

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากสถานการณ์และการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของ โรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เขตสุขภาพที่ 11

Policy Recommendations Proposed from the Regional Situation of Seasonal Influenza and Various Outbreaks in Health Region 11

ภาณุวัฒน์ นราอาจ วท.ม. (เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)

ชฎาภรณ์ ดิษฐ์แก้ว วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

แพรวพลอย ฤกษ์เมือง ส.ม.

อัญชลี หนูทอง ส.บ.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11

จังหวัดนครราชสีมา

Panuwat Naraart M.Sc. (Health Economics)

Chadaphorn Ditkaro B.Sc. (Public Health)

Praeploy Ruekmuang M.P.H.

Unchalee Hnuthong B.P.H.

Office of Disease Prevention and Control, Region 11

Nakhon Si Thammarat

Received: May 15, 2025

Revised: September 2, 2025

Accepted: September 16, 2025

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา การระบาดเป็นกลุ่มก้อน และข้อจำกัดของมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค R506, D506 รายงานสอบสวนการระบาด รายงานสรุปผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ระหว่างปี 2563-2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาตามมิติบุคคล เวลา และสถานที่ ตลอดจนปัจจัยที่ก่อให้เกิดการระบาด และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสรุปผลเชิงเนื้อหาปัญหาและอุปสรรคของมาตรการควบคุมโรคที่มีอยู่ในพื้นที่ พบว่าเขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 113.51 เป็น 1,194.09 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 3 - 4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด การระบาดเป็นกลุ่มก้อนส่วนใหญ่เกิดในเรือนจำ ร้อยละ 71.43 จากการแพร่เชื้อจากเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ถึงร้อยละ 46.15 การตรวจจับการระบาดล่าช้าเฉลี่ย 10 วันหลังวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรก วัคซีนไข้หวัดใหญ่ครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมดโดยที่เด็ก 3 - 4 ปี ไม่อยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับวัคซีน ข้อจำกัดในการควบคุมป้องกันโรค ได้แก่ ขาดตรวจคัดกรองโรคไม่เพียงพอ ความยากลำบากในการแยกกักโรคในเรือนจำ รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรในเรือนจำ การศึกษานี้เสนอให้ขยายการให้วัคซีนให้ครอบคลุมถึงเด็กอายุ 6 เดือนถึง 4 ปี และเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนให้ถึงภูมิคุ้มกันหมู่ และให้เรือนจำสามารถสำรองชุดตรวจคัดกรองโรคเพื่อให้สามารถตรวจจับการระบาดได้ทันเวลาโดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่

คำสำคัญ: ไข้หวัดใหญ่ ข้อเสนอแนะ นโยบายสุขภาพ

Abstract

This descriptive study examined the epidemiological characteristics, outbreak clusters, and limitations of influenza prevention and control measures to propose policy recommendations for Health Region 11. Data were obtained from the R506 and D506 systems, cluster outbreak investigation reports, and reports on monitoring of prevention and control from 2020 to 2024. Descriptive statistics were applied to analyze quantitative data over person, time, and place, and outbreak-related factors, while qualitative data was summarized by content summary on the limitations of current control strategies. There was a sharp increase in morbidity rate from 113.51 to 1,194.09 per 100,000 population, while the highest rate was among children aged 3–4 years. Most outbreak clusters occurred in prisons (71.43%), with 46.15% linked to transmission from infected correctional officers. Outbreak detection was delayed, with a median of 10 days after symptom onset in the primary case. Vaccine coverage was below 10.00% of the total population, and children aged 3–4 years were not included in the target group. Major limitations included insufficient screening tests, difficulties in implementing isolation within prisons, and staff shortages. This study recommends that vaccination should be expanded to include children aged 6 months to 4 years, and achieve herd immunity. Prisons should also be equipped with sufficient screening tests to ensure timely outbreak detection, especially in staff-introduced clusters.

Keywords: Influenza, Recommendations, Health Policy

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza viruses) ซึ่งพบได้ตลอดทั้งปี (Seasonal Influenza) และผู้ป่วยมีอาการรุนแรงแตกต่างกันไป โดยเฉลี่ยผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการภายใน 2 วัน เริ่มจากมีไข้แบบจับพั่น ไอแห้ง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก เจ็บคอและมีน้ำมูกร่วมด้วย โดยกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีอาการรุนแรง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้ป่วยโรคหัวใจ หอบหืด ไตวายเรื้อรัง เอชไอวี และผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่กำลังให้รังสีรักษา และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ประมาณ 1 พันล้านราย อาการรุนแรงประมาณ 3 – 5 ล้านราย และเสียชีวิตถึง 650,000 รายต่อปี โดยประเทศไทยมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่เฉลี่ยปีละ 176,615 ราย เสียชีวิตปีละ 43 ราย เฉพาะในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย 663,173 ราย อัตราป่วย 1,021.65 ต่อประชากรแสนคน พบผู้เสียชีวิต 51 ราย อัตราป่วยตายน้อยละ

0.007 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁾ แม้ว่าอัตราป่วยตายจะค่อนข้างต่ำ แต่จำนวนผู้ป่วยก็สร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับระบบบริการสุขภาพอย่างมาก โดยค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ต่อครั้งของผู้ป่วยนอกอยู่ระหว่าง 4.21 – 212.17 ดอลลาร์สหรัฐ ขณะที่ผู้ป่วยในอยู่ระหว่าง 163.62 – 4,577.83 ดอลลาร์สหรัฐ รวมต่อปีอยู่ระหว่าง 31.1 – 83.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 1,120 – 3,010 ล้านบาท กลุ่มที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงคือเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว⁽³⁾ ซึ่งนับเป็นค่าใช้จ่ายที่มีมูลค่าสูง โดยมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานที่ต่างๆ ตามมาตรการ ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยลงอย่างน้อยร้อยละ 10 ต่อปี⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม พบว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ในระดับประเทศทั้งนี้ อาจเนื่องจากมาตรการ ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด เป็นมาตรการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน

เป็นหลัก รวมทั้งยังพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงและเสียชีวิต โดยที่องค์การอนามัยโลกชี้ว่ามาตรการที่ดีที่สุดในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่คือมาตรการด้านวัคซีน⁽¹⁾ นอกจากนี้ พบว่าการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในเด็กวัยเรียนมีความคุ้มค่าต่อการลงทุน โดยนโยบายการให้วัคซีนในเด็กอายุ 2 – 11 ปีด้วยวัคซีนชนิด trivalent live-attenuated influenza vaccine (LAIV) มีความคุ้มค่าสูงที่สุดเมื่อเทียบกับนโยบายการให้วัคซีนในรูปแบบอื่นๆ⁽⁵⁾ ดังนั้น การทบทวนระบาดวิทยาของผู้ป่วย การระบาดเป็นกลุ่มก้อนและการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ไวรัส รวมถึงการทบทวนมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการกำหนดนโยบายป้องกันควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นบนพื้นฐานของหลักฐานทางระบาดวิทยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11
4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบริบทเขตสุขภาพที่ 11

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา รวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed-methods) จากข้อมูลทุติยภูมิของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ (E1) จากระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) และรูปแบบดิจิทัล (D506) ที่ข้อมูลส่วนบุคคลถูกออกแบบให้ไม่สามารถสืบข้อมูลย้อนกลับได้หรือถูกตัดออกเพื่ออธิบายการกระจายตัวของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่โดยสรุป

2. ทบทวนข้อมูลจากการจัดสรรวัคซีน ความครอบคลุมของการให้วัคซีนจากรายงานผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ประจำปีที่จัดทำโดยผู้จัดการแผนงานโรค (Program manager) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ทบทวนรายงานสอบสวนการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่คัดเลือกเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคระดับอำเภอขึ้นไปโดยใช้แบบทบทวนรายงานสอบสวนการระบาด เพื่ออธิบายปัจจัยที่ก่อให้เกิดการระบาด สถานที่ และวิเคราะห์ข้อมูลการตอบโต้การระบาดด้วย 7-1-7 Matrix⁽⁶⁾

2. ทบทวนข้อจำกัด ปัญหา และอุปสรรคจากรายงานผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ประจำปีที่จัดทำโดยผู้จัดการแผนงานโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบทบทวนรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

1. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จากระบบเฝ้าระวัง R506 และ D506 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญ เช่น เพศ อายุ วันที่เริ่มป่วย ที่อยู่ขณะป่วย วันที่รายงาน ความถูกต้องของรหัสโรค (ICD-10: J09-J11) โดยคัดเข้าเฉพาะผู้ป่วยที่ขณะป่วยอาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 และบันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ส่วนข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ข้ำซ้อน หรืออยู่นอกพื้นที่จะถูกลบออก

2. รายงานสอบสวนการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นรายงานสอบสวนโรคจากเหตุการณ์ที่ (1) เข้าเกณฑ์การสอบสวนระดับอำเภอขึ้นไป และ (2) เป็นรายงานการสอบสวนสรุปเสนอผู้บริหาร (Final Report) หรือรายงานการสอบสวนฉบับสมบูรณ์ (Full Report) และ (3) มีหัวข้อการรายงานตามเกณฑ์การเขียนรายงานสอบสวนโรคของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยคัดเข้าเฉพาะรายงานที่เข้าเกณฑ์ครบทั้ง 3 ข้อ รายงานที่ซ้ำซ้อนเหตุการณ์เดียวกันหรือไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์จะถูกคัดออก

3. รายงานผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ตรวจสอบความครบถ้วนซึ่งต้องประกอบด้วย (1) เป้าหมายลดโรคและสถานการณ์ของโรคประจำปี (2) มาตรการควบคุมป้องกันโรคที่ดำเนินการ ได้แก่ ด้านวัคซีนป้องกันควบคุมโรค ด้านเฝ้าระวังโรค การควบคุมป้องกันโรคในสถานที่ต่างๆ และ (3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของมาตรการแต่ละด้าน โดยรายงานที่คัดเข้าต้องเป็นรายงานที่มีรายละเอียดอย่างน้อยในข้อที่ 2 และ 3 และผู้บริหารรับทราบ ส่วนรายงานที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ได้ผ่านการรับรองถูกคัดออก

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย รายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ รง.506 และ D506 รายงานสอบสวนการระบาด และรายงานผลการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทั้งหมดของประชากรคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาและเกณฑ์คัดออก โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือประกอบด้วย แบบทบทวนรายงานสอบสวนการระบาด และแบบทบทวนการนิเทศติดตามการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ตรวจสอบความครบถ้วน ความเหมาะสม และความชัดเจน

ของเครื่องมือทั้งสองแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองเก็บข้อมูลจากรายงานสอบสวนการระบาด และรายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 5 ฉบับ และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นเท่ากับ 0.88 และ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

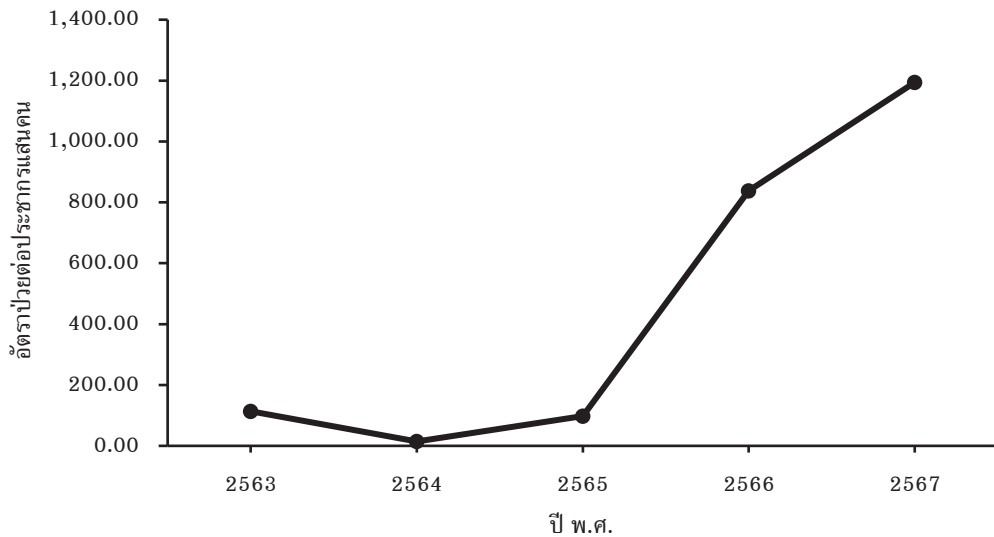
ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สัดส่วน อัตราส่วน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ (IQR) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Office Excel for MacOS ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการสรุปผลการทบทวนเชิงคุณภาพ (Qualitative summary) ประกอบกับเหตุผลเชิงวิชาการ (Academic rational)

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/323

ผลการศึกษา

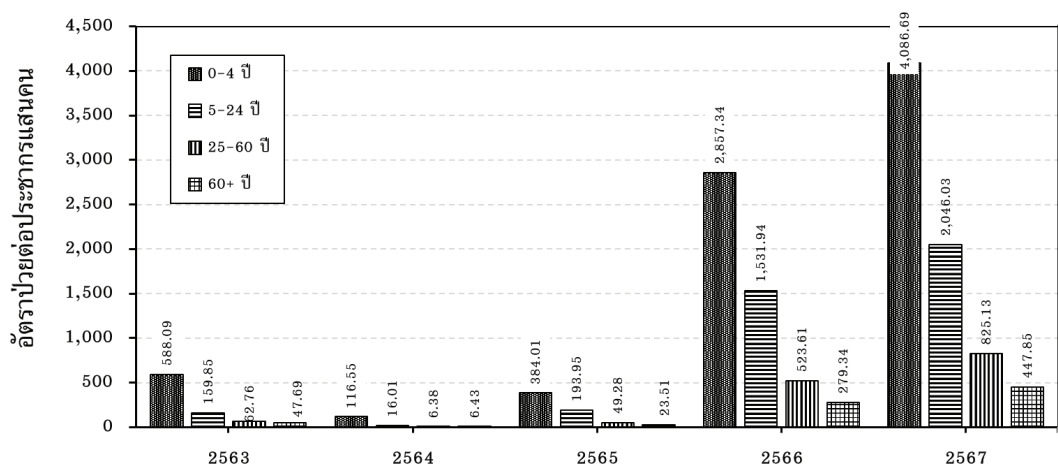
1. ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-2567 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 103,918 ราย เสียชีวิต 19 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.02 มัธยฐานอายุ เท่ากับ 15 ปี (IQR 30) สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.40 ในปี พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อัตราป่วยของโรคไข้หวัดใหญ่ เท่ากับ 113.51 ต่อประชากรแสนคน และลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2565 และเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็น 837.44 และ 1,194.09 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ซึ่งสูงกว่าปี 2563 ถึง 10 เท่า ดังภาพที่ 1



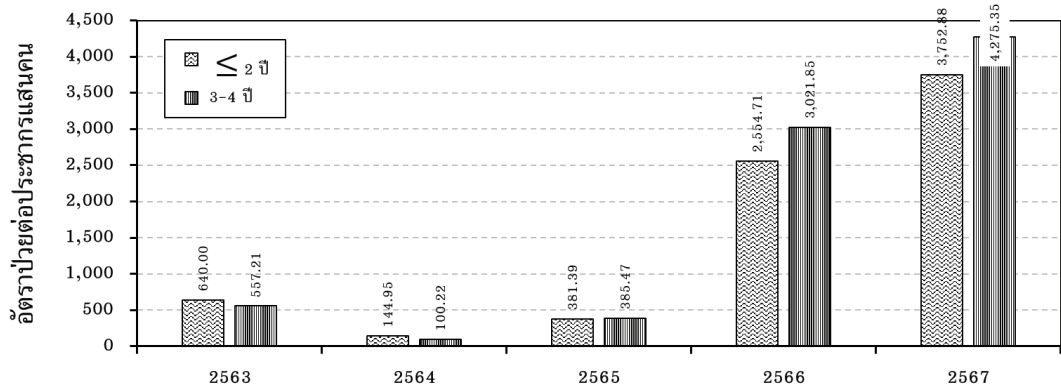
ภาพที่ 1 อัตราป่วยโรคไข้วัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2563 – 2567

เมื่อแบ่งกลุ่มอายุของผู้ป่วยออกเป็น 4 กลุ่มวัย ได้แก่ 0 – 4 ปี เป็นเด็กก่อนวัยเรียน 5 – 24 ปี เป็นเด็กวัยเรียน 25 – 60 ปี เป็นวัยทำงาน และ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ 0 – 4 ปี รองลงมาคือ 5 – 24 ปี ดังภาพที่ 2 อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์อัตราป่วยเฉพาะอายุ 0 – 4 ปี แบ่งออก

เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี หรือวัยทารกซึ่งได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน และอายุ 3 – 4 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่ากลุ่มหลังมีอัตราป่วยสูงกว่าเล็กน้อย ดังภาพที่ 3 โดยที่สัดส่วนการรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน



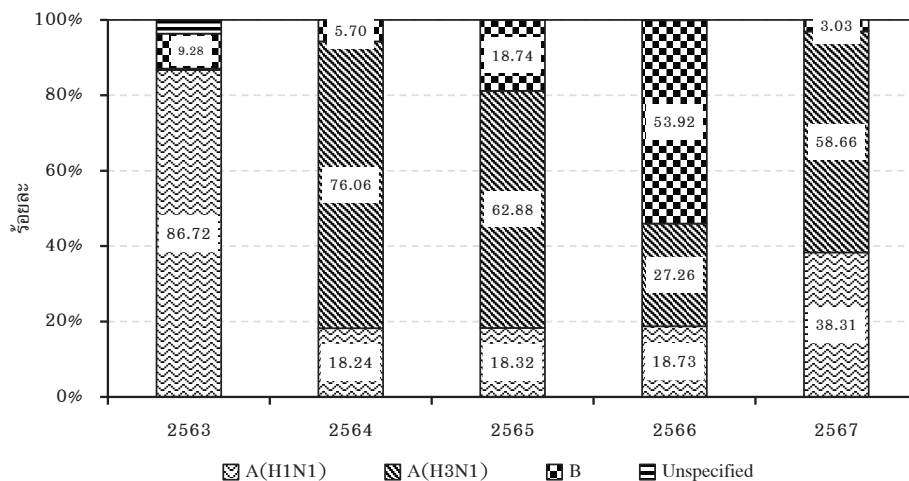
ภาพที่ 2 อัตราป่วยโรคไข้วัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2563 – 2567 จำแนก 4 กลุ่มอายุ



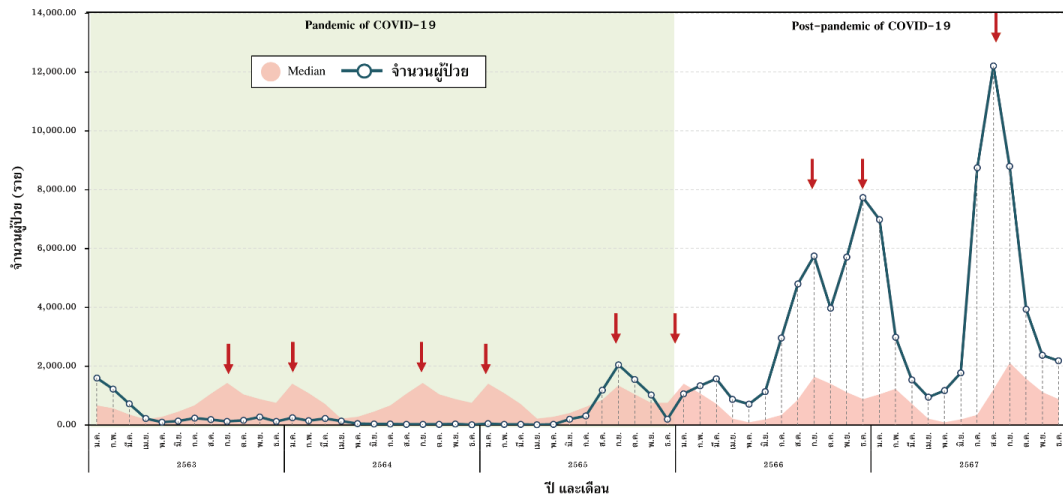
ภาพที่ 3 อัตราป่วยโรคไขหวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2563 – 2567 กลุ่มอายุ 0-4 ปี

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่ส่วนใหญ่ป่วยจากเชื้อ Influenza virus type A โดยในแต่ละปีมีสายพันธุ์เด่นที่แตกต่างกันคือ A(H1N1) ร้อยละ 86.72 ในปี พ.ศ.2563 A(H3N1) ร้อยละ 76.06 ในปี พ.ศ. 2564 A(H3N1) ร้อยละ 62.88 ในปี พ.ศ. 2565 สายพันธุ์ B ร้อยละ 53.92 ในปี พ.ศ. 2566 และ A(H3N1) ร้อยละ 58.66 ในปี พ.ศ.2567 ดังภาพที่ 4 ทั้งนี้พบผู้ป่วย

โรคไขหวัดใหญ่ได้ตลอดทั้งปี โดยพบมากกว่าปกติได้ 2 ช่วง ได้แก่ เดือนมกราคม ซึ่งเป็นช่วงที่มีอากาศค่อนข้างเย็น และเดือนกันยายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ในแต่ละปีอย่างไรก็ตามในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 จำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัด ดังภาพที่ 5



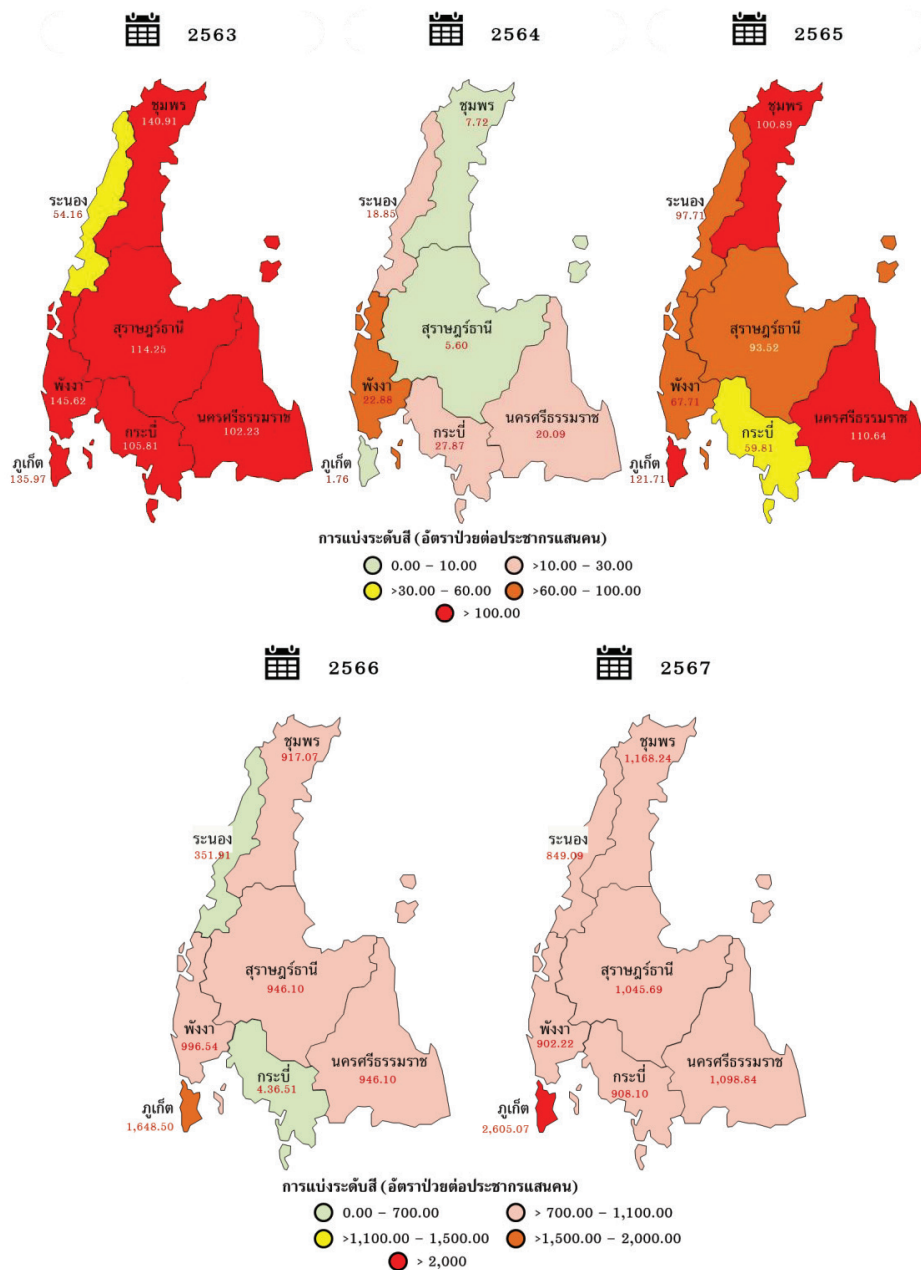
ภาพที่ 4 สัดส่วนสายพันธุ์ของไวรัสไขหวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567



ภาพที่ 5 จำนวนผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567 จำแนกรายเดือน

อัตราป่วยโรคไขหวัดใหญ่ใน 7 จังหวัดเขตสุขภาพที่ 11 ค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยในปี พ.ศ.2563 จังหวัดพังงา มีอัตราป่วยสูงสุด 145.62 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2564 จังหวัดกระบี่ มีอัตราป่วยสูงสุด 27.85 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ.2565 จังหวัดภูเก็ตมีอัตราป่วยสูงสุด 121.71 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2566–2567 จังหวัดส่วนใหญ่มีอัตราป่วยของโรคเพิ่มสูงขึ้น โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ จังหวัดภูเก็ต 1,648.50 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อัตราป่วย 946.10 ต่อประชากรแสนคน

และจังหวัดชุมพร อัตราป่วย 917.07 ต่อประชากรแสนคน ส่วนในปี พ.ศ.2567 ทุกจังหวัดมีอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จังหวัดภูเก็ตยังคงมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 2,605.07 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ จังหวัดชุมพร 1,168.24 และจังหวัดนครศรีธรรมราช 1,098.84 ต่อประชากรแสนคน ดังภาพที่ 5 ทั้งนี้ อัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ.2566–2567 อาจเนื่องจากการผ่อนคลายมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเปลี่ยนสายพันธุ์หลักของเชื้อไวรัสเป็น B และ A(H3N1) ตามลำดับ



ภาพที่ 5 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2567 จำแนกรายจังหวัด

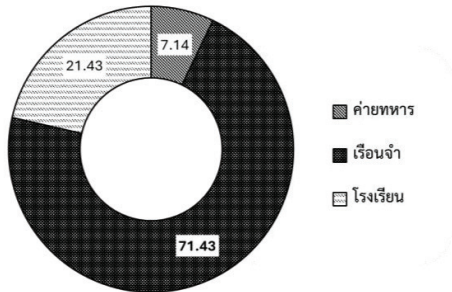
2. ปัจจัยการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและการตอบโต้ต่อการระบาด

ระหว่างปี พ.ศ.2563-2567 เขตสุขภาพที่ 11 พบการระบาดของไข้หวัดใหญ่จำนวน 15 เหตุการณ์ โดยส่วนใหญ่การระบาดเกิดขึ้นในเรือนจำ ทนตสสถาน

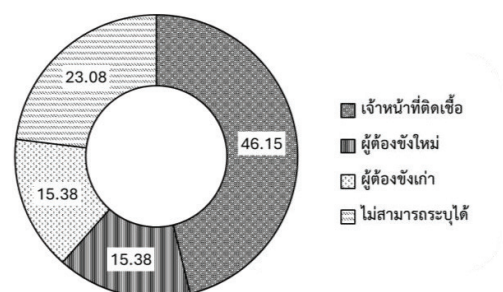
หรือสถานพินิจ ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือโรงเรียนหรือสถานศึกษา ร้อยละ 21.43 และค่ายทหาร ร้อยละ 7.14 ตามลำดับ ดังภาพที่ 6 ซึ่งไม่พบการระบาดในชุมชนที่ไม่ใช่สถานที่ปิด พบว่า ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดการระบาดส่วนใหญ่ติดเชื้อจากเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ร้อยละ 46.15

เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ไม่ได้หยุดงานทันทีที่ป่วย และไม่ได้ตรวจคัดกรอง รongลงมา คือการติดเชื้อจากนักท่องเที่ยว ร้อยละ 15.38

ดังภาพที่ 7 ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยชุดตรวจคัดกรองที่อยู่โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้ทันเวลา



ภาพที่ 6 สัดส่วนของการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2567 จำแนกสถานที่ที่พบการระบาด (n=15)



ภาพที่ 7 สัดส่วนของปัจจัยที่ก่อให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ.2563-2567 (n=15)

ทั้งนี้พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถตรวจจับ (Detection) การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่เฉลี่ยในวันที่ 10 (IQR 10.50 วัน) หลังวันที่เริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรก และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Notification) เฉลี่ยภายใน

1 วัน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตอบสนอง (Response) ด้วยการสอบสวนเฉลี่ยภายใน 2 วัน และแยกกักผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้เฉลี่ยภายใน 4 วัน โดยปัจจัยล่าช้าและปัจจัยสนับสนุน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยล่าช้าและปัจจัยสนับสนุนใน 7-1-7 Matrix ของการระบาดเป็นกลุ่มก้อนโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ.2563 - 2567

มิติ	เป้าหมาย	Mdn (IQR)	ปัจจัยล่าช้า	ปัจจัยสนับสนุน
การตรวจจับ	7 วัน	10 วัน (10.50 วัน)	เรือนจำ/ทัณฑสถาน/ สถานพินิจ - ผู้ป่วยไม่กล้าเข้ามารายงานตัว เนื่องจากกลัวการแยกกักซึ่งเป็น รูปแบบของการทำโทษ - เรือนจำไม่มีชุดคัดกรองโรค ไข้หวัดใหญ่ ทำให้ล่าช้าใน การระบุกลุ่มก้อน - มีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่ทำ หน้าที่คัดกรองสุขภาพ เมื่อ เทียบกับจำนวนผู้ต้องขังที่มี จำนวนมาก	เรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานพินิจ - เรือนจำมีอาสาสมัครสาธารณสุข เรือนจำ (อสจ.) ซึ่งช่วยรายงาน เหตุการณ์ผิดปกติต่อผู้คุมได้ทันที เมื่อพบเหตุการณ์ โรงเรียนหรือสถานศึกษา - ครูประจำชั้นตรวจจับความผิดปกติ ได้จากจำนวนเด็กนักเรียนที่ ขาดเรียนมากกว่าปกติ ค่ายทหาร - มีการรวมแถว ตรวจกำลังพล เป็นผลให้การตรวจจับเหตุการณ์ ผิดปกติได้รวดเร็วและครอบคลุม

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยล่าช้าและปัจจัยสนับสนุนใน 7-1-7 Matrix ของการระบาดเป็นกลุ่มก้อนโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567 (ต่อ)

มิติ	เป้าหมาย	Mdn (IQR)	ปัจจัยล่าช้า	ปัจจัยสนับสนุน
การแจ้งเตือน	1 วัน	1 วัน (0.50 วัน)	เรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานพินิจ - การรายงานจากพื้นที่ปิด เช่น เรือนจำ อาจล่าช้ากว่าจากโรงพยาบาลหรือชุมชน เนื่องจากกฎ และระเบียบ	ผู้เกี่ยวข้องทราบเกณฑ์ แนวทาง และช่องทางการแจ้งเตือนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
การตอบโต้	7 วัน	สอบสวน 2 วัน (1 วัน) แยกกัก 4 วัน (1.50 วัน)	เรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานพินิจ - การแยกกัก และการเว้นระยะห่างของผู้ป่วยทำได้ยากเนื่องจากเรือนจำมีความหนาแน่น - การแยกกักนักโทษจำนวนมาก อาจมีความเสี่ยงต่อการก่อกวน - ขาดแคลนพื้นที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่แยกกัก ส่งผลให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพต่ำลง - มีข้อจำกัดในการขนย้ายผู้ป่วยออกจากเรือนจำไปยังสถานพยาบาลภายนอก ทำให้การจัดการระบาดยากขึ้น	เรือนจำ โรงเรียน และค่ายทหาร - การสอบสวนทางระบาดวิทยาทำได้รวดเร็วเนื่องจากมีทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอ และจังหวัดสนับสนุน - มีแนวทางการประสานงานชัดเจน เช่น การขอวัคซีนเพื่อควบคุมการระบาด การส่งตรวจยืนยันการระบาด - มีประสบการณ์จากเหตุการณ์ระบาดก่อนหน้านี้ ทำให้ทีมตอบโต้สามารถดำเนินการได้รวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น

3. มาตรการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

สำหรับมาตรการด้านวัคซีน เขตสุขภาพที่ 11 การจัดสรรให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรุนแรง อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ และป่วยจากโรคไข้หวัดใหญ่ โดยความครอบคลุมของ

วัคซีน (Coverage) ไม่ถึงร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งหมด ดังตารางที่ 2 ซึ่งน้อยกว่า Herd Immunity Threshold (HIT) นอกจากนี้เด็กอายุ 3-4 ปี ซึ่งมีอัตราป่วยสูงที่สุดและเป็นเด็กวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับวัคซีน

ตารางที่ 2 ความครอบคลุมของวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2567

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากร (ราย)	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน (ราย)	ความครอบคลุม
2563	4,489,609	282,984	6.30
2564	6,733,261	263,200	3.91
2565	6,735,918	277,000	4.11
2566	4,489,779	261,910	5.83
2567	4,491,890	297,520	6.62

สำหรับมาตรการด้านการเฝ้าระวังโรคพบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบบเฝ้าระวังโรคที่ใช้อยู่ R506 ในขณะนั้นได้รับผลกระทบเนื่องจากผู้รับผิดชอบระบบของสถานบริการสาธารณสุขไม่สามารถรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังได้เนื่องจากภาระงานในการตอบโต้กับการระบาดดังกล่าว รวมทั้งระบบไม่ได้ทำงานแบบทันเหตุการณ์ โดยผู้รับผิดชอบต้องยืนยันและส่งข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายออกจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) เฉพาะผู้ป่วยที่เข้านิยามโรคติดต่อเพื่อการเฝ้าระวังเท่านั้นและนำเข้าในโปรแกรม R506 ต่อไป ส่วนการตรวจจับเหตุการณ์สามารถดำเนินการได้ตามปกติทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน

ไม่มีมาตรการจำเพาะสำหรับการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนนอกจากมาตรการ ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนเป็นหลัก แต่ในเรือนจำและทัณฑสถาน มีการดำเนินงานอย่างเข้มข้นตามมาตรการที่กำหนดจากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ให้ดำเนินการตามแนวทางฉบับล่าสุด วันที่ 2 กันยายน 2567 โดยครอบคลุมทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขัง อย่างไรก็ตามจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อน พบว่า ต้นตอของการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในเรือนจำ คือ เจ้าหน้าที่ที่มีอาการเข้าตามนิยาม และยังปฏิบัติงานโดยไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเข้าได้กับนิยามผู้ป่วย ไม่มีบุคคลปฏิบัติงานแทน และไม่ได้รับการตรวจด้วยชุดตรวจ Rapid Test ที่ต้องไปรับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่และเก่า หากมีอาการต้องส่งรายชื่อไปขอเบิกชุดตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ต้องดำเนินการแทนในฐานะผู้ป่วยนอก ยิ่งไปกว่านั้นผู้ต้องขังรายเก่าที่มีอาการแสดงไม่มารายงานตัว เนื่องจากกลัวการแยกกักเพราะเป็นรูปแบบของการลงโทษ และการบริหารจัดการพื้นที่ในเรือนจำเพื่อเป็นห้องแยกกักทำได้ยาก

4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการควบคุมป้องกันโรค

จากสภาพปัญหาพบว่าผู้ป่วยใช้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังการผ่อนคลายมาตรการภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเกิดการเปลี่ยนสายพันธุ์หลักของเชื้อ โดยเฉพาะเด็กอายุ 3-4 ปี ซึ่งมีอัตราป่วยสูงสุดในทุกปี และไม่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีน จึงควรได้รับวัคซีนเพิ่มเติมจากกลุ่มเสี่ยงเดิมเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค ถึงแม้จะมีความพยายามฉีดวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง แต่ความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่ยังต่ำกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับจำนวนประชาชนทั้งหมด ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ที่ควรอยู่ในช่วงร้อยละ 40 - 60 ตามค่า R0 สูงสุดของสายพันธุ์ไวรัสที่มีอยู่ในพื้นที่ (A(H3N1)~1.80) ดังนั้น จึงควรมีการจัดซื้อ จัดสรรวัคซีนเพิ่มเติมให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มในระดับที่สามารถลดการแพร่ระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การตรวจจับการระบาดในเรือนจำได้ล่าช้า เนื่องจากเดิมเรือนจำพึ่งพาชุดตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งล่าช้าและขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ จึงควรกำหนดให้เรือนจำ หรือทัณฑสถานสามารถจัดซื้อชุดตรวจคัดกรองโรคใช้หวัดใหญ่ได้เอง และการระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่เกิดขึ้นในเรือนจำเกิดจากบุคลากรป่วยและไม่ได้หยุดปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่มีระบบการทดแทนและไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคใช้หวัดใหญ่ จึงควรมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่ที่มีอาการป่วยต้องเข้ารับการตรวจและหยุดปฏิบัติงานหากพบว่าติดเชื้อ

อภิปรายผล

ปี พ.ศ.2566-2567 เขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราป่วยของโรคใช้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับโลก^(7,8) อาจเนื่องจากการผ่อนคลายมาตรการภายหลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์หลักของไวรัสใช้หวัดใหญ่ กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากโรคนี้นมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยไขหวัดใหญ่ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2557-2564⁽²⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3-4 ปี มีอัตราป่วยสูงกว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปี⁽⁸⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กกลุ่มอายุ 3 - 4 ปี เป็นเด็กกลุ่มวัยก่อนเรียนที่ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อไขหวัดใหญ่มากกว่าเด็กวัยทารก 0 - 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้าน

การที่ส่วนใหญ่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในเรือนจำ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของโรคที่พบบ่อยในเรือนจำทั่วโลก พบว่า โรคไขหวัดใหญ่เป็นโรคที่ก่อให้เกิดการระบาดบ่อยที่สุด⁽⁹⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความหนาแน่นของนักโทษต่อพื้นที่ในเรือนจำไม่ได้มาตรฐาน และความยากลำบากในการควบคุมป้องกันโรค โดยมักเกิดจากการนำเชื้อจากเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ที่ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gabrielle Beaudry และคณะ ที่ระบุว่า การระบาดส่วนใหญ่แพร่ผ่านเจ้าหน้าที่ผู้เข้าเยี่ยม หรือการพิจารณาคดีในศาล⁽⁹⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ป่วยไม่ได้รับการตรวจ ไม่ปฏิบัติตามมาตรการทางสังคมเมื่อป่วย และไม่ได้หยุดงาน นอกจากนี้พบว่าไม่สามารถตรวจจับการระบาดได้ภายใน 7 วัน ซึ่งต่างจากการตอบโต้ของโรคในค่ายทหารที่สามารถตรวจจับการระบาดได้ภายใน 2 วัน⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานที่ที่มีลักษณะทางสังคมและประชากรที่ต่างกัน โดยปัจจัยสำคัญที่สำคัญคือ นักโทษที่มีอาการไม่กล้าเข้ามารายงานตัวเนื่องจากกลัวการแยกกักซึ่งเป็นรูปแบบของการทำโทษ และปัจจัยสำคัญอีกประการคือ เรือนจำไม่มีชุดคัดกรองโรคซึ่งสอดคล้องกับการศึกษามาตรการควบคุมโรคในเรือนจำ⁽⁹⁾ พบว่า การขาดแคลนชุดคัดกรองโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การตรวจจับการระบาดของโรคในเรือนจำทำได้ล่าช้า⁽¹¹⁾ ทั้งนี้เนื่องจากชุดคัดกรองต้องเบิกจากโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ต้องใช้ชื่อผู้ต้องขังรายบุคคลไปเบิกชุดตรวจที่โรงพยาบาล และนำกลับมาตรวจในเรือนจำซึ่งมีหลายขั้นตอนปฏิบัติ

ความครอบคลุมของวัคซีนในพื้นที่อยู่ระหว่างร้อยละ 4.00 - 7.00 ซึ่งตรงข้ามกับประเทศเนเธอร์แลนด์

แคนาดา เกาหลีใต้ ที่ให้บริการวัคซีนในทุกกลุ่มอายุ และมีความครอบคลุมของวัคซีนอยู่ระหว่างร้อยละ 40-60 ซึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ Herd Immunity Threshold⁽¹²⁾ เนื่องจากประเทศไทยให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีอาการรุนแรงหากติดเชื้อไขหวัดใหญ่เท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบบเฝ้าระวังหยุดชะงักเนื่องจากผู้ป่วยถูกรายงานเข้าระบบน้อยเกินความเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของการระบาดของ COVID-19 ต่อระบบเฝ้าระวังไขหวัดใหญ่ทั่วโลก⁽¹³⁾ ทั้งนี้ เนื่องจากบุคลากรและทรัพยากรทั้งหมดถูกใช้ไปในการสนับสนุนการตรวจหา SARS-CoV-2 และระบบเฝ้าระวัง R506 ในขณะนั้นต้องอาศัยการตรวจสอบและป้อนข้อมูลด้วยเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการเท่านั้น จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าระบบน้อยกว่าความเป็นจริง ข้อจำกัดสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคในเรือนจำ คือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ชุดตรวจคัดกรองที่ไม่พร้อมใช้การบริหารจัดการพื้นที่เพื่อการเว้นระยะห่าง และการแยกกักโรคทำได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการควบคุมการติดเชื้อในทัณฑสถานในสหรัฐอเมริกา⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มีลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผลัด แตกต่างจากอาชีพอื่นที่เมื่อปฏิบัติงานแล้วไม่สามารถติดต่อกับหน่วยงานภายนอกหรือครอบครัว หากป่วยจึงแลกรายงานการปฏิบัติงานได้ยาก ชุดตรวจไม่พร้อมใช้เพราะต้องขอสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การแยกกักตัวทำได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดของพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับการผลักดันให้เด็กอายุ 3 - 4 ปี ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลในแต่ละปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aronrag Meeyai และคณะ เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวพิจารณาความครอบคลุมของวัคซีนร้อยละ 10 เป็นพื้นฐาน ซึ่งใกล้เคียงกับความครอบคลุมในเขตสุขภาพที่ 11 โดยเด็กกลุ่มดังกล่าวมีส่วนอย่างยิ่งในการแพร่เชื้อในระดับประชากร นอกจากนี้การศึกษาของ Aronrag Meeyai ยังสนับสนุนว่าการฉีดวัคซีนในกลุ่มดังกล่าว รวมถึงการให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ชนิด LAIV ในกลุ่มเด็ก 2-11 ปี มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์^(5,14) ยิ่งไปกว่านั้นควรเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนให้

มากกว่าหรือเท่ากับ HIT จะทำให้การระบาดของโรคค่อยๆ ลดลง⁽¹⁵⁾ และข้อเสนอนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่แบบครอบคลุมประชากรทั้งหมด พบว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างมากโดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงภูมิคุ้มกันหมู่⁽¹⁶⁾

สรุปผลการวิจัย

โรคไข้หวัดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปี พ.ศ.2566–2567 ซึ่งเด็กเล็กอายุ 3–4 ปี ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับวัคซีนมีอัตราป่วยสูงสุด นอกจากนี้ความครอบคลุมวัคซีนยังน้อยและการระบาดส่วนใหญ่มักเกิดเป็นกลุ่มก้อนในเรือนจำ โดยเจ้าหน้าที่เป็นพาหะนำเชื้อ มาตรการควบคุมยังมีข้อจำกัด เช่น ชุดตรวจคัดกรองไม่เพียงพอและความล่าช้าในการตรวจจับการระบาด การวิจัยนี้จึงเสนอให้ขยายการให้วัคซีนครอบคลุมเด็กเล็กหรือครอบคลุมประชากรทั้งหมด และให้เรือนจำหรือทัณฑสถานมีชุดตรวจคัดกรองโรคเพื่อความทันเวลาในการตรวจจับการระบาดและความคล่องตัวในการบริหารจัดการ การศึกษาในอนาคตจึงควรศึกษาความคุ้มค่าประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) ของการให้วัคซีนแบบครอบคลุมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองโรคติดเชื้อร่วมกับแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการตัดสินใจในเชิงนโยบายที่มีข้อมูลหลักฐานรองรับ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Influenza (seasonal) [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 11]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).
2. อ้อยทิพย์ ยาโสภา, พรทิพย์ จอมพุก, นนทีธียา หอมขำ. ระบาดวิทยาของผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2557–2564. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2567; 9(2): 21–40.
3. Kiertiburanakul S, Phongsamart W, Tantawichien T, Manosuthi W, Kulchaitanaroaj P. Economic burden of Influenza in Thailand: a systematic review. *Inquiry* 2020; 57(6): 46958020982925. doi: 10.1177/0046958020982925.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2568]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/dsp/journal_detail.php?publish=16253.
5. Health Intervention and Technology Assessment Program. Research report: Cost–utility analysis of seasonal influenza vaccine among school children in Thailand [Internet]. 2014 [cited 2025 Aug 30]. Available from: <https://www.hitap.net/documents/20324>.
6. Frieden TR, Lee CT, Bochn AF, Buissonnière M, McClelland A. 7–1–7: an organizing principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. *Lancet* 2021; 398(10300): 638–40. doi: 10.1016/S0140–6736(21)01250–2.
7. Chen X, Chen H, Tao F, Chen Y, Zhou Y, Cheng J, et al. Global analysis of influenza epidemic characteristics in the first two seasons after lifting the nonpharmaceutical interventions for COVID–19. *Int J Infect Dis* 2025; 151: doi: 10.1016/j.ijid.2024.107372.
8. Zeng H, Cai M, Li S, Chen X, Xu X, Xie W, et al. Epidemiological characteristics of seasonal influenza under implementation of zero–COVID–19 strategy in China. *J Infect Public Health* 2023; 16(8): 1158–66. doi: 10.1016/j.jiph.2023.05.014.

9. Beaudry G, Zhong S, Whiting D, Javid B, Frater J, Fazel S. Managing outbreaks of highly contagious diseases in prisons: a systematic review. *BMJ global health* 2020; 5(11): doi: 10.1136/bmjgh-2020-003201.
10. Balicer RD, Huerta M, Levy Y, Davidovitch N, Grotto I. Influenza outbreak control in confined settings. *Emerg Infect Dis* 2005; 11(4): 579–83. doi: 10.3201/eid1104.040845.
11. Kendig NE, Bur S, Zaslavsky J. Infection prevention and control in correctional settings. *Emerg Infect Dis* 2024; 30(13): S88–93. doi: 10.3201/eid3013.230705.
12. Chen C, Liu X, Yan D, Zhou Y, Ding C, Chen L, et al. Global influenza vaccination rates and factors associated with influenza vaccination. *Int J Infect Dis* 2022; 125: 153 – 63. doi: 10.1016/j.ijid.2022.10.038.
13. Staaedegaard L, Del Riccio M, Wiegiersma S, El Guerche-Séblain C, Dueger E, Akçay M, et al. The impact of the SARS-CoV-2 pandemic on global influenza surveillance: Insights from 18 National Influenza Centers based on a survey conducted between November 2021 and March 2022. *Influenza Other Respir Viruses* 2023; 17(5): e13140. doi: 10.1111/irv.13140.
14. Meeyai A, Praditsitthikorn N, Kotirum S, Kulpeng W, Putthasri W, Cooper BS, et al. Seasonal influenza vaccination for children in Thailand: a cost-effectiveness analysis. *PLoS medicine* 2015; 12(5): e1001829. doi: 10.1371/journal.pmed.1001829.
15. Plans-Rubió P. The vaccination coverage required to establish herd immunity against influenza viruses. *Prev Med* 2012; 55(1): 72–7. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.02.015.
16. Yang KC, Hung HF, Chen MK, Chen SL, Fann JC, Chiu SY, et al. Cost-effectiveness analysis of universal influenza vaccination: Application of the susceptible-infectious-complication-recovery model. *Int J Infect Dis* 2018; 73(3): 102–108. doi: 10.1016/j.ijid.2018.05.024.