้ในการบริหารจัดการเพื่อ
ป้องกันและแก้ไขปัญห าระดับต่าง ๆ ด้วย

สำหรับปัญหาในการบริหารจัดการนั้น ถือเป็นประเด็น
ที่สำคัญ แต่มีความยุ่งยากและซับซ้อนมากเนื่องจากปัญหา
ผลกระทบทางสุขภาพจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมไป
เกี่ยวพันกับประเด็นหรือปัญหาอื่น ๆ ก่อนข้างมากทั้งทางด้าน
การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ความเป็นอยู่ การมีงานทำและ
การพัฒนาเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งมีภาคี หรือ
หน่วยงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เช่น ภาคี
นายจ้างและลูกจ้าง องค์กรเอกชน หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ ทำ
ให้การพิจารณาหาแนวทางหรือมาตรการในการป้องกัน หรือ
ควบคุมปัญหาเป็นไปได้อย่าง เพราะจะมีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและ
ไม่เห็นด้วย ฝ่ายที่ได้หรือสูญเสียผลประโยชน์เป็นต้น มาตรการ
เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการในปัญหาดังกล่าวนี ที่จำเป็น
จะต้องมีการผลักดันและพัฒนาประกอบด้วย ประเด็นเชิง
กฎหมายและการบังคับใช้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ การสร้างศักยภาพ
ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบ
ข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการวางแผน

และตัดสินใจในการดำเนินการต่าง ๆ

โดยสรุปสถานการณ์ปัญหาโรคหรือผลกระทบทาง
สุขภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของ
ประเทศ มีความสำคัญและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น สิ่งที่ไ้
ดำเนินการ ไปยังถือว่าอยู่ในขั้นเริ่มต้น มาตรการหรือประเด็นที่
จะต้องผลักดันให้มีการดำเนินการโดยเร่งด่วน คือ การพัฒนา
องค์ความรู้ และการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อรองรับ
ปัญหาดังกล่าว โดยจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน
ที่เกี่ยวข้อง

ความสำเร็จและความท้าทาย ในการควบคุมมาลาเรียในประเทศไทย

การดำเนินงานควบคุมมาลาเรียโดยมาตรการให้บริการตรวจและรักษาโดยเร็ว การควบคุมยุงพาหะ มีระบบเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และมาตรฐานการรักษา รวมถึงระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาอย่างเข้มแข็ง ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายด้วยมาลาเรียลดลงอย่างต่อเนื่อง

> นายแพทย์ วิชัย สติมัย

ปัญหามาลาเรียในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พบบริเวณจังหวัดชายแดน โดยเฉพาะ ชายแดนไทย-พม่า และ ไทย-กัมพูชา ปัญหาผู้ป่วยต่างชาติ และปัญหาประชากรย้ายถิ่น และประชาชนที่อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุข และในจังหวัดภาคใต้ที่มีปัญหาความไม่สงบเท่านั้น

ความสำเร็จในการควบคุมป้องกันไข้มาลาเรีย ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

- ความครอบคลุมของมาลาเรียคลินิกในการให้บริการตรวจรักษา (มาลาเรียคลินิกจำนวน 526 แห่ง และมาลาเรียคลินิกชุมชนภายใต้กองทุนโลกจำนวน 300 แห่ง) และโรงพยาบาลทั่วประเทศ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตรวจรักษามาลาเรียโดยเร็วได้อย่างทั่วถึง อัตราป่วยและอัตราตายลดลงอย่างต่อเนื่องทุกปี อัตราป่วยต่อประชากรหนึ่งพันคน ในปีงบประมาณ 2550 เท่ากับ 0.57 อัตราตายด้วยมาลาเรียต่อประชากรหนึ่งแสนคนปี พ.ศ. 2549 เท่ากับ 0.18

- ไม่เพียงแต่มาตรการการควบคุมยุงพาหะ การตรวจรักษาโดยเร็วจะมีส่วนช่วยชะลอ การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย ประเทศไทยยังมีระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาและการศึกษาประสิทธิภาพยารักษามาลาเรียอย่างต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายในการเฝ้าระวังบริเวณชายแดนจำนวน 9 แห่งทั่วประเทศ

- การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค มีการพัฒนาระบบเตือนภัยการระบาดเพื่อให้สามารถเตือนการระบาดมาลาเรียล่วงหน้า เพื่อให้มีการเตรียมพร้อมสามารถควบคุมโรค

ได้โดยเร็วและทันทั่วทั้งที่ ผ่านระบบ Internet นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาชุดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย (Rapid Diagnostic Kit, THMBC) สำเร็จรูป นับว่าเป็นความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยมาลาเรียที่จะพัฒนาต่อไป

ความท้าทายในการควบคุมป้องกันมาลาเรีย

- แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการควบคุมป้องกัน แต่ยังคงต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงานกับประเทศเพื่อนบ้าน ในการแก้ปัญหา มาลาเรียชายแดน โดยเฉพาะปัญหาการเคลื่อนย้ายของประชากรในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย

- ปัญหาการระบาดของมาลาเรีย จากความไม่สงบในจังหวัดภาคใต้ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้บริการควบคุมป้องกันมาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นมาตรการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย โดยชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานจึงเป็นรูปแบบที่ควรพิจารณาปรับใช้ให้เหมาะสม กับพื้นที่ดังกล่าว

- เนื่องจากเชื้อมาลาเรียดื้อยา ยังคงเป็นปัญหาเร่งด่วน ประกอบกับปัญหาการระบาดของยาปลอมบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา ระบบการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งและต่อเนื่องจึงยังเป็นสิ่งจำเป็น

- การกระจายอำนาจเพื่อให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นมีบทบาทดำเนินงานป้องกันควบคุมมาลาเรียเป็นนโยบายที่สำคัญ ดังนั้น การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย จึงเป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินงานควบคู่ไปกับการจัดทำมาตรฐานงานเพื่อให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นสามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเอง

- ปัญหาโลกร้อนมีผลกระทบให้ปัญหาโรคติดต่อ นำโดยแมลง โดยเฉพาะ โรคมาลาเรีย มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงผลกระทบของปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นข้อมูล สนับสนุนและหามาตรการในการรับมือต่อไป



ความสำเร็จและความท้าทาย

การควบคุมโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550

นับจากปี 2530 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดครั้งใหญ่ที่สุดของประเทศไทย คือ มีผู้ป่วยสูงถึง 174,285 ราย (อัตราป่วย 325.13 ต่อประชากรแสนคน) และต่อมา ปี พ.ศ.2542 - 2543 ได้มีโครงการประชาร่วมใจป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสพระชนมพรรษาครบ 6 รอบ จึงมีกิจกรรมมากมาย

> นายแพทย์ วิชัย สติมัย

ทำให้อัตราป่วยต่ำสุดเท่ากับ 40.32 และ 30.14 ต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นมีการระบาดอีก 2 ครั้งในระหว่างปี 2544 - 2546 คือ อัตราป่วย 225.21, 184.24 และ 101.14 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ย่อมแสดงว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในลำดับต้น ๆ ซึ่งในขณะนี้โรคไข้เลือดออกเกิดกระจายอยู่ทั่วประเทศ รูปแบบของการเกิดโรคไข้เลือดออก จะพบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในช่วงฤดูฝน ทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมากขึ้น คือ เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม และจำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลงในเดือนธันวาคม เนื่องจากอากาศเย็นทำให้เชื้อ Virus ในยุงเจริญช้าลง มาตรการควบคุมโรค คือการควบคุมยุงพาหะและป้องกันบุคคลมิให้รับเชื้อจากยุงพาหะ กิจกรรมเน้นเรื่องการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ทั้งด้าน Passive & active Surveillance, Serological Surveillance, Vector Surveillance รวมทั้งการควบคุมการระบาด นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรค พัฒนาระบบการบริหารจัดการในพื้นที่ให้เป็นนโยบายของจังหวัด มีการประชาสัมพันธ์และแจ้งข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความตระหนักและการให้ความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคผ่านหอกระจายข่าวและสื่อท้องถิ่น

ความสำเร็จในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง จากทศวรรษที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 30
2. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลง จากทศวรรษที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 50
3. การบูรณาการ เพื่อการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกของทุกภาคส่วนได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่ง เช่น โรงเรียน CUP โรงพยาบาล และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
4. การจัดทำมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชนและองค์กรต่างประเทศ เช่น การจัดการระบบข้อมูลเฝ้าระวังโรคที่มีความสมบูรณ์ รวดเร็ว

ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ ได้แก่

1. ความพร้อมของทีมงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งระดับกระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ ต่าง ๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย CUP/PCU สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลง รวมทั้งหน่วยควบคุมแมลง ที่ดำเนินการทั้งภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน
2. การมีอาสาสมัครที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่
3. การมีกระบวนการรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคม ได้สร้างความสำเร็จด้านการพัฒนาองค์ความรู้แก่นักคิดในองค์กรภายนอกและเครือข่าย ทำให้มีการพัฒนาสื่อสาธารณะพัฒนาความคิดจากพื้นฐานการมีส่วนร่วมตามบริบทของประชาชน ซึ่งมีเหตุผลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของพื้นที่นั้น ๆ เช่น โครงการ คุณ-นะทำ นำไทยปลอดก๊อไข่เลือดออก เป็นต้น

ความท้าทายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

1. การพยายามใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยในระยะแรก จะมีการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง ในเรื่องมาตรการการควบคุมยุงพาหะ ในด้านการใช้สารเคมีที่เหมาะสม มาตรการต่อต้านพันเคมี ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อคนและสิ่งแวดล้อม

2. การนำกระบวนการ Integrated Vector Management : IVM มาใช้ในการจัดการสุขภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านเรือนและชุมชนให้ปลอดจากลูกน้ำยุงลาย ทั้งนี้จะคำนึงถึงการควบคุมด้านชีวภาพ กายภาพ และ cost effectiveness รวมทั้งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

(Integrated vector management is a process for managing vector population in such a way as to reduce or interrupt transmission of disease. แหล่งข้อมูล WHO /CDS/CPE/PVC/2004.10)

3. การสร้างระบบการป้องกันโรคฉี่หนู เพื่อสอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณรายหัวลงไปสู่ชุมชนเพื่อการรองรับโรคในชุมชนนั้นโดยตรง ส่งผลให้การควบคุมยุงลายได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวความคิดที่จะดำเนินการใน 4 ปีข้างหน้า มีดังนี้

● การป้องกันโรคฉี่หนูก่อนช่วงระบาด เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อไวรัสในน้ำเลี้ยง

1. วิเคราะห์ดินตอการระบาดและสืบค้นแหล่งรังโรค (Reservoirs ranking and Epidemic foci Analysis)
2. กำจัดศักยภาพของแหล่งแพร่โรค Source Reduction
 - Eradicate Potential container : กำจัดภาชนะเลี้ยงสำคัญ
 - Breeding site clearing : ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์
 - Larva elimination : กวาดล้างลูกน้ำยุงลายให้ลดลงต่ำที่สุด $HI \sim 0, CI = 0$

3. Reduce Transmission Rate ระวังการแพร่เชื้อ

- Fever alert+Case finding+Early detection + Vector control : เฝ้าระวังไข้ ค้นหาผู้ป่วย ส่งตรวจวินิจฉัย และควบคุมพาหะ

- Prevent man-mosquito contact - ป้องกันยุงกัด

● การควบคุมโรคช่วงระบาด

- ระบบการรายงาน ที่รวดเร็ว
- ความทันเวลาในการควบคุมโรค
- มาตรฐานการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่



นิเวศวิทยาของโรคติดเชื้อ

การบรรจบกันของสุขภาพคนและสัตว์

สุขภาพของคนทุกผู้ทุกนามล้วนเป็นผลมาจากสุขภาพของคนและสัตว์ที่อยู่รอบ ๆ ตัว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เราทั้งหลายอาศัยอยู่ เพื่อส่งเสริมและปกป้องสาธารณสุข และสนับสนุนการยกระดับสุขภาพของผู้อื่นทั่วโลก เราต้องเปลี่ยนระบบคิด ซึ่งเป็นตัวผลักดันให้เกิดวิธีการที่ใช้สืบต่อกันมา ในการจัดการด้านสาธารณสุขและการควบคุมโรค เพื่อจัดการกับความท้าทายด้านสาธารณสุขใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ทุกขณะ

> เอ็ม แครดิน กลินน์

National Center for Zoonotic, Vector-borne, and Enteric Diseases, US Centers for Disease Control and Prevention

สุขภาพของสรรพสิ่งคือ สาธารณสุข

ในโลกทุกวันนี้ เราต้องเริ่มคิดถึงแนวคิดเรื่อง “การพึ่งพาอาศัยกัน” กล่าวคือ เราต้องตระหนักและทำงานในบริบทซึ่งเราเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศขนาดใหญ่ ซึ่งประสานเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้งหลายเข้าด้วยกัน

เพื่อให้สามารถเข้าใจและควบคุมโรคอุบัติใหม่ต่างๆ รวมทั้งโรคสัตว์สู่คนอุบัติใหม่ ต้องพิจารณาถึงการพึ่งพาอาศัยของปัจจัยต่างๆ ที่นำไปสู่โรคที่มีแมลงเป็นพาหะ โรคติดเชื้อที่เกิดในสัตว์อื่นๆ ที่ไม่ใช่มนุษย์ และโรคติดต่อทางน้ำและอาหาร โรคเหล่านี้เกือบทั้งหมดได้รับผลจากความสัมพันธ์กันระหว่าง “โลก” ทั้งสามหลักอันได้แก่ โลกของมนุษย์ (ครอบคลุมถึงสุขภาพ พฤติกรรม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี) โลกของสัตว์ (รวมถึงสุขภาพของสัตว์ ลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ – สัตว์แบบต่าง ๆ ตั้งแต่การมีสัตว์เลี้ยงไปจนถึงการเลี้ยงสัตว์เพื่อใช้เป็นอาหาร และการจัดการกับสัตว์ป่า) และโรคทางกายภาพ (การจัดการแหล่งต้นน้ำลำธาร วัชพืชรุกราน การใช้ที่ดิน ดินไม้ และเกษตรกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับสัตว์ ปრაการการณ์ทางภูมิศาสตร์เฉพาะถิ่น การเปลี่ยนแปลงสภาวะอากาศของโลก) ในบางกรณีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านี้ มีความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้นไปอีก เนื่องจากบทบาทของแมลงพาหะนำโรค เช่น แมลงชนิดต่าง ๆ และหมัดหรือเห็บ ซึ่งโดยตัวของมันเองก็เป็นส่วนหนึ่ง และมีความเกี่ยวข้องกัน

รวมทั้งได้รับอิทธิพลจากโลกทั้งสามโลกดังกล่าว ปฏิสัมพันธ์อันสลับซับซ้อนระหว่างโลกเหล่านี้ส่งผลกระทบเกือบทุกด้านของสาธารณสุข อันได้แก่ความเสี่ยงในการสัมผัสกับเชื้อโรค และการเจ็บป่วย ความน่าจะเป็นและขอบเขตของอุบัติการณ์ และการระบาดของโรค วิธีการเฝ้าระวังและส่งสัญญาณเตือน แต่เน้น ๆ ชนิด และประสิทธิผลของมาตรการ ที่จะนำมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้สามารถจัดการกับภัยคุกคามที่เราประสบอยู่ทุกวันนี้จากโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดโดยตั้งใจ ทั้งโรคที่มีอยู่แล้ว โรคที่อุบัติใหม่ และโรคที่กลับมาอุบัติใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการจัดการกับโรคต่าง ๆ ไม่เพียงเฉพาะในส่วนที่เกิดในส่วนของมนุษย์เท่านั้น (ซึ่งเป็นวิธีการและการกิจที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา) แต่ต้องเข้ามาจัดการในส่วนที่โรคนั้น ๆ ไปเกี่ยวข้องกับโรคของสัตว์ และโลกทางกายภาพด้วยเช่นเดียวกัน

สาธารณสุขเป็นเรื่องระดับโลก

การบรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุขอย่างแท้จริงในประเทศใดประเทศหนึ่ง ไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยเน้นเพียงภายในบ้านของเราเอง หรือแม้แต่ประเทศของเราเอง ทั้งนี้ทั้งนั้น สุขภาพของเราได้รับผลกระทบ และบางครั้งก็ถูกกำหนดโดยสุขภาพของคนและสัตว์ที่อยู่ใกล้ แคหลังบ้านของเรา หรืออาจจะไกลแสนไกลถึงอีกซีกโลกหนึ่ง เหตุการณ์

ทางด้านนิเวศวิทยาหรือสิ่งแวดล้อมซึ่งมีขอบเขตตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับโลกสามารถส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อความเสี่ยงของเราในการสัมผัสโรคติดเชื้อต่าง ๆ มากมาย

มีตัวอย่างอยู่มากมายที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันที่ทำให้สุขภาพของผู้คนทั่วโลกส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของชาวอเมริกันที่อยู่ภายในประเทศ ประมาณร้อยละ 75 ของโรคติดเชื้อที่เพิ่งค้นพบมีแหล่งที่มาจากสัตว์ เชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ได้วิวัฒนาการมาจากแหล่งเชื้อโรคซึ่งน่าจะมาจากสัตว์จำพวกลิงในแอฟริกาจนนำไปสู่การระบาดลูกกลมไปทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกา ความปลอดภัยของเลือดในธนาคารเลือด กำลังถูกคุกคามจากการแพร่ระบาดของเชื้อ *Trypanosoma cruzi* (เชื้อที่ทำให้เกิดโรค Chagas) และจากไข้เลือดออกในอเมริกากลางและอเมริกาใต้

ในปี 2546 โครโรนาไวรัสจากสัตว์ซึ่งไม่พบก่อนหน้านี้ได้อุบัติขึ้นในเอเชีย และแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้เกิดโรคที่รู้จักกันในชื่อ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS) นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก เอ (เอช 5 เอ็น 1) ซึ่งเกิดขึ้นในปี 2546 เช่นเดียวกัน โรคนี้ทำให้เกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตในคน นอกจากนี้ ไข้หวัดนกยังคงเป็นภัยคุกคามที่อาจทำให้เกิดการระบาดใหญ่ขึ้นทั่วโลก ซึ่งจะก่อให้เกิดการสูญเสียมหาศาล สหรัฐอเมริกาประสบปัญหาเรื่องการนำเข้าโรคจากต่างแดนเข้าสู่ประเทศอยู่ตลอดเวลา (มาลาเรีย *chikungunya virus* และอื่นๆ อีกมากมาย) โดยเชื้อบางตัวได้หยั่งรากลึกอยู่ในประเทศเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (เช่น West Nile virus) กระแสโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจของเราที่เชื่อมโยงกรากขึ้นทุกขณะ ได้สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าเชื้อโรคเหล่านี้จะไม่สามารถเข้ามาแพร่ระบาดอยู่ภายในประเทศของเราได้ กระนั้นก็ยังสามารถส่งผลกระทบได้อย่างมากมายมหาศาลต่อเศรษฐกิจภายในประเทศของเรา ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ในกรณีของโรคซาร์ส ที่เกิดขึ้นในปี 2546

ในทำนองเดียวกัน เมื่อพิจารณาจากขอบเขตของการเดินทาง และการค้าระหว่างประเทศในปัจจุบัน สิ่งที่เราทำอยู่ที่บ้านสามารถส่งผลกระทบต่อคนอื่นๆ ทั่วทั้งโลกได้ ในสหรัฐอเมริกา อาหารส่วนใหญ่ที่เราผลิตและบริโภค ก็มีการส่งออกไปทั่วโลกเช่นกัน เนื่องจากการผลิตและจำหน่ายจ่ายแจกผลิตภัณฑ์อาหารในปริมาณมาก การระบาดของโรคที่เกิด

จากอาหารจึงสามารถลูกกลมออกไปในวงกว้าง ส่งผลกระทบต่อผู้คนในหลาย ๆ รัฐ ในพื้นที่ และอาจแพร่ระบาดออกไปในหลาย ๆ ประเทศได้ การระบาดที่แพร่กระจายและลูกกลมออกไปในวงกว้างเช่นนี้ ทำให้เป็นการยากยิ่งขึ้นที่จะตรวจพบการระบาดได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งทำให้การสอบสวนและควบคุมโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งขึ้นอีก

สุดท้ายนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขต้องสร้างคุณภาพการสำคัญให้แก่สุขภาพของมวลมนุษยชาติด้วยการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจ โดยการอิงหลักฐานที่มีอยู่ สิ่งนี้จะนำไปสู่การทำความเข้าใจ ประเมินสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น และสื่อสารให้เกิดความชัดเจนถึงความแตกต่างระหว่างความเสี่ยงจริงและระหว่างความเสี่ยงที่จากการคาดการณ์ ภายในบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอันสลับซับซ้อนเหล่านี้ ซึ่งช่วยให้เราสามารถพุ่งประเด็นไปที่ภัยคุกคามที่สำคัญอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการใช้แนวคิดนิเวศวิทยาของโรคติดเชื้อคือ เพื่อให้สามารถเข้าถึงพลวัตของโรคติดเชื้อได้อย่างครบถ้วนและสามารถคาดการณ์ได้ดียิ่งขึ้น การเข้าใจโรคอย่างครบถ้วนต้องจะส่งผลให้สามารถสร้างต้นแบบของการระบาดหรือแพร่กระจายของโรคติดเชื้อได้ดียิ่งขึ้น สร้างระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการตรวจหาการอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำของโรคติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งหามาตรการที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้นสำหรับป้องกัน ควบคุม และในบางกรณีสามารถกำจัดโรคเหล่านี้ได้

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 โรคหลอดเลือดอุดตัน เรื้อรัง โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคพิการแต่กำเนิด โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ และการป้องกันควบคุมความพิการ ฯลฯ

อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาดังกล่าวตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึง 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

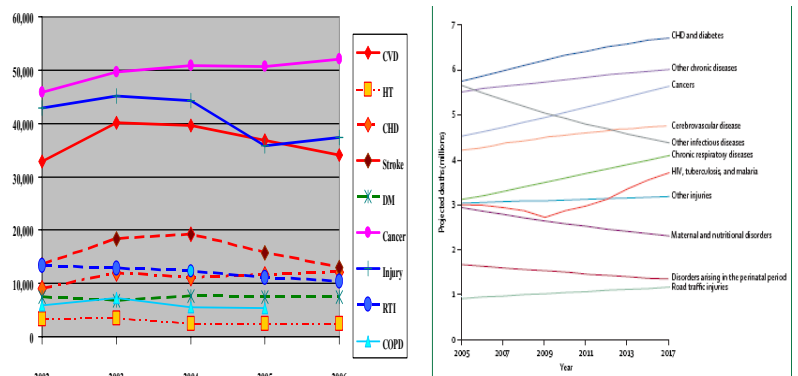
ของไขมัน พฤติกรรมความไม่ปลอดภัยจากบาดเจ็บ เพื่อมุ่งหวังให้ลดโรคไม่ติดต่อหลักที่เป็นภาระโรคของการตายและพิการก่อนวัยอันควร ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานประเภทที่ 2 มะเร็งบางชนิด โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง และการบาดเจ็บจากรถ) ในรอบ 4 ปีหลังจากปรับทิศของน้ำหนักระเบิดดำเนินการ 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 ประเทศซึ่งในกลุ่ม 23 ประเทศนี้จะครอบคลุมปัญหาโรคเรื้อรังของโลกถึงร้อยละ 80)
(CHD = coronary heart disease; COPD = Chronic lower respiratory diseases)

ตารางที่ 1 แสดงทิศขั้นตอนการดำเนินการให้สอดคล้องกับทรัพยากรในพื้นที่เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย

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

Success and Unfinished Agenda in Disease Control

ภารกิจการควบคุมโรคที่ประสบความสำเร็จและที่ยังค้างคา

> นายแพทย์ คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และนายแพทย์ ศุภมิตร ชุณหสวัณ

ในการประชุมวิชาการควบคุมโรคประจำปี ๒๕๕๑ ซึ่งได้มีการจัดสัมมนาในระดับวิทยาแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ ควบคู่ไปด้วย ได้มีหัวข้อการอภิปรายที่น่าสนใจหัวข้อหนึ่งว่าด้วย “Success and Unfinished Agenda in Disease Control” ซึ่งหากจะแปลเป็นไทยก็คงมีความหมายใกล้เคียงกับเรื่องที่ว่าด้วย “ภารกิจการควบคุมโรคที่ประสบความสำเร็จและที่ยังค้างคา”

โดยวิทยาการ ๗ ท่านได้หยิบยกเรื่องสำคัญมาเสวนาร่วมกัน ได้แก่

- การกวาดล้างโรคโปลิโอ
- โรคที่นำโดยแมลง
- เอดส์
- วันโรค
- โรคจากการประกอบอาชีพ
- โรคไม่ติดต่อ
- การบาดเจ็บ

การที่เราคิดและพูดปัญหาแบบแยกส่วน ย่อมสะท้อนไปถึงวิธีการจัดการระบบที่ก่อการแก้ปัญหา เช่น การแบ่งปัญหตามชนิดของเชื้อโรค เป็นโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทำให้เกิดการแบ่งแยกงบประมาณไปด้วย และหลายครั้งเกิดการแบ่งแยกทางความคิดตามมาอย่างไม่ตั้งใจ เช่น คิดเปรียบเทียบว่างานโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่องานใดที่หน่วยงานให้ความสำคัญกว่ากัน ฯลฯ

แต่หากใช้ประชาชนเป็นตัวตั้งและมองว่าคนคนหนึ่งที่เกิดมาจนแก่ชราขึ้น เขาต้องเผชิญกับโรคอะไรบ้างที่ไม่สมควรป่วย และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคอะไรบ้าง จะเกิดมรรคผลอันใดที่เราจะพยายามส่งเสริมการให้ภูมิคุ้มกันโรคจนครบถ้วน แต่เด็กกลับต้องเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ เช่น การจมน้ำภายหลังการได้รับวัคซีนครบเพียงไม่กี่วัน แม้เราจะพยายามควบคุมโรค

ใช้เลือดออกจนลดการตายได้แต่เด็กนักเรียนหรือวัยรุ่นกลับคิดเชื้อเอดส์ เราอุตส่าห์ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพแต่คนงานและประชากรจำนวนมากมาจบชีวิตจากการบาดเจ็บเวลาเดินทางในเทศกาลต่าง ๆ หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ ฯลฯ

อย่างไรก็ดียังมีความจำเป็นอยู่ที่จะต้องศึกษาค้นคว้าสอบสวนปัญหาสุขภาพต่าง ๆ โดยใช้สาเหตุเป็นตัวกำหนด แต่ก็ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขเห็นความสำคัญที่จะต้องใช้ทุกโอกาสและทรัพยากรที่แต่ละโครงการมี เพื่อร่วมกันดำเนินการแบบผสมผสานให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด

สำหรับสาระสำคัญเฉพาะ ๆ ของการอภิปรายโดยดูจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จะเกิดกับช่วงอายุแต่ละช่วงนั้นอาจสรุปได้ดังนี้คือ

โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นโครงการที่มีส่วนช่วยป้องกันมิให้เด็กเล็กป่วยและตายจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนคือ ความสำเร็จของประชาคมโลกที่จับมือร่วมกันขยายโอกาสให้เด็กเล็กทุกคนไม่ว่าในประเทศใดได้รับวัคซีนโปลิโอครบตามกำหนด จำนวนเด็กป่วยจากโรคนี้ทั่วโลกลดลงจาก ๓๕๐,๐๐๐ ราย เมื่อปี ๑๙๘๐ เหลือเพียง ๘๘๕ รายในปี ๒๕๕๐ แต่ยังเป็นภารกิจที่ยังไม่ลุล่วงจากเป้าหมายที่ต้องการกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลกนี้ ในฐานะที่ประเทศไทยได้ดำเนินการอย่างเข้มแข็งมาตลอดและยังมีผู้ป่วยใหม่ในประเทศใกล้เคียงจึงต้องเฝ้าระวังโรคและรักษาความครอบคลุมของการหยอดโปลิโอ รวมถึงการรณรงค์ประจำปีต่อไปจนกว่าโรคนี้จะหมดไปในทุกประเทศ

■ การควบคุมไข้เลือดออก อาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราตาย แต่ยังไม่สามารถลดอัตราป่วยลงมาได้ การแพร่ระบาดของยุงไปทั่วทุกจังหวัดและมีได้จำกัดอยู่เฉพาะประชากรเด็กเท่านั้น แต่ผู้ใหญ่ก็มีอัตราป่วยมากขึ้น การควบคุมโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนและพฤติกรรมของประชาชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย สำหรับมาตรการทางกฎหมายก็ควรจะได้มีการศึกษาความเป็นไปได้ในการบังคับใช้ในระดับชุมชน

■ โครงการป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จอย่างสูงเพราะสามารถป้องกันคนไทยติดเชื้อนี้ นับตั้งแต่มีการระบาด จากเดิมที่มีการติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คน เหลือเพียงปีละประมาณ ๑๐,๐๐๐ ถึง ๑๕,๐๐๐ คน แต่ก็ต้องถือว่ายังไม่สำเร็จลุล่วง มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจกับการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่น ชายรักชาย ผู้ติดยาเสพติด การติดเชื้อในกลุ่มสามีภรรยาที่มีฝ่ายหนึ่งติดเชื้อแต่อีกฝ่ายไม่มี

สิ่งที่เราควรให้ความสำคัญเพิ่มเติมรวมถึงการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาเพื่อชักนำให้ผู้มีพฤติกรรมมารับการตรวจหาพบว่าติดเชื้อจะได้วางแผนเข้าสู่การให้ยาต้านไวรัส หรือหากยังไม่ติดเชื้อก็จะได้ปรับพฤติกรรมเสี่ยงทั้งของตนเองและของคูครองหรือคู่ทางเพศสัมพันธ์

- การป้องกันการบาดเจ็บ แม้จะมีข้อเสียชีวิตและบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการเดินทางด้วยรถยนต์บนท้องถนน แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ได้แสดงบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และในเรื่องการเฝ้าระวังการบาดเจ็บเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงมาตรการต่าง ๆ เช่น การเข้มงวดเรื่องสุรา การสวมหมวกกันน็อก การบริหารจัดการเชิงบูรณาการเป็นต้น แต่ขนาดปัญหาในเรื่องนี้ยังไม่ลดลงอย่างน่าพึงพอใจ กระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องพยายามทำหน้าที่ของตนเองอย่างเข้มแข็งและมีเอกภาพในเรื่องการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและผลักดันมาตรการต่าง ๆ ผ่านหน่วยงานหลักต่อไป

แม้จะมีระบบประกันสังคมที่ดูแลด้านการเจ็บป่วยของผู้ประกอบอาชีพ แต่การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ยังเป็นภารกิจที่ขาดแคลนเรื่ององค์ความรู้ และการบริหารจัดการอย่างมาก ขนาดปัญหาของโรค การกระจาย และต้นเหตุยังไม่สามารถทำให้ปรากฏชัดและชักนำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ตระหนัก ดังนั้นภารกิจสำคัญอาจจะเริ่มต้นที่การเฝ้าระวังโรคที่เกิดขึ้นกับแรงงาน แต่ปัญหาสำคัญอยู่ที่ขาดการรายงานเนื่องจากการสรุปว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพอาจมีผลต่อการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่าง ๆ

- เรื่องของวัณโรคเป็นเรื่องที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ปัญหาสำคัญของวัณโรคคือที่ไม่สามารถทำให้อัตราการรักษาคืบตามมาตรฐานสูงเกินกว่าร้อยละ ๘๐ ซึ่งอาจมีส่วนจากการที่ผู้ป่วยวัณโรคประมาณร้อยละ ๒๐ มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย แต่ก็สามารถจัดการได้โดยให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีร่วมด้วย แต่ปัญหาใหญ่อยู่ที่ไม่มีผู้จัดการเรื่องการป้องกันและดูแลรักษาให้ได้ตามมาตรฐานในหน่วยบริการต่างๆ การแก้ไขที่สำคัญจึงได้แก่ให้มี TB coordinator ในทุกโรงพยาบาล และหมั่นป้อนข้อมูลเรื่องของวัณโรคให้ผู้บริหารได้ทราบ เพื่อจะได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างดี

- การควบคุมมาลาเรียในประเทศนับว่าประสบความสำเร็จอย่างดีด้วยมาตรการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ติดเชื้อ ให้การรักษาให้หายขาด ปัญหาที่ยังค้างคาอยู่ได้แก่ การควบคุมโรคการ

แพร่ระบาดบริเวณแนวชายแดนไทยกับพม่าและไทยกับเขมร เนื่องจากการเคลื่อนย้ายประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่นำเชื้อเข้ามา และยารักษาโรคมาลาเรียที่ปลอมทำให้รักษาไม่ได้ผลและอาจเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาตามมา นอกจากนี้ยังมีปัญหาการควบคุมมาลาเรียในบริเวณจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความไม่สงบทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถเข้าไปดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคได้ตามปกติ ทางออกในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้แก่ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

- การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ ประเทศไทยเริ่มมีการณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เมื่อประมาณ ๓๐ ปีที่ผ่านมา และประสบความสำเร็จในหลายด้าน เช่น การออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าปัญหาจากโรคมะเร็งปอดและมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ จะเริ่มลดลงในอนาคต และที่กำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ได้แก่การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากประสบความสำเร็จในการออกกฎหมายเรื่องการโฆษณาและการห้ามจำหน่ายแก่เด็ก ก็จะเป็นก้าวสำคัญในการลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกัน เช่น ความรุนแรง และการบาดเจ็บสำหรับโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ แต่เป็นภาระที่สำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูงนั้น การณรงค์เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหา แต่ต้องอาศัยกระบวนการทางสังคมและการทำนโยบายสาธารณะเพื่อลดการคงอยู่ของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เช่น การควบคุมอาหารหวาน เค็ม ไขมันสูง ตลอดจนส่งเสริมให้มีปัจจัยเกื้อหนุนที่จะทำให้คนออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างและปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะจึงเป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อ

การอภิปรายครั้งนี้เรียกร้องให้ผู้ทำหน้าที่ในการควบคุมโรคให้ความสนใจทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ใช้ศักยภาพในการสนับสนุนซึ่งกันและกันและร่วมมือกันช่วยเรียกร้องผลักดันการดำเนินการอย่างเป็นเอกภาพ