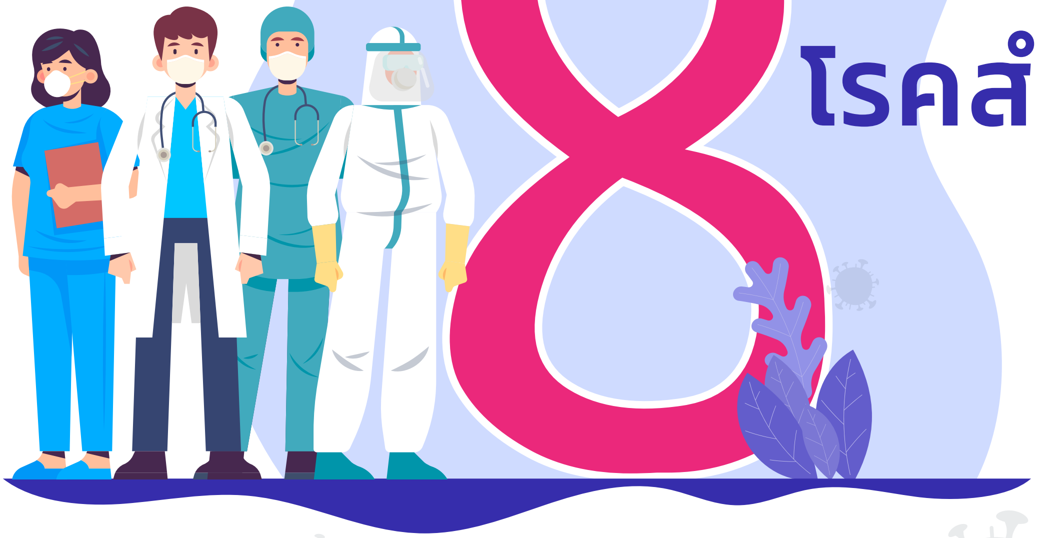
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

DDC WATCH
จับตาโรคและภัยสุขภาพ
ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ธันวาคม 2564

คาดการณ์โรค ปี 2565

8 โรคสำคัญ



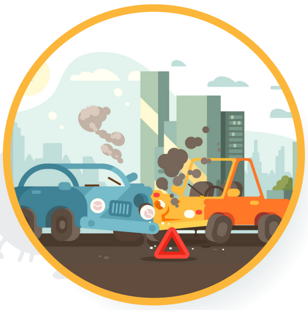
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19)

ไข้หวัดใหญ่
(INFLUENZA)

ปอดอักเสบ
(PNEUMONIA)

ไข้เลือดออก
(DENGUE FEVER)

เอดส์
(AIDS/STI)

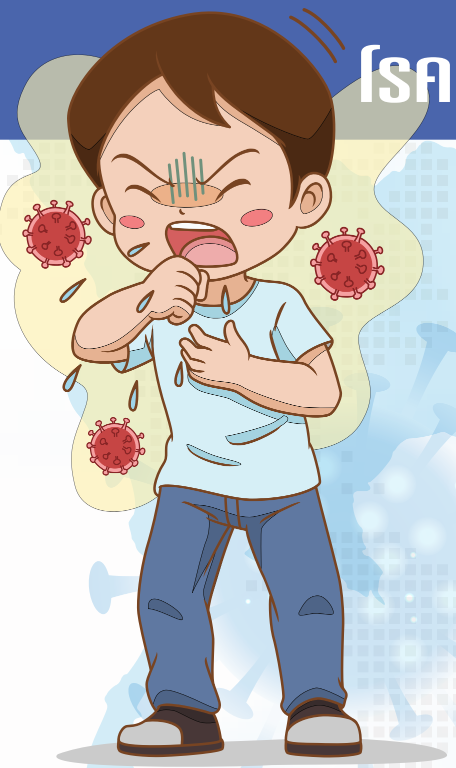


อุบัติเหตุ
(ACCIDENT)

จมน้ำ
(DROWNING)

โรคจากฝุ่นละออง
ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน
($PM_{2.5}$)

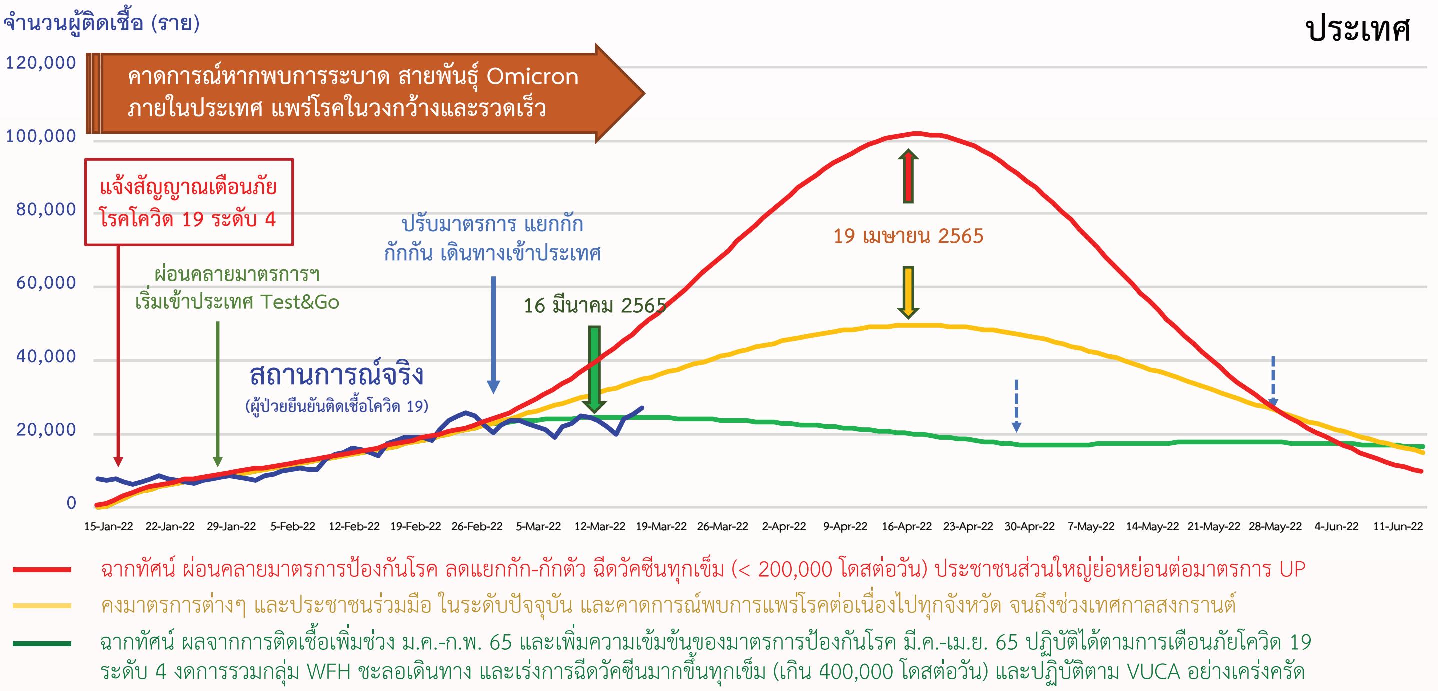
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



จากการพยากรณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปี พ.ศ. 2565 (วิเคราะห์โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 18 มีนาคม 2565) โดยใช้เทคนิค COMPARTMENT MODEL และ SYSTEM DYNAMIC MODEL ได้วิเคราะห์และคาดการณ์ไว้ 3 ฉากทัศน์ ได้แก่ 1. กรณีมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันโรค ลดการแยกกัก-กักตัว ประชาชนฉีดวัคซีนน้อยกว่า 200,000 โดสต่อวัน และส่วนใหญ่ย่อหย่อนต่อมาตรการป้องกันการติดเชื้อ (UNIVERSAL PREVENTION: UP) 2. กรณีคงมาตรการป้องกันโรค ประชาชนให้ความร่วมมือในระดับปัจจุบัน และพบการแพร่ระบาดของโรคต่อเนื่องไปทุกจังหวัดจนถึงช่วงเทศกาลสงกรานต์ และ 3. กรณีเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการป้องกันโรค ประชาชนปฏิบัติได้ตามการเตือนภัยโควิด 19 ระดับ 4 งดการรวมกลุ่ม ปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (WORK FROM HOME: WFH) ชะลอการเดินทาง เร่งการฉีดวัคซีนมากกว่า 400,000 โดสต่อวัน และปฏิบัติตามมาตรการ VUCA อย่างเคร่งครัด

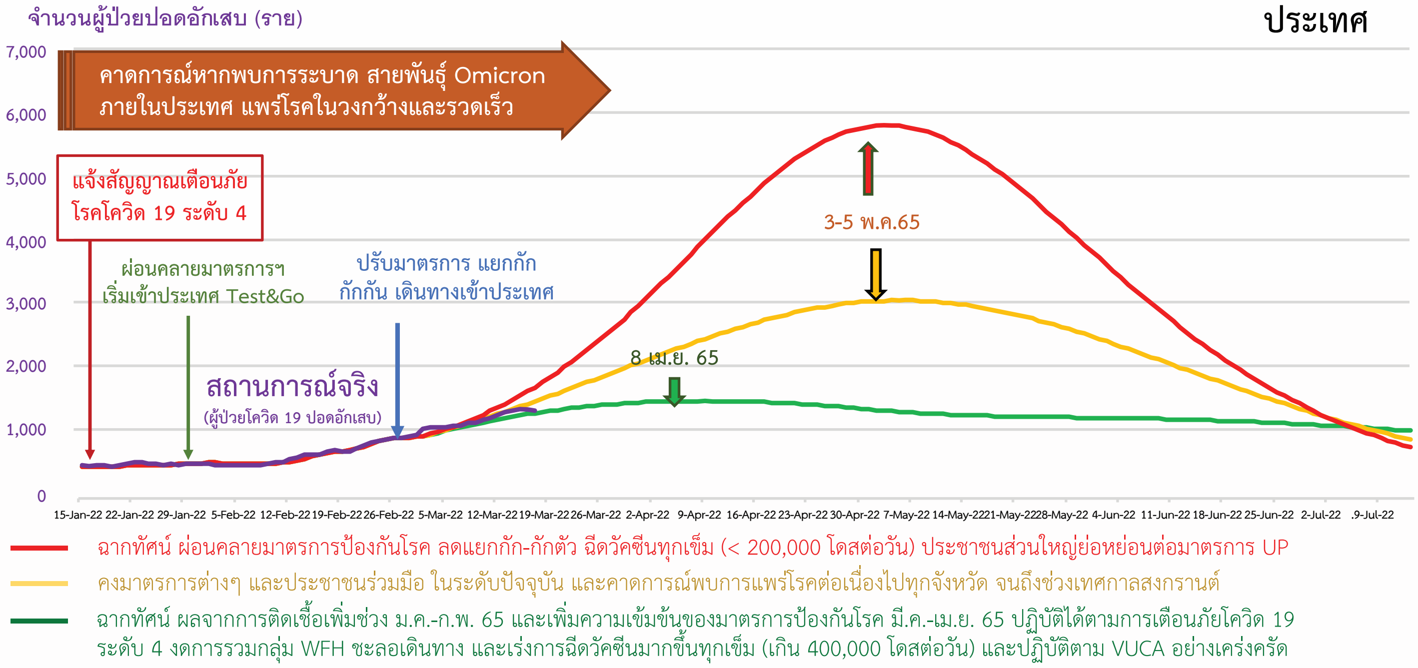
ผลการวิเคราะห์คาดการณ์ว่าฉากทัศน์ที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้นในเดือนมีนาคม 2565 โดยจะมีผู้ป่วยมากที่สุดประมาณ 50,000-100,000 รายต่อวัน ในกลางเดือนเมษายน 2565 หากสถานการณ์ดำเนินไปตามฉากทัศน์ที่ 3 จะมีผู้ป่วยประมาณ 20,000 รายต่อวัน (รูปที่ 1) กรณีการเสียชีวิต หากสถานการณ์ดำเนินไปตามฉากทัศน์ที่ 1 และ 2 จะพบผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในเดือนมีนาคม 2565 โดยจะมีผู้เสียชีวิตมากที่สุดประมาณ 140–250 รายต่อวัน หากสถานการณ์ดำเนินไปตามฉากทัศน์ที่ 3 จะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 70 รายต่อวัน (รูปที่ 2)

คาดการณ์ผลจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค ปี 2565 เปรียบเทียบจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ภาพรวมในประเทศ



รูปที่ 1 กราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รายใหม่ จากการพยากรณ์ปี พ.ศ. 2565 ทั้ง 3 ฉากทัศน์ และจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสถานการณ์จริง

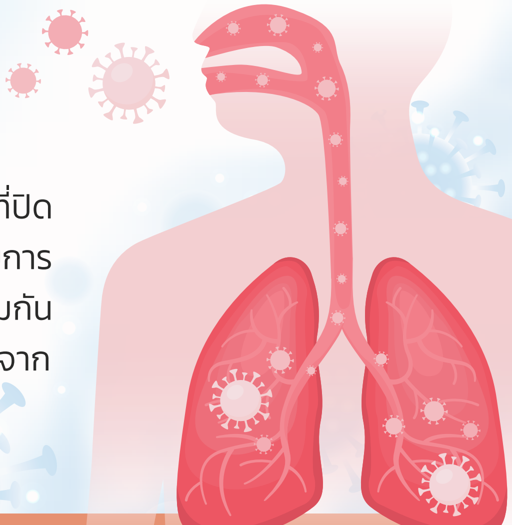
คาดการณ์ผลจากมาตรการป้องกันควบคุมโรค ปี 2565 จำนวนผู้ป่วยโควิด 19 ปอดอักเสบ ภาพรวมในประเทศ



รูปที่ 2 กราฟเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เสียชีวิตรายใหม่ จากการพยากรณ์ปี พ.ศ. 2565 ทั้ง 3 ฉากทัศน์ และจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เสียชีวิตจากสถานการณ์จริง

***หมายเหตุ :** ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการวิเคราะห์นี้เป็นข้อมูลผู้ป่วยยืนยันเท่านั้น

ปัจจัยเสี่ยง

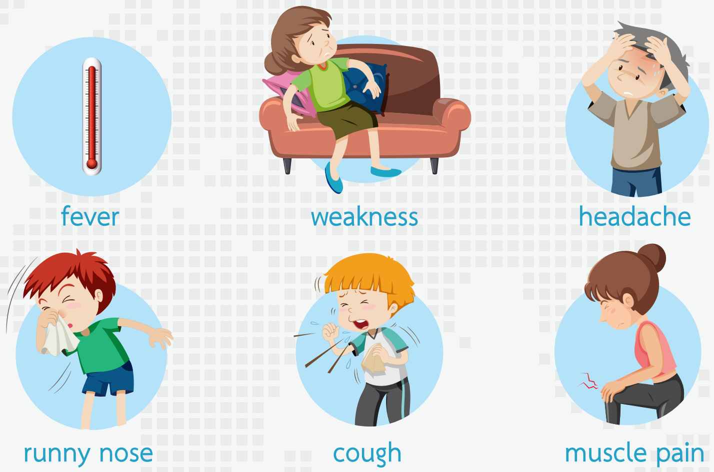


เกิดจากการรับละอองฝอยจากผู้ติดเชื้อที่มีอาการไอ จามออกมาในสถานที่ปิด จะสามารถติดต่อทางอากาศได้ เช่น ในโบสถ์ สถานบันเทิง ในสถานประกอบการ องค์กร และโรงเรียนที่มีการสัมผัสใกล้ชิด เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การสนทนาโดยไม่มีการป้องกัน เป็นต้น การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้เดินทางมาจากจังหวัดที่มีการระบาด

คำแนะนำสำหรับประชาชน

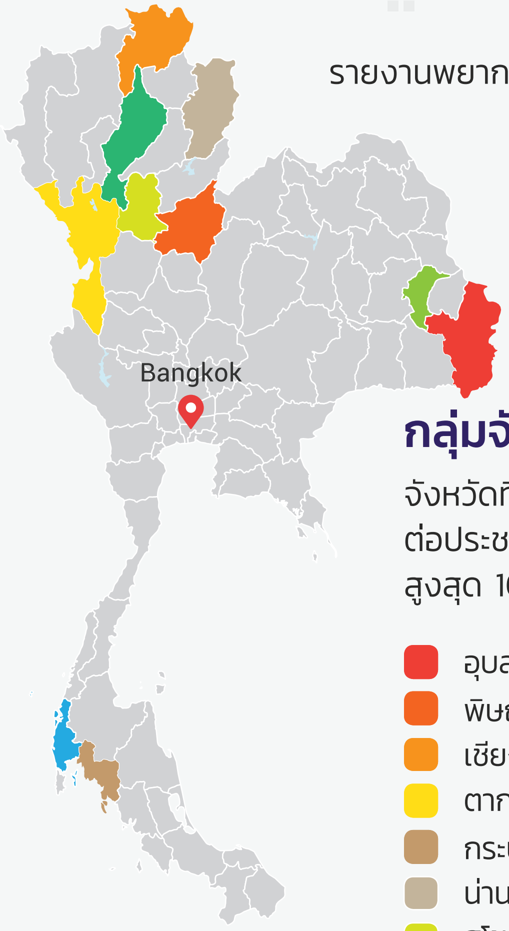
1. รักษาระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้อื่น (อย่างน้อย 1 เมตร) แม้ว่าผู้นั้นจะไม่ได้ป่วยก็ตาม
2. สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่ปิดหรือเว้นระยะห่างไม่ได้
3. หลีกเลี่ยงพื้นที่ปิด พยายามอยู่ในพื้นที่เปิดโล่งและอากาศถ่ายเทสะดวก เปิดหน้าต่างเมื่ออยู่ในพื้นที่ปิด
4. ล้างมือบ่อย ๆ โดยใช้สบู่และน้ำ หรือเจลล้างมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์
5. รับวัคซีนเมื่อได้รับสิทธิ์ ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ในพื้นที่เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน
6. ปิดจมูกและปากด้วยข้อพับด้านในข้อศอกหรือกระดาษชำระเมื่อไอหรือจาม
7. กักตัวอยู่บ้านเมื่อรู้สึกไม่สบาย

โรคไข้หวัดใหญ่



สถานการณ์โรค

ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 506 (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในปี **พ.ศ. 2564 จำนวน 9,143 ราย อัตราป่วย 14.07 ต่อประชากรแสนคน** ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต



รายงานพยากรณ์ ไข้หวัดใหญ่

4,505 ราย : **4,638** ราย

อัตราส่วน **1 : 1.03**

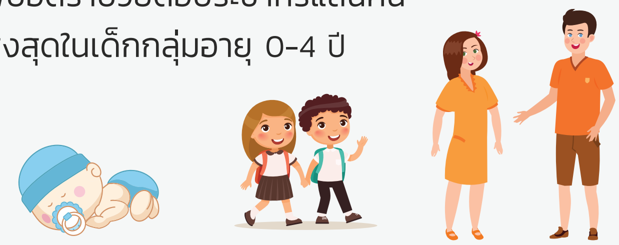
กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุด 10 อันดับแรก

อุบลราชธานี	**55.92**
พิษณุโลก	**48.87**
เชียงราย	**40.57**
ตาก	**38.03**
กระบี่	**37.51**
น่าน	**36.65**
สุโขทัย	**35.00**
ยโสธร	**34.52**
ลำปาง	**32.44**
พังงา	**32.03**

กลุ่มอายุ

พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี



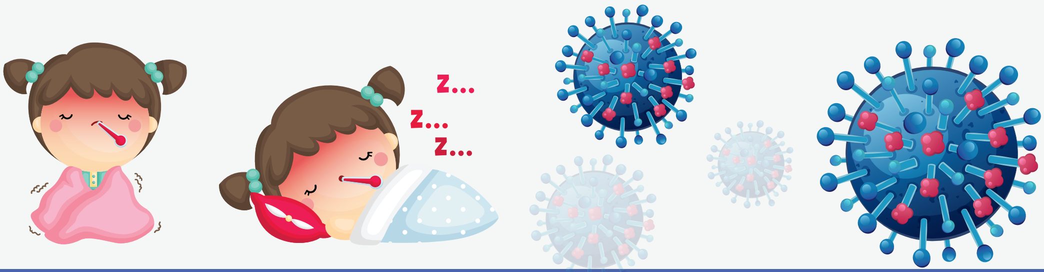
0-4 ปี	5-14 ปี	15-24 ปี
119.03	**18.97**	**9.56**

กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

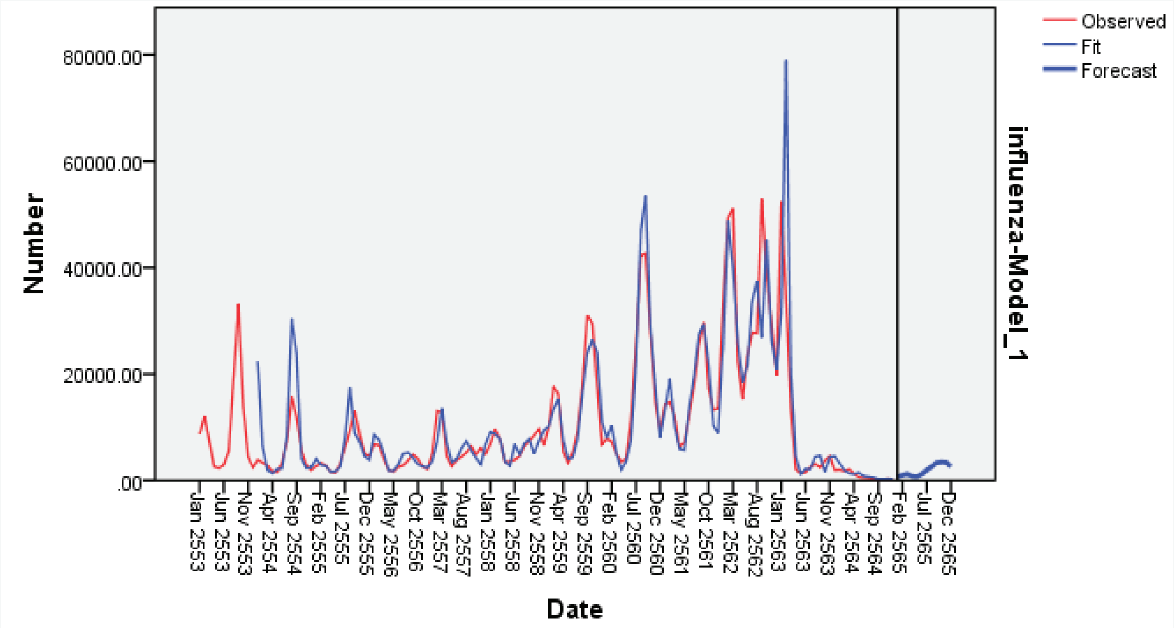
อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

ภาคเหนือ	**24.92**
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	**14.68**
ภาคกลาง	**14.25**
ภาคใต้	**6.77**

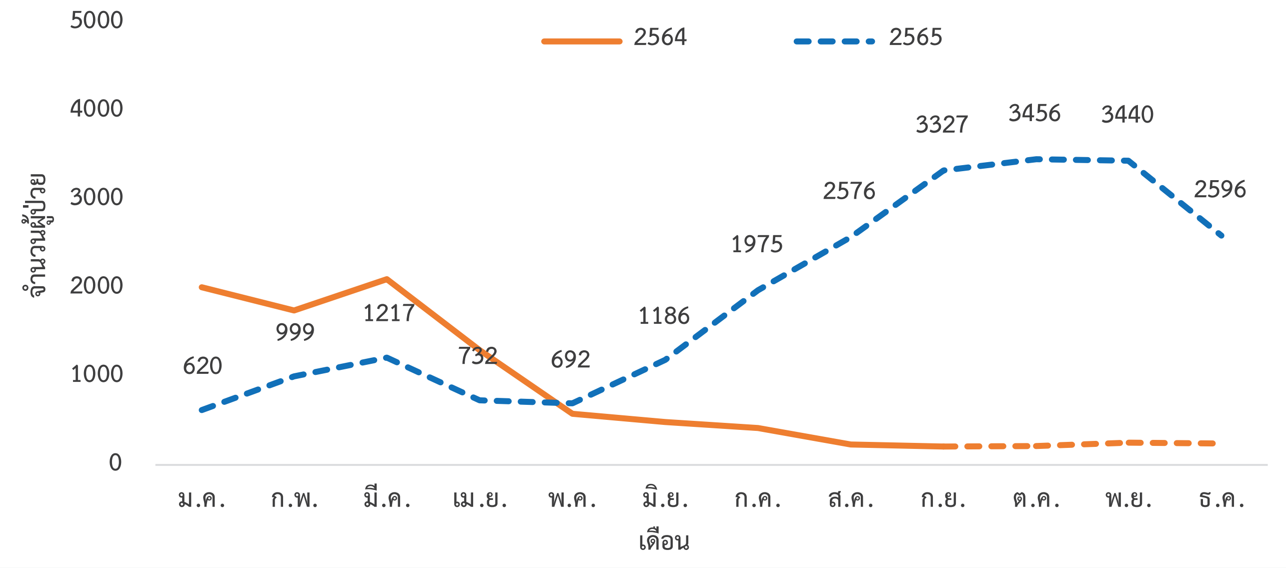
พยากรณ์โรค



การพยากรณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2565 นั้น จะใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ระหว่างปี พ.ศ. 2553–2564 ซึ่งมีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ **33.18 โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ประมาณ 22,817 ราย** อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากการพยากรณ์อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากในปี พ.ศ. 2564 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเช่นเดียวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทำให้ประชาชนปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตามมาตรการการป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ลดลงและน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 พบการรายงานผู้ป่วยสูงใน 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม–มีนาคม) พบผู้ป่วยประมาณ 1,000 รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 ช่วงปลายปี (เดือนสิงหาคม–ธันวาคม) พบผู้ป่วยประมาณ 3,000 รายต่อเดือน

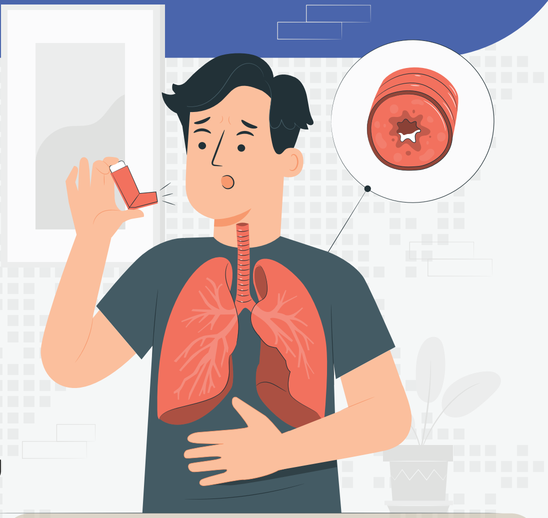


รูปที่ 1 กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (ราย) กับค่าพยากรณ์ และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ปี พ.ศ. 2554–2564 (โดยวิธี ARIMA (2,0,0)(0,1,1)) รายเดือน ประเทศไทย



รูปที่ 2 กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (ราย) ปี พ.ศ. 2564 กับค่าพยากรณ์ผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายเดือน ประเทศไทย

โรคปอดอักเสบ

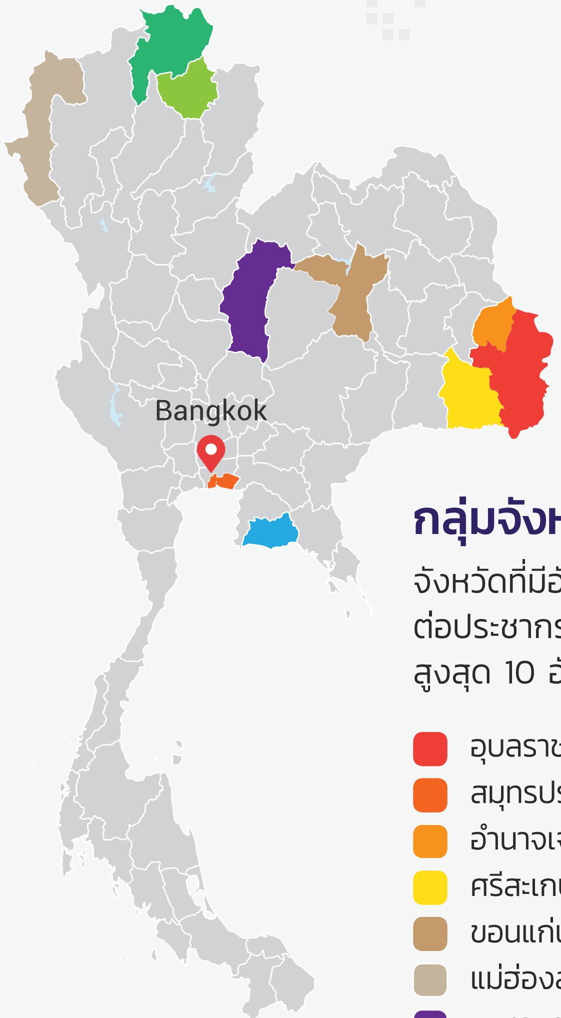


สถานการณ์โรค

ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ในปี **พ.ศ. 2564** จำนวน **114,544** ราย
อัตราป่วย **172.47** ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต **114** ราย
อัตราป่วยตายร้อยละ **0.10**

63,819 ราย (หญิง) : **50,725** ราย (ชาย)

อัตราส่วน **1.26 : 1**



กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับแรก

จังหวัด	อัตราป่วย
อุบลราชธานี	519.33
สมุทรปราการ	440.08
อำนาจเจริญ	353.81
ศรีสะเกษ	347.68
ขอนแก่น	340.36
แม่ฮ่องสอน	332.70
เพชรบูรณ์	301.76
พะเยา	297.75
เชียงราย	289.74
ระนอง	284.21

กลุ่มอายุ

พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี

0-4 ปี
573.99

65 ปี ขึ้นไป
560.56

55-64 ปี
203.44

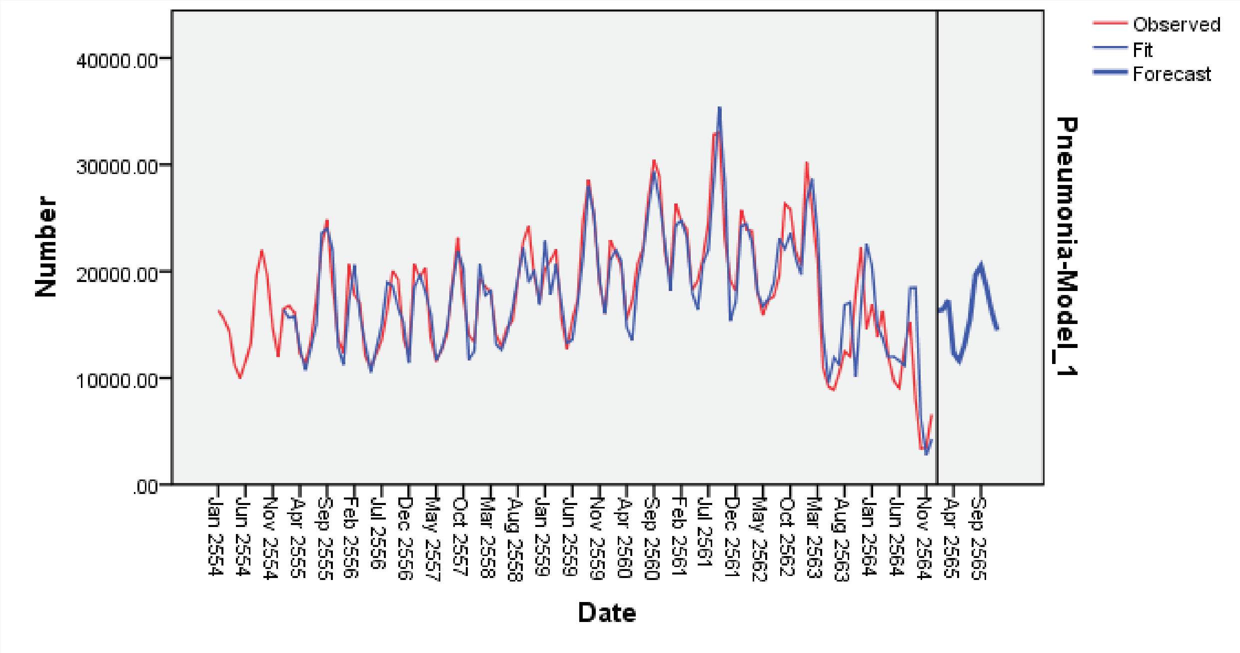
กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน

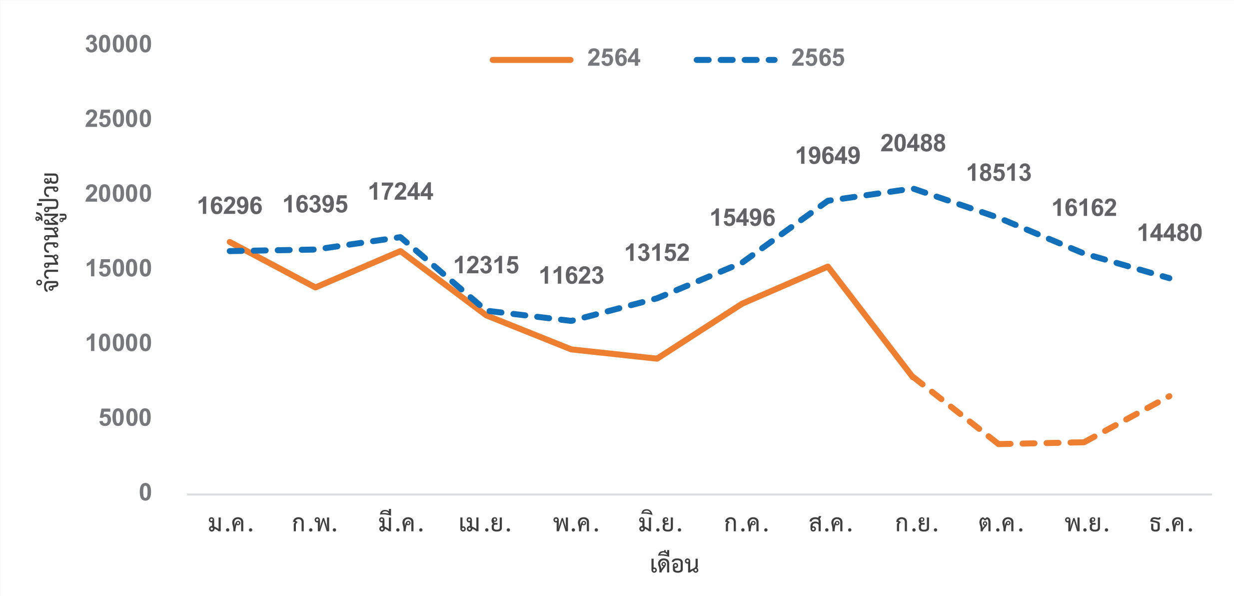
ภาค	อัตราป่วย
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	215.83
ภาคเหนือ	203.93
ภาคใต้	145.57
ภาคกลาง	125.10

พยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2565 จะใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างปี **พ.ศ. 2554–2564** มีค่าความคาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ **11.70** โดยคาดการณ์ว่าในปี **พ.ศ. 2565** ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบประมาณ **191,814** ราย ซึ่งค่าการพยากรณ์ที่ได้จะพบจำนวนผู้ป่วยสูง 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ช่วงต้นปี (เดือนมกราคม–มีนาคม) จะพบผู้ป่วยประมาณ **16,000** รายต่อเดือน และช่วงที่ 2 (เดือนสิงหาคม–พฤศจิกายน) จะพบผู้ป่วยประมาณ **20,000** รายต่อเดือน



รูปที่ 1 กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (ราย) กับค่าพยากรณ์ และเส้น EXPONENTIAL ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ปี พ.ศ. 2554–2564 (โดยวิธี ARIMA (2,0,0)(0,1,1)) รายเดือน ประเทศไทย



รูปที่ 2 กราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (ราย) ปี พ.ศ. 2564 กับค่าพยากรณ์ผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายเดือน ประเทศไทย

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ

การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด การใช้อุปกรณ์หรือภาชนะร่วมกัน หรือการมีกิจกรรมที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นต้น

การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ (สำหรับประชาชน)

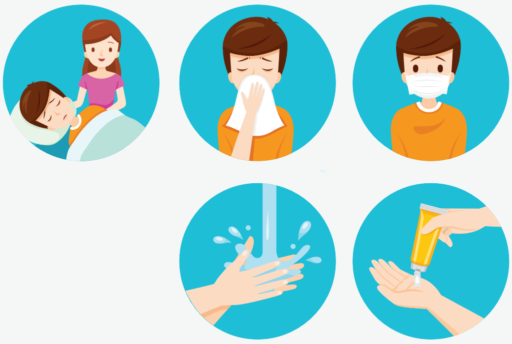
1. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ

2. ดูแลร่างกายให้อบอุ่นในช่วงอากาศหนาว หรืออากาศเปลี่ยนแปลง

3. ดูแลสุขลักษณะอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ดังนี้

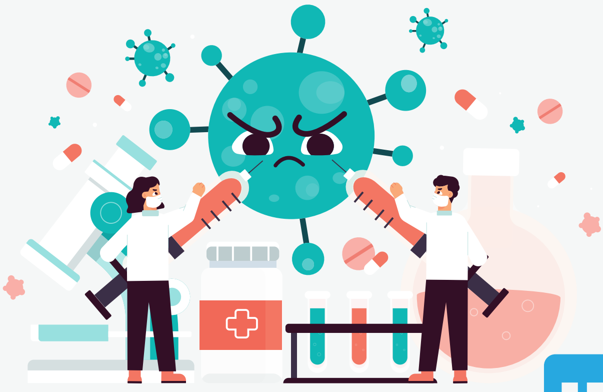
- ไม่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่
- ไม่ใช้แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดมือ ของเล่น ร่วมกับผู้ป่วย
- ใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
- หมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล หลังสัมผัสสิ่งของที่มีคนสัมผัสบ่อย ๆ และเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวหลังใช้งานสม่ำเสมอ
- หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนพลุกพล่าน แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น ห้างสรรพสินค้า

4. ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบควรป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังนี้



- ควรหยุดเรียน หยุดงาน แม้จะมีอาการไม่มากก็ควรหยุดพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านเป็นเวลา 3–7 วัน หรือจนกว่าจะหายเป็นปกติแม้จะมีอาการไม่มากก็ตาม
- สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อต้องคลุกคลีกับผู้อื่น
- เมื่อไอ จาม ใช้กระดาษทิชชู่หรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้ง และหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลทุกครั้ง

5. **กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง ควรรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิต ดังนี้**



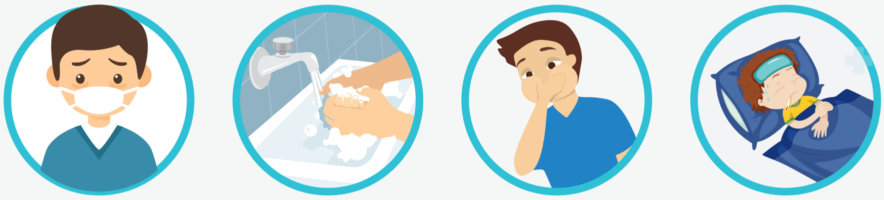
การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบ (สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

1. **สถานบริการสาธารณสุข** ดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ (อาการโรคระบบทางเดินหายใจ) โดยเน้นการคัดกรองที่จุดบริการคลินิกคัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI CLINIC)

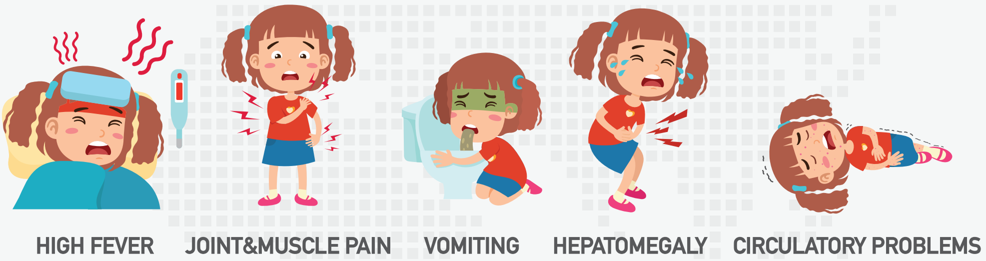
2. **ติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง** เฝ้าระวังการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่ที่มีคนมาอยู่ร่วมกันมาก ๆ ควรมีระบบคัดกรองผู้ป่วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ถ้าพบว่าป่วยให้หยุดงาน หยุดเรียน และแยกผู้ป่วยทันที

3. **เตรียมความพร้อมศักยภาพของโรงพยาบาลในการรองรับผู้ป่วย**

4. **สื่อสารความเสี่ยง/ประชาสัมพันธ์ให้แก่กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป** เรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อ โดยเน้นการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจหรือผู้ที่มีอาการไอหรือจาม

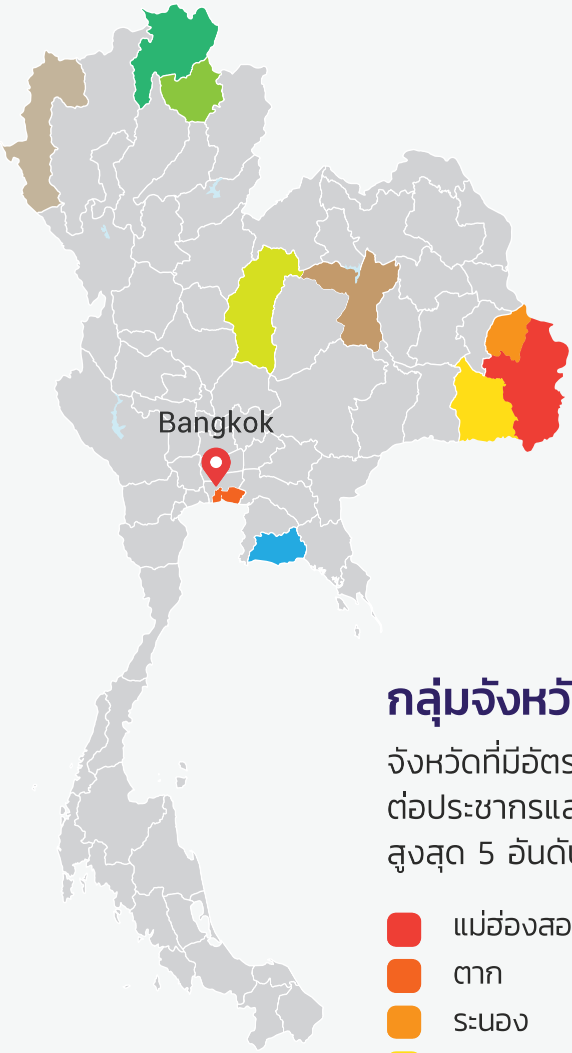


โรคไข้เลือดออก



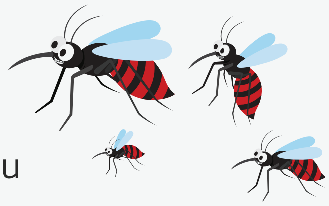
สถานการณ์โรค

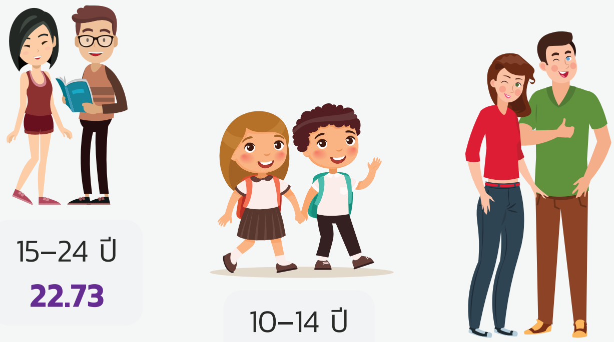
ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–10 ตุลาคม 2564 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม **7,720** ราย อัตราป่วย **11.62** ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต **6 ราย** อัตราป่วยตาย ร้อยละ **0.08** อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ **1.1 : 1**



กลุ่มอายุ

พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน
สูงสุดในกลุ่มอายุ 15–24 ปี





กลุ่มอายุ	อัตราป่วย
15–24 ปี	**22.73**
10–14 ปี	**17.95**
25–34 ปี	**14.38**

กลุ่มจังหวัด

จังหวัดที่มีอัตราป่วย
ต่อประชากรแสนคน
สูงสุด 5 อันดับแรก

แม่ฮ่องสอน	**170.58**
ตาก	**69.04**
ระนอง	**50.56**
อุตรดิตถ์	**38.21**
ชุมพร	**30.14**

กลุ่มพื้นที่แต่ละภาค

พื้นที่แต่ละภาคที่มีอัตราป่วย
ต่อประชากรแสนคนสูงสุด

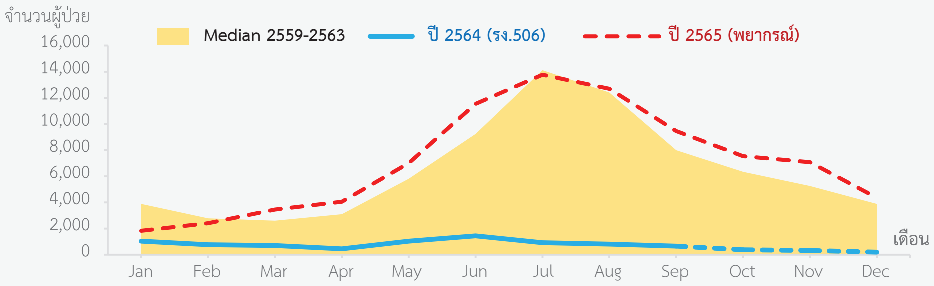
ภาคเหนือ	**21.38**
ภาคกลาง	**12.38**
ภาคใต้	**7.47**
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	**7.26**

พยากรณ์โรค

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกระหว่างปี พ.ศ. **2551–2564** จากรายงาน 506 พบค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ร้อยละ **37** โดยคาดว่า ปี **พ.ศ. 2565** ประเทศไทยจะพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ **85,000 ราย** คาดว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในเดือนมิถุนายน–สิงหาคม (คาดว่าจะพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนกรกฎาคม จำนวน **13,769 ราย**) ซึ่งมีสมมติฐานว่าสภาพลักษณะทั่วไปต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19)

ปัจจัยเสี่ยง

การถูกยุงกัด อาศัยอยู่ภายในบริเวณที่มีแหล่งน้ำขังซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด

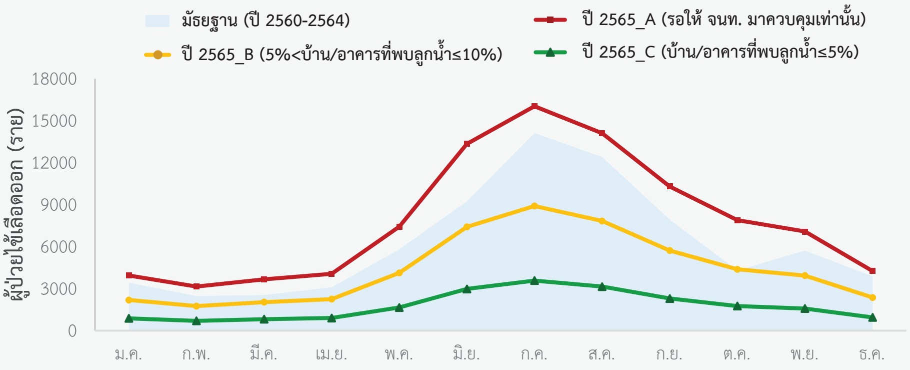


- ปี พ.ศ. 2565 จะพบผู้ป่วยประมาณ 85,000 ราย
- จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม
- พบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนกรกฎาคม จำนวน 13,769 ราย

รูปที่ 1
การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รายเดือน พ.ศ.2565 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วย พ.ศ. 2564 และค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2559–2563)

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

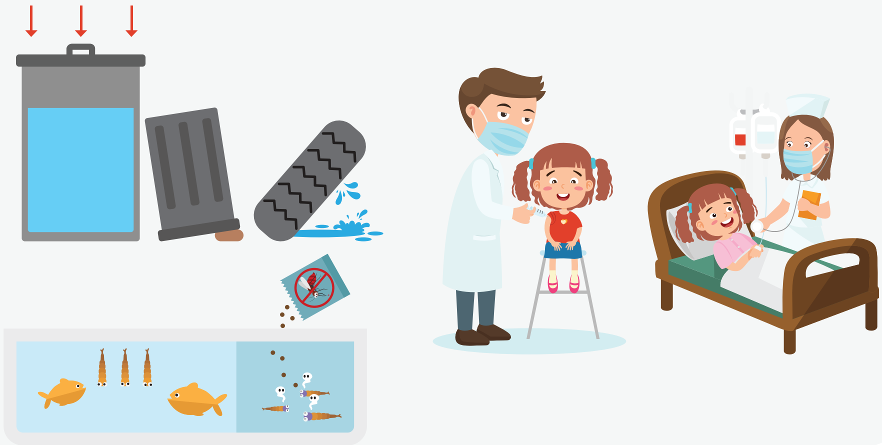
เน้นมาตรการในการป้องกันโรคล่วงหน้าเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อ ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เร่งดำเนินการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย การป้องกันยุงกัด รวมทั้งสื่อสารให้ความรู้และความเข้าใจในการป้องกันและรักษาโรคไปยังประชาชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ระมัดระวังการระบาดซ้ำในทุกพื้นที่ที่เคยมีการระบาด เพราะมีความเสี่ยงต่อการพบผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัว



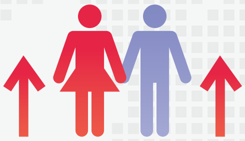
รูปที่ 2
การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รายเดือน พ.ศ. 2565 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2559–2564)

คำแนะนำสำหรับประชาชน

ป้องกันยุงกัด กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยทำความสะอาดกำจัดขยะและจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบริเวณบ้านของตนเอง ภาชนะที่ใช้เก็บน้ำต้องมีฝาปิดให้มิดชิด เพื่อลดความเสี่ยงของการป่วยเป็นไข้เลือดออก

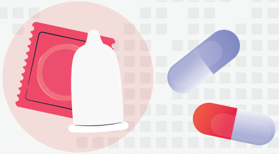


การคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565



ค.ศ. 1985–1990 (พ.ศ. 2528–2533)

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว



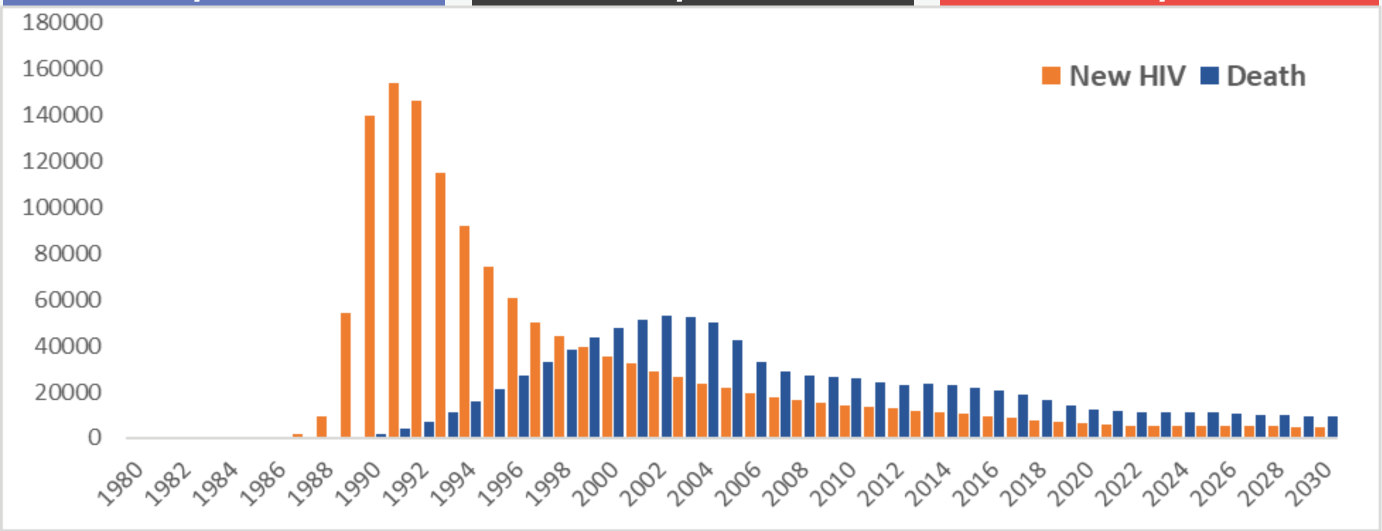
ค.ศ. 1991 (พ.ศ. 2533)

มีการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย **100%** ร่วมกับการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์เริ่มลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 (พ.ศ. 2545) เป็นต้นมา (รูปที่ 1)

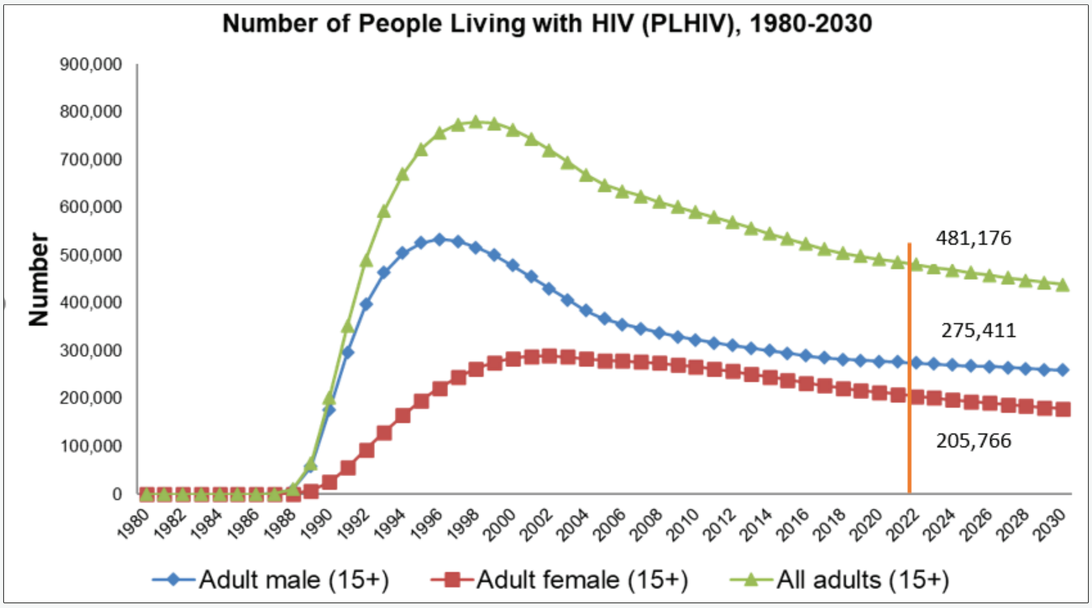
ในปี พ.ศ. 2566

จากการประมวลผลแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ASEAN EPIDEMIC MODEL (AEM) คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป ติดเชื้อรายใหม่ 5,541 คน เสียชีวิตจากโรคเอดส์รายใหม่ 11,103 คน และผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ 481,176 คน (รูปที่ 1, 2)

NEW HIV INFECTION	TOTAL AIDS DEATH	PLHIV
5,541	11,103	481,176



รูปที่ 1 การคาดการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528–2573 (ค.ศ. 1985–2030)



รูปที่ 2 สรุปจำนวนคาดประมาณจำนวนผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) ที่ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528–2573 (ค.ศ. 1985–2030)

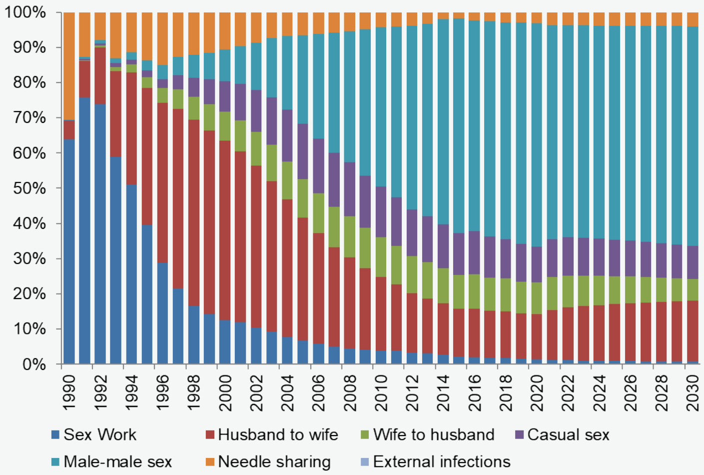
สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

การใช้
เข็มฉีดยาร่วมกัน

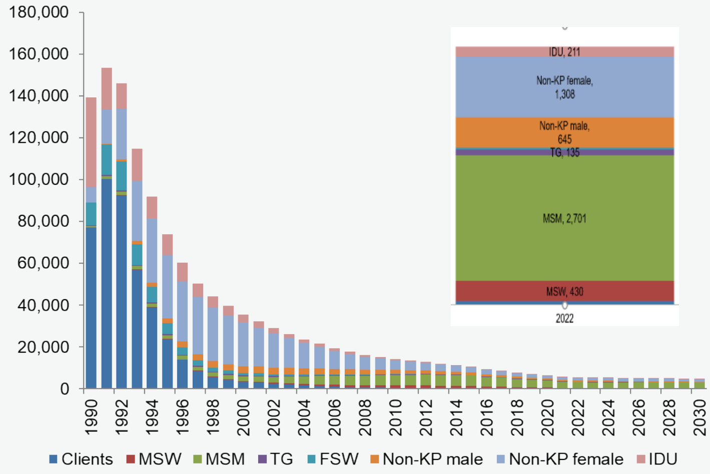
การใช้
บริการทางเพศ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชาย

สาเหตุการติดต่อในระยะแรก ๆ เกิดจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการใช้บริการทางเพศ ซึ่งต่อมาลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ **ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM, MSW, TG) สูงขึ้น** คิดเป็นสัดส่วนครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด (รูปที่ 3, 4)

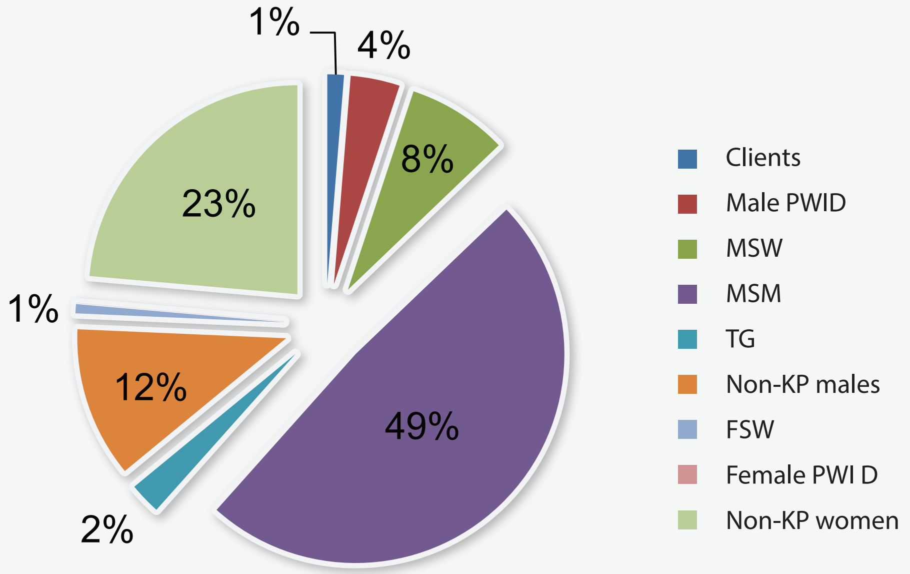


รูปที่ 3 ค่าแนวโน้มสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อปี จำแนกตามช่องทางการติดต่อ



รูปที่ 4 ค่าแนวโน้มสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ต่อปี จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก

การติดเชื้อรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า สัดส่วนการติดเชื้อรายใหม่จะเกิดในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ถึง**ร้อยละ 59** (MSM, MSW, TG) และการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มชายทั่วไปพบ**ร้อยละ 12** และหญิงทั่วไป พบ**ร้อยละ 23** (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรหลัก

SEX WITHOUT
A CONDOM

CONTAMINED BLOOD
TRANSFUSIONS &
TRANSPLANTED ORGANS

SHARING INJECTING
EQUIPMENT

PASSED FROM
MOM TO BABY

การพยากรณ์การตกน้ำ จมน้ำ

ในแต่ละวันมีเด็กไทยอายุต่ำกว่า **15 ปี จมน้ำเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 2 ราย** ช่วงฤดูร้อน (เดือนมีนาคม-พฤษภาคม) ซึ่งตรงกับช่วงปิดภาคการศึกษา จะมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุด **เฉลี่ยวันละเกือบ 3 ราย** การจมน้ำยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี

กรมควบคุมโรคได้คาดการณ์การจมน้ำเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าหากเด็ก/ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการจมน้ำ ขาดความร่วมมือการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ และการระบาดของโรคโควิด 19 ยังคงอยู่ จะทำให้มีเด็กจมน้ำเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 10 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2565 **จะมีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำถึง 594 ราย และในเดือนมีนาคม-พฤษภาคม จะมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงที่สุดถึง 211 ราย** ทั้งนี้หากภาคส่วนต่าง ๆ และประชาชนในพื้นที่ให้ความร่วมมือดำเนินมาตรการป้องกันการจมน้ำตามกลยุทธ์ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) จะสามารถลดการเสียชีวิตได้ร้อยละ 3.5 ต่อปี หรือการจมน้ำเสียชีวิตของเด็กจะลดลงเหลือ 503 ราย แต่อย่างไรก็ตาม หากมีการดำเนินงานเน้นหนักให้มากขึ้น ทั้ง 3 ประเด็น รวมทั้งทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและร่วมมือมากขึ้น และประชาชนให้ความสำคัญ จะทำให้การเสียชีวิตจากการจมน้ำลดลงถึงร้อยละ 12 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2565 จะมีเด็กจมน้ำเสียชีวิตลดลงเหลือ 474 ราย

มาตรการเน้นหนัก

1. "เกิดปุ๊ป รับปั๊บ...PLAYPEN"
(เมื่อเด็กเกิด 1 คน ใช้คอกกั้นเด็ก/พื้นที่เล่นปลอดภัยทุกคน)

2. เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป
มีทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

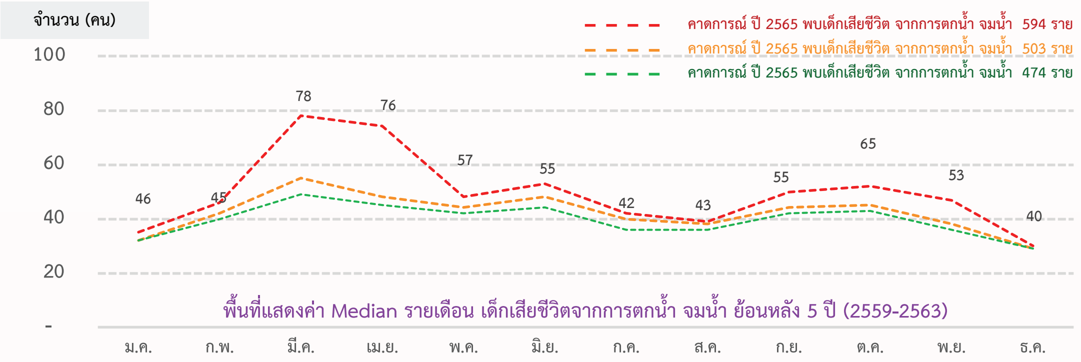
3. เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ทำ CPR ได้

ฉากทัศน์การคาดการณ์เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ ปี พ.ศ. 2564–2568

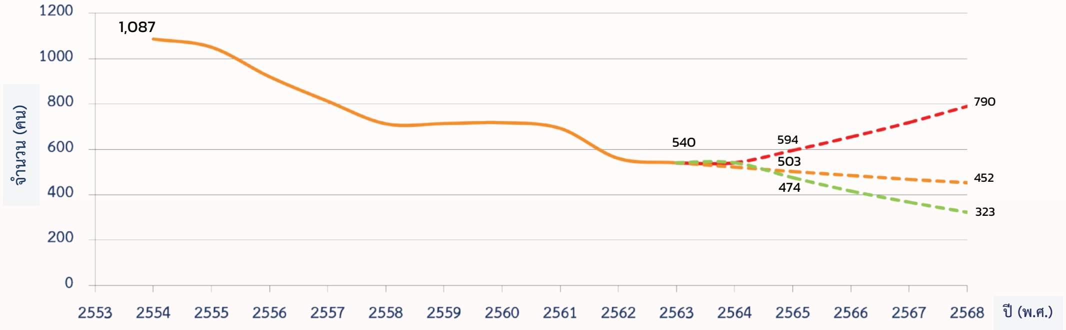
ฉากทัศน์	แนวโน้ม	การดำเนินงาน	ปัจจัยที่ส่งผล
ขาดความตระหนัก และสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย	จำนวนเด็กจมน้ำตาย เพิ่มขึ้นปีละ 10%	- ขาดความร่วมมือในการดำเนินงานของพหุภาคี และประชาชน อย่างต่อเนื่อง - ไม่ปรับเพิ่มมาตรการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป	- การระบาดของเชื้อโควิด 19 (พื้นที่เร่งแก้ไขปัญหาโควิด 19 เด็กอยู่บ้าน ปิดเทอมนาน ระยะเวลาเสี่ยงนานขึ้น) - กิจกรรมและแหล่งน้ำเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น
สถานการณ์ปกติ	จำนวนเด็กจมน้ำตาย ลดลงปีละ 3.5%	ดำเนินกลยุทธ์ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER)* เชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และขยายพื้นที่ดำเนินการ เนื่องจากปัจจุบันมีทีม MERIT MAKER ไม่ครอบคลุม และมีความเข้มแข็งแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ * การดำเนินงานตามความสมัครใจ	- หน่วยงานเครือข่ายให้ความร่วมมือ - ชุมชนในพื้นที่ร่วมดำเนินการ
นโยบายชัดเจน (พื้นที่เล่น ลอยเป็น ช่วยเหลือได้*) *ช่วยคนตกน้ำ เป็น CPR ได้	จำนวนเด็กจมน้ำตาย ลดลงปีละ 12%	- ดำเนินกลยุทธ์ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เป็นกลไกหลักและเน้นนโยบายใน 3 มาตรการ 1) เกิดปุ๊ป รับปั๊บ...PLAYPEN (1 คน 1 พื้นที่เล่นปลอดภัย) 2) อายุ 6 ปี มีทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด 3) อายุ 12 ปี CPR ได้	- ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและร่วมมือมากขึ้น - ประชาชนให้ความสนใจเพราะเห็นประโยชน์เป็นรูปธรรม

การพยากรณ์การตกน้ำ จมน้ำ ปี 2565

การคาดการณ์จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำ



- - - - เด็ก/ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการจมน้ำ ขาดความร่วมมือการดำเนินงานของพหุภาคี และการระบาดของเชื้อโควิด 19
- - - - ดำเนินมาตรการผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เชิงคุณภาพ และขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมมากขึ้น
- - - - เน้นหนักนโยบาย (พื้นที่เล่น ลอยเป็น ช่วยเหลือได้) : เกิดปุ๊ป รับปั๊บ...Playpen (1 คน 1 พื้นที่เล่นปลอดภัย), อายุ 6 ปี มีทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และอายุ 12 ปี CPR ได้



- - - - - - เด็ก/ประชาชนไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการจมน้ำ ขาดความร่วมมือการดำเนินงานของพหุภาคี และการระบาดของเชื้อโควิด 19
- - - - - - ดำเนินมาตรการผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เชิงคุณภาพ และขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมมากขึ้น
- - - - - - เน้นหนักนโยบาย (พื้นที่เล่น ลอยเป็น ช่วยเหลือได้) : เกิดปุ๊ป รับปั๊บ...Playpen (1 คน 1 พื้นที่เล่นปลอดภัย), อายุ 6 ปี มีทักษะว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และอายุ 12 ปี CPR ได้

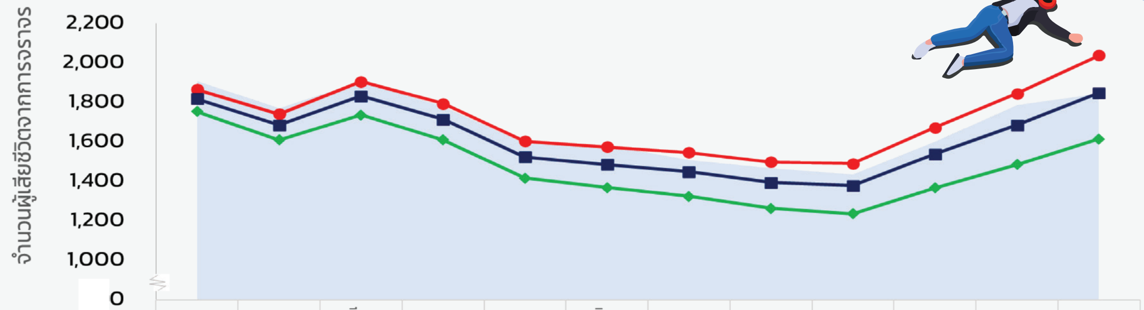
แหล่งข้อมูล : ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์โดย : กองป้องกันการบาดเจ็บ และกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การคาดการณ์อุบัติเหตุทางถนน

การคาดการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2565 อาจพบจำนวน**ผู้เสียชีวิตสูงสุดถึง 20,584 ราย** ถ้าหากมีการใช้มาตรการและการกำกับควบคุมพฤติกรรมผู้ขับขี่ดังปัจจุบัน และมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ลดลงกลับไปเหมือนก่อนปี พ.ศ. 2563 แต่ถ้ามีมาตรการเข้มข้นการควบคุมกำกับดูแลพฤติกรรมผู้ขับขี่ให้ครอบคลุมรอบด้าน และมีการบูรณาการทำงานของทุกหน่วยงานในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน**ผู้เสียชีวิตอาจน้อยกว่าที่ประมาณการณ์ไว้ถึง 17,797 ราย** โดยมาตรการที่ส่งผลให้การบาดเจ็บและเสียชีวิตลดลงมีหลายมาตรการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่ การควบคุมปริมาณการเดินทาง หรือการควบคุมช่วงเวลาการเดินทาง (เคอร์ฟิว) การเรียนผ่านระบบออนไลน์ของนักเรียน-นักศึกษา WORK FROM HOME การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปิดสถานบันเทิง สถานประกอบการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ งดกิจกรรมการร่วมกลุ่ม ปีใหม่ สงกรานต์ และการมีด่านตรวจบูรณาการในการป้องกันควบคุมโรคทำให้ผู้ดื่มแล้วขับเกรงกลัว

การพยากรณ์ อุบัติเหตุทางถนน ปี 2565

สถานการณ์ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี พ.ศ. 2565



	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
มัธยฐาน (ปี 59-63)	1,908	1,772	1,904	1,781	1,593	1,584	1,509	1,469	1,437	1,602	1,788	1,844
กรณีที่ 1	1,866	1,741	1,906	1,795	1,605	1,575	1,547	1,499	1,490	1,674	1,846	2,039
กรณีที่ 2	1,818	1,686	1,833	1,715	1,524	1,485	1,450	1,396	1,378	1,538	1,686	1,849
กรณีที่ 3	1,754	1,611	1,737	1,610	1,418	1,370	1,325	1,264	1,237	1,368	1,486	1,616

กรณี	เสียชีวิตทั้งปี	สูงสุด/เดือน
กรณีที่ 1 หากดำเนินการเหมือนเดิมก่อนปี 2562	20,584	2,039 (ธ.ค.)
กรณีที่ 2 หากมีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 และมาตรการรับมือแบบปี 2564	19,358	1,849 (ธ.ค.)
กรณีที่ 3 หากมีผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19 และมาตรการรับมือแบบปี 2563	17,797	1,754 (ม.ค.)

3 สถานการณ์ในอนาคต
ต่อการคาดการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตปี 2565*

กรณีที่ 1 สถานการณ์เดียวกับก่อนมีการระบาดของโรคโควิด 19

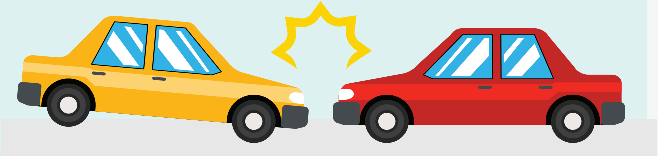
มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนปี 2562

- นโยบายของกระทรวงมหาดไทยให้พื้นที่ดำเนินโครงการตำบลขับขี่ปลอดภัย
- มาตรการส่งเสริมการดำเนินงานในระดับอำเภอ (D-RTI, CITY RTI, ด่านชุมชน)
- โครงการขับขี่ปลอดภัยไร้แอลกอฮอล์ (เจาะเลือดตรวจแอลกอฮอล์ในผู้ขับขี่)
- ชี้เป้าและการแก้ไขจุดเสี่ยง
- มาตรการองค์กร (สวมหมวกนิรภัย 100%)
- การตั้งด่านตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์

กรณีที่ 2 สถานการณ์ภายใต้มาตรการรับมือกับโรคโควิด 19

มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนปี 2564 มาตรการเช่นเดียวกับปี 2562 แต่มีมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เข้มข้นในบางพื้นที่

- ห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในร้านอาหาร
- มีด่านบูรณาการเพื่อเฝ้าระวังการระบาดของไวรัสโคโรนา โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าร่วมดำเนินการ
- ผ่อนคลายมาตรการเดินทางเข้าประเทศ
- มีการปิดสถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ
- มีเคอร์ฟิว ในพื้นที่สีแดง
- เรียนออนไลน์
- งดการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม



กรณีที่ 3 สถานการณ์ภายใต้มาตรการรับมือกับโรคโควิด 19

มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนปี 2563 มาตรการเช่นเดียวกับปี 2562 แต่มีมาตรการเข้มข้นมาก (ทั่วประเทศ)

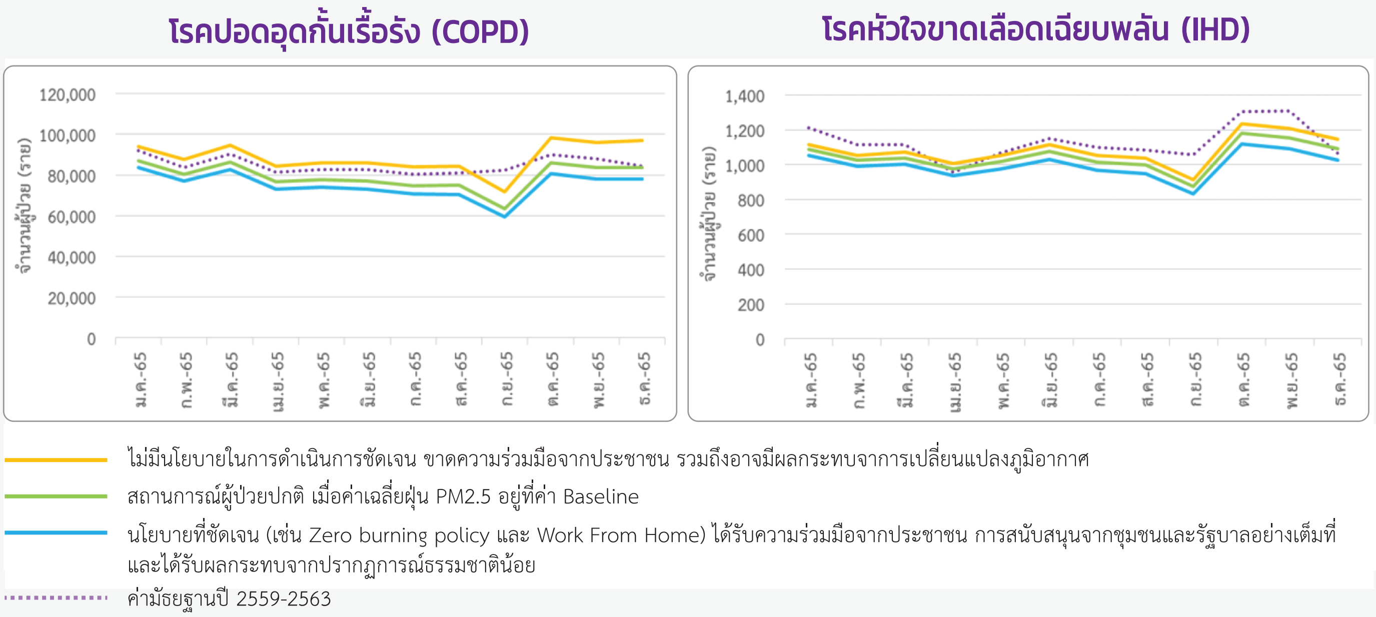
- ปิดประเทศ งดรับนักท่องเที่ยว
- จำกัดการเดินทางข้ามจังหวัด ล็อกดาวน์
- มีเคอร์ฟิวทุกจังหวัด
- ห้ามจำหน่ายแอลกอฮอล์
- งดการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม กิจกรรมปีใหม่ สงกรานต์
- มีด่านบูรณาการเพื่อเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเข้าร่วมดำเนินการ
- เรียนออนไลน์

* ปี 2563-2564 การตั้งด่านตรวจแอลกอฮอล์ลดลง เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้ประชาชนกลัวการติดเชื้อ และตำรวจปรับแนวทางการตั้งด่าน

โรคจากฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ($PM_{2.5}$)

สถานการณ์โรค

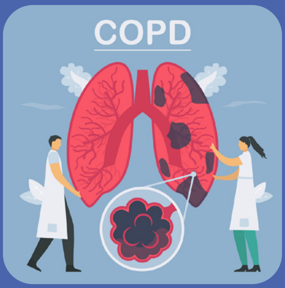
ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหามลพิษทางอากาศ (AIR POLLUTION) ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจที่เจริญเติบโตขึ้น โดยเฉพาะการเกิดปัญหามลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดตั้งแต่ไม่เกิน 1.0, 2.5 และ 10 ไมครอน ($PM_{1.0}$, $PM_{2.5}$, PM_{10}) ซึ่งสารมลพิษเหล่านี้มีแหล่งกำเนิดที่สำคัญได้แก่ การเผาในที่โล่ง ไฟไหม้ป่า การคมนาคมขนส่ง โรงงานอุตสาหกรรม และการก่อสร้างในเมืองใหญ่ ๆ เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรและเกิดโรคที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (IHD) ดังรูปที่ 1



แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC)

รูปที่ 1 สถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (IHD)

พยากรณ์โรค แบ่งได้ 3 รูปแบบ



ฉากทัศน์ที่ 1

ไม่มีนโยบายในการดำเนินการที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือจากประชาชน และสภาพภูมิอากาศมีการเปลี่ยนแปลง
จะมีผลทำให้แนวโน้ม**ค่าเฉลี่ยฝุ่น PM$_{2.5}$ เพิ่มขึ้น 20%**
จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เพิ่มขึ้น ปีละ 7%
และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (IHD) เพิ่มขึ้น ปีละ 4%

ฉากทัศน์ที่ 2

สถานการณ์ปกติ คือ ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการดำเนินการตามมาตรการของภาครัฐ เมื่อค่าเฉลี่ยฝุ่น PM$_{2.5}$ อยู่ที่ค่า Baseline (เส้นสีเขียว รูปที่ 1) จะทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (IHD) ไม่เปลี่ยนแปลง

ฉากทัศน์ที่ 3

มีนโยบายที่ชัดเจน (เช่น Zero burning policy และ Work From Home) ได้รับความร่วมมือจากประชาชน การสนับสนุนจากชุมชนและรัฐบาลอย่างเต็มที่ หรือได้รับผลกระทบจากปรากฏการณ์ธรรมชาติน้อย
จะมีผลทำให้**ค่าเฉลี่ยฝุ่น PM$_{2.5}$ ลดลง 20%**
จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ลดลง ปีละ 7%
และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (IHD) ลดลง ปีละ 4%

คำแนะนำในการป้องกันโรค

ตรวจสอบสภาพอากาศก่อนออกจากบ้าน

ออกจากบ้านและพบว่าหากปริมาณฝุ่นเกินกำหนด ควรสวมหน้ากากอนามัย

ควรหยุดกิจกรรมการเผาขยะ การเผาสิ่งต่าง ๆ หรืองดกิจกรรมที่อาจเพิ่มฝุ่นได้ เช่น การสูบบุหรี่

หากมีอาการผิดปกติจากสูดดมฝุ่น ให้รีบไปพบแพทย์ทันที

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

จัดทำโดย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อาคาร 10 ชั้น 3 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2590 3805
เผยแพร่ทางเว็บไซต์กองระบาดวิทยา : www.ddc.moph.go.th กองระบาดวิทยา