

บทความพิเศษ

Review Article

โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอาเซียน

นพวรรณ อีระพันธ์เจริญ Ph.D.

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

บทคัดย่อ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม การคมนาคมที่รวดเร็ว โครงสร้างประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเคลื่อนย้ายแรงงาน ฯลฯ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในอาเซียน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบและนำเสนอแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในประเทศสมาชิกอาเซียน โดยทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นจาก online กำหนดคำสำคัญคือ emerging infectious disease, re-emerging infectious disease, ASEAN ผลการศึกษาพบว่า อาเซียนมีแนวโน้มประสบปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเช่น ไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อีโบล่า ชาร์ เมอร์ส ไข้เลือดออก ชิคา วัณโรค มาลาเรียและเอตส์ เนื่องจากขาดข้อมูลระบาดวิทยาที่ชัดเจนและศักยภาพการควบคุมและป้องกันโรคของแต่ละประเทศต่างกันแม้ว่าอาเซียนมีการกำหนดแนวทางดำเนินการควบคุมและป้องกันชัดเจนจากความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิก องค์การระดับประเทศและประเทศอื่นที่มีศักยภาพทางสาธารณสุขชัดเจน ข้อเสนอแนะประเทศสมาชิกอาเซียนควรเร่งขยายความร่วมมือไปยังประเทศที่มีศักยภาพทางสาธารณสุขสูง

คำสำคัญ: โรคอุบัติใหม่, โรคอุบัติซ้ำ, อาเซียน

บทนำ

สภาพเศรษฐกิจและสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วส่งผลต่อวิถีชีวิตของมนุษย์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ข้อมูลที่สนับสนุนให้เห็นทางบวกคือ เทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เจริญรุดหน้าส่งผลให้การบริการสุขภาพ ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพขึ้น ผู้คนอายุยืนยาวขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อม โครงสร้างประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเคลื่อนย้ายประชากร การเดินทาง และการขนส่ง ฯลฯ⁽¹⁾ ล้วนสนับสนุนให้เกิดปัญหาในการควบคุมโรค ทั้งในอาเซียนและประเทศอื่น ๆ⁽²⁾

โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่สำคัญที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาในอาเซียนมีหลายโรค เนื่องจากสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาทำให้ประเทศในอาเซียนเกิดความสูญเสียระดับต่าง ๆ หากการ

ควบคุมป้องกันขาดประสิทธิภาพก็อาจส่งขยายผลด้านลบไปยังภูมิภาคอื่นต่อไป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบและนำเสนอแนวทางการควบคุมและป้องกันปัญหาโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำในประเทศสมาชิกอาเซียน โดยนำเสนอโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่สำคัญที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาในอาเซียน ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากเอกสารระหว่างพ.ศ. 2552-พ.ศ. 2558 รายงานการประชุมในปี พ.ศ. 2556 และการสืบค้นฐานข้อมูล online ระหว่างพ.ศ.2555-พ.ศ.2558 ข้อมูลที่ไม่พบในการรายงานขององค์การอนามัยโลกหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับโลก ได้สืบค้น online จากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศนั้น กำหนดคำสำคัญคือ emerging infectious disease, re-emerging infectious disease, ASEAN คำสำคัญภาษาไทยคือ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ

และอาเซียน และเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำใน 10 ประเทศสมาชิกอาเซียน โดยวิเคราะห์ เฉพาะ อัตราป่วย อัตราตาย การติดต่อ การระบาด แนวโน้มของโรค การควบคุมและการป้องกันโรคเหล่านี้ รวมทั้งข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ข้อมูลบางส่วน มีการนำเสนอโดยองค์กรสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก นำมาสรุปโดยผนวกข้อมูลให้สามารถเปรียบเทียบกัน ในอัตราส่วนเดียวกันและช่วงเวลาเดียวกัน รวมทั้งวิเคราะห์และเสนอแนะเพิ่มเติม

โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอาเซียน

1. ไข้หวัดนก (Avian influenza: H5N1)

ไข้หวัดนกเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ การแพร่ของโรคเกิดจากการสัมผัสกับสัตว์ป่วย⁽³⁾ ระหว่างปี พ.ศ. 2546- พ.ศ. 2558 ในอาเซียนพบผู้ป่วยไข้หวัดนกใน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว เมียนมาร์ ไทยและเวียดนาม ประเทศที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคืออินโดนีเซีย รองลงมาคือเวียดนาม ประเทศอินโดนีเซีย มีการตายจากโรคนี้มากที่สุดเช่นกัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ว่าโรคนี้พบในอาเซียนครั้งแรกที่เวียดนามในปี พ.ศ. 2546 และพบในเวียดนามเกือบทุกปี ยกเว้นปี พ.ศ. 2554 ในขณะที่พบผู้ป่วยโรคนี้ที่กัมพูชาและอินโดนีเซียทุกปี ส่วนเมียนมาร์และไทยพบโรคนี้ระหว่างปีพ.ศ. 2547-พ.ศ. 2551 เท่านั้น⁽⁴⁾

2. โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza virus)

โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจำแนกเป็น 3 ชนิดคือชนิดเอ บี และซี พบมากที่สุดคือชนิดเอ (H1N1, H3N2) สามารถติดต่อจากคนสู่คน โดยทางจุก ตาและปากโดยผ่านละอองน้ำมูกน้ำลาย พบครั้งแรกที่เม็กซิโกและสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2552 ต่อมาได้แพร่ออกไปทั่วโลก ปัจจุบันโรคนี้กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (seasonal influenza) ในไทย

พบว่าโรคนี้ยังทำให้มีผู้ป่วยและตายโดยในช่วง 1 มกราคม - 3 สิงหาคม พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วย 37,519 ราย (อัตราป่วย 57.61/100,000) เสียชีวิต 22 ราย (อัตราตาย 0.03 / 100,000)⁽³⁾ ซึ่งยังเป็นการสูญเสียที่เป็นปัญหาของประเทศ

3. โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome: SAR)

โรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus) การระบาดของโรคนี้พบครั้งแรกที่มณฑลกว่างตุง ประเทศจีน ระหว่างปี พ.ศ. 2555-พ.ศ. 2556 และระบาดไปทั่วโลก การแพร่กระจายของเชื้อเป็นการติดต่อระหว่างคนสู่คน โดยการสัมผัสใกล้ชิดกับน้ำมูกน้ำลายและวัสดุที่อาจปนเปื้อนเชื้อหรือละอองฝอย จากท่อน้ำทิ้งหรือจากการขนส่งของเสีย ในปี พ.ศ. 2546 ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ไทย เวียดนามและสิงคโปร์ มีผู้ป่วย 296 ราย และเสียชีวิต 39 ราย ประเทศที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ สิงคโปร์^(3,5)

4. โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola)

โรคนี้เกิดจากไวรัสอีโบล่า (Ebola virus) ติดต่อกันคนสู่คนโดยการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วยหรือสัมผัสกับวัตถุที่ติดเชื้อ เช่น เข็มฉีดยาที่มีเข็มฉีดยาตายระหว่าง ร้อยละ 25.0-85.0⁽⁵⁾ โรคนี้ระบาดเป็นวงกว้างใน 3 ประเทศคือ กินี ไบรีเรีย และเซียร์ราลีโอน และพบประปรายในอีกหลายประเทศ แต่ยังไม่มียารักษาโรคนี้ในอาเซียน⁽³⁾

5. โรคมือเท้าปาก (Hand foot mouth syndrome)

โรคนี้เกิดจากเอนเทอโรไวรัส ทั้งจาก Coxsackievirus A16 (CA16) และ Enterovirus 71 (EV71) สามารถติดต่อทางตรงจากการสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากน้ำลาย ลำคอ จมูกและน้ำจากตุ่มใส รวมถึงอุจจาระของผู้ป่วยที่มีเชื้ออยู่ ส่วนการติดต่อทางอ้อมโดยติดต่อกับการสัมผัสของเล่น พื้นผิวสัมผัสที่มีการปนเปื้อนของเชื้อ อาหารหรือน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อ หากพบในเด็กทำให้เกิดอาการ

รุนแรงและบางครั้งทำให้เสียชีวิต โรคนี้พบครั้งแรกใน พ.ศ. 2516 และปีพ.ศ. 2533 พบในทวีปอื่นๆ⁽⁶⁾ ในอาเซียนพบว่ามีภาระระบาดของโรคนี้หลายประเทศอย่างต่อเนื่อง เช่น พ.ศ. 2540 พบที่มาเลเซีย และพ.ศ. 2543 พบที่สิงคโปร์ ซึ่งในพ.ศ. 2555 โดยพบผู้ป่วย 37,125 คน (อัตราป่วย 698.8/100,000)⁽⁷⁾ ในบรูไนดารุส-ซาลามพบการระบาดในปีพ.ศ. 2549 อีก 7 ปีต่อมาพบการระบาดที่เวียดนาม พ.ศ. 2556 ส่วนในไทยพบว่ามี การรายงานโรคนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีการระบาดในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2554 สำหรับปี พ.ศ. 2558 (1 ม.ค. 2558-23 ส.ค. 2558) ไทยพบผู้ป่วย 24,450 ราย (อัตราป่วย 37.54/100,000) และเสียชีวิต 1 ราย^(3,8)

6. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาหรือโรคทางเดินหายใจ ตะวันออกกลาง หรือเมอร์ส (Middle East respiratory syndrome: MERS)

พบครั้งแรกในซาอุดีอาระเบียในพ.ศ. 2555 โดย มีสาเหตุจาก novel coronavirus: MERS CoV ทำให้เกิดอาการเฉียบพลันอย่างรุนแรง ที่ระบบทางเดินหายใจ และทำให้เสียชีวิตถึงร้อยละ 36.0⁽⁸⁾ ในภูมิภาคอาเซียน พบผู้ป่วยครั้งแรกที่มาเลเซีย ซึ่งเพิ่งเดินทางกลับจากการ แสวงบุญที่ซาอุดีอาระเบีย⁽⁹⁾ แม้ไม่มีข้อมูลชัดเจนว่า มี การติดต่อจากคนสู่คน แต่จากความรุนแรงของโรคนี้ ทำให้ประชาชนจำนวนมากในแถบอาเซียนตกอยู่ในภาวะ เสี่ยง เนื่องจากประเทศกลุ่มนี้มีชาวมุสลิมซึ่งต้องเดินทางไปแสวงบุญในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรคนี้ นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มเสี่ยงอื่นคือ คนที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งหากมีการระบาด นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแล้ว ผู้ป่วยโรค อื่นและผู้ที่ต้องมารับบริการจากสถานพยาบาลต่างๆ ยัง ต้องรับความเสี่ยงและเสียประโยชน์จากมาตรการควบคุม โรคของแต่ละประเทศด้วย

ไทยพบผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1 ราย เป็นชาว ตะวันออกกลาง ซึ่งเดินทางออกจากประเทศที่มีการ

ระบาดของโรคเมอร์สเช่นเดียวกับมาเลเซีย⁽³⁾ แม้ว่าใน อาเซียนมีจำนวน ผู้ป่วยเมอร์สจำนวนน้อย แต่การที่โรคนี้ ระบาดในเกาหลีใต้ในปี พ.ศ. 2558 การขาดความรู้เกี่ยว- กับการป้องกัน การคมนาคมที่รวดเร็ว นักท่องเที่ยวที่เพิ่ม ปริมาณขึ้น รวมทั้งความรุนแรงของโรคดังกล่าว อาจส่งผล ให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งวางแผน รับมือต่อไป

7. วัณโรค (Tuberculosis)

วัณโรคเป็นโรคติดต่ออุบัติซ้ำที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* สามารถติดต่อโดยทาง หายใจ โรคนี้เคยเกิดมาแล้วในภูมิภาคนี้ และยังคงเป็น ปัญหา แม้ว่าจะมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกได้ประกาศในปี พ.ศ. 2536 ว่า วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ปัจจัยที่ทำให้วัณโรค ยังคงเป็นปัญหาคือ เชื้อวัณโรคสามารถกระจายได้เร็ว ความแออัดของประชากรที่เพิ่มขึ้นในหลายเมือง ความไว ต่อเชื้อของประชาชน นอกจากนั้นผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค ร่วมด้วยมีจำนวนสูงขึ้น และประเด็นที่ทำให้โรคนี้รุนแรง มากขึ้นคือ ปัญหาการดื้อยา⁽¹⁰⁾

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระหว่างปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2555 พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้พบ มากที่สุดในกัมพูชา เมียนมาร์และฟิลิปปินส์ตามลำดับ สำหรับประเทศที่มีอัตราตายจากผู้ป่วยโรคนี้สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2555 คือกัมพูชา เมียนมาร์และอินโดนีเซีย สำหรับ ไทยอัตราอุบัติการณ์วัณโรคในช่วงเวลาดังกล่าวเท่ากับ 171 และ 119 ตามลำดับ และมีการตายเป็นลำดับ 7 ของ ประเทศในกลุ่มนี้ หากพิจารณาถึงกัมพูชาซึ่งมีอัตราการเกิด โรคนี้สูงที่สุดจะเห็นว่าประเทศนี้ขาดแคลนทั้งสถาน- พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงบริการ รวมทั้งมาตรฐานการบริการอยู่ระดับต่ำ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ มีข้อมูลชี้ว่าอัตราป่วยวัณโรคในเมียนมาร์ เวียดนามและ ลาวอาจสูงกว่าที่คาดประมาณ โดยเฉพาะลาวอาจสูงกว่า การคาดประมาณการณ์ 2-3 เท่า⁽¹²⁾ การเคลื่อนย้าย แรงงานระหว่าง 10 ประเทศนี้ย่อมส่งผลต่อการแพร่-

กระจายของโรคนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

8. มาลาเรีย (Malaria)

มาลาเรียเกิดจากเชื้อปรสิตโปรโตซัวใน genus *Plasmodium* คนจะได้รับเชื้อจากยุงก้นปล่องกัด โรคนี้มีการกระจายตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 จนถึงพ.ศ. 2550 ทั้งโลกมีผู้ป่วยประมาณ 200 ล้านคนและตายประมาณ 1 ล้านคนทุกปี แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ทำการกวาดล้างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2498 - พ.ศ. 2521 แต่ปัญหาของมาลาเรียที่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้คือ ชาติตะวันตก เชื้อดื้อยา ยุงดื้อต่อยาฆ่าแมลงและภาวะการสาธารณสุขต่ำ⁽¹³⁾ สำหรับปัญหาเชื้อดื้อยาพบในกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม โดยพบในเชื้อโปรโตซัว ชนิด *Plasmodium falciparum* การดื้อยาดังกล่าวเป็นการดื้อยาอาร์ติมิซินิน (Artemisinin) ซึ่งถือว่าเป็นยาต่อต้านมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพผลมากที่สุดของโลกขณะนี้⁽¹⁴⁾ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานและปัญหาที่ตามมาคืออุบัติการณ์ของโรคนี้อาจสูงขึ้น โดยเฉพาะในประเทศไทย⁽¹⁵⁾

9. ไข้เลือดออกและไข้ปวดข้อยุงลาย (Dengue hemorrhagic fever and Chikungunya)

ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการเกิดไข้เลือดออกสูงขึ้น หลายประเทศในอาเซียนล้วนประสบปัญหาเนื่องจากสภาพภูมิประเทศเหมาะในการแพร่พันธุ์ของยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกและไข้ปวดข้อยุงลาย เชื้อที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกคือ ไวรัสเดงกี (Dengue virus) ส่วนโรคไข้ปวดข้อยุงลายคือ เชื้อไวรัสชิคุนกุนยา (Chikungunya virus) ยุงที่เป็นพาหะนำทั้ง 2 โรคส่วนใหญ่คือ ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) ซึ่งปกติจะออกหากินเวลากลางวัน แต่ปัจจุบันมีงานวิจัยระบุว่า ยุงชนิดนี้ได้เปลี่ยนพฤติกรรมการออกหากินจากช่วงกลางวันเปลี่ยนเป็นหากินตลอดวัน และพบว่ายุงลายป่าสามารถแพร่กระจายเชื้อไข้เลือดออกได้ ทำให้ช่วงเวลาและความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น⁽¹⁶⁾

โรคไข้เลือดออกพบในเอเชียอาฟริกา และอเมริกาเหนือครั้งแรกเมื่อปีพ.ศ. 2322-พ.ศ. 2323 ต่อมามีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทุกทวีป โดยในปีพ.ศ. 2497 พบการระบาดครั้งใหญ่ในฟิลิปปินส์ และปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ในไทยครั้งแรก ส่วนไข้ปวดข้อยุงลายพบครั้งแรกในอาฟริกาเช่นเดียวกับไข้เลือดออก ในไทยมีการตรวจพบครั้งแรกปี พ.ศ. 2501 ซึ่งเป็นการพบโรคนี้ครั้งแรกในเอเชีย และจะเห็นว่าไข้ปวดข้อยุงลายพบพร้อมกับการพบไข้เลือดออก หลังจากนั้นโรคนี้ก็กระจายไปในประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย โรคนี้เป็นปัญหาโดยเฉพาะในกัมพูชา ลาว เวียดนาม เมียนมาร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย แม้ว่าจะระหว่างพ.ศ. 2555- พ.ศ. 2558 โรคนี้มีแนวโน้มลดลงในบางประเทศเช่น ฟิลิปปินส์ และสิงคโปร์ สำหรับไทยพบว่า หลังการระบาดในปี พ.ศ. 2556 แล้วโรคนี้อย่างคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 (มกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2558) พบว่าอัตราป่วยไข้เลือดออกและอัตราตายของโรคนี้สูงกว่าปี พ.ศ. 2557 ชัดเจน ส่วนโรคไข้ปวดข้อยุงลายในภูมิภาคนี้ยังเป็นปัญหาบ้าง โดย พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคนี้เพียง 9 ราย ในไทย (ข้อมูลถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558)^(3,17-19)

จากสภาพปัญหาข้างต้นจะเห็นว่า ไข้เลือดออกและไข้ปวดข้อยุงลายกำลังเป็นปัญหาเนื่องจากเป็นโรคประจำถิ่น บางโรคแม้ว่าไม่มีการระบาดในภูมิภาคอาเซียนแต่มีความรุนแรงมาก ทำให้แต่ละประเทศต้องร่วมมือกันในการวางมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด จากคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกชี้ว่าทั่วโลกแต่ละปีจะมี ผู้ได้รับเชื้อไข้เลือดออกประมาณ 50-100 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็ก ผู้ที่ได้รับเชื้อประมาณ 500,000 คนจะมีอาการป่วยและเสียชีวิตประมาณ 22,000 คน/ปี⁽²⁰⁾ นับว่ายังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องให้ความสำคัญ

10. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika fever)

โรคนี้มียุงลายเป็นพาหะและสามารถติดต่อผ่านช่อง

ทางอื่น เช่น จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ซึ่งอาจทำให้ทารกที่คลอดมีสมองเล็กหรือทำให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ พบในอาเซียนระหว่าง พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2535 และอีก 20 ปีต่อมาพบในไทย โรคนี้ทำให้มีอาการไข้ปวดศีรษะรุนแรง มีผื่นที่แขนขา วิงเวียน ตาแดง ปวดข้อ⁽²¹⁾ ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ประกาศให้โรคนี้เป็นโรคที่ต้องรายงาน ในขณะที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคนี้เป็นภัยฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับโลก

11. โรคเอดส์ (AIDS)

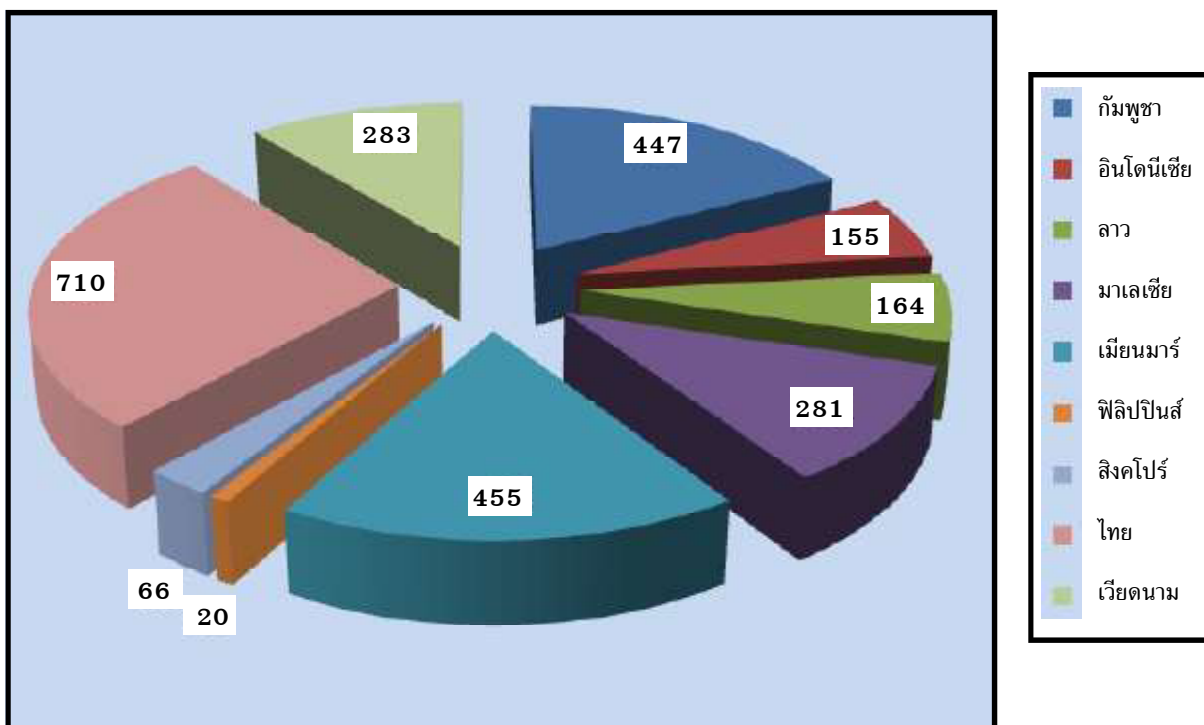
โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency) ซึ่งสามารถติดต่อได้ทั้งทางเลือดและเพศสัมพันธ์ ทุกประเทศในอาเซียนล้วนประสบปัญหาจากโรคนี้ แม้ว่าจะระหว่างปีพ.ศ. 2543-พ.ศ. 2554 ร้อยละค่าเฉลี่ยอัตราการชุกจากโรคนี้ที่ลดลงแต่ละปีของเกือบทุกประเทศลดลง ยกเว้นอินโดนีเซีย⁽²²⁾ โดยในช่วงเวลาดังกล่าวไทย เมียนมาร์ และกัมพูชา มีค่าเฉลี่ยอัตราการชุกดังกล่าวลดลงมากเป็น 3 ลำดับแรกในอาเซียน ส่วนประเทศที่ค่าเฉลี่ยอัตราการชุกของโรคนี้ต่ำที่สุดคือ

ฟิลิปปินส์ซึ่งมีประชากรเกือบร้อยล้านคน และมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ ใกล้เคียงกับประเทศอื่นในกลุ่มนี้ ในขณะที่อินโดนีเซียซึ่งมีประชากรมากที่สุดในสมาชิก 10 ประเทศ แต่กลับมีค่าเฉลี่ยข้างต้นใกล้เคียงกับลาว (ดังภาพที่ 1)

วิจารณ์

หากอาศัยสมมติฐานจากทฤษฎีทางระบาดวิทยาเพื่อพิจารณาปัจจัยสนับสนุนที่เป็นไปได้ของการเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในอาเซียนในด้าน (1) คน (host) (2) สิ่งก่อโรค (agent) และ (3) สิ่งแวดล้อม (environment) แล้วพบว่ามีความเป็นไปได้ว่ามีหลายประการที่สนับสนุนให้เกิดโรคข้างต้นซึ่งคาดว่า จะยังคงส่งผลเสียต่อสุขภาพและเกิดความเสียหายด้านอื่นในอาเซียนต่อไป ปัจจัยด้านคน จะเห็นว่าปัจจัยสนับสนุนให้เกิดโรคในมิติของเวลา (time) เช่น ไข้หวัดนกที่พบมากในช่วงของอากาศเย็นและมีความเย็นซึ่งเป็นช่วงการระบาดของสัตว์ปีกในซีกโลกเหนือ^(23,24) สำหรับมิติด้านสถานที่ (place) เมื่อสัตว์ปีกอพยพมายังซีกโลกใต้ ในพื้นที่ที่มีน้ำ

ภาพที่ 1 ค่าเฉลี่ยของอัตราการชุกของผู้ป่วย HIV ของประเทศสมาชิกอาเซียนที่ลดลงแต่ละปี ระหว่าง พ.ศ. 2544 - 2554⁽²²⁾



ซึ่งในอาเซียนเป็นพื้นที่เหมาะสมและพบได้ทั่วไป นอกจากนั้นการนำเข้าไก่จากจีนและการส่งเสริมให้มีการผลิตเนื้อไก่ในตลาดอาเซียนมีแนวโน้มสูงขึ้น^(25,26) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้เพิ่มขึ้น ส่วนมิติของคน (person) ที่ป่วยด้วยโรคนี้ส่วนหนึ่งคือ คนที่สัมผัสกับสัตว์ป่วยหรือสัตว์ตาย ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งก่อโรคจะเห็นว่าคุณภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงทำให้มือพยพของนกและอากาศเย็นขึ้นมีผลต่อการเจริญเติบโตของเชื้อไข้หวัดนก เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถค้างในอากาศที่เย็นขึ้นได้ดีกว่าอากาศร้อนแห้งแล้ง^(27,28)

หากวิเคราะห์ในภาพรวมสำหรับโรคอื่น ๆ พบว่ามีความเป็นไปได้ที่สนับสนุนให้เกิดโรคข้างต้นอื่น ๆ อีกเช่น ได้แก่ ปัจจัยด้านของคน (person) จะเห็นว่าอาเซียนมีปัญหาด้านโครงสร้างประชากร ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ซึ่งสนับสนุนให้ปัญหาไวรัสและมาลาเรียเพิ่มขึ้น ปัญหาจากปริมาณผู้คนมีการเดินทางข้ามประเทศ ซึ่งการคมนาคมมีความรวดเร็วสนับสนุนให้มีการกระจายของโรคเพิ่มขึ้นและเสี่ยงจะขยายวงกว้างไปยังพื้นที่อื่น เช่น ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ ซาส์ เมอร์ส โรคมือเท้าปาก หรือแม้แต่โรคที่มียุ่งเป็นพาหะเช่น มาลาเรีย⁽²⁹⁾ สำหรับเอตส์ที่เพิ่มจำนวนในอินโดนีเซียซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิมและมีปัญหาการใช้ถุงยางอนามัย จึงเกิดความเสี่ยงต่อโรคนี้ที่เป็นมิติด้านคนซึ่งมีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนส่งผลต่อการควบคุมและป้องกันดังจะเห็นว่า ในสิงคโปร์ก็ประสบปัญหานี้ไม่น้อยกว่าไทย

สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะเห็นว่าปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมได้ทวีความรุนแรงขึ้น และมีผลต่อสิ่งก่อโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณและการกลายพันธุ์จากโรคทั้งหมดที่เสนอข้างต้นจะเห็นว่ามากกว่าครึ่งเป็นจากเชื้อไวรัสและสามารถแพร่กระจายได้หลายทาง ส่วนโรคที่มียุ่งเป็นพาหะจะเห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะกำจัดยุงให้ลดลง การได้รับเชื้อจากยุงซึ่งเกิดตั้งแต่พ.ศ. 2322 จึงต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า อาเซียนมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำต่อไป แม้ว่าบาง

โรคยังไม่พบในภูมิภาคนี้แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะเป็นปัญหาต่อไปแม้ว่าอาเซียนได้ให้ความสำคัญในความร่วมมือของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยได้จัดไว้ในเสาหลักที่ 3 ของประชาคมอาเซียน ซึ่งเน้นการดำเนินการกับโรคและปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อเชื้ออื่น ๆ ในภูมิภาค โรคติดต่อฉับพลัน โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน การต่อต้านวัณโรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก การแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ภัยธรรมชาติ นอกจากนี้ อาเซียนยังมีพันธมิตรร่วมดำเนินการกับประเทศอื่น เช่น ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย สาธารณรัฐ เกาหลี และสหรัฐอเมริกา ในการต่อต้านการข้ามพรมแดนและโรคติดต่อ สำหรับองค์การระดับโลก อาเซียนได้ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก โครงการเอตส์-แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ในการต่อต้านโรคเอดส์ ฯลฯ ความร่วมมือดังกล่าวได้กระจายทั้งภาครัฐและเอกชนและมีการประชุมผู้นำระดับรัฐมนตรีสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง กระทั่งปัจจุบัน ความร่วมมือดังกล่าวชี้ว่า อาเซียนมีแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคข้างต้นอย่างชัดเจน

แม้ว่าจะมีข้อมูลระบุแนวโน้มของโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำรวมทั้งการเตรียมการรองรับของแต่ละประเทศชัดเจน แต่ขาดข้อมูลที่ยืนยันว่า หากอาเซียนเกิดปัญหานี้แล้วจะมีผู้ป่วยเท่าใด พื้นที่ใด ช่วงเวลาการเกิดเมื่อใด มีความรุนแรงระดับใด และแต่ละประเทศสามารถควบคุมการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เนื่องจากมีข้อมูลบางประการที่สนับสนุนว่า หากเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่บางโรค แล้วจะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของปัญหาในอนาคต เช่น ขาดความชัดเจนเรื่องช่องทางการติดต่อของโรค ปัญหาเชื้อดื้อยา ปัญหาโรคติดต่อที่ยังไม่มีวัคซีน การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ฯลฯ รวมทั้งศักยภาพของการบริการสาธารณสุข ของแต่ละประเทศ ซึ่งมีศักยภาพน้อยกว่า เช่น กัมพูชา ลาว เมียนมาร์และเวียดนาม ทำให้เกิดคำถามและข้อกังวลกับผลกระทบทางลบ ประเด็นดังกล่าวล้วนเป็นความท้าทายของอาเซียนที่จะต้องถอดบทเรียนที่ผ่านมา

ในการวางแผนในเชิงรุกเพื่อรับมือกับปัญหาข้างต้นต่อไป สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขไทยได้กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ ตัวชี้วัด และกำหนดงบประมาณในการดำเนินการเรื่องการควบคุมป้องกันโรคติดต่อข้างต้นชัดเจน แต่จากสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่าไทยมีความพร้อมในการรองรับปัญหาที่กล่าวมาในระดับหนึ่งที่ยังต้องพัฒนา แม้ว่ามี ความเข้มแข็งในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น อย่างไรก็ตาม เมื่อข้อมูลหลายส่วนขาดความชัดเจนดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้นำมาซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำจะมีประสิทธิภาพเพียงใด

สรุป

อาเซียนมีปัญหาจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านจำนวนและสัดส่วน ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ปัญหาจากปริมาณผู้คนมีการเดินทางข้ามประเทศ ทั้งจากนักท่องเที่ยวและการส่งเสริมการค้าข้ามชาติ ทำให้เกิดผลเสียต่อการควบคุมและป้องกันโรค นอกจากนี้ พฤติกรรมของมนุษย์ที่เปลี่ยนแปลงไปล้วนสนับสนุนให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ง่ายขึ้น เช่น ขาดการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมตามหลักสุขอนามัย การอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น รวมทั้งยังมีประชากรบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือมีความต้านทานต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีโอกาสสัมผัสโรค เนื่องจากการประกอบอาชีพซึ่งพบทั่วไปในแต่ละประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้หลายประเทศกลุ่มนี้เกิดปัญหาจากโรคข้างต้นที่มีความรุนแรงระดับต่างๆ กัน

หากพิจารณาเฉพาะโรคที่พบในอาเซียน จะเห็นว่าบางประเทศไม่มีการรายงานผู้ป่วย เช่น บรูไนดารุสซาลาม และฟิลิปปินส์ไม่พบข้อมูลการป่วยด้วยไข้หวัดนก ส่วนซาส์ไม่พบใน บรูไนดารุสซาลาม กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว และเมียนมาร์ เมอร์สมีการรายงานโรคเพียงสองประเทศ ส่วนโรคอื่นๆ (ยกเว้นอีโบล่าและชิคา) จะเห็นว่าเป็นปัญหาที่พบทุกประเทศในอาเซียน สำหรับด้านเชื้อที่ก่อ

โรคจะเห็นว่า ส่วนใหญ่คือ ไวรัส ช่องทางการติดต่อส่วนใหญ่คือ ทางเดินหายใจ ส่วนมาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้ปวดข้อยุงลายและชิคาที่มียุงเป็นพาหะ นอกจากนั้นมีเพียงเอดส์ที่มีช่องทางติดต่อต่างจากโรคอื่นๆ สำหรับวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคพบว่า มีเฉพาะวัคซีนโรคเท่านั้นที่มีวัคซีนป้องกันโรค ทำให้การควบคุมป้องกันโรคอื่นๆ ที่กล่าวมา มีความยากลำบากมากขึ้น

สำหรับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ มือเท้า ปาก วัคซีนโรคมาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้ปวดข้อยุงลายและเอดส์ ซึ่งพบอย่างต่อเนื่อง ประเทศที่ใช้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ กัมพูชา ลาว เวียดนาม เมียนมาร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย สำหรับวัคซีนโรคมีรายงานว่า กัมพูชา เมียนมาร์ และฟิลิปปินส์ มีผู้ป่วยโรคสูงเป็นลำดับต้นๆ ของอาเซียน ส่วนมาลาเรียซึ่งเป็นปัญหาที่พบทั่วไปในอาเซียนและพบรายงานเชื้อดื้อยาในกัมพูชา เมียนมาร์ ลาว ไทยและเวียดนาม สำหรับเอดส์ พบว่าโรคนี้อยู่เป็นปัญหาในหลายประเทศ แม้ว่าเกือบทุกประเทศมีแนวโน้มลดลงยกเว้นอินโดนีเซีย ซึ่งการที่ร้อยละค่าเฉลี่ยของอัตราชุกที่ลดลงดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่น้อยลงหรือผู้ติดเชื้อรายเก่าเสียชีวิตมากขึ้น ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้อาจแปลผลถึงคุณภาพการสาธารณสุขในแง่มุมที่ต่างกัน

อย่างไรก็ตาม การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่า อาจขาดเอกสารที่มีรายงานข้อมูลครบถ้วน เช่น บรูไนดารุสซาลามหรือบางประเทศอาจไม่มีการรายงานข้อมูลหรือขาดศักยภาพในการวิเคราะห์จำแนกโรค ทำให้การเปรียบเทียบอัตราป่วย-ตายไม่ครอบคลุม ปัญหาของโรคที่กล่าวทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนางานสารสนเทศด้านสาธารณสุขเป็นประเด็นหนึ่งที่ทุกประเทศในอาเซียนควรให้ความสำคัญเท่าๆ กับ การทำความร่วมมือกับประเทศอื่นในการควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งการให้ความรู้กับประชาชนเพื่อควบคุม

และป้องกันโรคในประเด็นการติดต่อ อากาศและช่องทาง การแจ้งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ การคัดกรอง การแยกผู้ป่วยหรือผู้ได้รับเชื้อ เป็นประเด็นที่ทุกประเทศต้องร่วมมือกันต่อไปรวมทั้งการสนับสนุนทุนวิจัยเพื่อพัฒนาวัคซีน การพัฒนายกระดับกลไกในการควบคุมและป้องกันโรคของบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ส่วนประเด็นการชลอหรือลดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม จะเห็นว่าเป็นประเด็นที่ต้องอาศัยความร่วมมือทุกระดับ ทั้งระดับบุคคลจนกระทั่งระดับโลก ซึ่งทุกประเทศต้องให้ความสำคัญและถือว่าเป็นวาระสำคัญของทั่วโลก

นอกจากนั้นอาเซียนควรจะทบทวนจุดอ่อน จุดแข็ง ในการควบคุมป้องกันโรคเหล่านี้ นอกจากการให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาข้างต้นร่วมกับองค์กรระดับโลกต่อไป รวมทั้งขยายความร่วมมือไปยังประเทศที่มีศักยภาพทางสาธารณสุขสูง นอกเหนือจากประเทศที่มีความร่วมมือกันด้านนี้อยู่แล้ว

สิ่งหนึ่งที่สำคัญและควรนำมาพิจารณา คือ ระบบการสื่อสารปัจจุบันที่มีทั้งข้อดีและข้อเสียต่อการควบคุมและป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลที่รวดเร็วจะมีส่วนช่วยในการเฝ้าระวัง การเผยแพร่แนวทางการป้องกันโรคในกลุ่มที่มีศักยภาพ เข้าถึงข้อมูลและบริการสาธารณสุข แต่ข้อเสียคือ ความเร็วของข้อมูลอาจทำให้เกิดความตื่นตระหนกหรือหากข้อมูลไม่เป็นความจริงจะส่งผลเสียต่อการควบคุมป้องกันโรคที่ไม่สามารถประมาณค่าความเสียหายได้

สำหรับการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายของประชาชนของแต่ละประเทศซึ่งหลายประเทศได้ดำเนินการบ้างแล้ว นอกเหนือเครือข่ายที่มีอยู่เดิม เช่น เครือข่ายจากสถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้กลไกและระบบในการควบคุมและป้องกันโรค มีประสิทธิภาพสูงขึ้นสามารถทำให้ทั้งคนไทยและคนในอาเซียนลดปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น และก้าวไปสู่การมีสุขภาวะร่วมกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2556.
2. รุ่งเรือง กิจผาติ. รวมพลังขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติรับมือประชาคมอาเซียนภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ในการประชุมวิชาการประจำปี 2556 การแพทย์ไทยและสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นานาเทคโนโลยีชีวภาพ; 1 เมษายน 2556; ศูนย์ประชุมอภุทยานวิทยาศาสตร์, ปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://nstda.or.th/nac2013/download/presentation/Set3/CO-110-01-AM/04Rungruang.pdf>
3. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/th/strategic-4
4. World Health Organization. Monthly risk assessment summary [Internet]. [cited 2015 May 1]. Available from: http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/
5. Farrar J, Hotez P, Junghanss T, Kang G, Laloo D, White N. Manson's Tropical Disease. 23th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.
6. World Health Organization. A Guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). Geneva: World Health Organization; 2011.
7. Ministry of Health. Health statistic Singapore [Internet]. [cited 2015 Feb 11]. Available from: http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/publications/reports/web/home/statistic
8. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS CoV) [Internet]. [cited 2015 Feb 11]. Available from: <http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>
9. ศูนย์ข้อมูลข่าวอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. อาเซียนจับตาไวรัสเมอร์ส [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=2683&filename=index
10. ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อและพาหะนำโรค. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดต่อและพาหะนำโรค [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 เม.ย. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://webdb.dmsc.moph>

- go.th/ ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=74
11. วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, สมสินธุ์ ฉายาจิตร. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประเทศกัมพูชา. ใน: วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, ชนิสรา ภาวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, บรรณาธิการ. สุขภาพดีวิถีอาเซียน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์; 2555. หน้า 27.
 12. เจวดสรร นามวาท. สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ในปัจจุบันและในอนาคต มาตรการรองรับและความต้องการวิจัยพัฒนาเพื่อรับมือกับปัญหาไข้หวัดใหญ่. การประชุมวิชาการประจำปี 2556 การแพทย์ไทยและสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นานาเทคโนโลยีชีวภาพ; 2 เมษายน 2556; ศูนย์ประชุมอุทยานวิทยาศาสตร์, ปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: http://www.nstda.or.th/nac2013/download/Brochure_NAC2013.pdf
 13. ยงยุทธ ยุทธวงศ์ . World without malaria: a grand challenge?. การประชุมวิชาการประจำปี 2556 การแพทย์ไทยและสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นานาเทคโนโลยีชีวภาพ; 1 เมษายน 2556; ศูนย์ประชุมอุทยานวิทยาศาสตร์, ปทุมธานี [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ม.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://nstda.or.th/nac2013/download/presentation/Set3/CO-110-01-AM/04 Rungruang.pdf>
 14. สมิง เก่าเจริญ, พลรัตน์ วิไลรัตน์, ศรีวิชา ครุฑสูตร, ยุพิน ศุภุทธมงคล, เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์, วิชัย ประยูรวิวัฒน์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: [file:///C:/Users/user/Downloads/malaria%20guideline%202014%20final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/malaria%20guideline%202014%20final%20(1).pdf)
 15. วราภรณ์ คัญทรัพย์. มาลาเรียกำลังจะหมดไปหรือมาใหม่พร้อม AEC [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มิ.ย. 2557]. แหล่งข้อมูล: <http://thaimedtechjob.com/webboard/index.php?topic=12801.0>
 16. สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. ยุกลงมีความร้ายกาจมากขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ม.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nstda.or.th/nstda-knowledge/296-knowledges/13942-aedes-mosquito>
 17. World health organization. Dengue situation update 471 [Internet]. [cited 2015 Aug 15]. Available from: http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/dengue-bi-weekly-20150811.pdf? ua=1
 18. สำนักกระบาดวิทยา. ไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/fact/Dengue_Haemorrhagic_Fever.htm
 19. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: World Health Organization; 2014.
 20. Centers of Disease Control and Prevention. Dengue homepage [Internet]. [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://www.cdc.gov/dengue/epidemiology/>
 21. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. ไข้ซิกา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.bmadcd.go.th/Website%20bmadcd/home/documents/สื่อประชาสัมพันธ์/โรคไข้ซิกา>
 22. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2013.
 23. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สธ. กำชับเฝ้าระวังไข้หวัดนกหน้าหนาว เตือนอย่ากินสัตว์ปีกป่วยตาย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaihealth.or.th/Content/29918-เฝ้าระวังไข้หวัดนกหน้าหนาว%20.html>
 24. สำนักกระบาดวิทยา. สถานการณ์ไข้หวัดนกในคน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ม.ค. 2557]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140205_66575676.pdf
 25. อุทัย คันโธ. FTA สินค้าอุปโภคบริโภค: วิกฤต โอกาสและการพัฒนาอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: www.zoac.go.th/FTA.PDF/Seminar/Seminar5-4-55/3.pdf
 26. มนินา นวลเต็ม. อนาคตเนื้อไก่ไทยในอาเซียน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: www2.moc.go.th/usercpic/ตลาดเนื้อไก่ไทยในอาเซียน.pdf
 27. หมอชาวบ้าน. ไข้หวัดนกกระลอกใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ธ.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: <https://www.doctor.or.th/article/detail/2125>
 28. Center for Infectious Disease Research and Policy. Avian influenza (bird flu) [Internet]. [cited 2015 Dec 15]. Available from: <http://www.cidrap.umn.edu/infectious-disease-topics/avian-influenza-bird-flu#overview&1-2>
 29. Gratz NG, Steffen R, Cocksedge W. Malaria transmission in the United State [Internet]. [cited 2015 Dec 15]. Available from: www.cdc.gov/malaria/about/UI_Transmission.html

Abstract: Emerging and Re-emerging Infectious Diseases in ASEAN

Noppawan Theerapuncharoen, Ph.D.

Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University, Thailand

Journal of Health Science 2017;26(suppl 1):S165-S174.

Revolutions in economic, social development and land use, speed and ease of travel and commerce, human demographics and behavior, and relocation of labor are major factors contributing to health problems in the ASEAN. The objective of this article were to compare and propose prevention and control measures of emerging and re-emerging infectious diseases in the ASEAN by reviewing previous literatures and online information using the terms “emerging infectious disease”, “re-emerging infectious disease”, and “ASEAN” as key words. The results revealed that the ASEAN had difficulties controlling and preventing emerging and re-emerging infectious diseases such as avian influenza, the 2009 H1N1 flu pandemic, ebola, SARS, MERS-CoV, dengue hemorrhagic fever, Zika, tuberculosis, malaria and AIDS, due to insufficient infectious epidemiology data, discrepancy in the efficacy of prevention and control of the diseases among ASEAN counties despite having the cooperative guidelines among ASEAN countries, lead national and international public health organizations. In this regard, the members of ASEAN countries should strengthen prevention and control by expanding collaboration with countries in other region, particularly those with well-developed disease control programmes.

Key words: emerging, re-emerging infectious diseases, ASEAN