

บทที่ 6

มาตรฐานขั้นต่ำ
การดำเนินการ
ด้านสุขภาพ



Geneva.

การใช้เนื้อหาบทนี้

บทนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ระบบสุขภาพ (Health systems)

2. การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (Essential health services)

ระบบสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อการออกแบบ เพื่อการนำไปใช้ การตรวจสอบ และการประเมินผลของงานบริการด้านสุขภาพ ได้ถูกประยุกต์ขึ้นมาเพื่อเป็นกรอบความคิดสำหรับการเรียงเรียงงานบริการด้านสุขภาพระหว่างการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ซึ่งเป็นวิธีที่นำเชื่อถือที่สุดในการระบุดำเนินความต้องการด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักการต่างๆ เช่น การสนับสนุนระบบสุขภาพระดับประเทศและระดับท้องถิ่น การประสานงานและการปรับเครื่องมือและวิธีทำงานให้ได้มาตรฐาน

หลักการคุ้มครอง และมาตรฐานหลัก ต้องถูกนำมาใช้ประกอบการใช้งานในบทนี้

หลักการคุ้มครองและมาตรฐานหลักถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในบทนี้

แม้ว่าวัตถุประสงค์หลัก คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองด้านมนุษยธรรม เมื่อประสบภัยพิบัติ แต่มาตรฐานขั้นต่ำอาจได้รับการพิจารณาระหว่างการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติและการเปลี่ยนผ่านไปสู่กิจกรรมการฟื้นฟู ในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- **มาตรฐานขั้นต่ำ:** มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยธรรมชาติและระบุระดับที่ต่ำที่สุด เพื่อบรรลุการตอบสนองด้านมนุษยธรรมที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดของการส่งเสริมเรื่องน้ำ สุขาภิบาล และการส่งเสริมสุขอนามัย
- **ปฏิบัติการหลัก:** เป็นกิจกรรมและข้อมูลที่ควรนำไปปฏิบัติเพื่อช่วยให้เป็นไปตามมาตรฐาน
- **ดัชนีชี้วัดหลัก:** เป็น “เครื่องหมาย” ซึ่งแสดงว่า มาตรฐานได้รับการบรรลุเป้าหมาย หรือไม่ผ่านวิธีการวัดค่าและการสื่อสารโดยกระบวนการ และผลของปฏิบัติการหลักที่ดัชนีชี้วัดนี้จะเกี่ยวข้องกับมาตรฐานขั้นต่ำ ไม่ใช่ปฏิบัติการหลัก
- **บันทึกแนวทางการปฏิบัติ:** บันทึกนี้รวมถึงประเด็นเฉพาะเจาะจงที่จะต้องพิจารณาเมื่อนำมาตรฐานหลักมาใช้ในการปฏิบัติและดัชนีชี้วัดหลักในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน บันทึกแนวทางการปฏิบัตินี้จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ปัญหาความยากลำบากในการปฏิบัติ มาตรฐานหรือคำแนะนำเกี่ยวกับประเด็นหลักๆ นอกจากนี้ยังอาจรวมถึงประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการมาตรฐานการปฏิบัติหรือดัชนีชี้วัด และการอธิบายข้อถกเถียง ข้อขัดแย้ง หรือช่องว่างของความรู้ในปัจจุบัน

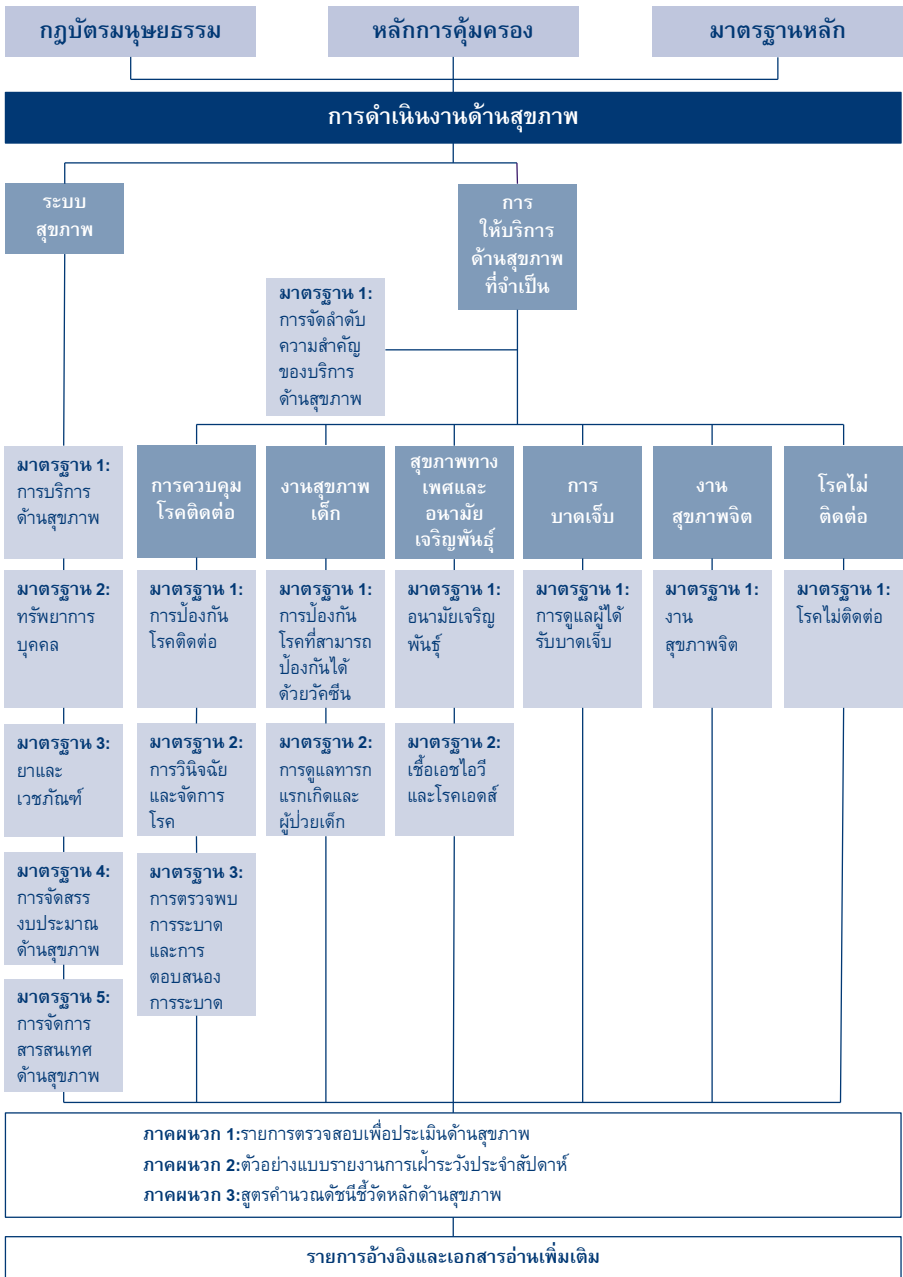
หากดัชนีชี้วัดหลัก และการกระทำที่กำหนดไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ควรมีการประเมินผลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนที่ได้รับผลกระทบ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อลดลักษณะอันไม่พึงประสงค์นั้นตามความเหมาะสม

ภาคผนวกท้ายบทนี้ เป็นรายการตรวจสอบสำหรับการประเมินต่างๆ สำหรับงานบริการด้านสุขภาพ ตัวอย่างแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลรายงานการเฝ้าระวัง สูตรสำหรับการคำนวณดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ถูกแบ่งเป็นรายการอ้างอิงและเอกสารอ่านเพิ่มเติม

สารบัญ

บทนำ	293
1. ระบบสุขภาพ	298
2. การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น	311
2.1 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – การควบคุมโรคติดต่อ	313
2.2 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – งานอนามัยเด็ก	322
2.3 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์	326
2.4 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การบาดเจ็บ	332
2.5 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - งานสุขภาพจิต	335
2.6 การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – การควบคุมโรคไม่ติดต่อ	338
ภาคผนวก 1 รายการตรวจสอบเพื่อประเมินด้านสุขภาพ	340
ภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวังประจำสัปดาห์	343
ภาคผนวก 3 สูตรคำนวณดัชนีชี้วัดหลักด้านสุขภาพ	348
รายการอ้างอิงและเอกสารอ่านเพิ่มเติม	350





บทนำ

ความเชื่อมโยงกับกฎบัตรด้านมนุษยธรรมและกฎหมายระหว่างประเทศ

มาตรฐานขั้นต่ำของปฏิบัติการด้านสุขภาพ แสดงถึงเจตนารมณ์ ความเชื่อ ข้อตกลงร่วมกัน ของหน่วยงานด้านมนุษยธรรมที่มีร่วมกันเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ซึ่งระบุไว้ในกฎบัตรด้านมนุษยธรรม มาตรฐานขั้นต่ำด้านสุขภาพมีที่มาจากพื้นฐานของหลักการมนุษยธรรมและกฎหมายระหว่างประเทศที่ระบุว่า บุคคลมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองและความปลอดภัย และสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการขั้นพื้นฐานของการดำรงชีวิต รายชื่อเอกสารทางกฎหมายและนโยบายหลักที่กล่าวถึงกฎบัตรมนุษยธรรม อ่านเพิ่มเติมในเอกสารอ้างอิง ภาคผนวก 1 (หน้า 358)

สิทธิอื่น ๆ ของบุคคล ซึ่งผู้ทำงานในหน่วยงานด้านมนุษยธรรมควรรับทราบ ได้แก่ สิทธิในการมีส่วนร่วม สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการไม่ถูกแบ่งแยก และสิทธิในการเข้าถึงน้ำ อาหาร ที่พักพิง และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวต่อไปในมาตรฐานขั้นต่ำบทนี้

เครื่องมือทางกฎหมายระหว่างประเทศหลายชิ้นระบุไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ การจะให้ประชาชนได้สิทธินั้น บุคลากรการแพทย์ต้องได้รับการฝึกฝนอย่างดี อุทิศตนปฏิบัติหน้าที่ตามหลักการด้านจริยธรรมสากลและมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ ระบบบริการต้องถูกออกแบบให้ได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ และหน่วยงานรัฐต้องมีความเต็มใจและมีศักยภาพที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยและมั่นคง โดยปกติในสถานการณ์ความขัดแย้ง โรงพยาบาลพลเรือน และสถานบริการสาธารณสุข ต้องไม่เป็นเป้าหมายของการโจมตี ผู้ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง จึงควรเลี่ยงการกระทำใดๆ ที่ทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียความเป็นกลางของหน่วยบริการด้านสุขภาพ เช่น การให้มีอาวุธในครอบครอง

มาตรฐานขั้นต่ำต่างๆ ในบทนี้ ไม่ได้เสนอเรื่องสิทธิด้านสุขภาพอย่างเต็มรูปแบบ อย่างไรก็ตาม มาตรฐานต่างๆ ของสเฟียร์สะท้อนสาระสำคัญของสิทธิเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะฉุกเฉิน และสร้างให้เกิดความตระหนักถึงสิทธิต่างๆ เหล่านี้ให้ขยายเป็นวงกว้าง

ความสำคัญของปฏิบัติการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการอยู่รอดในระยะแรกหลังเกิดภัยพิบัติ ภัยพิบัติมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่องานสาธารณสุขและความเป็นอยู่ของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ผลกระทบด้านสาธารณสุขอาจแบ่งเป็นผลกระทบทางตรง (เช่น การเสียชีวิตจากความรุนแรง



และการบาดเจ็บ) หรือทางอ้อม (เช่น มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อและ/หรือภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้น) ผลกระทบทางอ้อมมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น ปริมาณและคุณภาพของน้ำไม่เพียงพอ ความล้มเหลวด้านสุขาภิบาล ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ลดลง จนถึงไม่สามารถให้บริการ และการขาดความมั่นคงทางอาหาร ปัญหาความปลอดภัย ข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย หรือการพลัดถิ่นของประชากร สภาพความเป็นอยู่ที่แออัด เช่น สภาพความเป็นอยู่แออัด ศูนย์พักพิงไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสาธารณสุข นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง (Climate change) ยังมีส่วนเพิ่มความอ่อนแอและความเสี่ยงขึ้นไปอีก

เป้าหมายแรกของการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมในภาวะภัยพิบัติ คือ การป้องกันและลดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต โดยวัตถุประสงค์หลัก คือ ทำให้ระดับของอัตราการป่วยตายโดยรวม (crude mortality rate) และอัตราการป่วยตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (under-5 mortality rate) ไม่เพิ่มขึ้น หรือ ลดอัตราป่วยหรือเสียชีวิตนี้ให้ต่ำกว่า 2 เท่าของอัตราในช่วงก่อนจะมีภัยพิบัติ (อ่าน ตารางอ้างอิง อัตราการเสียชีวิตของแต่ละพื้นที่ หน้า 313) ระดับความรุนแรง รูปแบบของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในภัยพิบัติแต่ละชนิดจะแตกต่างกัน (ดูตารางถัดไป เรื่องผลกระทบของภัยพิบัติต่อสุขภาพ) ความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยอาจต้องปรับเปลี่ยนไปตามชนิดและขนาดของภัยพิบัติ

งานด้านสาธารณสุขมีบทบาทในการให้ “การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น” ทั้งด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นตัวกำหนดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย ในการบริการต้องมีกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบควบคู่ไปด้วย การให้บริการอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยสนับสนุนหรือเป็นปัจจัยขัดขวางของระบบสุขภาพและการฟื้นฟูในภาคอื่นควบคู่กันไว้วิธีการวางแผนและการจัดการ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทราบถึงความสามารถ ข้อจำกัดในการปฏิบัติงานและการเข้าถึงบริการ ในช่วงแรกหลังเกิดภัยพิบัติ ข้อมูลมักจะไม่สมบูรณ์ การตัดสินใจจึงต้องอาศัยข้อมูลเท่าที่มี ดังนั้น ควรจัดให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อให้มีการใช้ข้อมูลของส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย (ดูมาตรฐานหลัก 3 หน้า 63)

การเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้ผลลัพธ์ออกมาดี ความพร้อมขึ้นอยู่กับวิเคราะห์ความเสี่ยงและระบบเตือนภัยล่วงหน้า วิธีการเตรียมพร้อม ได้แก่ การวางแผนเพื่อรับความเป็นไปได้ทั้งหมด การจัดเวชภัณฑ์สำรอง การมีแผนรองรับ การติดต่อสื่อสาร การจัดการข้อมูลและการประสานงาน การฝึกฝนบุคลากร การวางแผนการระดับชุมชน รวมทั้ง การซ้อมแผนและฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้จะช่วยลดอัตราการตายและการบาดเจ็บรุนแรงที่เกิดจากแผ่นดินไหวได้ และช่วยให้มั่นใจว่าสถานให้บริการยังสามารถปฏิบัติงานได้แม้ในช่วงภัยพิบัติ

ผลกระทบต่อทางสาธารณสุขตามประเภทของพิบัติภัย

(หมายเหตุ รูปแบบของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามบริบท)

ผลกระทบ	ภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อน	แผ่นดินไหว	วาทภัย (ไม่มีน้ำท่วม)	น้ำท่วม	น้ำท่วมเฉียบพลัน/คลื่นยักษ์
การเสียชีวิต	มาก	มาก	เล็กน้อย	เล็กน้อย	มาก
การบาดเจ็บสาหัส	ไม่แน่นอน	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	เล็กน้อย
ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อ	สูง	ไม่แน่นอน*	เล็กน้อย	ไม่แน่นอน*	ไม่แน่นอน
การขาดแคลนอาหาร	พบบ่อย	พบน้อย	พบน้อย	ไม่แน่นอน	พบบ่อย
การพลัดถิ่นของคนส่วนใหญ่	พบบ่อย	พบน้อย (พบได้กรณีเมืองใหญ่เสียหายมาก)	พบน้อย (พบได้กรณีเมืองใหญ่เสียหายมาก)	พบบ่อย	ไม่แน่นอน

* ขึ้นกับการย้ายถิ่นของประชาชนหลังเกิดภัยพิบัติและสภาพความเป็นอยู่ แหล่งข้อมูล: ระบุภัยจาก Pan American Health Organization พ.ศ. 2543

ความเชื่อมโยงกับบทอื่น ๆ

สถานะทางสุขภาพขึ้นกับปัจจัยหลายด้าน ผลความก้าวหน้าของการทำงานตามมาตรฐานข้ออื่นๆ จึงมีอิทธิพลต่อความก้าวหน้าของการทำงานตามมาตรฐานด้านสุขภาพด้วย การประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่และหน่วยงานให้ความช่วยเหลืออื่นๆ มีความสำคัญต่อการดำเนินการให้ตรงความต้องการและไม่ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการช่วยเหลือเพื่อให้ใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่าที่สุด การใช้คู่มือบทนี้ควรเชื่อมโยงกับมาตรฐานเฉพาะและบันทึกคำแนะนำ รวมถึงเอกสารอ้างอิงและเอกสารเพิ่มเติมที่ปรากฏในบทอื่นๆ ด้วย

ความเชื่อมโยงกับหลักการคุ้มครองและมาตรฐานหลัก

เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานในคู่มือนี้ หน่วยงานด้านมนุษยธรรมทั้งหมดควรใช้แนวทางตามหลักการคุ้มครอง ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีการกิจชัดเจน หรือศักยภาพเชี่ยวชาญด้านการคุ้มครอง หลักการนั้นไม่สมบูรณ์ สังเกตได้ว่าเหตุการณ์แวลลอมอาจจำกัดขอบเขตที่หน่วยงานสามารถทำให้บรรลุหลักการได้ แต่กระนั้นหลักการก็สะท้อนภารกิจมนุษยธรรมสากล ซึ่งควรเป็นแนวทางในการปฏิบัติตลอดเวลา



มาตรฐานหลักเป็นกระบวนการจำเป็นและมาตรฐานบุคคลที่นำไปใช้โดยทุกหน่วยงาน มาตรฐานหลัก 6 ข้อ ครอบคลุมผู้ทำงานตอบสนองด้านมนุษยธรรม การประสานงานและความร่วมมือ การประเมิน การออกแบบและตอบสนอง การปฏิบัติ ความโปร่งใสและการเรียนรู้ และการปฏิบัติของผู้ทำงานช่วยเหลือ ได้ให้ข้ออ้างอิงหนึ่งอย่างเพื่อการเข้าถึงที่สนับสนุนมาตรฐานอื่นๆ ทั้งหมดในคู่มือนี้ บททางเทคนิคบางบทจึงต้องใช้คู่กับมาตรฐานหลักเพื่อช่วยให้มาตรฐานของมันเองสำเร็จ โดยเฉพาะเพื่อให้แน่ใจถึงความเหมาะสม คุณภาพของการตอบสนอง การมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมถึงกลุ่มหรือบุคคลที่มีความเสี่ยงย่อยที่สุดควรได้รับประโยชน์สูงสุด

ความเปราะบางและความสามารถของผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

ในบทนี้ออกแบบเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในมาตรฐานหลัก

สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจคือ การเป็นเด็กหรือคนแก่ ผู้หญิงหรือผู้ทุพพลภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ได้เป็นตัวทำให้ผู้คนเปราะบางหรือมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น หากแต่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกัน เช่น คนที่อายุมากกว่า 70 ปี อาศัยอยู่คนเดียวและมีสุขภาพไม่ดีจะเป็นผู้มีความเปราะบางมากกว่าคนที่อายุเท่ากันแต่มีสุขภาพดีและอยู่กับครอบครัว มีรายได้เพียงพอ เช่นเดียวกับ เด็กหญิงอายุ 8 ขวบ มีความเสี่ยงมากกว่าถ้าเธออยู่คนเดียว เทียบกับเวลาที่อยู่ในความดูแลของผู้ปกครอง

การนำมาตรฐานปฏิบัติด้านสุขภาพและปฏิบัติการณ์หลักมาใช้ รวมทั้งการวิเคราะห์ความเปราะบางและศักยภาพจะช่วยสร้างความมั่นใจว่า ความพยายามในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ได้ช่วยเหลือคนที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือและส่งไปยังผู้ที่ต้องการมากที่สุด ความเข้าใจในเรื่องบริบทท้องถิ่น และลักษณะที่วิกฤตแต่ละอย่างมีผลกระทบต่อคนกลุ่มต่างๆ ตามความเปราะบางที่พวกเขาเผชิญก่อนแล้วเป็นสิ่งจำเป็น (เช่น ความยากจน หรือถูกเลือกปฏิบัติ) การประสกับภาวะคุกคามต่อการคุ้มครองต่างๆ (เช่น ความรุนแรงทางเพศ รวมถึงการหาประโยชน์ทางเพศอย่างไม่เป็นธรรม) เหตุหรือการแพร่เชื้อ (เช่น เชื้อเอชไอวี หรือ วัณโรค) และความเป็นไปได้ของการเกิดโรคระบาด (เช่น หัด อหิวาตกโรค) ภัยพิบัติจะทำให้ความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่แล้วแย่ลงไปอีก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนกลยุทธ์ในการรับมือและศักยภาพในการฟื้นคืนสู่สภาพเดิมของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็น ความรู้ทักษะ และกลยุทธ์ของพวกเขาจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน และช่วยให้เกิดการเข้าถึงทางสังคม กฎหมาย การเงินและการช่วยเหลือด้านจิตสังคม การระบุถึงปัญหาต่างๆ ทางกายภาพ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมที่ประชาชนอาจจะเจอในการเข้าถึงบริการเหล่านี้อย่างเท่าเทียมกัน เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องจัดการ

ต่อไปนี้เป็นจุดสำคัญที่จะสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับมีการพิจารณาถึงสิทธิและศักยภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม

- ▶ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีตัวแทนของทุกกลุ่มรวมอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ค่อยถูกมองเห็น (เช่น คนที่สื่อสารและเคลื่อนไหวลำบาก คนที่อยู่ในสถานดูแล กักกัน เยาวชนที่กระทำความผิดและกลุ่มอื่นๆ หรือกลุ่มที่ไม่ปรากฏหลักฐานการมีอยู่)
- ▶ จำแนกข้อมูลในเรื่องเพศและอายุ (0-80+ปี)⁴ ระหว่างการประเมินถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความมั่นใจว่าส่วนของความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการได้พิจารณาถึงประชาชนกลุ่มต่างๆ อย่างเพียงพอ
- ▶ สร้างความมั่นใจว่าสิทธิการได้ข้อมูลข่าวสารนั้นได้ถูกสื่อสารออกไปอย่างกว้างขวางและเข้าถึงได้โดยสมาชิกทุกคนในชุมชน

⁴การจัดเก็บข้อมูลโดยแบ่งตามช่วงอายุของแต่ละประเทศนั้นต่างกัน โดยเฉพาะการแบ่งอายุของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปอายุของผู้สูงอายุ จะกำหนดไว้ถึง 80 ปี แต่ในบางประเทศกลุ่มอายุของผู้สูงอายุอาจจะมากกว่า 80 ปีก็ได้ ดังนั้นในหนังสือเล่มนี้จึงเขียนไว้ว่า 80+ปี เพื่อสามารถประยุกต์ใช้ได้กับทุกประเทศ



มาตรฐานขั้นต่ำ

ระบบสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก นิยามคำว่า ระบบสุขภาพ ว่าเป็น “หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และทรัพยากรทั้งหมดที่มีส่วนในการให้บริการด้านสุขภาพ” ดังนั้น ความหมายจึงรวมกว้างไปถึง ผู้ให้ ผู้สนับสนุนทางการเงินและการจัดการการบริการด้านสุขภาพ ความพยายามที่มีผลต่อปัจจัยทางสุขภาพ รวมถึงการให้บริการสุขภาพโดยตรงในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค อำเภอ ชุมชน และระดับครัวเรือน

มาตรฐานด้านสุขภาพในคู่มือนี้ จัดเรียงตามกรอบขององค์การอนามัยโลก ประกอบไปด้วย ฐานหลัก 6 ประการ ได้แก่ ภาวะผู้นำ ทรัพยากรบุคคล ยาและเวชภัณฑ์ งบประมาณ การจัดการข้อมูลสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพ ฐานเหล่านี้มีความเกี่ยวพันกันและมีผลต่อกันและกัน บริการสุขภาพมีหน้าที่ในการส่งบริการด้านสุขภาพ การดำเนินการด้านสุขภาพระหว่างการตอบสนองภัยพิบัติ ควรได้รับการออกแบบและดำเนินการในทิศทางที่ช่วยพัฒนาระบบสุขภาพ

มาตรฐานด้านสุขภาพ 1: การให้บริการด้านสุขภาพ

ประชาชนมีความทัดเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตามขั้นตอนปฏิบัติการหรือแนวทางปฏิบัติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ให้การบริการที่เหมาะสมกับระดับของระบบสุขภาพ ระดับดังกล่าวรวมถึงครัวเรือน ชุมชน คลินิก สถานีอนามัยและโรงพยาบาล (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ปรับหรือจัดให้มีหลักปฏิบัติในการจัดการปัญหาสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน สำหรับโรคที่พบบ่อย โดยอ้างอิงตามหลักการหรือแนวทางปฏิบัติที่มีใช้ของประเทศนั้น (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ จัดให้มี หรือปรับปรุง ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษที่เป็นมาตรฐานเดียวกันให้ทุกหน่วยงานใช้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดให้มี หรือปรับปรุง ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในสถานพยาบาลทุกแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเร่งด่วนได้รับการรักษาทันทันที
- ▶ มีการให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชนและสถานพยาบาล (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)

- ▶ จัดให้มีการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ที่เป็นส่วนประกอบของเลือดอย่างปลอดภัยและสมเหตุสมผล (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)
- ▶ สร้างความมั่นใจว่ามีการบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและมีการส่งตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 6)
- ▶ หลีกเลี่ยงการตั้งหน่วยบริการสุขภาพทางเลือกหรือแบบคู่ขนาน ซึ่งรวมไปถึงหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือโรงพยาบาลสนาม (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 7-8)
- ▶ ออกแบบบริการด้านสุขภาพ ที่รักษาความเป็นส่วนตัว รักษาความลับผู้ป่วย และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรได้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 9)
- ▶ ใช้มาตรการการจัดการขยะที่เหมาะสม ปลอดภัย และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในสถานพยาบาล (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 10-11 และมาตรฐานการจัดการขยะ 1 หน้า 118)
- ▶ การทำลายศพต้องทำด้วยท่าทีที่แสดงความเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ตาย เหมาะสมกับวัฒนธรรม และถูกต้องตามหลักการทางสาธารณสุข (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 12 และมาตรฐานการจัดการขยะ 1 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 8 หน้า 121)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ มีจำนวนสถานพยาบาลเพียงพอต่อการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ
 - หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน 1 แห่งต่อประชากร 10,000 คน (หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน คือ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป)
 - สถานีอนามัยระดับตำบล 1 แห่งต่อประชากร 50,000 คน
 - โรงพยาบาลระดับอำเภอหรือโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งต่อประชากร 250,000 คน
 - โรงพยาบาลขนาด 10 เตียงขึ้นไป (มีเตียงสูติกรรม) 1 แห่งต่อประชากร 10,000 คน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ มีอัตราการใช้บริการสถานพยาบาลของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ 2-4 ครั้ง ต่อคนต่อปี และมีการใช้บริการของประชาชนในเขตชนบทหรือที่ห่างไกลออกไป ไม่ต่ำกว่า 1 ครั้งต่อคนต่อปี (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4 และ ภาคผนวก 3 เรื่องสูตรคำนวณดัชนีชี้วัดหลักด้านสุขภาพ)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **ระดับการรักษาพยาบาล** ระดับการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลขึ้นกับขนาดของสถานพยาบาลและบริการที่ให้ จำนวนและสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลอาจต่างกันออกไป ระบบสุขภาพต้องพัฒนากระบวนการให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง ควรจัดให้มีระบบการส่งต่อโดยเฉพาะเพื่อการรักษาชีวิตที่ดำเนินการตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีวันหยุด



2. **มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของประเทศ** โดยทั่วไปแล้ว หน่วยงานที่รับผิดชอบควรปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขของประเทศที่เกิดภัยพิบัติ เช่น แนวทางการรักษาและเฝ้าระวังจากบัญชียาหลัก แต่กรณีที่มีมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติที่นั้นล้าสมัย หรือไม่ปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ควรนำเอามาตรฐานสากลมาใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิง และหน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ ในการปรับปรุงมาตรฐานดังกล่าว
3. **การส่งเสริมสุขภาพ** ควรมีการริเริ่มแผนงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยปรึกษากับเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในพื้นที่และตัวแทนชุมชน และให้ตัวแทนดังกล่าวมีทั้งชายและหญิงซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน แผนงานส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ความเสี่ยงต่อสุขภาพ ตำแหน่งและความพร้อมของสถานบริการสุขภาพ ตลอดจนจรรยาบรรณในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ดี รวมทั้งตอบสนองและลดพฤติกรรมที่ส่งผลเสีย ทั้งนี้ เนื้อหาและข้อความทางสาธารณสุขควรใช้ภาษาและสื่อที่เหมาะสม มีการพิจารณาถึงวัฒนธรรม ทำให้เข้าใจได้ง่าย สถานที่สำคัญในการให้ข้อมูลซึ่งสามารถเข้าถึงเด็กและผู้ปกครองได้แก่ โรงเรียนและพื้นที่สำหรับเด็กเล็ก (ดูมาตรฐานที่ 3 ของ INEE ว่าด้วยการเข้าถึงการศึกษาและสภาพแวดล้อมในการศึกษา)
4. **อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพ** ไม่มีการกำหนดว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพต่ำสุดเป็นเท่าใด เนื่องจากอัตราดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่ในพื้นที่ชนบทที่ประชากรคงตัวและอยู่กันอย่างกระจัดกระจาย ควรมีอัตราการใช้บริการเป็นครั้งแรกอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี ส่วนในประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ อาจมีการใช้บริการเป็นครั้งแรก 2-4 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งหากอัตราการใช้งานต่ำกว่าที่คาด อาจหมายความว่าประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เพียงพอ และหากอัตราการใช้งานสูงกว่าที่คาด อาจหมายความว่ามีการใช้บริการมากเกินไป (over-utilisation) ซึ่งอาจเนื่องจากเกิดปัญหาสาธารณสุขเฉพาะกรณี หรือประเมินจำนวนประชากรในกลุ่มเป้าหมายไว้น้อยกว่าความเป็นจริง การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการ หากเป็นไปได้ควรคำนึงถึงความแตกต่างของการใช้งานตามเพศ อายุ เชื้อชาติ และความทุพพลภาพ (ดูภาคผนวก 3 สูตรการคำนวณดัชนีชี้วัดหลักทางสุขภาพ)
5. **การให้เลือดอย่างปลอดภัย** ควรพยายามประสานงานกับหน่วยบริการโลหิตแห่งชาติ (หากมี) ที่มาของเลือดควรมาจากผู้บริจาคที่สมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทนเท่านั้น ควรมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในห้องปฏิบัติการที่มาตรฐาน เช่น การตรวจคัดกรองการติดเชื้อที่ติดต่อได้ทางเลือด การตรวจหมู่เลือด การตรวจสอบการเข้ากันได้ของหมู่เลือด การคัดแยกองค์ประกอบเลือด การเก็บและขนส่งผลิตภัณฑ์เลือด การให้เลือดควรทำเมื่อมีความจำเป็นทางการรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ บางกรณีอาจใช้สารประเภท crystalloid และ colloid ทดแทนการให้เลือดได้ นอกจากนี้ควรอบรมเจ้าหน้าที่การแพทย์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถจัดการให้เลือดอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

6. **บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการ** โรคติดต่อที่พบได้บ่อย เช่น ท้องร่วง การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน สามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะอาการที่แสดงออก หรือใช้เทคนิคการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว หรือการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (เช่น โรคมาลาเรีย) การทดสอบทางห้องปฏิบัติการจะเป็นประโยชน์ที่สุดในการยืนยันสาเหตุของภาวะระบาด การตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา (เช่น โรคท้องร่วงแบบบิด) และการเลือกวัคซีนในกรณีที่ต้องสร้างภูมิคุ้มกันให้คนหมู่มาก เช่น โรคไขวกหลังแอนนอ นอกจากนี้ ในกรณีของโรคไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ก็ต้องมีการทดสอบในห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยโรคและรักษาด้วย
7. **คลินิกเคลื่อนที่** เมื่อเกิดภัยพิบัติ อาจต้องมีการจัดคลินิกเคลื่อนที่เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากรที่อยู่โดดเดี่ยวห่างไกล หรือมีการเคลื่อนย้ายบ่อย และเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้จำกัด คลินิกเคลื่อนที่ที่มีความสำคัญมากในการช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้มากขึ้นกรณีที่เกิดการระบาดและมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เช่น มาลาเรีย ทั้งนี้การดำเนินการคลินิกเคลื่อนที่ควรทำต่อเมื่อได้ปรึกษากับหน่วยงานหลักในภาคสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วเท่านั้น (ดูมาตรฐานด้านระบบสุขภาพ 6)
8. **โรงพยาบาลสนาม** หากโรงพยาบาลในพื้นที่ได้รับความเสียหายหนักหรือพังทลาย โรงพยาบาลสนามอาจมีความจำเป็น อย่างไรก็ตาม การจัดสรรทรัพยากรให้โรงพยาบาลในพื้นที่ให้สามารถดำเนินงานได้อีกครั้งและตอบสนองต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นได้จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการตั้งโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลสนามจะเหมาะกับการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บภายใน 48 ชั่วโมงแรก หรือให้บริการแบบหัตถุศัลยกรรมสำหรับบาดเจ็บและบริการฉุกเฉินทางศัลยกรรมและสูติรีเวช (วันที่ 3 -15) หรือให้บริการแทนโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งได้รับความเสียหายชั่วคราวจนกว่าโรงพยาบาลดังกล่าวจะกลับมาใช้งานได้อีกครั้ง เนื่องจากโรงพยาบาลสนามเป็นผลงานที่มองเห็นได้ง่าย จึงมักมีแรงกดดันทางการเมืองจากรัฐบาลให้จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม อย่างไรก็ตาม การตั้งโรงพยาบาลสนามควรขึ้นอยู่กับความต้องการและประโยชน์ที่จะเพิ่มขึ้นจากการจัดตั้งขึ้นมาเท่านั้น
9. **สิทธิผู้ป่วย** สถานบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ ควรออกแบบให้รักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วยได้ ต้องมีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้การรักษาหรือการผ่าตัด (หรือผู้ดูแล หากผู้ป่วยไม่สามารถให้คำยินยอมเองได้) บุคลากรการแพทย์ควรเข้าใจว่าผู้ป่วยมีสิทธิทราบรายละเอียดของหัตถการ รวมถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการทำหัตถการที่ผู้ป่วยจะได้รับ
10. **การควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย** ควรมีแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Programme - IPC) ที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ตอบสนองต่อภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการบังคับใช้ทั้งในส่วนกลางและในส่วนท้องถิ่นในสถานพยาบาลในระดับต่างๆ โดยแผนงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล ควรมี ดังนี้



- การกำหนดนโยบายแผนงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ชัดเจน (เช่น มาตรการควบคุมการติดเชื้อทั้งในภาวะแบบปกติ และมาตรการควบคุมเพิ่มเติม เพื่อจัดการความเสี่ยง)
- เจ้าหน้าที่เทคนิคในแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC team) ที่มีความรู้ เพื่อทำงานควบคุมโรคติดเชื้อ โดยจัดให้มีการรอบการทำงาน หน้าที่ และความรับผิดชอบที่ชัดเจน
- ระบบเฝ้าระวังและการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าเมื่อเริ่มมีการระบาดของโรค (early warning surveillance system)
- การกำหนดงบประมาณที่ชัดเจนสำหรับกิจกรรมต่างๆ (เช่น อบรมเจ้าหน้าที่) และจัดพัสดุทางการแพทย์ (supplies) เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน
- จัดให้มีการป้องกันการแพร่ของโรคที่เป็นมาตรฐาน (standard precaution) และการป้องกันเพิ่มเติมเมื่อมีการระบาดของโรค
- การบริหารจัดการควบคุม (เช่น นโยบายการแยกผู้ป่วย/isolation policies) และการควบคุมสภาพแวดล้อมและงานวิศวกรรม (เช่น การปรับปรุงการถ่ายเทของอากาศ)
- มีการนำอุปกรณ์ป้องกันตนเองมาใช้ (personal protective equipment)
- มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด้านเทคนิคในแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และทบทวนคำแนะนำต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

11. ขยะจากสถานพยาบาล ขยะอันตรายในสถานพยาบาลสามารถจำแนกกลุ่มได้เป็น ขยะติดเชื้อ-ไม่แหลมคม ขยะที่เป็นวัตถุแหลมคม และขยะทั่วไปที่ไม่ติดเชื้อ หากจัดการขยะไม่เหมาะสม อาจเกิดอันตรายต่อบุคคลกร พนักงานทำความสะอาด คนงานจัดการขยะ ผู้ป่วย และสมาชิกในชุมชน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เช่น เชื้อเอชไอวี และตับอักเสบบีและซี ดังนั้นควรแยกขยะอย่างเหมาะสมตั้งแต่เวลาที่ทิ้งขยะ โดยมีขั้นตอนการแยกประเภทขยะโดยเฉพาะ มีการฝึกเรื่องการทิ้งขยะดังกล่าว และผู้ที่ต้องสัมผัสขยะควรใส่อุปกรณ์ป้องกันต่างๆ (อย่างน้อยที่สุด ควรใส่ถุงมือและรองเท้าน้ำบู๊ต) การจัดการขยะขึ้นกับประเภทของขยะ เช่น ขยะติดเชื้อไม่แหลมคม และวัตถุแหลมคม ควรทิ้งกลับในหลุมหรือเผาทำลาย

12. การจัดการศพ หากภัยพิบัติทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จะต้องมีการจัดการกับศพจำนวนมากด้วย การตัดสินใจฝังศพในสุสานหมู่ มักมาจากความเข้าใจที่ผิดว่า หากไม่ฝังศพหรือเผาศพทันทีจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ในความเป็นจริงแล้ว ศพของมนุษย์ไม่ทำให้เกิดอันตรายและไม่จำเป็นต้องมีมาตรการระมัดระวังอันตราย เว้นแต่ในบางกรณี (เช่น การเสียชีวิตจากอหิวาตกโรค หรือใช้เลือดออก) ดังนั้นจึงไม่ควรทิ้งศพในสุสานหมู่โดยไม่มีการทำพิธี และควรให้โอกาสญาติผู้ตายได้ระบุตัวศพ และจัดงานศพที่มีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม การฝังศพในสุสานหมู่อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการออกไปมรณะบัตรเพื่อการเรียกร้องต่างๆ ตามกฎหมาย นอกจากนี้ หากผู้เสียชีวิตจะถูกฝังนั้นเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ความรุนแรง ควรมีการคำนึงถึงประเด็นด้านนิติวิทยาศาสตร์และการพิสูจน์หลักฐานด้วย (ดูเรื่องมาตรฐานด้านที่อยู่อาศัย 2 บันทึกรวบรวมแนวทางการปฏิบัติ 3)

มาตรฐานด้านสุขภาพ 2: ทรัพยากรบุคคล

ผู้ให้บริการทางการแพทย์ ควรเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับการอบรมและมีทักษะความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ทบทวนการจัดระดับและศักยภาพบุคลากรให้เหมาะกับบริบท (เป็นองค์ประกอบสำคัญของการประเมินด้านสุขภาพพื้นฐาน)
- ▶ ถ้าเป็นไปได้ ควรระบุปัญหาหากมีความไม่สมดุลของจำนวน ทักษะ เพศและ/หรือเชื้อชาติของบุคลากร (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ สนับสนุนและให้เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ตามระดับความสามารถ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดให้มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายที่สนับสนุนอย่างเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการทำงานในสถานพยาบาล
- ▶ อบรมการใช้คู่มือปฏิบัติการและแนวทางการรักษาพยาบาลให้แก่บุคลากรการแพทย์ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ มีการนิเทศเพื่อตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามมาตรฐานและแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ
- ▶ จัดโครงการอบรมผู้ปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานเดียวกัน โดยจัดอบรมตามลำดับความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ และทักษะที่ยังขาด
- ▶ จัดให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับคำตอบแทนที่เป็นธรรม โดยเป็นความเห็นชอบร่วมกันระหว่างทุกหน่วยงาน และหน่วยงานสาธารณสุขแห่งชาติ
- ▶ จัดสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานให้ปลอดภัย เป็นไปตามสุขอนามัยพื้นฐาน และมีอุปกรณ์ป้องกันผู้ปฏิบัติงาน

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ มีบุคลากรทางการแพทย์ที่ कुคุณภาพเหมาะสมอย่างน้อย 22 คน (แพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์) ต่อ ประชากร 10,000 คน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
 - แพทย์อย่างน้อย 1 คน/ประชากร 50,000 คน
 - พยาบาลอย่างน้อย 1 คน/ประชากร 10,000 คน
 - ผดุงครรภ์อย่างน้อย 1 คน/ประชากร 10,000 คน



- ▶ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน และมีที่ปรึกษา 1 คน/อสม. 10 คน และมีที่ปรึกษาอาวุโส 1 คน
- ▶ แพทย์ 1 คน ไม่ควรตรวจผู้ป่วยมากกว่า 50 รายต่อวัน ถ้าผู้ป่วยมากกว่านี้ควรจัดแพทย์เสริม (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3 และภาคผนวก 3: หัวข้อ สูตรคำนวณดัชนีชี้วัดหลักด้านการสุขภาพ)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **ระดับมีเจ้าหน้าที่** บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ อาทิเช่น แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่การแพทย์ ผู้ช่วยแพทย์ เทคนิคการแพทย์ เภสัชกร สาธารณสุขชุมชน ฯลฯ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการและสนับสนุน ทั้งนี้ ยังไม่มีความเห็นที่ตรงกันว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรที่เหมาะสมที่สุดอยู่ที่เท่าใด เนื่องจากระดับดังกล่าวแตกต่างกันไปตามบริบท อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับความครอบคลุมของการดำเนินงานทางการแพทย์ เช่น หากมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิง หรือเป็นตัวแทนกลุ่มเชื้อชาติเพียงคนเดียว ก็จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการของหญิงและชนกลุ่มน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่สมดุล ต้องแก้ไขโดยการปรับตำแหน่ง และ/หรือ จัดจ้างเจ้าหน้าที่แพทย์และสาธารณสุขไปยังพื้นที่ที่มีความต้องการด้านสุขภาพ (ดูมาตรฐานหลัก 6)
2. **การฝึกอบรมการปฏิบัติงานและการกำกับดูแลเจ้าหน้าที่:** เจ้าหน้าที่การแพทย์ควรมีการอบรม ทักษะ และการดูแลสนับสนุนตามระดับความรับผิดชอบของตน หน่วยงานต่างๆ มีภาระที่จะต้องอบรมและดูแลเจ้าหน้าที่เพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัย การอบรมและดูแลถือเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง หรือไม่ได้นำเอาคู่มือปฏิบัติการมาใช้ ทั้งนี้ หากเป็นไปได้ ควรจัดมาตรฐานและให้ความสำคัญกับแผนงานอบรมตามความจำเป็นด้านสุขภาพ และทักษะที่ยังขาด (ที่ได้จากการสังเกตระหว่างการกำกับดูแล) ควรบันทึกว่าได้อบรมอะไร ใครเป็นผู้อบรม เมื่อไร และที่ไหน และควรแบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ด้วย (ดูมาตรฐานหลัก 6 หน้า 74)

มาตรฐานด้านสุขภาพ 3: ยาและเวชภัณฑ์

ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นได้ตลอดเวลา

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ทบทวนรายชื่อยาในบัญชียาหลัก (list of essential medicine) ของประเทศที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ เพื่อดูความเหมาะสมในการตอบสนอง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ ข้อ 1)

- ▶ กำหนดบัญชียาและอุปกรณ์การแพทย์มาตรฐานที่จำเป็น เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพ และเพียงพอให้เจ้าหน้าที่การแพทย์ปฏิบัติงานได้ (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติ 1-2)
- ▶ สร้างให้มีหรือประยุกต์ ระบบการจัดการยาที่มีประสิทธิภาพ (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติ 3)
- ▶ จัดให้มียาที่จำเป็นสำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย
- ▶ รับประทานยาเฉพาะในกรณีที่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสากล ไม่ควรใช้ยาที่ได้รับบริจาค นอกเหนือจากคำแนะนำในแนวทางปฏิบัติการรักษา และควรมีการจัดการที่เหมาะสมในการกำจัดยานั้นๆ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ไม่มีสถานพยาบาลที่ขาดยาในบัญชียาหลัก และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ติดตาม เป็นเวลานานกว่าหนึ่ง สัปดาห์ (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติ 4)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **บัญชียาหลัก** เมื่อเกิดภัยพิบัติ บัญชียาหลักแห่งชาติของแต่ละประเทศควรได้รับการทบทวน เพื่อความเหมาะสมในทันทีซึ่งควรกระทำโดยผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานสาธารณสุข ในบางครั้งบัญชียาหลักต้องได้รับการปรับตามความเหมาะสม เช่น เมื่อมีหลักฐานว่ามีการดื้อยา ปฏิชีวนะที่กำหนดในบัญชียาหลัก ทั้งนี้ หากไม่มีบัญชียาที่ทันสมัย ควรปฏิบัติตามแนวทางของ องค์การอนามัยโลก (เช่น WHO Model Lists of Essential Medicine) สำหรับยามาตรฐานที่จัด ชุดอยู่ในกล่อง (pre-packaged kit) จะใช้ได้เฉพาะในช่วงแรกของเหตุการณ์เท่านั้น
2. **อุปกรณ์การแพทย์** ควรกำหนดรายการที่จำเป็นสำหรับสถานบริการแต่ละระดับ และสอดคล้อง กับศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน
3. **การจัดการยา** หน่วยงานบริการสุขภาพควรจัดตั้งระบบการจัดการยาที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมายคือ การได้ยาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ คุ่มราคา มีระบบการจัดเก็บ การทำลายยาหมดอายุ ที่เหมาะสม ระบบดังกล่าว ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลัก 4 ประการของวงจรการจัดการยา คือ การเลือก การจัดซื้อ การแจกจ่าย และการใช้ยา
4. **ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ติดตาม** ควรมีรายชื่อของยาในบัญชียาหลัก หรือยาที่คิดว่ามีความจำเป็น เพื่อนำมาใช้เป็นตัวประเมินการทำงานของระบบจัดการยา รายการของผลิตภัณฑ์ในการติดตาม นี้ควรเป็นไปตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และควรจัดให้มีอยู่ในคลังของสถานพยาบาลตลอดเวลา เช่น ยาอะม็อกซิซิลิน และยาพาราเซตามอล เป็นต้น



มาตรฐานด้านสุขภาพ 4: การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดช่วงที่เกิดเหตุภัยพิบัติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ หาแหล่งทุนเพื่อสามารถให้บริการสุขภาพได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ตลอดระยะเวลาที่มีภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ หากระบบของสถานบริการของรัฐบาลมีการคิดค่าใช้จ่าย ให้จัดการขอยกเว้นหรือระงับการคิดค่าบริการชั่วคราว (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ เตรียมเงินทุนและส่งเสริมระบบสุขภาพทางเทคนิค เพื่อลดเขยกราบยกเว้นการเก็บค่าบริการ และเพื่อจัดการกับปัญหาความต้องการการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ มีการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานให้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดช่วงที่ดำเนินการบรรเทาภัยพิบัติ

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ ต้นทุนของการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแตกต่างกันตามบริบท เช่น ระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม ลักษณะประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และความต้องการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประเภทของภัยพิบัติ ข้อมูลจากคณะกรรมการเศรษฐศาสตร์มหภาคและสุขภาพแห่งองค์การอนามัยโลก (WHO Commission on Macro-economics and Health) ระบุไว้ว่า ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็น จะมีค่าใช้จ่ายอย่างน้อย 40 ดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 1200 บาท)/คน/ปี ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ (ข้อมูล พ.ศ. 2551) ทั้งนี้ การจัดบริการสุขภาพในช่วงภัยพิบัติ มีแนวโน้มที่จะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าในสภาวะปกติ
2. ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ หมายถึง การเสียค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้รับบริการสุขภาพ ณ จุดบริการ การต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้มีฐานะยากจนและอยู่ในกลุ่มเปราะบางไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น หลักมนุษยธรรมพื้นฐานกล่าวว่า การให้บริการและสิ่งของต่างๆ ที่หน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางมนุษยธรรม ควรเป็นไปโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในบริบทที่ไม่สามารถจัดการดังกล่าวได้ การมอบเงินสด และ/หรือบัตรแทนเงินสดให้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ดูเรื่อง ความมั่นคงทางอาหาร - เงินสดและการโอนย้ายคุ้มครอง) ที่สำคัญ คือ ต้องมีการดำเนินมาตรการ

อื่นๆ ควบคุมไปด้วยเพื่อชดเชยรายได้ที่หายไป (จากการละเว้นค่าบริการ การให้เงินตอบแทนพิเศษแก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการจัดหายาและเวชภัณฑ์เพิ่มเติม) ควรมีการติดตามการเข้าถึงและคุณภาพการบริการด้วยหลังใช้มาตรการนี้

มาตรฐานด้านสุขภาพ 5: การจัดการสารสนเทศด้านสุขภาพ

การนำข้อมูลทางสุขภาพมาวิเคราะห์และแปลผลเพื่อนำมาใช้กำหนดรูปแบบและการจัดการให้บริการด้านสุขภาพ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ตัดสินใจโดยใช้ (หรือประยุกต์ หรือเลือกใช้) ข้อมูลจากระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System หรือ HIS) (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ เก็บข้อมูลเพิ่มเติมหากมีความจำเป็นต่อการตัดสินใจและเป็นการบริการด้านสุขภาพที่มีความสำคัญเป็นลำดับแรก แต่หาไม่มีข้อมูลในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ อาจทำได้โดยการประเมินผลและสำรวจ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ กำหนดใช้นิยามของโรคและสภาวะที่อาจมีการรายงานให้ใช้ร่วมกันทุกหน่วยงาน
- ▶ หากเป็นไปได้ ควรออกแบบระบบเฝ้าระวัง (surveillance) และการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า (early warning - EWARN) เพื่อให้ทราบทันช่วงที่เมื่อมีการระบาดของโรค (ดูเรื่อง การบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อ มาตรฐานที่ 3 หน้า 318 และภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์)
- ▶ ใช้ระบบสารสนเทศ ช่วยในการระบุและรายงานโรคตลอดจนสภาวะทางสุขภาพที่น่าสงสัยที่มีความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ
- ▶ หน่วยงานทั้งหมดตกลงใช้ตัวเลขสำคัญต่างๆ ให้ตรงกัน เช่น จำนวนประชากร (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ สถานบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานต่างๆ ส่งรายงานการเฝ้าระวังโรค และข้อมูลอื่นๆ ในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้หน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลัก โดยความถี่ของการรายงานจะต่างกันตามบริบทและชนิดของข้อมูล เช่น รายวัน รายสัปดาห์ และรายเดือน
- ▶ ใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น จากการสำรวจ (survey) เพื่อช่วยในการแปลข้อมูลการเฝ้าระวัง และเป็นแนวทางในการตัดสินใจ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ มีมาตรการในการปกป้องข้อมูล เพื่อไม่กระทบต่อสิทธิและสวัสดิภาพของบุคคล และ/หรือประชาชน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)



ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ สถานพยาบาลและหน่วยงานทั้งหมด ส่งรายงานสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้หน่วยงานหลัก (lead agency) ภายใน 48 ชั่วโมง หลังครบรอบการรายงาน
- ▶ สถานพยาบาลและหน่วยงานทั้งหมด รายงานการเกิดโรคติดต่อที่อาจแพร่ระบาดได้ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยมีอาการ (ดูเรื่องการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อมาตรฐานที่ 3)
- ▶ หน่วยงานหลัก จัดทำข้อมูลภาพรวมทั้งหมด (หลังจากผ่านการวิเคราะห์และแปลผล) รวมถึงรายงานเกี่ยวกับความครอบคลุมของการใช้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้องค์กรอื่นได้ทราบข้อมูล

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

- 1. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ** หากเป็นไปได้ ควรสร้างระบบการเฝ้าระวังจากระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ บางครั้งอาจต้องสร้างระบบใหม่ หรือระบบคู่ขนานไปกับระบบเดิม ทั้งนี้ ขึ้นกับผลการประเมินการทำงานและความสามารถของระบบ สารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ และจากความต้องการข้อมูลสำหรับเหตุการณ์ภัยพิบัติในปัจจุบัน ข้อมูลด้านสุขภาพในระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ควรครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้
 - ข้อมูลการเสียชีวิตที่ได้จากแฟ้มประวัติของสถานพยาบาล รวมถึงการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
 - สัดส่วนของการเสียชีวิต (proportional mortality)
 - การเจ็บป่วยแยกตามสาเหตุ (cause-specific morbidity)
 - อุบัติการณ์ของโรคที่พบบ่อย (incidence rates for most common morbidities)
 - สัดส่วนของการเจ็บป่วย (proportional morbidity)
 - อัตราการใช้บริการสถานของพยาบาล
 - จำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ 1 คน/วัน
- 2. แหล่งข้อมูล** การแปลผลที่ได้จากข้อมูลของสถานพยาบาล ต้องพิจารณาถึงแหล่งข้อมูลและข้อจำกัดต่างๆ ด้วย การใช้ข้อมูลแหล่งอื่นๆ เสริมเป็นสิ่งจำเป็นในการทำระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้ครบวงจร เช่น ใช้ข้อมูลความชุกของโรค หรือข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้บริการสุขภาพ (health-seeking behavior) ของประชาชนเข้ามาร่วมด้วย สำหรับแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่อาจช่วยในการวิเคราะห์ ได้แก่ การสำรวจระดับประชากร การใช้ข้อมูลรายงานของห้องปฏิบัติการ และการวัดคุณภาพการบริการ การสำรวจและประเมินจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์คุณภาพระดับสากล และใช้เครื่องมือและวิธีการดำเนินงานตามมาตรฐาน และหากเป็นไปได้ ควรให้มีการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญอีกกลุ่มหนึ่ง (peer-review)

3. **การจำแนกข้อมูล** ควรมีการจำแนกตามเพศ อายุ ความเปราะบาง เป็นผู้ได้รับผลกระทบหรือผู้ที่พักแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และจำแนกตามบริบท (เช่น อยู่ในค่ายอพยพ หรือไม่อยู่ในค่ายอพยพ) ขึ้นกับความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปเป็นแนวทางการตัดสินใจ ในระยะแรกของการเกิดภัยพิบัติอาจจำแนกข้อมูลได้ยาก แต่อย่างน้อยควรจำแนกข้อมูลการเสียชีวิตและเจ็บป่วยในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อเมื่อเวลาและสภาพต่างๆ อำนาจ ควรจำแนกข้อมูลให้ละเอียดมากขึ้นเพื่อแสดงว่ามีความไม่เท่าเทียมกัน หรือมีประชากรกลุ่มเปราะบางเกิดขึ้นหรือไม่ (ดูมาตรฐานหลัก 3 หน้า 63)
4. **การรักษาความลับ** การรักษาความลับส่วนบุคคลเป็นเรื่องสำคัญ เจ้าหน้าที่ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยกับผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงหากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ควรให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ที่มีระดับสติปัญญาบกพร่อง มีปัญหาทางจิตใจหรือการรับรู้สึกบกพร่อง เนื่องจากบุคคลดังกล่าวอาจไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับการถูกทำร้ายหรือการละเมิดสิทธิมนุษยชนอื่นๆ เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ จะต้องจัดเก็บด้วยความระมัดระวังอย่างที่สุด การพิจารณาส่งต่อข้อมูลให้แก่หน่วยงานให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมสามารถกระทำได้หากประชาชนที่ได้รับผลกระทบให้ความยินยอม (ดูมาตรฐานระบบสุขภาพข้อ 1 และหลักการคุ้มครอง 1 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 7-12) ทั้งนี้ มีตัวอย่างแบบเฝ้าระวังการเสียชีวิต การแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า (EWARN) และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยอยู่ในภาคผนวกที่ 2 และมีสูตรการคำนวณดัชนีชีวิตที่สำคัญทางสุขภาพ (key health indicators) อยู่ในภาคผนวกที่ 3

มาตรฐานสุขภาพ 6: ภาวะผู้นำและการประสานงาน

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์สูงสุด

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ จัดการให้ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำ หรืออย่างน้อยที่สุดให้มีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดในการประสานงาน
- ▶ หากกระทรวงสาธารณสุขมีความสามารถจำกัด หรือไม่ยินดีรับเป็นแกนนำในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ให้หาหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพเพื่อเป็นแกนนำในการประสานงานระหว่างองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1-2)
- ▶ จัดประชุมประสานงานสุขภาพเป็นประจำกับภาคีในและนอกพื้นที่ ส่วนกลาง ภูมิภาค และในภาคสนาม ภายในภาคสาธารณสุข และระหว่างภาคสาธารณสุขกับภาคส่วนอื่นๆ และระหว่างกลุ่มงานหลายภาคส่วนที่มีความเชื่อมโยงกัน (cross-cutting theme groups) (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3 และมาตรฐานหลัก 2)



- ▶ ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบและศักยภาพของแต่ละหน่วยงานที่ทำงานด้านสุขภาพให้ชัดเจน (พร้อมทั้งมีการบันทึก) เพื่อให้สามารถจัดการให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดตั้งคณะทำงานสำหรับสถานการณ์พิเศษ (เช่น การเตรียมแผนและการรับมือต่อการระบาดของโรค งานอนามัยเจริญพันธุ์) โดยใช้กลไกการประสานงานระหว่างกลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพ
- ▶ จัดทำและเผยแพร่รายงานความคืบหน้าผ่านจดหมายข่าวหรือจุลสารสาธารณสุข

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ เมื่อเริ่มเกิดเหตุภัยพิบัติ หน่วยงานแกนนำ (lead agency) มีหลักฐาน (หรือเอกสาร) ว่าได้มีการพัฒนาศาสตร์การปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่จัดการช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญ และมีการระบุหน้าที่ขององค์กรแกนนำและองค์กรภาคี (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **หน่วยงานแกนนำในงานด้านสุขภาพ** กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นหน่วยงานแกนนำที่รับผิดชอบการตอบสนองของงานด้านสุขภาพ กรณีที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศที่ประสบภัยขาดศักยภาพในการเป็นผู้นำ (หรือไมยินดี) หรือไม่มีความเป็นกลาง โดยทั่วไปองค์การอนามัยโลกในฐานะหน่วยงานแกนนำในส่วนของงานสาธารณสุขระหว่างประเทศจะเป็นผู้รับผิดชอบงานดังกล่าว หากเกิดกรณีที่ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก ไม่สามารถทำได้ อาจต้องเลือกหน่วยงานอื่นมาเป็นแกนนำประสานงานต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานดังกล่าวควรจัดการให้หน่วยงานภาคีด้านสุขภาพมีการประสานงานและให้การสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพของระบบสุขภาพในพื้นที่ (ดูมาตรฐานหลัก 2 หน้า 60)
2. **ยุทธศาสตร์ของภาคสาธารณสุข** หน่วยงานแกนนำด้านสุขภาพ มีหน้าที่สำคัญในการพัฒนาศาสตร์โดยรวมของการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินในภาคสาธารณสุข ซึ่งหากเป็นไปได้ ควรมีการจัดทำเอกสารที่กำหนดลำดับความสำคัญในภาคสาธารณสุข และกำหนดวัตถุประสงค์และโครงสร้างของยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามเป้าหมาย ซึ่งควรจัดทำเอกสารนี้หลังจากที่ได้ปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตัวแทนชุมชนเพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าวมากที่สุด
3. **การประชุมประสานงาน** การประชุมประสานงานควรเน้นที่การปฏิบัติงาน และเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระบุและเฝ้าระวังลำดับความสำคัญ พัฒนาและดำเนินการตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ กำหนดหน้าที่เฉพาะ และตกลงกันในเรื่องแนวทางการดำเนินงานและการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ควรจัดการให้ภาคีด้านสุขภาพทั้งหมดใช้ตัวเลข เครื่องมือ แนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานต่าง ๆ ร่วมกัน และควรจัดให้มีการประชุมบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในช่วงแรกหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ได้แก่ การป้องกันและรักษาโรคที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ทั้งนี้ รวมถึงปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันและลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ทั้งจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และผลที่ตามมาหลังจากเกิดเหตุการณ์ความขัดแย้งหรือภัยพิบัติ ในช่วงที่เกิดภัยพิบัติ อัตราการเสียชีวิตอาจสูงมาก การระบุสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการออกแบบการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงมาตรฐานการให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ การควบคุมโรคติดต่อ อนามัยเด็ก สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และโรคไม่ติดต่อ

มาตรฐานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น 1: การจัดลำดับความสำคัญของบริการด้านสุขภาพ
ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามลำดับความสำคัญเพื่อจัดการกับสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเจ็บป่วยที่มากกว่าภาวะปกติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขของภาครัฐในพื้นที่ (ดูมาตรฐานหลัก 3) ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่างๆ โดยมีเป้าหมายที่การหาสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเจ็บป่วยที่มากเกินไป
- ▶ ระบุกลุ่มที่เปราะบาง (เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ฯลฯ) ที่อาจเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (ดูหลักการคุ้มครองข้อ 2)
- ▶ จัดลำดับความสำคัญ และดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสม ปฏิบัติได้จริง และมีประสิทธิภาพในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขของภาครัฐในพื้นที่ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ระบุอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และจัดการแก้ปัญหาที่ปฏิบัติได้จริง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ ให้บริการด้านสุขภาพที่มีความสำคัญลำดับต้น ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ทั้งหมด และ/หรือ จัดเป็นกลุ่มงานและแผนงานร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน (ดูมาตรฐานหลัก 2)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ (crude mortality rate - CMR) มีค่าคงที่ ลดลง หรือมากขึ้นแต่ไม่เกินสองเท่าของอัตราพื้นฐานก่อนเกิดภัยพิบัติ (baseline rate) หรือลดลงไปอยู่น้อยกว่าสองเท่าของอัตราพื้นฐานก่อนเกิดภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)



- ▶ อัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (under-5 mortality rate - U5MR) มีค่าคงที่ ลดลง หรือมากขึ้น แต่ไม่เกินสองเท่าของอัตราพื้นฐานก่อนเกิดเหตุภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **บริการสุขภาพที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก ๆ** ได้แก่ บริการด้านสุขภาพที่สามารถจัดการกับสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเจ็บป่วยเกินปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้บริการจะแตกต่างกันไปตามบริบท เช่น ประเภทและระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ หากเป็นไปได้ ควรกำหนดลำดับความสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ว่ามีประโยชน์ เมื่อใดที่อัตราการตายลดลงจนใกล้ระดับก่อนเกิดภัยพิบัติ จึงเริ่มทยอยจัดให้มีบริการด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ครบวงจรมากขึ้น (ดูมาตรฐานหลัก 4)
2. **การเข้าถึงบริการสุขภาพ** ควรเป็นไปตามหลักความเท่าเทียม (equity) และความเป็นธรรม (impartiality) เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ในทางปฏิบัติ ตำแหน่งที่ตั้งสถานบริการและการจัดสรรบุคลากรให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและครอบคลุม การวางแผนการให้บริการ ควรคำนึงถึงกลุ่มเปราะบางซึ่งอาจมีความต้องการจำเพาะและมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้วย เช่น อุปสรรคทางร่างกาย การเงิน พฤติกรรม และ/หรือวัฒนธรรม และอุปสรรคด้านการสื่อสาร ควรระบุและจัดการแก้ไขอุปสรรคต่างๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (ดูมาตรฐานหลัก 3 และหลักการคุ้มครอง 2)
3. **อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ และอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี** อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบเป็นดัชนีชี้วัดทางสุขภาพที่มีประโยชน์ที่สุดในการติดตามและประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยหากอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ สูงกว่า 2 เท่าในช่วงก่อนเกิดเหตุ แสดงว่า เกิดเหตุฉุกเฉินทางสาธารณสุขขึ้น และจำเป็นต้องมีการตอบสนองโดยทันที หากไม่ทราบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบในช่วงก่อนเกิดเหตุ (หรือข้อมูลไม่น่าเชื่อถือ) ให้กำหนดเป้าหมายของอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบในระดับต่ำกว่า 1 ราย/ประชาชน 10,000 คน/วัน

อัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นดัชนีชี้วัดที่มีความละเอียดอ่อนกว่าการใช้อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ หากไม่ทราบอัตราการเสียชีวิตในสภาวะปกติหรือตัวเลขไม่น่าเชื่อถือ ให้กำหนดเป้าหมายของอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระดับต่ำกว่า 2 ราย/ประชากร 10,000 คน/วัน (ดูภาคผนวก 3 สูตรคำนวณดัชนีชี้วัดหลักด้านสุขภาพ (Formulas for calculating key health indicators))

ข้อมูลการเสียชีวิตพื้นฐานสำหรับอ้างอิง (baseline reference mortality data) แยกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	อัตราเสียชีวิต หยาบ (CMR) (จำนวนการ เสียชีวิต/10,000 คน/วัน)	ขีดจำกัด CMR ที่ ภาวะฉุกเฉิน	อัตราการเสียชีวิตในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี U5MR (การเสียชีวิต/10,000 คน/วัน)	ขีดจำกัดอัตรา เสียชีวิตในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี U5MR ที่ ภาวะฉุกเฉิน
ทวีปแอฟริกาใต้ทะเลทรายซาฮารา	0.41	0.8	1.07	2.1
ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ	0.16	0.3	0.27	0.5
เอเชียใต้	0.22	0.4	0.46	0.9
เอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิก	0.19	0.4	0.15	0.3
ละตินอเมริกาและทะเลแคริบเบียน	0.16	0.3	0.15	0.3
ยุโรปกลางและยุโรปตะวันออก กลุ่ม ประเทศมริฐเอกราช และรอบทะเลบอลติก	0.33	0.7	0.14	0.3
ประเทศพัฒนาแล้ว (Industrialised countries)	0.25	0.5	0.03	0.1
ประเทศกำลังพัฒนา (Developing countries)	0.22	0.4	0.44	0.9
ประเทศกลุ่มพัฒนาน้อยที่สุด (Least developed countries)	0.33	0.7	0.82	1.7
ทั่วโลก	0.25	0.5	0.4	0.8

แหล่งข้อมูล: UNICEF, State of the World's Children 2552 (ข้อมูลในปี พ.ศ. 2550)
U5MR อัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อ

เมื่อเกิดภัยพิบัติ โรคติดต่อทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตได้มาก ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ร้อยละ 60 ถึง 90 เป็นการเสียชีวิตจากโรคติดต่อ 4 ชนิดหลัก ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน (acute respiratory infections) ท้องร่วง (diarrhea) หัด (measles) และมาลาเรีย (หากเป็นแหล่งที่มีการแพร่ระบาดเดิม) ภาวะทุพโภชนาการทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระยะแรกของภัยพิบัติ การระบาดของโรคติดต่อยังไม่เป็นปัญหา แต่เมื่อมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การพลัดถิ่นของประชากร การอยู่รวมกันอย่างแออัด ที่พักอาศัยไม่เพียงพอ น้ำอุปโภคบริโภคที่ไม่สะอาดและไม่เพียงพอ และการดูแลสุขภาพอนามัยไม่เพียงพอจะทำให้เกิดการระบาดขึ้น



มาตรฐานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อ มาตรฐานที่ 1 การป้องกันโรคติดต่อ

ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการที่ได้รับการออกแบบสำหรับป้องกันโรคติดต่อที่มักเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมากกว่าปกติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ พัฒนาและจัดมาตรการป้องกันโรคทั่วไป โดยประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ปฏิบัติตามวิธีการควบคุมพาหะนำโรคมalaria เร็ว ไข่เลือดออก และโรคติดต่อโดยมีแมลงเป็นพาหะอื่นๆ อย่างเหมาะสม ตามการระบาดในพื้นที่ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2-3)
- ▶ ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันเฉพาะโรค เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดตามข้อบ่งชี้ (ดู บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – มาตรฐาน อนามัยเด็ก 1)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ อุบัติการณ์ของโรคติดต่อที่พบบ่อย (ขึ้นกับบริบท) คงที่ (ไม่เพิ่มขึ้น)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. มาตรการป้องกันทั่วไป เช่น การเลือกสถานที่ที่เหมาะสม การจัดหาน้ำสะอาดและระบบสุขาภิบาลที่เหมาะสม จัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานที่ดูแลสุขภาพอนามัย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคใดๆ โดยเฉพาะ การมีแหล่งอาหารที่เพียงพอและปลอดภัย การป้องกันตัวเองและควบคุมพาหะนำโรค สุขศึกษาชุมชนและการขับเคลื่อนสังคม ซึ่งควรพัฒนาการดำเนินงานดังกล่าวร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ ได้แก่
 - ที่พักพิง - ให้มีจำนวนเพียงพอ มีระยะห่างระหว่างหน่วย มีอากาศถ่ายเทเพียงพอ มีการป้องกันไม่ให้มีแมลงรบกวน และอยู่ห่างจากแหล่งน้ำขัง แต่อยู่ใกล้กับจุดบริการน้ำและห้องสุขาอย่างเพียงพอ (ดูมาตรฐานที่พักอาศัย 1-3 และมาตรฐานเครื่องอุปโภค 2)
 - น้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัย - ให้มีน้ำอุปโภคบริโภคที่สะอาด มีส้วมใช้อย่างเพียงพอ และมีการส่งเสริมสุขอนามัย (ดูมาตรฐานการส่งเสริมสุขอนามัย 1-2 มาตรฐานเรื่องน้ำ 1-3 และมาตรฐานการกำจัดสิ่งปฏิกูล 1-2)
 - สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะอย่างปลอดภัย และการควบคุมพาหะนำโรค (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2-3 เรื่องมาตรฐานที่พักอาศัย 4 และมาตรฐานการควบคุมพาหะนำโรค 1-3 มาตรฐานการจัดการขยะ 1 และมาตรฐานการระบายน้ำ 1)

- ความมั่นคงทางอาหาร โภชนาการ และการให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร - การเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอ และการจัดการภาวะขาดสารอาหาร (ดูมาตรฐานการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก 1-2 การจัดการภาวะขาดสารอาหารชนิดเฉียบพลันและการขาดวิตามินและเกลือแร่ 1-3 และมาตรฐานความมั่นคงทางอาหาร 1)
- สุขศึกษา และการขับเคลื่อนทางสังคม - พัฒนาการสื่อสารเพื่อให้ดำเนินมาตรการป้องกันต่างๆ ด้านบนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การป้องกันโรคมาลาเรีย ดำเนินการป้องกันโรคมาลาเรียโดยพิจารณาตาม ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ระยะเวลาหลังเกิดเหตุการณ์ การย้ายถิ่นของประชากร ชนิดของที่พักอาศัยและพฤติกรรมของพาหะนำโรคในพื้นที่เกิดโรคมาลาเรีย ทั้งนี้ มาตรการควบคุมพาหะนำโรค เช่น การพ่นยาฆ่าแมลงในสถานที่ปิด (indoor residual spraying - IRS) การแจ่มชุบยาฆ่าแมลงที่ออกฤทธิ์ได้นาน (long-lasting insecticide-treated nets - LLINs) ควรเป็นไปตามการประเมินทางวิทยาศาสตร์และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยต้องมีความครอบคลุมของการพ่นยาอย่างน้อยร้อยละ 80 ของที่พักอาศัยทั้งหมดเพื่อให้ได้ผล ส่วนมุ้งชุบยาเป็นเครื่องมือป้องกันส่วนบุคคลในระยะยาวและเป็นมุ้งชนิดมาตรฐานที่ใช้กันมากที่สุด และไม่แนะนำให้แจกจ่ายมุ้งที่ยังไม่ได้ชุบยา (ดูมาตรฐานเครื่องมืออุปโภค 2 และมาตรฐานการควบคุมพาหะนำโรค 1-3)

การจัดลำดับความสำคัญในการแจกจ่ายมุ้งชุบยาไปยังกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาหลังการเกิดเหตุภัยพิบัติและระดับการแพร่เชื้อมาลาเรีย ในช่วงแรกที่เกิดเหตุภัยพิบัติในพื้นที่ที่มีการแพร่กระจายของเชื้อมาลาเรียสูงถึงปานกลาง ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้อยู่ในภาวะขาดสารอาหารรุนแรงและสมาชิกในครัวเรือน หญิงมีครรภ์ และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ส่วนกลุ่มที่มีความสำคัญในลำดับถัดไป ได้แก่ ประชาชนที่อยู่ในโครงการให้อาหารเสริม (supplementary feeding programmes) เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและสมาชิกในครัวเรือนที่มีหญิงมีครรภ์และเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จากนั้นจึงจะแจกจ่ายให้ประชาชนทั้งหมดที่มีความเสี่ยง ในพื้นที่ที่มีการแพร่กระจายของเชื้อต่ำ ในช่วงแรกของการเกิดเหตุภัยพิบัติควรนำมุ้งชุบยามาใช้ในสถานบริการด้านสุขภาพ

3. การป้องกันโรคไข้เลือดออก การควบคุมพาหะนำโรค (ลูกน้ำยุงลาย และยุงตัวเต็มวัย) เป็นวิธีการหลักของการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยควรกำหนดทิศทางกิจกรรมจากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (surveillance data) ในเรื่องการกระจายตัวของผู้ติดเชื้อ และความหนาแน่นของพาหะนำโรค และต้องตั้งเป้าหมายไปที่แหล่งเพาะพันธุ์ที่มีปัญหามากที่สุด ในเมือง ยุงลาย (*Aedes sp.*) จะขยายพันธุ์ในภาชนะที่มีน้ำและแหล่งน้ำขังอื่นๆ (ถ้วยพลาสติก ยางรถที่ไม่ใช้แล้ว เศษขวดใส่ น้ำ กระถางต้นไม้) ซึ่งการเทน้ำออกจากภาชนะและเอาภาชนะออกไปเป็นวิธีการลดจำนวนแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ได้ผลที่สุด ประชาชนที่ได้รับผลกระทบควรได้รับแจกภาชนะใส่ น้ำที่มีฝาปิด น้ำที่เก็บไว้ในบ้านควรมีฝาปิดตลอดเวลา และควรทำความสะอาดและขัดภาชนะใส่ น้ำทุกสัปดาห์



นอกจากนี้ การใส่สารฆ่าลึกลงน้ำลงลายลงไปใต้อาบน้ำและการพ่นยากันยุงเพื่อลดจำนวนยุง ก็เป็นวิธีที่ได้ผลเช่นกัน และควรส่งเสริมมาตรการป้องกันส่วนบุคคลร่วมด้วย (ดูมาตรฐานเครื่องอุปโภค 2 และมาตรฐานการควบคุมพาหะนำโรค 1-3)

มาตรฐานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อ มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยและจัดการโรค

ประชาชนเข้าถึงบริการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมากกว่าปกติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ พัฒนาคำแนะนำด้านสุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนตื่นตัวและรีบพบแพทย์เมื่อมีอาการไข้ ไอ ถ่ายเหลว ฯลฯ
- ▶ จัดบริการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพมูลฐานทั้งหมด ตามมาตรฐานขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย (standard case management protocol) หรือการดูแลผู้ป่วยเด็กแบบบูรณาการ (Integrated Management of Childhood Illness - IMCI) และการดูแลผู้ใหญ่แบบบูรณาการ (Integrated Management of Adult Illness) และมีการส่งต่อผู้ป่วยหนักเพื่อรับการรักษา (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดให้มีขั้นตอนการปฏิบัติ (protocols) ในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage) โดยให้มีการวินิจฉัยและการดูแลโรคต่างๆ อย่างรวดเร็ว เช่น ปวดบวม มาลาเรีย สิ่งขับถ่ายร่วง หัด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะขาดสารอาหาร และอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้ขั้นตอนการรักษาดังกล่าว (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2-3 และบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – มาตรฐานอนามัยเด็ก 2)
- ▶ นำเอาแผนงานควบคุมโรคมาใช้ก็ต่อเมื่อเข้าเกณฑ์ข้อบังคับที่เท่านั้น (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน (standardised case management protocols) เพื่อใช้สำหรับการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อที่พบบ่อย ซึ่งต้องพร้อมใช้ทันทีและตลอดเวลา (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1-3 และมาตรฐานระบบสุขภาพ 1)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบบูรณาการ (Integrated Management of Childhood Illness - IMCI) และการดูแลผู้ใหญ่แบบบูรณาการ (Integrated Management of Adult Illness - IMAI)

การเสียชีวิตจากโรคติดต่อสามารถลดลงได้จากการวินิจฉัยที่รวดเร็วแม่นยำ และการรักษาที่ถูกต้อง การใช้แนวทาง การดูแลผู้ป่วยเด็กแบบบูรณาการ และการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่แบบบูรณาการ (ในกรณีที่ทำได้) หรือระบบการวินิจฉัยระดับชาติอื่นๆ มีความสำคัญต่อการคัดกรองผู้ป่วยอาการฉุกเฉิน (triage) ช่วยแยกโรคตามชนิดและความรุนแรง และช่วยในการจัดการรักษาที่เหมาะสม การมีสัญญาณอันตราย (danger sign) ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีหอผู้ป่วยใน ทั้งนี้ มาตรฐานขั้นตอนการจัดการกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยให้มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ดูเรื่องบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – มาตรฐานอนามัยเด็ก 2)

2. **โรคปอดบวม** หลักสำคัญที่จะช่วยลดการเสียชีวิตจากปอดบวม คือการให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานโดยทันที เช่น ยาอะม็อกซิซิลิน ตามแนวทางปฏิบัติของประเทศ ในกรณีเป็นปอดบวมรุนแรง ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และรับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ
3. **โรคมาลาเรีย** การควบคุมมาลาเรียให้ได้ผล ผู้ป่วยต้องเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพให้เร็วที่สุด ในพื้นที่แหล่งมาลาเรีย ต้องมีระบบการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วให้ได้ผลภายใน 24 ชั่วโมง หลังพบว่าผู้ป่วยมีไข้ และให้การรักษาดวยยาที่ได้ผล โดยทั่วไปแล้ว การรักษามาลาเรียที่เกิดจากเชื้อ *falciparum* จะใช้ยาหลายชนิด ซึ่งจะต้องมียาในกลุ่ม Artemisinin (Artemisinin-based combination therapies-ACTs) ร่วมด้วย ทั้งนี้ การกำหนดชนิดยาควรปรึกษาหน่วยงานแกนนำด้านสุขภาพ และงานควบคุมมาลาเรียของประเทศ ถ้าเป็นไปได้ควรให้ยารักษาหลังจากยืนยันการวินิจฉัยด้วยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (ด้วยชุดวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว หรือจากการส่องกล้องจุลทรรศน์) แต่หากการวินิจฉัยล่าช้า ควรให้การรักษาไปก่อน
4. **การควบคุมวัณโรค** หากควบคุมวัณโรคได้ไม่ดี อาจส่งผลเสียเนื่องจากจะทำให้มีระยะแพร่กระจายยาวนานขึ้น มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคชนิดคือยาหลายขนาน (multidrug-resistant bacilli) การจัดการผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายบุคคลอาจพอทำได้ในช่วงภัยพิบัติ แต่การจะเปิดศูนย์ควบคุมวัณโรคแบบครบวงจรจะทำก็ต่อเมื่อมีความพร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เท่านั้น คือ หน่วยงานนั้นมีความตั้งใจและมีทรัพยากร ประชาชนในพื้นที่อยู่ในสภาพคงที่เป็นเวลาอย่างน้อย 12-15 เดือน และต้องมั่นใจว่าจะสามารถดำเนินแผนงานที่มีคุณภาพได้ ทั้งนี้ ควรดำเนินงานร่วมกับงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และมีการปฏิบัติตามยุทธศาสตร์การรักษา แบบ DOTS (Directly-Observed Therapy, Short-course)

ช่วงที่เกิดภัยพิบัติระยะแรก จะพบปัญหาการขาดช่วงของการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงวัณโรค ดังนั้น จึงควรมีความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างผู้ปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน และงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่มีอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาอยู่เดิมยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่อง (ดูเรื่องบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - มาตรฐานด้านโรคไม่ติดต่อ 1)



มาตรฐานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อ มาตรฐานที่ 3 การตรวจพบการระบาดและการตอบสนองการระบาด

มีการเตรียมพร้อมรับการระบาดของโรค ตรวจพบอย่างรวดเร็ว สอบสวน และควบคุมการระบาดอย่างทันที่ทั้งที่และมีประสิทธิภาพ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

การตรวจพบว่ามีการระบาด

- ▶ ให้มีระบบเฝ้าระวังและการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าเมื่อมีการระบาด และระบบตอบสนอง (EWARN หรือ early warning surveillance and response system) อาศัยการประเมินความเสี่ยงของโรคติดต่ออย่างครบวงจร โดยระบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสารสนเทศทางสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1 มาตรฐานระบบสุขภาพ 5)
- ▶ อบรมบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานอนามัยชุมชนให้ทราบลักษณะของโรคระบาดและรายงานหากสงสัยว่าเกิดโรคระบาด
- ▶ ให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายแก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการของโรคที่อาจเกิดการระบาดได้ รวมถึงสถานที่ที่แนะนำให้ติดต่อเพื่อขอรับความช่วยเหลือ

การเตรียมรับมือ

- ▶ จัดทำแผนการสอบสวนและการตอบสนองต่อการระบาดของโรค (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ จัดการให้มีขั้นตอนการปฏิบัติงาน (protocol) การสอบสวนและควบคุมโรคติดต่อที่พบได้บ่อย รวมถึงขั้นตอนการรักษาและเผยแพร่ขั้นตอนดังกล่าวไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ▶ จัดการให้มีครุภัณฑ์สำรองไว้สำหรับโรคที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ (priority diseases) (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ ระบุไว้ล่วงหน้าว่าจะใช้สถานที่ใดสำหรับแยกผู้ป่วยและให้การรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น ศูนย์รักษาอหิวาตกโรค
- ▶ ระบุห้องปฏิบัติการ ทั้งในระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และระดับชาติ หรือห้องปฏิบัติการในต่างประเทศที่สามารถให้บริการตรวจเพื่อยืนยันการระบาดได้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับเก็บตัวอย่างและเพาะเชื้อสำหรับเชื้อโรคที่มีโอกาสสูงในการเกิดการระบาดเฉียบพลัน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)

การควบคุม

- ▶ บรรยายการเกิดการระบาด ตามเวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุตัวผู้มีความเสี่ยงสูง และปรับมาตรการควบคุมโรคได้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 6-8)
- ▶ ดำเนินมาตรการควบคุมที่จำเพาะกับโรคและบริบทนั้นๆ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 9)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ มีการเขียนแผนการสอบสวนและตอบสนองต่อการระบาดของโรค หรือพัฒนาแผนดังกล่าวขึ้น ตั้งแต่ช่วงแรกของการตอบสนองต่อภัยพิบัติ
- ▶ หน่วยงานด้านสุขอนามัยรายงานการเกิดโรคระบาดไปยังหน่วยงานระดับถัดไปอย่างเหมาะสม ภายใน 24 ชั่วโมงหลังตรวจพบรายงานผู้ป่วย
- ▶ หน่วยงานแกนนำด้านสุขภาพ เริ่มการสอบสวนโรคระบาดตามที่ได้รับรายงาน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังได้รับรายงาน
- ▶ อัตราการเสียชีวิตต่อผู้ติดเชื้อทั้งหมด (case fatality rates หรือ CFRs) ไม่เกินระดับที่กำหนด คือ
 - อหิวาตกโรคร้อยละ 1
 - ท้องร่วงจากเชื้อชิเกลลา (Shigella dysentery) ร้อยละ 1
 - ไทฟอยด์ร้อยละ 1
 - โรคไขก้างหลังแอ่น (Meningococcal meningitis) ประมาณร้อยละ 5-15
 - มาลาเรีย ไม่นานจน ตั้งเป้าให้ ต่ำกว่าร้อยละ 5 ในผู้ป่วยอาการรุนแรง
 - หัด (measles) ไม่นานจนพบร้อยละ 2-21 ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งและตั้งเป้าให้ต่ำกว่าร้อยละ 5 (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 10)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. มีระบบเฝ้าระวังและการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าเมื่อมีการระบาด องค์ประกอบหลักของระบบดังกล่าว เช่น
 - มีเครือข่ายภาคีร่วมปฏิบัติงาน
 - มีการดำเนินการทั้งในสถานบริการด้านสุขภาพ และในชุมชน หากทำได้
 - มีการประเมินความเสี่ยงแบบครบวงจรสำหรับโรคที่มีโอกาสเกิดการระบาดได้ทั้งหมด
 - หลังจากประเมิน ให้ระบุโรคที่ควรเฝ้าระวังเป็นลำดับแรกจำนวน 10-12 รายการ เพื่อทำการเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์ และระบุโรคที่ต้องรายงานเร่งด่วน ('alert' reporting) (ดูภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์)
 - มีนิยามที่ชัดเจนสำหรับแต่ละโรคหรือสภาวะ ในแบบรายงานการเฝ้าระวังโรคมาตรฐาน
 - กำหนดเกณฑ์ที่ต้องมีการแจ้งเตือน (alert thresholds) สำหรับโรคหรืออาการที่มีความสำคัญเป็นลำดับแรกๆ เพื่อเริ่มการสอบสวนโรค



- มีการสื่อสารที่ดีเพื่อให้การรายงานต่อผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งแบบเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ (เช่น การบอกกล่าวด้วยวาจา การรายงานผ่านสื่อ ฯลฯ)
 - มีระบบบันทึกและตอบสนองสำหรับการแจ้งเตือนอย่างฉับพลัน (immediate alerts)
 - มีการรายงานข้อมูล และป้อนข้อมูลลงฐานข้อมูลมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลทุกสัปดาห์
 - แจ้งผลการเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์ และการแจ้งเตือนฉับพลัน (immediate alert) กลับไปยังภาคีทุกองค์กร
 - มีกลไกควบคุมการรายงานข้อมูลที่มีคุณภาพ ทันเวลา และครบถ้วน
 - มีวิธีและแบบการสอบสวนรายบุคคลที่เป็นมาตรฐาน
 - มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน สำหรับการแบ่งปันข้อมูลและเริ่มการตอบสนองต่อการระบาด
2. แผนการสอบสวนและความคุ้มครองโรคระบาด โดยผู้มีส่วนร่วม (stakeholders) ทั้งหมดต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยควรวางแผนการจัดการเรื่องต่อไปนี้:
- เกณฑ์การตัดสินใจว่าจะเรียกประชุมทีมควบคุมโรคระบาดที่ใดเมื่อมีการระบาด
 - องค์ประกอบของทีมควบคุมโรคระบาด
 - บทบาทและความรับผิดชอบเฉพาะขององค์กรและตำแหน่งต่างๆ ในทีม
 - การจัดการ เรื่องการปรึกษาและแบ่งปันข้อมูลในระดับพื้นที่และระดับชาติ
 - ทักษะการและอุปกรณ์ต่างๆ ในการสอบสวนและตอบสนองต่อการระบาด
 - รายการยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือในการวินิจฉัยที่จำเป็น
3. ครุภัณฑ์สำรอง ในสถานปฏิบัติงาน ควรมีครุภัณฑ์ที่ตอบสนองในกรณีเกิดโรคระบาด เช่น ชุดรักษาโรคท้องร่วงหรือหิวตกโรคที่มีการเตรียมไว้ก่อนแล้ว (pre-packaged kit) การตอบสนองต่อโรคอื่นๆ ที่อาจไม่เหมาะต่อการเก็บไว้ที่สถานปฏิบัติงาน เช่น วัคซีนโรคไข้กาฬหลังแอ่น จะต้องมีกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถจัดหา ส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งวิธีการเก็บรักษาที่มีประสิทธิภาพ
4. ห้องปฏิบัติการอ้างอิง ห้องปฏิบัติการอ้างอิงมีประโยชน์ในการช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคที่สงสัยว่าเกิดการระบาดและอาจต้องมีการให้วัคซีนหมู่ (mass immunisation) เช่น โรคไข้กาฬหลังแอ่นหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ meningococcus หรือในกรณีที่ผลการเพาะเชื้อ และการทดสอบการดื้อยาปฏิชีวนะ อาจมีผลต่อการตัดสินใจ เช่น โรคท้องร่วงจากเชื้อ shigellosis ทั้งนี้ควรระบุห้องปฏิบัติการอ้างอิง (ทั้งในระดับภูมิภาค และระดับสากล) ที่สามารถทำการทดสอบด้วยวิธีซับซ้อน เช่น การวินิจฉัยโรคจากการตรวจเลือดด้วยวิธีทางซีโรโลยี สำหรับวินิจฉัยโรคหัดไข้เหลือง ไข้เลือดออก และโรคเลือดออกจากเชื้อไวรัสอื่นๆ (Viral haemorrhagic fever)
5. อาหารเลี้ยงเชื้อ และชุดทดสอบแบบรวดเร็ว ในสถานปฏิบัติงานควรมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง (เช่น rectal swab) และอาหารเลี้ยงเชื้อ (เช่น Cary-Blair media สำหรับเพาะเชื้ออหิวาห์

เชื้อ Shigella เชื้อ E. coli และเชื้อ Salmonella) และอุปกรณ์รักษาความเย็นขณะขนส่ง นอกจากนี้ หากมีชุดทดสอบแบบรวดเร็ว (rapid test) ที่สามารถใช้คัดกรองโรคติดต่อต่างๆ ในภาคสนาม เช่น มาลาเรีย และไข้กาฬหลังแอ่น ก็จะมีประโยชน์มาก

6. การสอบสวนการระบาด (Outbreak investigation) มี 10 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. เริ่มมีหลักฐานว่าอาจมีการระบาด
2. ยืนยันว่ามี การระบาด
3. นิยามผู้ป่วยติดเชื่อ
4. นับจำนวนผู้ป่วยติดเชื่อ
5. เก็บข้อมูลระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ได้แก่ เวลา บุคคล สถานที่
6. ระบุในกลุ่มเสี่ยง
7. ตั้งสมมติฐานที่อธิบายการได้รับความเสี่ยงและการเกิดโรค
8. ประเมินข้อสมมติฐาน
9. แจ้งผลการสอบสวน
10. ดำเนินการตามมาตรการควบคุม

ขั้นตอนเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับ เพราะมาตรการควบคุมควรกระทำโดยเร็วที่สุด

7. การยืนยันการเกิดการระบาด การระบุว่ามี การระบาด ไม่ได้มีความชัดเจนเสมอไปและอาจไม่มีนิยามชัดเจนสำหรับทุกโรค อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ที่กำหนดสำหรับบางโรคมีดังต่อไปนี้

- โรคที่มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวก็ถือว่าเป็นเกิดการระบาด เช่น อหิวาตกโรค โรคหัด ไข้เหลือง และโรคไข้เลือดออกที่เกิดจากไวรัสอื่นๆ (Viral haemorrhagic fevers)
- โรคบางโรคควรสงสัยว่าเกิดการระบาด หากจำนวนผู้ป่วย ติดเชื้อ หรือจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค สูงกว่าจำนวนที่คาดการณ์ไว้ หรือมีค่าเป็น 2 เท่า ของค่าเฉลี่ยในแต่ละสัปดาห์ เช่น โรคท้องร่วงจากเชื้อ Shigellosis ทั้งนี้หากโรคนี้เกิดในพื้นที่ที่อัตราการเกิดโรคต่ำและในค่ายผู้ลี้ภัย หากพบผู้ป่วยเพียงรายเดียวก็ควรสงสัยว่าจะเกิดการระบาดขึ้นได้
- มาลาเรีย – นิยามการระบาดของมาลาเรียจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น หากพบจำนวนผู้ป่วยติดเชื่อมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ในช่วงเวลาเดียวกันของปีของกลุ่มประชากรและพื้นที่นั้นๆ ก็อาจถือว่าการระบาดขึ้นได้ หากไม่มีข้อมูลในอดีต อาจดูสัญญาณเตือนอื่นๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยมาลาเรียในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไข้ในช่วงสองสัปดาห์ก่อนหน้า หรือการพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (case fatality rate) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา
- โรคไข้กาฬหลังแอ่น (meningococcal meningitis) - ในพื้นที่ที่พบไข้กาฬหลังแอ่น ควรจะมีผู้ป่วยไม่เกิน 15 ราย/ประชากร 100,000 คน/สัปดาห์ ในพื้นที่ที่มีประชากร 30,000 คนขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการระบาด ได้แก่ พื้นที่ที่ไม่มี การระบาดเลยมากกว่า 3 ปีขึ้นไป และความครอบคลุมของวัคซีนน้อยกว่าร้อยละ 80 อาจใช้เกณฑ์ที่ต่ำลงเป็น



- 10 ราย/ประชากร 100,000 คน/สัปดาห์ สำหรับในพื้นที่ที่ประชากรน้อยกว่า 30,000 คน การพบผู้ป่วย 5 รายต่อสัปดาห์ หรือการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเป็นสองเท่าในช่วงเวลา 3 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการระบาด ส่วนในพื้นที่ค่ายผู้พลัดถิ่น การพบผู้ป่วย 1-2 รายในหนึ่งสัปดาห์ ถือว่าเกิดการระบาดขึ้นแล้ว
- โรคไขเลือดออก – ผู้ป่วยซึ่งมีไข้สูง 3-5 วัน มีค่า IgG เพิ่มขึ้น (จากการทดสอบแบบ paired testing ของตัวอย่างซีรัมที่เก็บสองครั้งติดกัน) และมีเกล็ดเลือดลดลง (ต่ำกว่า 20,000) หากพบจำนวนผู้ป่วยที่มัตวลักษณะดังกล่าวมากขึ้นในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ถือว่าเกิดการระบาดขึ้นแล้ว
- 8. การตอบสนองต่อการระบาด** องค์ประกอบหลักของการตอบสนองต่อการระบาด ได้แก่ การประสานงาน การจัดการผู้ป่วย การเฝ้าระวังและระบาดวิทยา งานห้องปฏิบัติการ และมาตรการป้องกันเฉพาะ เช่น การปรับปรุงน้ำและสุขาภิบาลซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดโรค การสื่อสารเรื่องความเสี่ยง การเคลื่อนไหวทางสังคม ความสัมพันธ์กับสื่อ และการจัดการข้อมูลข่าวสาร งานโลจิสติกส์ และงานด้านความปลอดภัย
- 9. มาตรการควบคุม** ความรู้เกี่ยวกับเชื้อโรคช่วยให้สามารถวางมาตรการควบคุมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ โดยทั่วไป การดำเนินงาน ได้แก่ การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์และ/หรือป้องกันการได้รับเชื้อ (เช่น การปรับปรุงแหล่งน้ำเพื่อป้องกันอหิวาตกโรค) การยับยั้งการแพร่เชื้อ และ/หรือการป้องกันการติดเชื้อ (เช่น การฉีดวัคซีนหมู่เพื่อป้องกันโรคหัด หรือการใช้มุ้งชุบยาเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย) และการเสริมกลไกป้องกันตัวของ ผู้ป่วย (เช่น การวินิจฉัยโรคและรักษาที่รวดเร็ว หรือการให้ยาป้องกัน (chemoprophylaxis) (ดูมาตรฐานระบบสุขภาพ 5 มาตรฐานแหล่งน้ำ 1-2 มาตรฐานการส่งเสริมสุขอนามัย 1-2 และมาตรฐานการควบคุมพาหะนำโรค 1-3)
- 10. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย** อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยของโรคติดต่อขึ้นกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพและความรวดเร็วในการจัดการกับผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้ว ตั้งเป้าที่จะลดอัตราการเสียชีวิตในลักษณะนี้ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยหากค่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าระดับน้อยที่สุดที่คาดหวัง ควรมีการประเมินมาตรการควบคุมที่มีอยู่โดยทันที และดำเนินการแก้ไข

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - งานอนามัยเด็ก

ในช่วงที่เกิดภาวะฉุกเฉิน เด็กมีความเสี่ยงมากเป็นพิเศษต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่มากกว่าปกติ การช่วยเหลือต้องคำนึงถึงความต้องการเฉพาะทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการจัดการกับสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ซึ่งได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน โรคหัด โรคขาดสารอาหาร และความเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - งานอนามัยเด็ก มาตรฐานที่ 1 การป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

เด็กอายุ 6 เดือนถึง 15 ปี มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัด และสามารถเข้าถึงงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Programme on Immunization หรือ EPI) ทันทูที่สถานการณั้ดังกล่าว

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ เมื่อเริ่มเกิดเหตุภัยพิบัติ ให้รีบประเมินอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโรคหัด ในกลุ่มเด็กอายุ 9 เดือนถึง 15 ปี เพื่อประมาณความเสี่ยงต่อการระบาดของโรค (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ หากความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัดน้อยกว่าร้อยละ 90 หรือไม่ทราบอัตราดังกล่าว ให้จัดโครงการฉีดวัคซีนหมู่ ป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 15 ปี พร้อมให้วิตามินเอ แก่เด็กอายุ 6-59 เดือนด้วย (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1-2)
- ▶ หากที่เคยได้รับวัคซีนหัดในช่วงอายุระหว่าง 6-9 เดือนทุกคน ให้ฉีดวัคซีนโรคหัดซ้ำอีกครั้งเมื่อมีอายุ 9 เดือน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ หากประชากรมีการย้ายเข้าออกหรือพลัดถิ่น ต้องแน่ใจว่าเด็กที่เข้ามาใหม่ที่มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 15 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดอย่างน้อยร้อยละ 95 ของจำนวนเด็กที่เข้ามา
- ▶ เมื่อสถานการณ์หลังภัยพิบัติดีขึ้น ควรรีบดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) สำหรับโรคหัดและโรคอื่นๆ ที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนขึ้นมาอีกครั้ง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด
 - เด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 15 ปี อย่างน้อยร้อยละ 95 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
 - เด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 59 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 95 ได้รับวิตามินเอ ในขนาดที่เหมาะสม
- ▶ เมื่องานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกลับมาดำเนินการอีกได้ครั้ง เด็กอายุ 12 เดือนอย่างน้อยร้อยละ 90 ต้องได้รับวัคซีน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครบ 3 ครั้ง (ใช้เกณฑ์นี้เป็นตัวบ่งชี้ของการได้รับวัคซีนครบถ้วน)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. อัตราความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัด ทบทวนข้อมูลอัตราความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ในช่วงห้าปีก่อนเกิดภัยพิบัติ และ/หรือหากมีการจัดโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดในช่วง 12 เดือนก่อนหน้านั้น และพบว่ามีความครอบคลุมในเด็กอายุ 9 เดือนถึง 5 ปี ตั้งแต่ร้อยละ



ละ 90 ขึ้นไป ถือว่ามีความครอบคลุมเพียงพอที่จะป้องกันการระบาด หากอัตราความครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 90 หรือไม่ทราบแน่ชัด หรือไม่แน่ใจ ควรจัดโครงการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการระบาดของโรค

2. **ช่วงอายุใดที่ควรได้รับการฉีดวัคซีนโรคหัด** เด็กโตบางคนอาจได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนส่งผลให้เด็กโตเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อโรคหัด แม้อาการในเด็กโตจะไม่รุนแรงแต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ทารกและเด็กเล็กได้ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัดสูงกว่า ดังนั้น หากความครอบคลุมวัคซีนไม่เพียงพอ แนะนำให้ฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง 15 ปี หากพื้นที่นั้นมีทรัพยากรจำกัด ควรให้ความสำคัญกับเด็กเล็กโดยเน้นที่เด็กอายุระหว่าง 6 - 59 เดือนก่อน โดยควรให้ฉีดทุกรายแม้ว่าบางรายอาจเคยได้รับวัคซีนหัดมาก่อนแล้วก็ตาม
3. **การฉีดวัคซีนโรคหัดซ้ำในเด็กอายุ 6-9 เดือน** ดังที่กล่าวไปข้างต้น เด็กอายุ 6-9 เดือนทุกคน แม้เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดแล้ว ควรได้รับวัคซีนโรคหัดเพิ่มอีก 1 เข็ม เมื่ออายุครบ 9 เดือน ทั้งนี้ควรทิ้งระยะห่างระหว่างเข็มก่อนหน้าอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้ภูมิคุ้มกันต่อโรคดีกว่าการฉีดกระตุ้นเกินไป
4. **การฟื้นฟูแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ** ขณะที่เตรียมโครงการฉีดวัคซีนหมู่ป้องกันโรคหัด ก็ควรมีการวางแผนเพื่อฟื้นฟูแผนงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนที่รับผิดชอบระดับประเทศ การฟื้นฟู แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนอกจากจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัด คอตีบ ไอกรนแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้อีกด้วย

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - งานอนามัยเด็ก มาตรฐานที่ 2 การดูแลทารกแรกเกิดและผู้ป่วยเด็ก

เด็กสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามลำดับความสำคัญอย่างเป็นขั้นตอนโดยเน้นการจัดการกับสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและเด็ก

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ออกแบบวิธีการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาที่กระตุ้นให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบมาติดต่อสถานบริการสุขภาพแต่เนิ่นๆ เมื่อทารกแรกเกิดมีอาการป่วย (ไข้ ไอ ท้องเสีย ฯลฯ) ในการออกแบบควรคำนึงถึงเด็กที่ไม่มีผู้ใหญ่ดูแลด้วย (ดูมาตรฐานระบบสุขภาพ 1 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ จัดให้มีการดูแลที่จำเป็นสำหรับทารกแรกเกิดทุกคนตามแนวทางปฏิบัติของการผดุงครรภ์และทำคลอดแบบบูรณาการเท่าที่จะเป็นไปได้ (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth หรือ IMPAC guidelines) (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)

- ▶ จัดบริการสุขภาพสำหรับเด็กในสถานบริการระดับมูลฐานทุ่งแห่ง โดยใช้ข้อกำหนดที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศ หรือแนวทาง การดูแลความเจ็บป่วยในเด็กแบบบูรณาการ (Integrated Management of Childhood Illness หรือ IMCI) และควรให้เด็กที่ป่วยหนักได้รับการดูแลในโรงพยาบาล (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ จัดระบบประเมินและระบบคัดกรอง ณ แผนกฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐานในสถานบริการสุขภาพทั้งหมดที่ให้บริการผู้ป่วยเด็ก โดยเด็กที่มีอาการแสดงถึงภาวะฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาทันที (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ คัดกรองภาวะโภชนาการของเด็กที่มารับบริการสุขภาพและส่งต่อรายที่มีปัญหาไปยังหน่วยรับบริการที่ดูแลเรื่องโภชนาการ (ดูมาตรฐานการจัดการภาวะขาดสารอาหารเฉียบพลันและการขาดวิตามินและเกลือแร่ 1-3 หน้า 166-175)
- ▶ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมาะสม (protocol) สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคคอติบและไอกรน ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคสูง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 6)
- ▶ จัดให้มียาที่จำเป็นสำหรับรักษาโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก ตามขนาดและสูตรยาที่เหมาะสม

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทุกรายที่เป็นมาลาเรีย ได้รับการรักษาด้วยยาด้านมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มมีอาการ (ดู การบริการสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคติดต่อมาตรฐานที่ 2 หน้า 316)
- ▶ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทุกรายที่มาด้วยท้องร่วง ได้รับผงเกลือแร่ และชาตูลังกะสี (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทุกรายที่มาด้วยโรคปอดบวม ได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. การดูแลทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดทุกคนควรได้รับการดูแลแรกคลอดโดยผู้ที่มีความชำนาญ (ควรคลอดในสถานพยาบาล) มีการให้ความอบอุ่นและได้รับนมมารดาโดยเร็วและกินนมมารดาเพียงอย่างเดียว (early and exclusive breastfeeding) ควรประเมินสภาพเด็กแรกเกิดทุกคนโดยละเอียด โดยเฉพาะปัญหาในการดูดนม ทารกป่วยควรได้รับการประเมินว่ามีกรดติดเชื้อในกระแสเลือดหรือติดเชื้อเฉพาะที่หรือไม่
2. การดูแลความเจ็บป่วยในเด็กแบบบูรณาการ (Integrated Management of Childhood Illness หรือ IMCI) เป็นแนวทางด้านอนามัยเด็กที่เน้นเรื่องการดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในสถานบริการสุขภาพระดับมูลฐาน หากประเทศใดมีแนวทาง IMCI ควรนำแนวทางดังกล่าวมา



ดัดแปลงและปรับให้เข้าไปด้วยอยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติมาตรฐาน และควรมีการอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม

- 3. ระบบการคัดกรองผู้ป่วย** แนวทางการดูแลความเจ็บป่วยในเด็กแบบบูรณาการและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหากใช้ร่วมกับระบบการคัดกรองและรักษาที่ฉับไว ระบบคัดกรองผู้ป่วย คือการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มตามลำดับความสำคัญ ขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนของความต้องการการรักษา ทรัพยากรที่มีอยู่ และโอกาสในการรอดชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก ควรได้รับการอบรมเรื่องการใช้อุปกรณ์มาตรฐานสำหรับการคัดกรอง การประเมินและการรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ทำการประเมินได้อย่างรวดเร็ว
- 4. การดูแลรักษาโรคท้องร่วง** ควรให้การรักษาด้วยผงเกลือแร่ ORS ชนิดที่มีความเข้มข้น (osmolality) ต่ำ และได้รับธาตุสังกะสีเสริม โดยผงเกลือแร่ดังกล่าว จะช่วยลดระยะเวลาของอาการถ่ายเหลว และลดความจำเป็นในการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ
- 5. การดูแลรักษาโรคปอดบวม** เด็กที่มีอาการไอ ควรได้รับการประเมินว่ามีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นหรือมีหายใจลำบาก ออกนุ้มนขณะหายใจหรือไม่ หากมีอาการหายใจเร็วหรือหายใจลำบากควรได้รับยาปฏิชีวนะทางปากที่เหมาะสม แต่หากมีอาการรุนแรง คือ หายใจจนหน้าอกบวม ควรได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล
- 6. การระบาดของโรคไอกรน หรือโรคคอตีบ** การระบาดของโรคไอกรนพบได้บ่อยในที่มีการพลัดถิ่นของประชากร โดยทั่วไปจะไม่มีกรณีวัคซีนใหม่ในการระบาดของไอกรน เพราะมีความกังวลว่าอาจมีปัญหาผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากวัคซีนรวมคอตีบ-ไอกรน-บาดทะยักในกลุ่มผู้สูงอายุ (จากผลของวัคซีนชนิด whole-cell) การจัดการการระบาดของไอกรนทำได้โดยการรักษาผู้ป่วยด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการให้ยาป้องกันล่วงหน้า (early prophylactic treatment) แก่ผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยที่มีทารกหรือหญิงมีครรภ์อยู่ในบ้านเดียวกัน สำหรับโรคคอตีบ พบการระบาดได้น้อยกว่า แต่มักจะเป็นปัญหาหากเกิดในพื้นที่ที่ประชาชนมีภูมิคุ้มกันต่อโรคต่ำและอยู่กันอย่างแออัด หากมีการระบาดในค่าย อาจให้ฉีดวัคซีนหมู่จำนวน 3 เข็มห่างกัน สำหรับผู้ป่วยคอตีบควรรักษาด้วยการให้ยาต้านพิษของเชื้อคอตีบ (antitoxin) ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะ

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

มนุษย์ทุกคนรวมถึงผู้ประสบเหตุภัยพิบัติ มีสิทธิในการได้รับการอนามัยเจริญพันธุ์ ต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการ โดยมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจได้อย่างอิสระ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพจะต้องเป็นไปตามความต้องการของประชาชน เคารพต่อความเชื่อทางศาสนา ค่านิยมทางจริยธรรม และภูมิหลังทางวัฒนธรรมของชุมชน ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศอันเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ มาตรฐานที่ 1 อนามัยเจริญพันธุ์

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ตามลำดับความสำคัญของ ชุดการบริการขั้นพื้นฐาน (Minimum Initial Service Package หรือ MISIP) ได้ตั้งแต่ช่วงแรกหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน และสามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบครบวงจร เมื่อสถานการณ์ภัยพิบัติเริ่มดีขึ้น

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ กำหนดให้หน่วยงานแกนนำด้านบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในกลุ่มงานสาธารณสุข อำนวยความสะดวกในการประสานงานและการใช้ “ชุดการบริการขั้นพื้นฐาน” และกำหนดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ (ที่ได้รับการเสนอชื่อโดยหน่วยงานแกนนำด้านบริการอนามัยเจริญพันธุ์) (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ดำเนินการตามมาตรการลดความเสี่ยงการล่วงละเมิดทางเพศ โดยประสานงานกับภาคส่วนหรือกลุ่มงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ จัดให้มีบริการทางการแพทย์สำหรับดูแลปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและการช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3 และหลักการความคุ้มครอง 2 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 7 หน้า 37)
- ▶ จัดตั้งงานบริการด้านป้องกันการค้าประเวณี และการรักษา เอชไอวี รวมทั้งกลไกสนับสนุนเพื่อลดการติดต่อของโรค (ดูบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ มาตรฐานที่ 2 หน้า 330)
- ▶ จัดให้มีงานด้านยุติธรรมและทารกแรกเกิดที่สามารถให้บริการฉุกเฉินอย่างทั่วถึง ดังต่อไปนี้
 - สถานีอนามัย - จัดให้มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมและมีครุภัณฑ์สำหรับการคลอดปกติ และสามารถให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรม (Basic Emergency Obstetric Care หรือ BEmOC) ตลอดจนให้การดูแลทารกแรกเกิด
 - โรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไป (referral hospital) – มีบุคลากรการแพทย์ที่มีทักษะ และมีครุภัณฑ์เพียงพอ สามารถให้การดูแลแบบครบวงจรสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสูติกรรม (Comprehensive Emergency Obstetric Care หรือ CEmOC) และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด
 - มีการจัดระบบการสื่อสารและขนส่งเพื่อจัดการเหตุฉุกเฉินทางสูติกรรมและทารกแรกเกิดระหว่างสถานีอนามัยกับชุมชน และระหว่างสถานีอนามัยกับโรงพยาบาลที่จะส่งตัวผู้ป่วย โดยระบบนี้ต้องสามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)



- ▶ กรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือความช่วยเหลือทางสาธารณสุขไม่สามารถเข้าถึงชุมชนได้ ควรจัดหาชุดอุปกรณ์ที่สะอาดไว้ให้แก่หญิงมีครรภ์และผดุงครรภ์ (หรือหม่อมต่าเย) เพื่อให้สามารถทำคลอดที่บ้านได้โดยสะดวก (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ แจ้งให้ประชาชนทราบว่ามีการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศ และมีระบบการส่งต่อฉุกเฉินสำหรับปัญหาแทรกซ้อนจากการมีครรภ์และการคลอดบุตร (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3-4)
- ▶ จัดบริการคุมกำเนิด (วิธีที่ใช้กันทั่วไป) ให้เพียงพอกับความต้องการใช้บริการ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ วางแผนการดำเนินการ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครบวงจร และบูรณาการเข้าไปในงานสาธารณสุขมูลฐานทันทีที่ทำได้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ สถานพยาบาลทุกแห่งมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม มีครุภัณฑ์และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศ ตามขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับประเทศ หรือ องค์การอนามัยโลก
- ▶ หญิงมีครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ทุกคนได้รับชุดทำคลอดที่สะอาด
- ▶ มีสถานพยาบาลที่ให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรมและการดูแลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 4 แห่ง/ประชากร 500,000 คน
- ▶ มีสถานพยาบาลที่ให้บริการการดูแลแบบครบวงจรสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสูติกรรมและการดูแลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 1 แห่ง/ประชากร 500,000 คน
- ▶ สัดส่วนของการผ่าตัดคลอด (caesarean section) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 และไม่เกินร้อยละ 15 (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ ข้อ 4)

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **ชุดบริการขั้นพื้นฐาน** ชุดบริการขั้นพื้นฐาน เป็นตัวกำหนดสำคัญที่สุด ในการป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ประสบภัย ท่ามกลางผู้ใหญ่และวัยรุ่นทั้งหญิง-ชาย ในชุดจะประกอบไปด้วย การบริการที่มีความสำคัญที่ต้องมีการดำเนินงานควบคู่ไปกับการให้การป้องกันและดูแลผลที่เกิดจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ การลดการแพร่เชื้อเอชไอวี การป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเกินระดับปกติของหญิงมีครรภ์และทารกแรกเกิด โดยควรเริ่มวางแผนบริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบครบวงจรทันทีที่สถานการณ์เริ่มคงที่ การวางแผนบูรณาการบริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบครบวงจร ควรแทรกเข้าไปในงานบริการสุขภาพมูลฐานตั้งแต่นั้น เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การบริการอนามัยเจริญพันธุ์

แบบครบวงจรยังหมายรวมไปถึงการยกระดับการให้บริการที่มีอยู่ การเสริมบริการที่ยังขาดหายไป และปรับปรุงคุณภาพการบริการด้วย

2. **ครุภัณฑ์สำหรับงานบริการอนามัยเจริญพันธุ์** ครุภัณฑ์สำหรับชุดบริการขั้นพื้นฐานจะต้องมีการล้าง แจกจ่าย และเก็บสำรองไว้เพื่อหลีกเลี่ยงความล่าช้าในการส่งมอบสิ่งของต่างๆ ที่จำเป็นเหล่านี้ให้แก่ประชาชน ชุดอนามัยฉุกเฉิน (Inter-agency Emergency Health Kit) ประกอบด้วยยาในปริมาณจำกัดสำหรับป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยหลังได้รับเชื้อ (patient post-exposure prophylaxis) สาร magnesium sulphate เครื่องมือและยาบางอย่างสำหรับงานผดุงครรภ์ ส่วนชุดอนามัยเจริญพันธุ์ (Interagency Reproductive Health Kits) ได้รับการพัฒนาโดยคณะทำงานระหว่างองค์กรดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ในภาวะฉุกเฉิน (Interagency Working Group on Reproductive Health in crises) ตลอดจนมียาและครุภัณฑ์ต่างๆ สำหรับใช้งานได้ 3 เดือน
3. **ความรู้รณรงค์ทางเพศ** ผู้ปฏิบัติงานด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติทุกคนต้องตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศ (เช่น การแสวงหาประโยชน์และทุพภิกขกรรมทางเพศ) และต้องปฏิบัติหน้าที่เพื่อป้องกันและจัดการกับปัญหาดังกล่าว ข้อมูลรายงานเหตุการณ์ต่างๆ จะต้องได้รับการเก็บและแบ่งปันอย่างปลอดภัยและถูกต้องตามหลักจริยธรรม มีการเฝ้าระวังการเกิดขึ้นของการล่วงละเมิดทางเพศ มีมาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากเหตุดังกล่าวในสถานพยาบาลระดับมูลฐานทั้งหมด และให้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะสามารถให้การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน (emergency contraception) ให้ยาป้องกันเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวี (post-exposure prophylaxis) ให้ยารักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนการเกิดโรค (presumptive treatment of STIs) มีการดูแลบาดแผล การป้องกันโรคบาดทะยักและโรคตับอักเสบชนิดบี สำหรับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของหญิงที่ประสบเหตุ โดยผู้หญิงต้องได้รับข้อมูลและคำปรึกษาที่ปราศจากอคติ เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้โดยมีข้อมูลครบถ้วน ผู้รอดชีวิตจากการล่วงละเมิดทางเพศควรได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลทางการแพทย์ มีการส่งต่อและสามารถเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใจ

หากผู้ถูกล่วงละเมิดมีการร้องขอ ควรจัดเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยให้ความคุ้มครองและให้การสนับสนุนด้านกฎหมาย การตรวจและรักษาทั้งหมดควรทำต่อเมื่อผู้ถูกล่วงละเมิดให้ความยินยอมแล้วเท่านั้น การรักษาความลับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในทุกขั้นตอน (ดูมาตรฐานระบบสุขภาพ 5 บันทึกแนวทางปฏิบัติ 4 หน้า 309 และหลักการคุ้มครอง 1 บันทึกแนวทางปฏิบัติ 7-12 หน้า 37)

4. **การดูแลด้านสูติกรรมและทารกแรกเกิดแบบฉุกเฉิน** ประมาณร้อยละ 4 ของผู้ประสบภัยจะเป็นหญิงมีครรภ์ และประมาณร้อยละ 15 ของหญิงมีครรภ์จะมีปัญหาแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ในระหว่างการมีครรภ์หรือการคลอด ประมาณร้อยละ 5-15 ต้องรับการผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้อง (caesarean section) เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจาก



ภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกแรกเกิด จึงควรมีผู้ทำคลอดที่มีทักษะและสามารถดูแลเบื้องต้นสำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรม (BEmOC) และการกู้ชีพทารกแรกเกิดที่สถานพยาบาลสาธารณสุขมูลฐานทั้งหมด โดยบริการเบื้องต้นของการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรม ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ การให้ยากระตุ้นการบีบตัวของมดลูกทางหลอดเลือดดำ (เช่น oxytocin) การให้ยากันชักและรักษาครรภ์เป็นพิษ (เช่น magnesium sulfate) การล้างรกที่ค้าง การใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดทางช่องคลอด (การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum) หรือคีม (forceps)) และปฏิบัติการกู้ชีพในมารดาและทารกแรกเกิด สำหรับการดูแลแบบครบวงจรสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสูติกรรม (CEmOC) นอกจากนี้จะครอบคลุมงานภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรมทั้งหมด ยังมีการผ่าตัดโดยให้ยาสลบ (general anaesthesia) ขณะทำการผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องและผ่าตัดช่องท้อง (laparotomy) รวมทั้งการให้สารประกอบเลือดที่เหมาะสมและปลอดภัย

ควรสร้างความมั่นใจในระบบว่าการส่งต่อทั้งไป-กลับจากสถานบริการสาธารณสุขมูลฐานที่มีบริการด้านภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรมและการดูแลทารกแรกเกิดกับโรงพยาบาลที่มีบริการ ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินด้านสูติกรรมแบบครบวงจรกับการดูแลทารกแรกเกิด จะทำได้โดยไม่มีอุปสรรค

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์
มาตรฐานที่ 2 เชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์

ประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการด้านการป้องกันโรคติดต่อเชื้อเอชไอวี การรักษา และบริการช่วยเหลือต่างๆ ในช่วงภัยพิบัติ

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ กำหนดการป้องกันมาตรฐาน (standard precaution) และมาตรการความปลอดภัยในการกำจัดขยะในสถานพยาบาล (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติ 2 และมาตรฐานระบบสุขภาพ 1 บันทึกแนวทางปฏิบัติ 10-11 หน้า 301-302)
- ▶ กำหนดและปฏิบัติตามแนวทางของคลังเลือดที่ปลอดภัย และการให้เลือดอย่างสมเหตุสมผล (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติ 2 และมาตรฐานระบบสุขภาพ 1 บันทึกแนวทางปฏิบัติ 5 หน้า 300)
- ▶ ให้ประชาชนสามารถทั้งชาย-หญิงเข้าถึงถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพดีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีการให้ข้อมูลการใช้อย่างถูกต้อง
- ▶ สถานพยาบาลทั้งหมดมีการดูแลอย่างเหมาะสม เมื่อพบผู้ป่วยทุกคนที่มีอาการแสดงของกลุ่มอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ▶ มีบริการให้ยาป้องกันหลังสัมผัสโรค (post-exposure prophylaxis หรือ PEP) ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ จัดให้มีข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้ และความรู้ด้านสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันเชื้อเอชไอวี ทั้งกับบุคคลทั่วไป และแก่กลุ่มเสี่ยง (เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ)
- ▶ มีมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากมารดาสู่บุตร (prevention of mother-to-child transmission หรือ PMTCT) โดยให้มีการเข้าถึงการคุมกำเนิด ตลอดจนการคลอดที่สะอาดและปลอดภัย (รวมถึงภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม) และการจัดยาต้านไวรัส (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ จัดให้มีการรักษาและดูแลทารกที่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงให้คำปรึกษาเรื่องอาหารของทารก (ดูการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก มาตรฐานที่ 2 หน้า 161)
- ▶ ดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) ได้รับบริการทางการแพทย์ รวมถึงการได้รับยา co-trimoxazole เพื่อป้องกันการติดเชื้อราชนิดฉวยโอกาส
- ▶ ผู้ติดเชื้อที่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน ยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ เชื่อมโยงแผนงานเอชไอวี เข้ากับแผนงานป้องกันโรค
- ▶ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ต้องสามารถเข้าถึงมาตรการการป้องกันเชื้อเอชไอวี (เช่น ป้องกันจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์) จัดให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจคัดกรองเข้าสู่เส้น สามารถเข้าถึงอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดได้ เป็นต้น
- ▶ เตรียมการขยายบริการในการควบคุมเชื้อเอชไอวีให้กว้างขึ้น เมื่อเหตุภัยพิบัติเริ่มต้นขึ้น (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี สูงสุด เป็นกลุ่มเป้าหมายของแผนงานป้องกันเอชไอวี
- ▶ หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่บุตร
- ▶ เลือดที่ใช้ทุกถุง ต้องได้รับการตรวจคัดกรองหาเชื้อที่ติดต่อได้ทางเลือด รวมถึงเชื้อเอชไอวี ด้วย
- ▶ บุคคลที่มีโอกาสได้รับเชื้อเอชไอวี (เช่น จากการปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาล และการติดเชื้อนอกเหนือจากการทำงาน) ต้องได้รับยาป้องกันหลังการสัมผัส ภายใน 72 ชั่วโมง
- ▶ สถานบริการสาธารณสุขมูลฐานทั้งหมดมีมาตรฐานเชื้อจุลชีพสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. การควบคุมเชื้อเอชไอวี มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับงานด้านการป้องกัน รักษา ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การปฏิบัติงานต่างๆ ที่ภาคสาธารณสุขต้องทำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี การจัดการดูแลและการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยควรรีบดำเนินการตั้งแต่ช่วงแรกของการตอบสนองต่อภัยพิบัติ
2. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก โครงการฉีดวัคซีน เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอันดับแรกในช่วงต้นของการเกิดภัยพิบัติ ต้องมีการใช้แนวทางป้องกันมาตรฐาน (standard precaution) มีมาตรการเกี่ยวกับการให้เลือดอย่างปลอดภัย และมีกรทำจัดขยะในสถานพยาบาลอย่างถูกต้อง (ดูมาตรฐานระบบสุขภาพที่ 1 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5, 10 และ 11 หน้า 300-302)
3. การป้องกันหลังได้รับเชื้อ ได้แก่ การให้คำปรึกษา การประเมินความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวี การขอความยินยอม การประเมินแหล่งที่มาของเชื้อ และการให้ยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม อย่างไม่ควรให้ยาป้องกันหลังการสัมผัสในผู้ที่ทราบอยู่แล้วว่ามีเชื้อเอชไอวี และไม่ควรมองข้ามให้ผู้ใดเข้ารับคำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ ไม่ควรให้ยาป้องกันล่าช้าอันเนื่องมาจากการรอผลตรวจยืนยันการติดเชื้อ
4. ยาต้านไวรัส ในสถานการณ์ภัยพิบัติ การให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่บุตร การให้ยาป้องกันหลังการสัมผัส และการให้ยาต้านไวรัสเพื่อรักษาในระยะยาว ยังคงสามารถทำได้ ผู้ที่รับการรักษาอยู่แล้วก่อนเกิดเหตุภัยพิบัติก็ควรได้รับยาต่อเนื่อง หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่บุตรระหว่างการมีครรภ์และการคลอด ตามขั้นตอนการปฏิบัติของประเทศ (ถ้าเป็นไปได้)

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การบาดเจ็บ

การบาดเจ็บ มักเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและตายที่มากกว่าปกติตามหลังการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ โดยการเกิดภัยธรรมชาติเฉียบพลันมักมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก และมากกว่าที่ทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่จะจัดการได้ด้วย การปฏิบัติงานตามปกติ การบาดเจ็บจากความขัดแย้งที่มีการใช้อาวุธ ก็มักจะมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล จึงต้องมีมาตรการปกป้องพลเรือน เพื่อป้องกันการเสียชีวิตด้วยเหตุนี้ (ดูหลักการคุ้มครอง 3 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1-5 หน้า 40-41)

มาตรฐานงานบริการสุขภาพที่จำเป็น - ด้านการบาดเจ็บ มาตรฐานที่ 1 การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ

ประชาชนสามารถเข้าถึงการดูแลภาวะบาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพในช่วงเกิดเหตุภัยพิบัติ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย เสียชีวิต และทุพพลภาพที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ จัดการให้เจ้าหน้าที่อนามัยในพื้นที่ และผู้ประสานงานการตอบสนองภัยพิบัติในภาคสาธารณสุข ค้นเคยกับการรับมือกับผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (mass casualty management) (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ในกรณีที่มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (mass casualty event) ให้จัดระบบมาตรฐานในการคัดแยกผู้ป่วย (triage) โดยมีแนวทางชัดเจนในเรื่องการประเมิน การจัดลำดับความสำคัญ ปฏิบัติการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic resuscitation) และการส่งต่อ (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดให้บุคลากรทางสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อนามัย มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้และมีทักษะที่ดีในการปฐมพยาบาลและปฏิบัติการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ จัดการให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ค้นเคยกับหลักการสำคัญของการจัดการบาดแผล (wound management) (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)
- ▶ จัดหาวัคซีนบาดทะยักชนิดมี toxoid เพื่อใช้สำหรับผู้ที่สัมผัสสกปรก และผู้ที่ทำงานกู้ภัย หรืองานทำความสะอาดหลังภัยพิบัติ (clean-up) (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ กำหนดขั้นตอนปฏิบัติมาตรฐานสำหรับส่งต่อ (refer) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บให้ได้รับการดูแลขั้นสูง (advanced care) เช่น การผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัด (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)
- ▶ จัดบริการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ รับการผ่าตัด และการฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญและทรัพยากรที่เหมาะสมเท่านั้น (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)
- ▶ จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือมาตรฐาน และอุปกรณ์ช่วยเหลือเคลื่อนไหว (เช่น รถเข็น ไมค์ค้ำ) สำหรับบริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและผู้ทุพพลภาพ โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสามารถขออุปกรณ์ช่วยเหลือนี้ได้ในพื้นที่ (คู่มือบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 6)

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ สถานพยาบาลทั้งหมดมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม และมีระบบสำหรับการจัดการอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายๆ อุบัติภัย



บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

- 1. ระบบแยกประเภทผู้ป่วย** คือ กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ ตามความรุนแรงของอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และจัดลำดับความสำคัญในการรักษาตามทรัพยากรที่มีอยู่ และโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ในกรณีที่มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (mass casualty events) ผู้ที่มีอาการบาดเจ็บสาหัสถึงชีวิต อาจได้รับลำดับความสำคัญน้อยกว่าผู้บาดเจ็บและมีโอกาสรอดมากกว่า ไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานการแยกประเภทผู้ป่วยที่แน่นอน ซึ่งการกำหนดมาตรฐานหลายอย่างมีความแตกต่างกันทั่วโลก แต่ระบบการแยกประเภทที่ใช้กันมากที่สุดคือระบบรหัส 4 สี: สีแดง ได้แก่ กลุ่มลำดับความสำคัญสูง สีเหลือง ได้แก่ กลุ่มลำดับความสำคัญปานกลาง สีเขียว ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังเคลื่อนที่ได้ และสีดำ คือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว
- 2. การปฐมพยาบาล และการรักษาพยาบาลพื้นฐาน** ขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งยวด ได้แก่ การเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง การช่วยการหายใจ การห้ามเลือดและให้สารน้ำทางเส้นเลือดเมื่อจำเป็น การปฏิบัติที่ถูกต้องจะช่วยประคองอาการของผู้ป่วยที่บาดเจ็บรุนแรงให้คงที่ก่อนที่จะถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อ และช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต ขั้นตอนอื่นๆ ก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน เช่น การทำความสะอาดแผล การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้ยาป้องกันบาดทะยัก
- 3. การจัดการบาดแผล** ในเหตุภัยพิบัติส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา หลังจากเกิดเหตุการณ์ไปแล้วมากกว่า 6 ชั่วโมง ความล่าช้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลติดเชื้อและการเสียชีวิต (ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้) ดังนั้น ควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ให้คุ้นเคยกับหลักการและขั้นตอนปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันและจัดการการติดเชื้อของแผล เช่น การเปิดปากแผลไว้กรณีแผลสกปรกมาก (delayed primary closure) การล้างแผลและนำเอาสิ่งแปลกปลอมและเนื้อเยื่อที่ตายแล้วออก เป็นต้น
- 4. บาดทะยัก** ในเหตุภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นโดยฉับพลันซึ่งมีผู้ได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคบาดทะยักในประชาชนค่อนข้างสูง แต่ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนหมู่ป้องกันบาดทะยัก แต่แนะนำให้ใช้ tetanus toxoid-containing vaccine (DT หรือ Td (วัคซีนผสมคอตีบและบาดทะยัก) หรือ DPT (วัคซีนผสมคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก) ขึ้นกับอายุและประวัติการฉีดวัคซีนของผู้ป่วย) ในผู้ที่มีแผลสกปรก หรือหน่วยกัณฑ์หรือผู้มีหน้าที่เก็บซากหรือทำความสะอาดหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ซึ่งเป็นงานที่มีความเสี่ยง สำหรับผู้ที่มีแผลสกปรกและยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ควรได้รับ tetanus immune globulin (TIG) อย่างน้อยหนึ่งเข็ม (ถ้ามี)
- 5. การดูแลการบาดเจ็บและการผ่าตัด** สามารถช่วยชีวิตและลดความทุพพลภาพได้ในระยะยาว แต่ต้องมีการอบรมเฉพาะด้านและใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม หากอยู่ในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมหรือมีศักยภาพไม่เพียงพอสำหรับการผ่าตัด การผ่าตัดอาจส่งผลเสียมากกว่าการไม่ผ่าตัด นอกจากนี้

การผ่าตัดที่ไม่มีกรฟี่นฟูตามหลังอาจทำให้ผลการผ่าตัดไม่ดี การทำหน้าที่ของอวัยวะหลังการผ่าตัดไม่เป็นปกติ ดังนั้น บริการเหล่านี้ควรดำเนินการโดยหน่วยงานที่มีความพร้อม

6. การฟื้นฟูหลังการผ่าตัด สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การฟื้นฟูร่างกายแต่เนิ่นๆ สามารถเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตและช่วยเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้รอดชีวิต ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ (เช่น แขน-ขาเทียม และอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนที่) ก็ต้องทำกายภาพบำบัดด้วย หากเป็นไปได้ ควรมีการสร้างภาคีกับแผนงานฟื้นฟูระดับชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหลังการผ่าตัดและการฟื้นฟูให้แก่ผู้รอดชีวิตที่ได้รับบาดเจ็บเหล่านี้

การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - งานสุขภาพจิต

ปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัญหาด้านจิตใจและสังคม พบได้เสมอในงานช่วยเหลือทางมนุษยธรรมทุกประเภท ความหวาดกลัว ความสูญเสีย ความไม่แน่นอน และปัจจัยความเครียดอื่นๆ อีกหลายอย่างที่เกี่ยวกับความขัดแย้งและภัยพิบัติอื่นๆ ทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางสังคม พฤติกรรม จิตใจ และจิตเวชเพิ่มขึ้น การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและด้านจิตสังคมเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน (ดูแผนภูมิ “ประเมินการทำงาน” ด้านล่าง) โดยต้องมีการประสานงาน เช่น ผ่านคณะทำงานข้ามชุดกิจกรรม (cross-cluster) หรือข้ามภาคส่วน (cross-sectoral) มาตรฐานด้านสุขภาพจิตด้านล่างนี้เน้นที่บทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ควรอ่าน มาตรฐานหลัก 1 หน้า 57 และหลักการคุ้มครอง 3 ร่วมด้วย หน้า 40

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – งานสุขภาพจิต มาตรฐานที่ 1 งานสุขภาพจิต

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ช่วยป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพจิต และความบกพร่องของการทำหน้าที่ตามปกติ (impaired functioning) ที่เกี่ยวข้องได้

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ดำเนินงานต่างๆ ตามความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่
- ▶ ช่วยเหลือให้สมาชิกในชุมชนรวมถึงบุคคลชายขอบ ให้พึ่งตนเองและสนับสนุนทางสังคมได้ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ จัดให้มีผู้ปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยที่ประสบความเครียดเฉียบพลัน (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 2)
- ▶ จัดเจ้าหน้าที่อย่างน้อยหนึ่งคนในแต่ละสถานพยาบาลที่จัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและหลากหลาย ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 3)



- ▶ ตอบสนองต่อความต้องการเรื่องความปลอดภัย ความต้องการพื้นฐาน และสิทธิของประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในสถานพยาบาลต่างๆ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 4)
- ▶ ลดอันตรายที่เกิดจากสุราและยาเสพติด
- ▶ ในระยะที่เริ่มฟื้นตัวจากภัยพิบัติ ให้เริ่มแผนการพัฒนาาระบบสุขภาพจิตชุมชนอย่างยั่งยืน (บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 5)

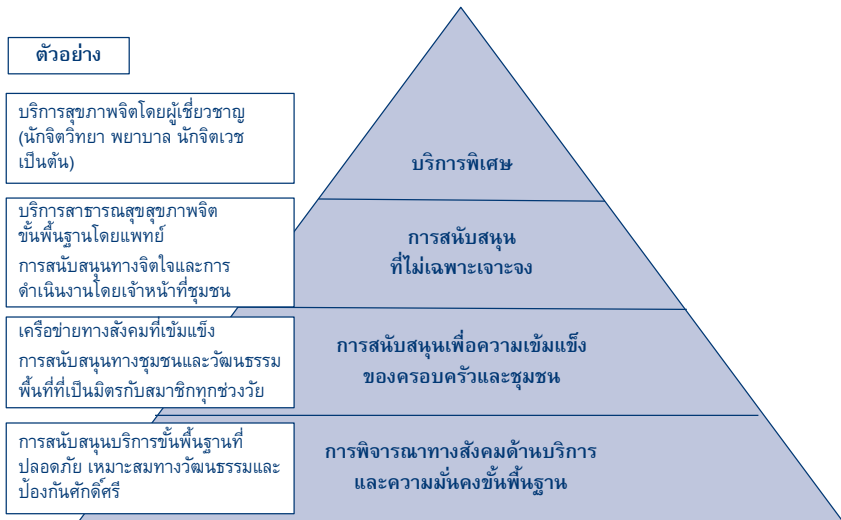
ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ทุกสถานพยาบาลมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม และมีระบบสำหรับจัดการปัญหาสุขภาพจิต

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. การช่วยเหลือตนเองของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือตนเองของชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นองค์ประกอบหลักของระบบการสนับสนุนหลายภาคส่วน (multi-sectoral support) ด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม (ดูแผนภูมิด้านล่าง) (ดูมาตรฐานหลัก 1 หน้า 57 และหลักการคุ้มครอง 4 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 9-13 หน้า 45 และหลักการคุ้มครอง 3 บันทึกแนวทางการปฏิบัติ 15 หน้า 43) หน่วยงานด้านสุขภาพควรชักนำให้ผู้ปฏิบัติงานระดับชุมชนและอาสาสมัครที่สามารถช่วยเหลือสมาชิกอื่นในชุมชน รวมถึงบุคคลชายขอบให้เข้ามามีบทบาทในการเพิ่มการพึ่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

พีรามิดการดำเนินงาน



แหล่งที่มา: Interagency Steering Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support, 2010

2. **การปฐมพยาบาลทางจิตใจ** วิธีที่พบว่ดีที่สุดในการจัดการภาวะความกังวลสูง (extreme anxiety) หลังสัมผัสสิ่งทีกระทบจิตใจอย่างรุนแรง (extreme stressor) เช่น การเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น คือ การให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (psychological first aid) อย่างไรก็ดี มักมีผู้เข้าใจผิดว่าการปฐมพยาบาลดังกล่าวเป็นการให้บริการทางการแพทย์ แต่แท้จริงแล้วการปฐมพยาบาลทางจิตใจเป็นการตอบสนองของมนุษยธรรม และการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ที่ตกทุกข์ได้ยาก เป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่จะรู้ล้าหรือก้าวท้าวความเป็นส่วนตัว (non-intrusive) แต่ให้เน้นที่การรับฟัง ไม่มีการบังคับให้อีกฝ่ายเล่าเรื่อง แต่ให้ประเมินความต้องการและความกังวลให้การตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน โดยเน้นให้มีการสนับสนุนทางสังคมจากคนที่รัก และป้องกันไม่ให้ได้รับอันตรายอื่นๆ เพิ่มเติม ทั้งนี้พบว่สิ่งที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ควรนำมาใช้ คือ การให้ผู้ได้รับผลกระทบเล่าเรื่องสรุปเกี่ยวกับจิตใจและสังคมของตนเอง (psychological debriefing) (ได้แก่ การกระตุ้นให้ระบายความในใจ (ventilation) การกระตุ้นโดยส่งเสริมให้เล่าเรื่องสั้นๆ อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสิ่งทีผู้ได้รับผลกระทบรับรู้ ความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เพิ่งผ่านมา) นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการให้ยากล่อมประสาทกลุ่ม benzodiazepines ในการจัดการกับภาวะเครียดเฉียบพลัน เนื่องจากอาจส่งผลต่อการฟื้นตัวตามธรรมชาติได้
3. **การบริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐาน** ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอาจเกิดจากเหตุวิกฤตหรือเป็นอาการทีมีอยู่ก่อน หรือทั้งสองอย่าง ผู้ทีมีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงควรสามารถเข้าถึงเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชน และการดูแลในสถานบริการสาธารณสุขทีมี (เช่น ในโรงพยาบาลทั่วไป ในสถานบริการสุขภาพมูลฐาน ฯลฯ) การจัดการบริการสุขภาพจิตขั้นพื้นฐาน มักจะต้องมีการจัดการอบรมระยะสั้นให้บุคลากรและทำงานภายใต้การควบคุมงานของแพทย์ทั่วไปหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจิต สถานบริการต้องมียาในกลุ่ม psychotropics และยาแก้ชัก ผู้ทีเคยได้รับการรักษาสุขภาพจิตก่อนเกิดเหตุวิกฤต จะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. **ผู้ป่วยที่อยู่ในสถานบำบัด** โรงพยาบาลจิตเวช และบ้านพักสำหรับผู้ทีมีปัญหาทางจิตขั้นรุนแรง จะต้องได้รับการเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงแรกของเหตุวิกฤต เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงมากต่อการถูกทอดทิ้งหรือทารุณกรรม ดังนั้น ต้องมีการจัดการด้านความปลอดภัย มีปัจจัยพื้นฐานพร้อม (น้ำ อาหาร ทีพักอาศัย สุขภัณฑ์และบริการทางการแพทย์) มีการเฝ้าระวังสิทธิมนุษยชน และการดูแลด้านจิตเวชและสภาพจิตตลอดช่วงทีเกิดเหตุวิกฤต
5. **ระยะเริ่มฟื้นตัว** การมีเหตุวิกฤตจะเพิ่มอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้หลากหลาย ดังนั้นจึงต้องมีแผนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต ให้ขยายตัวเพื่อรองรับผู้ป่วยทีมารับการรักษาให้ครอบคลุมทั่วพื้นที่ (ดูมาตรฐานหลัก 4 หน้า 63)



การให้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น – การควบคุมโรคไม่ติดต่อ

อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ทำให้โรคที่พบได้บ่อยเปลี่ยนประเภทจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases หรือ NCDs) ดังนั้น โรคไม่ติดต่อ จึงมีความสำคัญมากขึ้น ในฐานะประเด็นหลักทางสุขภาพในพื้นที่ภัยพิบัติ เหตุภัยพิบัติอาจทำให้โรคเรื้อรังต่าง ๆ มีอาการมากขึ้น และเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเหตุภัยพิบัติ

มาตรฐานงานบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - การควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาตรฐานที่ 1 โรคไม่ติดต่อ

ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาที่จำเป็น เพื่อลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเรื้อรัง หรือการที่อาการโรคเรื้อรังทรุดลง (exacerbation)

ปฏิบัติการหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ ประเมินและบันทึกอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อประเภทต่าง ๆ และแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางการปฏิบัติ 1)
- ▶ ระบุตัวผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาโรคไม่ติดต่ออยู่แล้วก่อนเกิดเหตุ และจัดการให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ▶ สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบรุนแรง (เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ฯลฯ) รวมถึงและผู้ที่อยู่ในอาการเจ็บปวด (เช่น จากมะเร็งระยะสุดท้าย) จะได้รับการดูแล
- ▶ ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถรักษาโรคไม่ติดต่อได้ ให้ระบุแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับการส่งต่อ
- ▶ จัดการให้มีเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่จำเป็น มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลัก และมียาสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ ที่ปฏิบัติตามปกติอยู่ที่สถานบริการสุขภาพมูลฐาน โดยยานั้นจะต้องอยู่ในบัญชียาหลักด้วย
- ▶ จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ (เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน) สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือการสื่อสาร

ดัชนีชีวิตหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางการปฏิบัติ)

- ▶ สถานบริการสุขภาพมูลฐานทั้งหมดมีขั้นตอนปฏิบัติมาตรฐาน (standard operating procedure) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อไปยังสถานพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ

- ▶ สถานบริการสุขภาพมูลฐานทั้งหมดมียาเพียงพอสำหรับรักษาบุคคลที่เป็นโรคไม่ติดต่อ ที่เข้ามารับการรักษาก่อนเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน

บันทึกแนวทางการปฏิบัติ

1. **โรคไม่ติดต่อ** เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องการการฟอกไต โรคมะเร็งชนิดต้องพึ่งพาอินซูลิน และโรคลมชัก ในช่วงเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้ที่มีอาการโรคเรื้อรังจะมีความเสี่ยงเป็นพิเศษที่อาการของโรคจะแย่ลง หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อซ้ำซ้อน และมีความเสี่ยงเมื่อการรักษาขาดตอน การดูแลหลักคือ พยายามให้ผู้ป่วยอย่างน้อยมีอาการคงที่ และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต้อต้องได้รับยาในระยะยาวและมีการติดตามผล ควรจัดบริการเหล่านี้ไว้ที่สถานบริการสุขภาพมูลฐาน โดยใช้ยาจากบัญชียาหลัก แต่โดยทั่วไปแล้ว ไม่แนะนำให้เริ่มโครงการจัดการภาวะโรคเรื้อรังแห่งใหม่ขึ้นมาในช่วงที่ดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่น่าจะมีการดำเนินโครงการต่อหลังสิ้นสุดช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินแล้ว



ภาคผนวก 1

รายการการประเมินการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การเตรียมการ

- ▶ จัดหาข้อมูลเกี่ยวกับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ (disaster-affected population)
- ▶ จัดหาแผนที่และภาพถ่ายทางอากาศ (maps and aerial photographs)
- ▶ จัดหาข้อมูลประชากรศาสตร์ และข้อมูลสุขภาพ (demographic and health data)

ความปลอดภัยและการเข้าถึง

- ▶ ระบุภัยอันตรายทางธรรมชาติ และอันตรายที่เกิดจากมนุษย์ (natural or human-generated hazards)
- ▶ ระบุสถานการณ์ความปลอดภัยโดยทั่วไป รวมถึงจำนวนกองกำลังติดอาวุธในพื้นที่ (presence of armed forces)
- ▶ ระบุว่าหน่วยงานให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม (humanitarian agencies) สามารถเข้าถึงประชาชนที่ได้รับผลกระทบมากเท่าใด

โครงสร้างประชากร และโครงสร้างทางสังคม

- ▶ ระบุขนาดโดยรวมของประชาชนที่ได้รับผลกระทบ แยกตามอายุ และ เพศ
- ▶ ระบุตัวกลุ่มที่มีความเสี่ยงเป็นพิเศษ (groups at increased risk) เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ
- ▶ ระบุจำนวนสมาชิกเฉลี่ยในแต่ละครัวเรือน และประมาณจำนวนครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนเป็นผู้หญิงหรือเด็ก
- ▶ ระบุโครงสร้างทางสังคมที่มีอยู่ เช่น ตำแหน่งของผู้มีอำนาจ และ/หรือ อิทธิพล

ข้อมูลพื้นฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- ▶ ระบุปัญหาทางสุขภาพที่พบในพื้นที่ประสบภัย ก่อนเกิดภัยพิบัติ
- ▶ ระบุปัญหาทางสุขภาพที่พบในประเทศต้นกำเนิด ในกรณีของผู้ลี้ภัย (หรือในพื้นที่บ้านเกิดสำหรับผู้พลัดถิ่นภายในประเทศ)
- ▶ ระบุความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคที่อาจเกิดการระบาดได้

- ▶ ระบุแหล่งบริการสุขภาพในช่วงก่อนเกิดภัยพิบัติ
- ▶ วิเคราะห์ผลการทำงานของระบบสุขภาพ

อัตราการเสียชีวิต

- ▶ จำนวนอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ (crude mortality rate)
- ▶ จำนวนอัตราการเสียชีวิตแยกตามกลุ่มอายุ (age-specific mortality rate) (เช่น อัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือ under-5 mortality rate)
- ▶ จำนวนอัตราการเสียชีวิตแยกตามสาเหตุ (cause-specific mortality rates)
- ▶ จำนวนอัตราการเสียชีวิตแยกตามสัดส่วน (proportional mortality rate)

อัตราการเจ็บป่วย

- ▶ ระบุอัตราการเกิดของโรค (incidence rates) ที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญทางสาธารณสุข
- ▶ ระบุอัตราการเกิดความเจ็บป่วยแยกตามอายุและเพศ (age-and sex-specific incidence rates) ของโรคที่พบได้บ่อย หากทำได้

ทรัพยากรที่มีอยู่

- ▶ ระบุความสามารถ (capacity) ของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศที่ประสบภัย
- ▶ ระบุสถานภาพของสถานบริการการแพทย์และพยาบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ (national health facilities) เช่น จำนวนของสถานพยาบาล แยกตามชนิดการบริการ สภาพของตัวสถานพยาบาล และการเข้าถึง
- ▶ ระบุจำนวนและทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้
- ▶ ระบุงบประมาณด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ และกลไกด้านการเงิน
- ▶ ระบุความสามารถและสถานะการดำเนินงานของแผนงานสาธารณสุขที่มีอยู่ เช่น แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (Expanded Programme on Immunization)
- ▶ ระบุขั้นตอนการปฏิบัติมาตรฐาน (standardised protocols) บัญชียาหลัก (essential medicines) และระบบพัสดุและสิ่งส่งของ (supplies and logistics)
- ▶ ระบุสถานะของระบบส่งต่อ (referral systems) ที่มีอยู่
- ▶ ระบุระดับของอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health) ในสถานพยาบาล
- ▶ ระบุสถานะของระบบสารสนเทศทางสุขภาพ (health information system) ที่มีอยู่



ข้อมูลจากภาคส่วนอื่น ๆ

- ▶ ภาวะโภชนาการ
- ▶ อาหารและความมั่นคงทางอาหาร
- ▶ สภาพสิ่งแวดล้อม
- ▶ ที่พักพิง – คุณภาพที่พัก
- ▶ การศึกษา – สุขศึกษาและอนามัยศึกษา

ภาคผนวก 2

ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวังประจำสัปดาห์

แบบรายงานการเฝ้าระวังการเสียชีวิต แบบที่ 1*

สถานที่:

วัน เดือน ปี นับจากวันจันทร์: ถึงวันอาทิตย์:

จำนวนประชากรรวม ช่วงต้นสัปดาห์:

จำนวนการเกิดในสัปดาห์นี้: จำนวนการเสียชีวิตในสัปดาห์นี้:

คนย้ายเข้า (Arrivals) ในสัปดาห์นี้ (หากมี): คนย้ายออก (Departures) ในสัปดาห์นี้:

จำนวนประชากรช่วงปลายสัปดาห์: จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี:

	0-4 ปี		5 ปีขึ้นไป		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
สาเหตุระยะสั้น (Immediate cause)					
ทางเดินหายใจส่วนล่างติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute lower respiratory infection)					
อหิวาตกโรค (สงสัย) (suspected)					
ท้องเสีย - มีเลือด					
ท้องเสีย - เป็นน้ำ					
การบาดเจ็บ - ไม่ใช่อุบัติเหตุ					
มาลาเรีย					
การเสียชีวิตของมารดา - โดยตรง					
โรคหัด (measles)					
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) (สงสัย)					
การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (อายุ 0-28 วัน)					
อื่นๆ					
ไม่ทราบสาเหตุ					
รวมตามอายุและเพศ					
สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause)					
โรคเอดส์ (สงสัย)					
โรคขาดสารอาหาร					
การเสียชีวิตของมารดา - สาเหตุทางอ้อม					
โรคไม่ติดต่อ (ระบุโรค)					
อื่นๆ					
รวมตามอายุและเพศ					

- *แบบรายงานนี้ใช้ในกรณีที่มีการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และไม่สามารถเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคลได้โดยละเอียด เนื่องจากมีเวลาจำกัด
- สาเหตุอื่นๆ ของการเสียชีวิต สามารถเติมได้ตามบริบทและลักษณะทางระบาดวิทยา
 - อายุอาจรวมกลุ่มได้อีก (เป็น 0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60-69 ปี, 70-79 ปี, และ 80 ปีขึ้นไป) หากทำได้
 - ข้อมูลการเสียชีวิต ไม่ควรมีรายงานจากสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมรายงานจากผู้นำท้องถิ่น และผู้นำทางศาสนา ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มผู้หญิง และโรงพยาบาลส่งต่อ (referral hospital) ด้วย
 - หากทำได้ ควรใส่นิยามผู้บาดเจ็บเฉื่อย (case definition) ไว้ที่ด้านหลังของแบบรายงาน



แบบรายงานแผ่ระวางการเสียชีวิต แบบที่ 2*

สถานที่:

วัน เดือน ปี นับจากวันจันทร์: ถึงวันอาทิตย์:

จำนวนประชากรรวม ช่วงต้นสัปดาห์:

จำนวนการเกิดในสัปดาห์นี้: จำนวนการเสียชีวิตในสัปดาห์นี้:

คนย้ายเข้า (Arrivals) ในสัปดาห์นี้ (หากมี): คนย้ายออก (Departures) ในสัปดาห์นี้:

จำนวนประชากรช่วงปลายสัปดาห์: จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี:

ลำดับที่	เพศ (ชาย หญิง)	อายุ (วัน = ว เดือน = ค ปี = ป)	สาเหตุโดยตรงของการตาย (Direct cause of death)										สาเหตุพื้นฐาน (Underlying causes)							
			ทางเดินหายใจส่วนล่างติดเชื้อเฉียบพลัน	อหิวาตกโรค (สงสัย)	ท้องเสีย – มีเลือด	ท้องเสีย – เป็นน้ำ	การขาดเจ็บ – ไม่ระบุสาเหตุ	มาลาเรีย	การเสียชีวิตของมารดา – สาเหตุโดยตรง	โรคหัด	โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (สงสัย)	การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (อายุ 0-28 วัน)	โรคไม่ติดต่อ (ระบุโรค)	อื่น ๆ (ระบุสาเหตุ)	ไม่ทราบสาเหตุ	โรคขาดสารอาหาร	การเสียชีวิตของมารดา – สาเหตุทางอ้อม	อื่น ๆ (ระบุสาเหตุ)	วันที่ (ว/ค/ป)	ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน (เช่น หมายเลขโซน หรือ block no.)
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*แบบรายงานนี้ใช้ในกรณีที่มีเวลาพอที่จะบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตรายบุคคลได้ โดยสามารถวิเคราะห์ได้ตามอายุ การสอบสวนการระบาดของโรค และอัตราการใช้สถานพยาบาล

- รายงานความถี่ (รายวัน หรือรายสัปดาห์) ขึ้นอยู่กับจำนวนการเสียชีวิต
- อาจเติมสาเหตุการตายอื่นๆ ได้ตามความเหมาะสม
- ข้อมูลการเสียชีวิต ไม่ควรมีรายงานจากสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมรายงานจากผู้นำท้องถิ่น และผู้นำทางศาสนา ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มผู้หญิง และโรงพยาบาลส่งต่อ (referral hospitals) ด้วย
- หากทำได้ ควรใส่ในนามผู้ป่วยติดเชื้อ (case definitions) ไว้ที่ด้านหลังของแบบรายงาน

ตัวอย่างแบบรายงานการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้ารายสัปดาห์ (weekly EWARN)

*ใช้แบบรายงานนี้ในระยยะเฉียบพลันของเหตุภัยพิบัติ เมื่อมีความเสี่ยงสูงต่อโรคที่เกิดการระบาดได้ง่าย
วัน เดือน ปี นับจากวันจันทร์: ถึงวันอาทิตย์:

เมือง/หมู่บ้าน/ชุมชน/ค่าย:

จังหวัด: อำเภอ: ตำบล:

ชื่อสถานที่ (site): ●ผู้ป่วยใน ●ผู้ป่วยนอก ●สถานเอนามัย ●คลินิกเคลื่อนที่

หน่วยงานสนับสนุน: ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รายงาน และหมายเลขติดต่อ:

จำนวนประชากรรวม: จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี:

ผู้ป่วยใหม่	เจ็บป่วย		เสียชีวิต		รวม
	<5 ปี	5 ปีขึ้นไป	<5 ปี	5 ปีขึ้นไป	
จำนวนรวมที่เข้ารับการรักษา					
จำนวนรวมที่เสียชีวิต					
ทางเดินหายใจส่วนล่างติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute lower respiratory infection)					
ท้องเสียเฉียบพลัน ชนิดมีเลือด					
ท้องเสียเฉียบพลัน ชนิดเป็นน้ำ					
มาลาเรีย - สงสัย/ยืนยันแล้ว					
โรคหัด (measles)					
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) - สงสัย					
อาการของโรค มีไข้ และเลือดออกโดยเฉียบพลัน					
อาการตัวเหลืองโดยเฉียบพลัน					
อัมพาตเฉียบพลัน (acute flaccid paralysis หรือ AFP)					
บาดเจ็บหัก					
ใช้ชนิดอื่นๆ ที่อุณหภูมิร่างกายเกิน 38.5 องศาเซลเซียส					
การบาดเจ็บขาดแคล					
อื่นๆ					
รวม					

- หากมีการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค ควรบันทึกโรคที่สำคัญที่สุด และควรนับผู้ป่วยแต่ละกรณีแค่ครั้งเดียว
- ให้มีเฉพาะกรณีที่พบแพทย์ (หรือการเสียชีวิตที่เกิดขึ้น) ในช่วงสัปดาห์ที่ทำการศึกษาเท่านั้น
- เขียนเลข 0 (ศูนย์) หากไม่พบผู้ป่วยหรือการเสียชีวิตในช่วงสัปดาห์ดังกล่าวเนื่องจากโรคหรืออาการต่างๆ ในช่วงสัปดาห์ที่ทำการศึกษา
- บันทึกการเสียชีวิตเฉพาะในช่วงเสียชีวิตเท่านั้น อย่าบันทึกลงในช่องการเจ็บป่วย
- ควรเขียนเียนผู้ป่วยติดเชื้อสำหรับแต่ละอาการที่เฝ้าระวัง ในด้านหลังของแบบรายงานนี้
- อาจเพิ่มหรือลบสาเหตุของการเจ็บป่วยจากแบบรายงานนี้ได้ ตามสภาพทางระบาดวิทยาและการประเมินความเสี่ยงต่อโรค
- ระบบการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า (EWARN) นี้มีเป้าหมายในการตรวจหาโรคที่อาจเกิดการระบาด (epidemic-prone diseases) ได้อย่างรวดเร็ว
- ควรหาข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะอาการต่างๆ เช่น การขาดสารอาหาร (malnutrition) จากการสำรวจ (surveys) ซึ่งเป็นการศึกษาหาความชุก (prevalence) มากกว่าการเฝ้าระวัง (surveillance) ที่เป็นการสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (incidence)

B. การเตือนภัยการระบาดของโรค

เมื่อท่านสงสัยว่าเมื่อโรคต่อไปนี้ ปรอดส่งข้อความสั้น หรือโทรศัพท์ไปที่หมายเลข หรืออีเมลที่ โดยแจ้งข้อมูลให้ละเอียด
ที่เกี่ยวข้องกับเวลา สถานที่ และจำนวนของคนที่ป่วยและเสียชีวิต:

โรคอหิวาตกโรค (cholera) โรคบิด (shigellosis) โรคหัด (measles) โปลิโอ ไข้ไทฟอยด์ บาดทะยัก ดับอักเสบนิดเอ หรือบี โรคไข้เลือดออก
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ คอตีบ ไอกรณ ไข้เลือดออก

(รายชื่อโรค จะแตกต่างกันไปตามระบาดวิทยาของโรคในประเทศนั้นๆ)



ตัวอย่างแบบรายงานการสำรวจการเจ็บป่วยประจำ (routine morbidity surveillance reporting form)*

*การสำรวจอาการเจ็บป่วย อาจขยายออกมาจากระบบแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าภายหลังช่วงเฉียบพลันของเหตุภัยพิบัติ เพื่อให้ครอบคลุมโรคอื่นๆ และเผื่อาร่วงตัวบ่งชี้อื่นๆ ตามความเหมาะสม

สถานที่:
 วัน เดือน ปี นับจากวันจันทร์: ถึงวันอาทิตย์:
 จำนวนประชากรรวม ช่วงต้นสัปดาห์:
 จำนวนการเกิดในสัปดาห์นี้: จำนวนการเสียชีวิตในสัปดาห์นี้:
 คนย้ายเข้า (Arrivals) ในสัปดาห์นี้ (หากมี): คนย้ายออก (Departures) ในสัปดาห์นี้:
 จำนวนประชากรช่วงปลายสัปดาห์: จำนวนประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี:

การเจ็บป่วย	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (จำนวนเคสใหม่)			อายุ 5 ปีขึ้นไป (จำนวนเคสใหม่)			รวม ผู้ป่วยติดเชื่อใหม่	ผู้ป่วย ติดเชื่อซ้ำ
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม		
การวินิจฉัย*								
ทางเดินหายใจติดเชื้อเฉียบพลัน**								
ท้องเสียเฉียบพลัน ชนิดเป็นน้ำ								
ท้องเสียเฉียบพลัน ชนิดมีเลือด								
มาลาเรีย - สงสัยยืนยันแล้ว								
โรคหัด (measles)								
โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningitis) - สงสัย								
อาการของโรค มีไข้ และมีเลือดออกโดยเฉียบพลัน								
อาการตัวเหลืองโดยเฉียบพลัน								
อัมพาตเฉียบพลัน (acute flaccid paralysis หรือ AFP)								
บาดทะยัก								
ไข้ชนิดอื่นๆ ที่อุณหภูมิร่างกายเกิน 38.5 องศาเซลเซียส								
โรคเอดส์ - สงสัย ***								
โรคตา								
ขาดสารอาหาร ****								
การบาดเจ็บ - อุบัติเหตุ								
การบาดเจ็บ - ไม่ใช่อุบัติเหตุ								
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
โรคแผลบริเวณอวัยวะเพศ (genital ulcer)								
สารคัดหลั่งจากท่อปัสสาวะชาย (male urethral discharge)								
สารคัดหลั่งจากอวัยวะเพศหญิง (vaginal discharge)								
อาการปวดที่ด้านล่างของช่องท้อง								
โรคผิวหนัง								
โรคไม่ติดต่ (เช่น เบาหวาน)								
โรคหนองพยาธิ								
อื่นๆ								
ไม่ทราบ								
รวม								

* หากมีการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรค ควรบันทึกโรคที่สำคัญที่สุด และควรนับผู้ป่วยแต่ละกรณีแต่ครั้งเดียว
 ** การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ในบางประเทศอาจแบ่งประเภทเป็น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง
 *** อัตราการแพร่เชื้อของ เอชไอวี และเอดส์ ควรประเมินจากการสำรวจ (surveys)
 **** อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหาร ควรประเมินจากการสำรวจอย่างรวดเร็ว (rapid surveys) (วัดเส้นรอบวงต้นแขน MUAC หรือคัดกรองน้ำหนัก/ส่วนสูง) เนื่องจากการเฝ้าระวัง (surveillance) จะระบุเฉพาะจำนวนผู้ที่มีารับการรักษา
 # สามารถแยกประเภทของอายุได้อีก ตามความสามารถในการปฏิบัติ (as feasible)

การเตือนภัยการระบาดของโรค

เมื่อท่านสงสัยว่าเป็นโรคต่อไปนี้ โปรดส่งข้อความ สั้น หรือโทรศัพท์ไปที่หมายเลข หรือ อีเมลที่ โดยแจ้งข้อมูลให้ละเอียดที่สุดเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และจำนวนของคนป่วย และเสียชีวิต:

โรคอหิวาตกโรค (cholera) โรคบิด (shigellosis) โรคหัด (measles) โปลิโอ ไข้ไทฟอยด์ บาดทะยัก ตับอักเสบชนิดเอ หรือบี โรคไข้เลือดออก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ คอตีบ ไอกรน ไข้เลือดออก

การใช้บริการสถานพยาบาล	เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี			อายุ 5 ปีขึ้นไป			รวม	
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
จำนวนการใช้สถานพยาบาลทั้งหมด								

อัตราการใช้บริการ (Utilisation rate): จำนวนการเยี่ยมสถานพยาบาล (number of visits) ต่อคน ต่อปี = จำนวนการเยี่ยมใน 1 สัปดาห์
จำนวนประชากร x 52 สัปดาห์

- สามารถแยก (disaggregate) ประเภทอายุออกได้อีก (0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) ตามความสามารถในการปฏิบัติ (as feasible)

จำนวนการให้คำปรึกษาต่อแพทย์หนึ่งคน: จำนวนการเยี่ยมทั้งหมด (ทั้งผู้ป่วยติดเชื้อใหม่และซ้ำ)/จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาหรือเทียบเท่า (FTE*) ในสถานพยาบาล/จำนวนวันที่สถานบริการเปิดทำการในหนึ่งสัปดาห์



ภาคผนวก 3

สูตรคำนวณดัชนีชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญ (key health indicators)

อัตราเสียชีวิตหยาบ (Crude mortality rate หรือ CMR)

นิยาม: อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมด ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ในทุกวัย

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลาดังกล่าว}}{\text{จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยง กลางช่วงเวลาสำรวจ}} \times 10,000 \text{ คน} = \frac{\text{จำนวนการเสียชีวิต}}{\text{ประชากร 10,000 คน/วัน}} \times \text{จำนวนวันที่สำรวจ}$$

อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under-5 Mortality Rate หรือ U5MR)

นิยาม: อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประชากร

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดของเด็กอายุ <5 ปี}}{\text{จำนวนประชากรของเด็กอายุ <5 ปี ทั้งหมด}} \times 10,000 \text{ คน} = \frac{\text{จำนวนการเสียชีวิต/เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี}}{\text{จำนวน 10,000 คน/วัน}} \times \text{จำนวนวันที่สำรวจ}$$

อัตราการเกิดเหตุการณ์ (Incidence rate)

นิยาม: จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อใหม่ของโรคที่ระบุ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ระบุ ในประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อใหม่จากโรคที่ระบุ ในช่วงเวลาที่ระบุ}}{\text{จำนวนประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค}} \times 10,000 \text{ คน} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อใหม่จากโรคที่ระบุ/ประชากร 1,000 คน/เดือน}}{\text{จำนวนเดือนในช่วงเวลาดังกล่าว}}$$

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (case fatality rates หรือ CFR)

นิยาม: จำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคหารด้วยจำนวนประชากรที่เป็นโรค

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนประชากรที่เสียชีวิตจากโรคในเวลาที่ระบุ}}{\text{จำนวนประชากรที่เป็นโรคในเวลาที่ระบุ}} \times 100 = X\%$$

อัตราการใช้บริการสถานพยาบาล (Health facility utilisation rate)

นิยาม: จำนวนการเยี่ยม (visit) ของผู้ป่วยนอก ต่อคน ต่อปี หากเป็นไปได้ ควรแยกระหว่างการเยี่ยมชมใหม่ (new visits) กับการเยี่ยมชมซ้ำ (old visits) และควรใช้การเยี่ยมชมใหม่ในการคำนวณอัตราดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พบว่ามักเกิดปัญหาในการแบ่งแยกการเยี่ยมชมใหม่กับการเยี่ยมชมซ้ำ ดังนั้นในช่วงที่เกิดเหตุภัยพิบัติ จึงมักรวมตัวเลขดังกล่าวเป็นการเยี่ยมชมรวม (total visits)

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการเยี่ยมในหนึ่งสัปดาห์}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} \times 52 \text{ สัปดาห์} = \text{จำนวนการเยี่ยม/คนปี}$$

จำนวนการพบแพทย์ (consult) ต่อ แพทย์ หนึ่งคน ต่อวัน

นิยาม: จำนวนการพบแพทย์ทั้งหมด (ทั้งเคสใหม่ และเคสซ้ำ) โดยเฉลี่ยที่แพทย์แต่ละรายต้องดูในแต่ละวัน

สูตร:

$$\frac{\text{จำนวนการให้คำปรึกษาในหนึ่งสัปดาห์}}{\text{จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเทียบเท่าเต็มเวลา (FTE*) ในสถานพยาบาล}} + \frac{\text{จำนวนวันที่สถานพยาบาลเปิดทำการในหนึ่งสัปดาห์}}{\text{จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเทียบเท่าเต็มเวลา (FTE*) ในสถานพยาบาล}}$$

*FTE (full-time equivalent) หมายถึงการเทียบเท่าจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในสถานพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น หากมีแพทย์ 6 คน ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอก เต็ม 2 คนทำงานครึ่งเวลา (half-time) ดังนั้นจำนวนของแพทย์ที่เทียบเท่าปฏิบัติงานเต็มเวลา (FTE) = 4 คนทำงาน เต็มเวลา + 2 คนทำงาน ไม่เต็มเวลา = เทียบเท่า 5 คน (5 FTE clinicians)



รายการอ้างอิงและ เอกสารอ่านเพิ่มเติม

แหล่งที่มา

เครื่องมือทางกฎหมายระดับสากล

The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), CESCR General Comment 14, 11 August 2000. UN Doc. E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

World Health Organization (WHO) (2002), 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Issue No. 1. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690.pdf>

ระบบสุขภาพ

Inter-Agency Network for Education in Emergencies (INEE) (2004), Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises and Early Reconstruction. Geneva. www.exacteditions.com/exact/browse/436/494/2635/2/47?dps=on

Inter-Agency Steering Committee (IASC) Global Health Cluster (2009), Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster. WHO. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), Managing Drug Supply, 2nd edition. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2009), Emergency Health Information System. www.unhcr.org/pages/49c3646ce0.html

Pan American Health Organization (PAHO) (2000), Natural Disasters: protecting the public's health. Scientific Publication No. 575. Washington DC.

WHO (1994), Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations. Geneva.

WHO (1999), Guidelines for Drug Donations, 2nd edition. Geneva.

WHO (2000), World Health Report 2000 – Health systems: improving performance. Geneva. www.who.int/whr/2000/en/index.html

WHO (2001), Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva.

WHO (2009), Model Lists of Essential Medicines. Geneva.
www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html

WHO (in press), The Interagency Emergency Health Kit: Medicines and Medical Devices for 10,000 People for Approximately 3 Months, 4th edition. Geneva.

WHO and PAHO (2001), Health Library for Disasters. Geneva. <http://helid.desastres.net/>

การควบคุมโรคติดต่อ

Heymann, David L (2008), Control of Communicable Diseases Manual, 19th edition. American Public Health Association. Washington DC.

WHO (2002), Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks. Geneva.

WHO (2005), Communicable disease control in emergencies. Geneva.

WHO (2005), Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Field Handbook. Geneva.

WHO (2007), Tuberculosis Care and Control in Refugee and Displaced Populations: An Interagency Field Manual, 2nd edition. Geneva.

สุขภาพเด็ก

WHO (1997), Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. Macmillan. London.

WHO (2005), IMCI Handbook (Integrated Management of Childhood Illness). Geneva.

WHO (2005), Pocket Book of hospital care for children: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO (2008), Manual for the health care of children in humanitarian emergencies. Geneva.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2009), The State of the World's Children 2009. New York. www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

IASC (2009), Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings.
www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (2010 revision for field review), Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings.

Women's Commission for Refugee Women and Children (2006), Minimum Initial Service



Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module. <http://misp.rhrc.org/>
WHO (2006), Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice, 2nd edition. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf
WHO and UNHCR (2004), Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons. Geneva.
WHO, United Nations Population Fund (UNFPA) and Andalusia School of Public Health (2009), Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery. Granada, Spain.

การบาดเจ็บ

Hayward-Karlsson, J et al (1998), Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict. International Committee of the Red Cross (ICRC). Geneva.
PAHO (1995, reprint 2001), Establishing a Mass Casualty Management System. Washington DC. www.disasterpublications.info/english/viewtopic.php?topic=victimasmasa
WHO (2005), Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care tool kit: Disaster Management Guidelines. Geneva. www.who.int/surgery/publications/Disastermanagguide.pdf

สุขภาพจิต

IASC (2007), IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva. www.humanitarianinfo.org/iasc
IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support (2010), Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) In Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva. www.who.int/mental_health/emergencies/en/
WHO (2010), mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva. www.who.int/mental_health/
WHO, World Vision International and War Trauma Foundation (forthcoming), Psychological First Aid Guide. Geneva.

โรคไม่ติดต่อ

Spiegel et al (2010), Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. Lancet, Vol. 375, 23 January 2010.

WHO (2008), The Management of Cardiovascular Disease, Diabetes, Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Emergency and Humanitarian Settings. Draft, 28 February 2008. Geneva.

WHO (2009), WHO Package of Essential Non-communicable Disease Interventions (WHO PEN). Geneva.

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

เครื่องมือทางกฎหมายระดับสากล

Mann, J et al (eds) (1999), Health and Human Rights: A Reader. Routledge. New York.

Baccino-Astrada, A (1982), Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts. ICRC. Geneva.

ระบบสุขภาพ

Beaglehole, R, Bonita, R and Kjellstrom, T (2006), Basic Epidemiology, 2nd edition. WHO. Geneva.

IASC Global Health Cluster (2010), GHC position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises. Geneva.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008), Public health guide in emergencies. Geneva. www.ifrc.org/what/health/relief/guide.asp

Medecins sans Frontieres (MSF) (1997), Refugee Health. An Approach to Emergency Situations. Macmillan. London.

Noji, E (ed) (1997), The Public Health Consequences of Disasters. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), Handbook on War and Public Health. ICRC. Geneva.

WHO (2006), The Interagency Emergency Health Kit 2006. Geneva.

บริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

Checchi, F and Roberts, L (2005), Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network. Overseas Development Institute. London. www.odihpn.org

MSF (2006), Rapid health assessment of refugee or displaced populations. Paris.



SMART (2006), Measuring Mortality, Nutritional Status and Food Security in Crisis Situations: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition. www.smartindicators.org

UNHCR (2009), UNHCR's Principles and Guidance for Referral Health Care for Refugees and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&docid=4b4c4fca9&query=referral%20guidelines

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. Geneva.

การควบคุมโรคติดต่อ

Cook, GC, Manson, P and Zumla, AI (2008), Manson's Tropical Diseases, 22nd edition. WB Saunders.

Connolly, MA et al (2004), Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. The Lancet. London.

WHO (2004), Cholera outbreak, assessing the outbreak response and improving preparedness. Geneva.

WHO (2005), Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to shigella dysenteriae Type 1. Geneva.

สุขภาพเด็ก

WHO (2005), Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva.

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2003), Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546220.pdf>

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

Inter-agency Standing Committee (2006), Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Emergencies. Geneva.

International Rescue Committee (2003), Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations. Kumarian Press. Bloomfield, CT, USA.

UNFPA and Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations (2008), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations.

UNHCR (2006), Note on HIV/AIDS and the Protection of Refugees, IDPs and Other Persons of Concern. Geneva. www.unhcr.org/444e20892.html

UNHCR (2007), Antiretroviral Medication Policy for Refugees. Geneva.
www.unhcr.org/45b479642.html

UNHCR and Southern African Clinicians Society (2007), Clinical guidelines on antiretroviral therapy management for displaced populations. www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/search?page=search&doid=46238d5f2&query=art%20guidelines

UNHCR, WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2009), Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Geneva.
www.unhcr.org/4b508b9c9.html

WHO, UNFPA, UNICEF and The World Bank Group (2000, reprint 2007), Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241545879_eng.pdf

การบาดเจ็บ

International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO) (2001), ISPO consensus conference on appropriate orthopaedic technology for low-income countries: conclusions and recommendations. Prosthetics Orthotics International. Vol. 25, pp 168–170.

ISPO Code of Conduct for International Non-Governmental Prosthetics, Orthotics, and Mobility Assistance: www.usispo.org/code.asp

Landmines Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Programme Guide: implementing P&O services in poor settings: guide for planners and providers of services for persons in need of orthopaedic devices. Geneva.

Landmine Survivors Network (2007), Prosthetics and Orthotics Project Guide: supporting P&O services in low-income settings a common approach for organizations implementing aid projects. Geneva.

MSF (1989), Minor Surgical Procedures in Remote Areas. Paris.

WHO (1991), Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology. Geneva.

สุขภาพจิต

UNHCR and WHO (2008), Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide. Geneva.
www.who.int/mental_health/emergencies/en/



WHO (2009), Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva. www.who.int/mental_health/

โรคไม่ติดต่อ

Fauci, AS et al (2008), Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition, McGraw Hill Professional. New York.

Foster, C et al (eds), The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd edition. Lippincott Williams & Wilkins Publishers. Philadelphia.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds) (2003), Current Medical Diagnosis and Treatment, 42nd edition. McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.