



บทที่ 5
มาตรฐานขั้นต่ำ
ในการบริการ
ด้านสุขภาพ

การใช้เนื้อหาบทนี้

บทนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ: ระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐาน การควบคุมโรคติดต่อ และการควบคุมโรคไม่ติดต่อ การเรียบเรียงเนื้อหาของบทนี้มุ่งนำเสนอระบบสำหรับการออกแบบ การใช้ การกำกับดูแล และการประเมินผล การบริการด้านสุขภาพขณะเกิดภัยพิบัติ ซึ่งเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือที่สุดในการระบุลำดับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพเพื่อดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยเน้นย้ำหลักการต่างๆ เช่น การส่งเสริมระบบสุขภาพระดับชาติ และระดับท้องถิ่น การประสานงาน และการปรับการดำเนินการให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

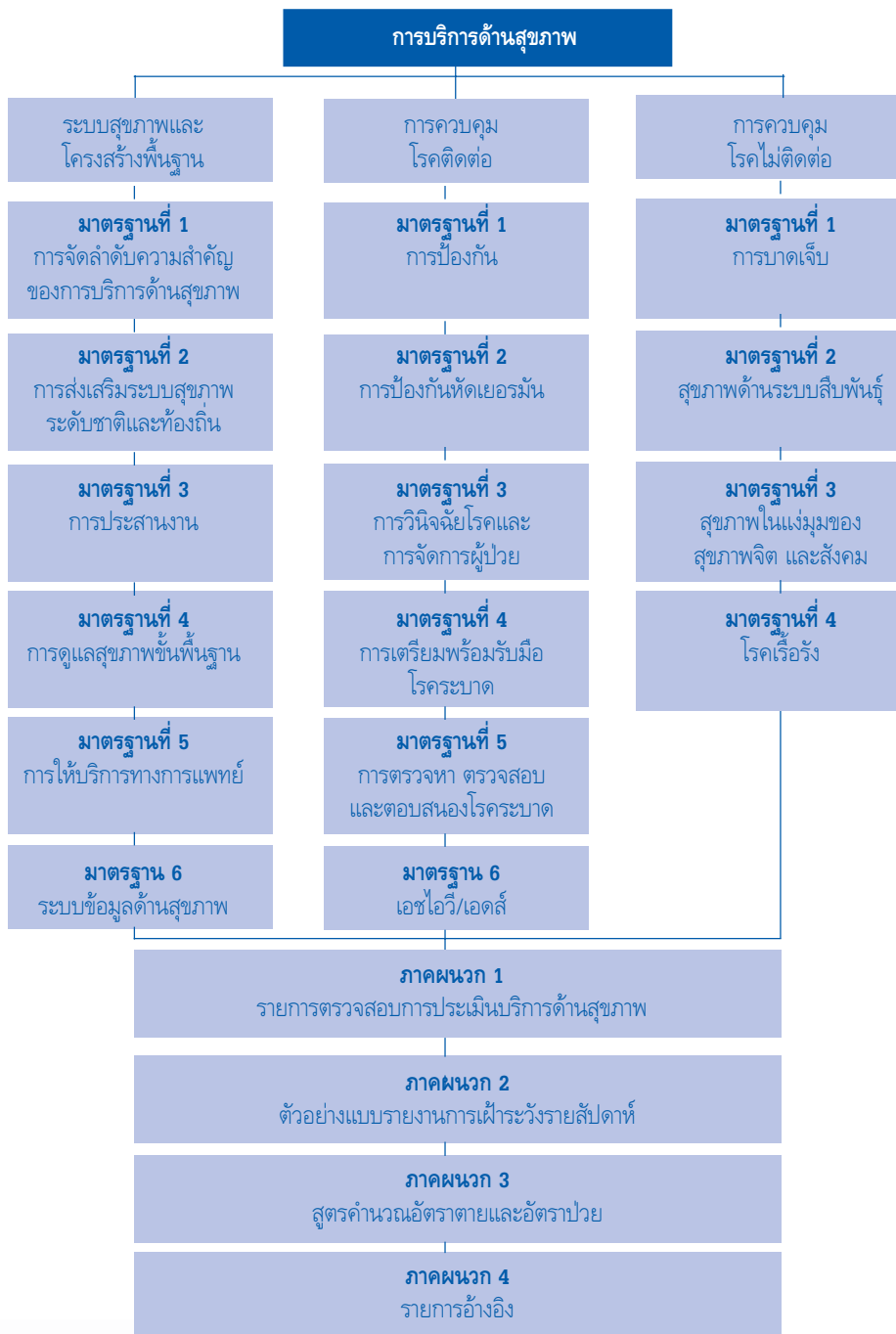
เนื้อหาแต่ละส่วนประกอบด้วย

- **มาตรฐานขั้นต่ำ** เป็นเรื่องเชิงคุณภาพ และกำหนดระดับขั้นต่ำสุดที่ต้องบรรลุในการให้บริการด้านสุขภาพ
- **ดัชนีชี้วัดหลัก** เป็น “สัญญาณ” บ่งชี้ว่าผลการปฏิบัติงานบรรลุมาตรฐานหรือไม่ ดัชนีชี้วัดหลักเป็นวิธีการวัดและแสดงผลกระทบหรือผลของแผนงาน และกระบวนการหรือวิธีการที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเชิงคุณภาพหรือปริมาณ
- **บันทึกแนวทางปฏิบัติ** นำเสนอประเด็นเฉพาะที่ต้องคำนึงถึงเป็นพิเศษเมื่อนำมาตรฐานและตัวชี้วัดต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการปัญหาที่พบเมื่อปฏิบัติงานจริง และการจัดลำดับความสำคัญ อาจรวมถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานหรือตัวชี้วัด และอธิบายสถานการณ์ที่ตัดสินได้ยาก เป็นประเด็นถกเถียง หรือเป็นช่องว่างของความรู้ที่มีในปัจจุบัน

ท้ายบทได้รวบรวมรายการตรวจสอบการประเมินต่างๆ ตัวอย่างแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล สูตรคำนวณ อัตราตาย อัตราเจ็บป่วย และรายการอ้างอิง ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลทั้งหมดทั้งประเด็นทั่วไป และประเด็นทางเทคนิคเฉพาะซึ่งเกี่ยวข้องกับบทนี้

สารบัญ

บทนำ	265
1. ระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐาน	271
2. การควบคุมโรคติดต่อ.....	288
3. การควบคุมโรคไม่ติดต่อ	301
ภาคผนวก 1 : รายการตรวจสอบการประเมินบริการต่างๆ ด้านสุขภาพ.....	312
ภาคผนวก 2 : ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวังรายสัปดาห์.....	315
ภาคผนวก 3 : สูตรคำนวณอัตราการตายและการเจ็บป่วย.....	318
ภาคผนวก 4 : รายการอ้างอิง.....	320



บทนำ

การเชื่อมโยงกับเครื่องมือทางกฎหมายระหว่างประเทศ

มาตรฐานขั้นต่ำของการบริการด้านสุขภาพเป็นคำอธิบายเชิงปฏิบัติของหลักการและสิทธิต่างๆ ตามกฎบัตรแห่งมนุษยธรรม ที่เน้นเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดของการดำรงชีวิตและศักดิ์ศรีของผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติหรือความขัดแย้ง ดังที่ปรากฏในตัวของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ กฎหมายด้านมนุษยธรรมและกฎหมายผู้พลัด

ทุกคนมีสิทธิสุขภาพที่ดีตามที่ปรากฏในเครื่องมือทางกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งไม่เพียงเป็นสิทธิในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน แต่ยังรวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เป็นรากฐานของสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบรรลุสิทธิมนุษยชนอื่นๆ เช่น การเข้าถึงน้ำที่ปลอดภัยและสุขาภิบาลที่เพียงพอ การมีอาหาร โภชนาการ และที่อยู่ที่ปลอดภัยอย่างเพียงพอ มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพ การไม่เลือกปฏิบัติ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงรับรองในคุณค่าของบุคคล

ความมั่นใจในสิทธิด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ 1) ประชาชนได้รับการคุ้มครอง 2) ผู้มีหน้าที่โดยตรงด้านระบบดูแลสุขภาพได้รับการฝึกอบรมอย่างดี และมุ่งมั่นดำเนินการตามหลักการด้านจริยธรรมสากลและมาตรฐานวิชาชีพ 3) ระบบการดำเนินการออกแบบมาเพื่อบรรลุมาตรฐานขั้นต่ำของความจำเป็น และ 4) รัฐกำหนดและคุ้มครองเงื่อนไขด้านความปลอดภัยและความมั่นคงดังกล่าว ประเด็นสำคัญของสิทธิมนุษยชนคือ ศักดิ์ศรีและความเสมอภาคและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการบรรลุสิทธิด้านสุขภาพของบุคคล ในภาวะสงคราม โรงพยาบาลของพลเรือนและสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ไม่เป็นเป้าหมายของการโจมตีในทุกกรณี และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและการแพทย์มีสิทธิได้รับความเคารพและการคุ้มครอง

แม้ว่ามาตรฐานขั้นต่ำในบทนี้ไม่ได้อธิบายถึงสิทธิด้านสุขภาพทั้งหมด แต่มาตรฐานสเปียร์สะท้อนเนื้อหาหลักของสิทธิด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในสิทธิที่พึงมีทั้งหมดอย่างครอบคลุม

ความสำคัญของการบริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

การดูแลสุขภาพเป็นตัวกำหนดสำคัญของการรอดชีวิตในระยะเริ่มแรก ของสถานการณ์ภัยพิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของ ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติเป็นอย่างมาก ผลกระทบด้านสาธารณสุขอาจเป็น โดยตรง (เช่น การบาดเจ็บ บาดแผลทางจิตใจ) หรือโดยอ้อม (เช่น อัตราการเพิ่มขึ้น ของโรคติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง) ผลกระทบ ต่อสุขภาพโดยอ้อมเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น ปริมาณน้ำที่ไม่เพียงพอ และคุณภาพน้ำที่ไม่ดีพอ การสุขาภิบาลที่หยุดชะงัก ภาวะขาดเสบียงอาหาร ระบบ บริการสุขภาพที่ล้มเหลว ความแออัดและการพลัดถิ่นของประชาชน

เป้าหมายเบื้องต้นของการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมในสถานการณ์ ภัยพิบัติคือ 1) ป้องกันและลดปริมาณการตายและการเจ็บป่วย และ 2) ส่งเสริม ให้สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติ สถานการณ์ภัยพิบัติประเภทต่างๆ เกี่ยวข้องกับ การตายและการเจ็บป่วยในระดับและรูปแบบที่แตกต่างกัน (ดูตารางหน้า 270) ความต้องการจำเป็นด้านสาธารณสุขและการแพทย์ของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ จากภัยพิบัติจึงแตกต่างกันไปตามประเภทและขนาดของภัยพิบัติ

การจัดลำดับความสำคัญของการบริการด้านสุขภาพต้องมาจากความเข้าใจ ที่ชัดเจนในเรื่องสภาวะ ความต้องการจำเป็น ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ทรัพยากร และความสามารถของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ข้อมูลในระยะแรกของ สถานการณ์ภัยพิบัติอาจไม่สมบูรณ์ ทำให้ต้องตัดสินใจเรื่องสำคัญๆ ด้านสาธารณสุข โดยมีข้อมูลเกี่ยวข้องและผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้น หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งตัวแทนชุมชนจึงควรประเมินสถานการณ์เบื้องต้นโดยเร็วที่สุดที่จะทำได้เพื่อ กำหนด ผลกระทบของภัยพิบัติด้านสาธารณสุข ลำดับความต้องการจำเป็นด้าน

สาธารณสุข ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น และความต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก (ดูมาตรฐานกลางที่ 2 เรื่องการประเมินเบื้องต้น หน้า 31 และภาคผนวก 1)

โดยทั่วไป การออกแบบโครงการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขต้องอำนวยความสะดวกสูงสุดต่อสุขภาพของประชาชนจำนวนมากที่สุดเป็นสำคัญ หากเป็นไปได้ โครงการควรใช้หลักการปฏิบัติงานโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแสดงให้เห็นประโยชน์ทางสาธารณสุขของชุมชน โครงการช่วยเหลือดังกล่าวมักรวมถึงปริมาณน้ำสะอาดที่เพียงพอ การสุขาภิบาล บริการด้านโภชนาการ ความช่วยเหลือด้านอาหาร/ความมั่นคงทางอาหาร ที่พักพิง และการดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน การป้องกันและการบริการทางการแพทย์ควรมีจุดประสงค์เบื้องต้นเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

การรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันหัดมีเป้าหมายหลักที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการระบาดของโรคหัดโดยเฉพาะผู้ลี้ภัยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อน ในสถานการณ์ภัยพิบัติส่วนใหญ่ แม้บริการส่งต่อและการดูแลในโรงพยาบาลจะสำคัญ แต่ก็มีผลด้านการสาธารณสุขน้อยกว่าโครงการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติในการออกแบบการใช้ การกำกับดูแล และการประเมินผลบริการด้านสุขภาพมีความสำคัญ ควรพยายามระบุและใช้ความสามารถด้านสุขภาพที่มีอยู่ในการดำเนินงานให้ความช่วยเหลือ การสร้างความสามารถในท้องถิ่นร่วมกับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติเป็นวิธีที่ได้ผลมากที่สุดในการช่วยชุมชนให้ฟื้นตัวจากสถานการณ์ภัยพิบัติและเตรียมพร้อมสำหรับเหตุภัยพิบัติในอนาคต ผู้ลี้ภัยและผู้พลัดถิ่นในประเทศมักเพิ่มภาระการบริการด้านสุขภาพให้ประชาชนเจ้าของพื้นที่รับผิดชอบเกินความสามารถที่มี ความพยายามด้านมนุษยธรรมจึงควรวางเป้าหมายที่การบูรณาการดำเนินงานและสนับสนุนงานบริการด้านสุขภาพกับประชาชนเจ้าของพื้นที่ให้มากที่สุด

ในสถานการณ์ภัยพิบัติส่วนใหญ่ ผู้หญิงและเด็กเป็นผู้ใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มหลัก การทราบข้อมูลความคิดเห็นของผู้หญิงจึงสำคัญในการสร้างความมั่นใจว่าการบริการมีความเท่าเทียม เหมาะสมและเข้าถึงได้สำหรับประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติโดยรวม ผู้หญิงสามารถช่วยให้เข้าใจปัจจัยทางวัฒนธรรมและประเพณีที่ส่งผลต่อสุขภาพ รวมทั้งความต้องการจำเป็นเฉพาะของกลุ่มผู้เปราะบางที่เป็นส่วนหนึ่งของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ กลุ่มผู้เปราะบางจึงควรมีส่วนร่วมในการวางแผนและการนำไปใช้ในการบริการด้านการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มโครงการ

การเชื่อมโยงกับบทอื่น

มาตรฐานหลายประการในบทอื่นๆ สัมพันธ์กับบทนี้ ความก้าวหน้าในการบรรลุมาตรฐานต่างๆ ในแต่ละเรื่อง มักมีอิทธิพลและอาจถึงกับมีส่วนกำหนดความก้าวหน้าในด้านอื่นๆ ด้วย ดังนั้น เพื่อให้การตอบสนองต่อภัยพิบัติมีประสิทธิภาพสูงสุด หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้ความร่วมมือและประสานงานกันอย่างใกล้ชิด รวมทั้งร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นที่ให้ความช่วยเหลือด้วยความร่วมมือดังกล่าวจะทำให้การตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นมีประสิทธิภาพหลักเลี่ยงการทำงานที่ซ้ำซ้อน และช่วยให้บริการด้านสุขภาพมีคุณภาพสูงสุด ทั้งนี้ จะมีการอ้างอิงถึงมาตรฐานเฉพาะหรือบันทึกแนวทางปฏิบัติในบทอื่นเมื่อกล่าวถึงประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การเชื่อมโยงกับมาตรฐานกลางของทุกเรื่อง

กระบวนการพัฒนาโครงการให้ความช่วยเหลือและการนำโครงการไปใช้ในภาคปฏิบัติมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของโครงการ ดังนั้น การนำบทนี้ไปใช้ในภาคปฏิบัติ จึงควรเชื่อมโยงกับมาตรฐานกลางสำหรับทุกเรื่อง โดยครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วม การประเมินเบื้องต้น การตอบสนอง การกำหนดเป้าหมาย การกำกับดูแล การประเมินผล สมรรถภาพและความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงาน

บรรเทาทุกข์ และการนิเทศ งานการจัดการ และการสนับสนุนด้านบุคลากร (ดูบทที่ 1 หน้า 23) ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมทั้งกลุ่มผู้เปราะบางที่จะกล่าวถึงต่อไป ควรมีส่วนร่วมในการตอบสนองอย่างเต็มที่เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ

กลุ่มผู้เปราะบางและความสามารถของผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อเกิดภัยพิบัติ คือ กลุ่มผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในบางบริบท บุคคลอื่นๆ ก็มีความเปราะบางได้เช่นกัน จากเหตุผลด้านเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง หรือการย้ายถิ่นฐาน ความเปราะบางดังกล่าวมีผลต่อความสามารถของผู้ประสบภัยในการแก้ปัญหา และการอยู่รอดเมื่อเกิดภัยพิบัติ จึงควรระบุกลุ่มผู้มีความเสี่ยงดังกล่าวไว้ในแต่ละบริบท

ในคู่มือฉบับนี้ คำว่า “กลุ่มผู้เปราะบาง” หมายถึง ทุกกลุ่มที่ได้กล่าวแล้ว เมื่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีความเสี่ยง มักมีแนวโน้มว่ากลุ่มอื่นๆ ก็จะถูกคุกคามด้วย ดังนั้น เมื่อมีการกล่าวถึง “กลุ่มผู้เปราะบาง” ผู้ใช้คู่มือพึงตระหนักว่าหมายรวมถึงทุกกลุ่มข้างต้น และต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือตามความต้องการโดยไม่เลือกปฏิบัติ และควรจดจำไว้เสมอว่าผู้ประสบภัยเป็นผู้ที่มีสิทธิ มีทักษะ และความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งควรยอมรับและสนับสนุนเป็นอย่างยิ่ง

ผลกระทบทางสาธารณสุขจากภัยพิบัติแต่ละประเภท					
ผล	เหตุฉุกเฉินที่ซับซ้อน	แผ่นดินไหว	วาทภัย (ไม่มีน้ำท่วม)	น้ำท่วม	น้ำท่วมอย่างรวดเร็ว/คลื่นยักษ์
การตาย	มาก	มาก	มีบ้าง	มีบ้าง	มาก
บาดเจ็บสาหัส	แปรผัน	มาก	ปานกลาง	มีบ้าง	มีบ้าง
ความเสี่ยงโรคติดต่อที่เพิ่มขึ้น	สูง	เล็กน้อย	เล็กน้อย	แปรผัน	เล็กน้อย
ขาดแคลนอาหาร	มาก	พบน้อย	พบน้อย	แปรผัน	มาก
การพลัดถิ่นของประชาชนจำนวนมาก	มาก (อาจเกิดกับพื้นที่ในเมืองที่เสียหายมาก)	พบน้อย	พบน้อย	ปกติ	แปรผัน

แหล่งข้อมูล : ดัดแปลงจาก Pan American Health Organization, *Emergency Health Management After Natural Disaster*. Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination: Scientific Publication No. 47. Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

หมายเหตุ: ภัยพิบัติเฉพาะแต่ละประเภท มีแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายแปรผันตามสถานการณ์อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การบังคับใช้กฎหมายการก่อสร้างสามารถลดจำนวนการตายและบาดเจ็บสาหัสจากเหตุแผ่นดินไหวลงได้อย่างมาก ในบางสถานการณ์ฉุกเฉินที่ซับซ้อน โรคติดต่อและภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตาย ในขณะที่ภัยพิบัติอื่นการบาดเจ็บรุนแรงเป็นสาเหตุหลักของการตาย และโรคเรื้อรังที่ซับซ้อนเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยที่มากเกินปกติ

มาตรฐานขั้นต่ำ

1. ระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐาน

การตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน เมื่ออัตราตายสูงขึ้นหรือจะสูงขึ้น โครงการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมต้องเน้นเรื่องความต้องการจำเป็นเร่งด่วนของการรอดชีวิต รวมถึงการรักษาขั้นพื้นฐาน เมื่อบรรลุความต้องการจำเป็นในการรอดชีวิตแล้ว และอัตราตายลดลงใกล้ระดับปกติ ต้องพัฒนาระบบการบริการสุขภาพให้ครอบคลุมตลอดระยะการตอบสนองต้องมีการออกแบบ การใช้ การกำกับดูแล และการประเมินผลการบริการระบบสุขภาพเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบรรลุความต้องการจำเป็นอย่างครอบคลุมและเหมาะสม มีวิธีเข้าถึงที่ดี และส่งเสริมคุณภาพ

มาตรฐานต่างๆต่อไปนี้จะใช้ได้กับภัยพิบัติทุกรูปแบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะขาดแคลนทรัพยากร โดยออกแบบมาเพื่อให้ชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้ในระหว่างการตอบสนองต่อภัยพิบัติ การส่งเสริมบริการด้านสุขภาพที่ยั่งยืนหลังเกิดภัยพิบัติสำคัญมากเมื่อโครงสร้างพื้นฐานและบริการด้านสุขภาพถูกทำลาย อย่างไรก็ตามความยั่งยืนดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ รวมทั้งด้านการเมือง การจัดการ องค์กร สถาบันการเงิน เรื่องทางเทคนิค และเรื่องอื่นๆ จึงเกินขอบเขตของเนื้อหาในบทนี้ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและคณะทำงานต้องตระหนักว่าการตัดสินใจในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ สามารถเป็นทั้งช่วยส่งเสริมหรือบั่นทอนความยั่งยืนของการบริการในระยะยาว

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 1: การจัดลำดับความสำคัญของบริการสุขภาพ

ประชาชนทุกคนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพซึ่งจัดลำดับความสำคัญไว้ เพื่อระบุสาเหตุหลักของการตายและการป่วยที่เพิ่มขึ้น

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ระบุ บันทึก และกำกับดูแลสาเหตุหลักของการตายและการเจ็บป่วย
- มีโครงการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สุด ให้บริการด้านสุขภาพที่จัดลำดับตามความสำคัญ เพื่อลดการตายและการเจ็บป่วยที่มากเกินไป (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติ ข้อ 1)
- สมาชิกชุมชนทุกคน รวมถึงกลุ่มผู้เปราะบางเข้าถึงโครงการให้บริการด้านสุขภาพที่สำคัญ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพของท้องถิ่นและสมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพที่สำคัญ
- ออกแบบและดำเนินโครงการความช่วยเหลือด้านสุขภาพที่สำคัญ ร่วมกับโครงการให้ความช่วยเหลือเรื่องอื่น รวมทั้งเรื่องน้ำและสุขาภิบาล ความมั่นคงทางอาหาร โภชนาการ ที่พักพิงและการปกป้องคุ้มครอง
- รักษาหรือลดระดับอัตราการตายอย่างหยاب ให้ต่ำกว่าสองเท่าของข้อมูลอัตราตายปกติของประชากรก่อนเกิดภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- รักษาหรือลดระดับอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ต่ำกว่าสองเท่าของข้อมูลอัตราตายปกติของประชากรก่อนเกิดภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **โครงการความช่วยเหลือด้านสุขภาพที่จัดลำดับตามความสำคัญ:** โครงการความช่วยเหลือด้านสุขภาพที่จัดลำดับตามความสำคัญแปรผันตามบริบท รวมถึงประเภทของภัยพิบัติ และผลกระทบ การดำเนินโครงการตามหลักการด้านสาธารณสุขช่วยให้ประชาชนจำนวนมากที่สุดได้รับผลประโยชน์ด้านสุขภาพสูงสุด

โดยการจัดให้มีน้ำสะอาดบริโภคอย่างเพียงพอ มีสุขาภิบาล อาหารและที่พักพิง มีการควบคุมโรคติดต่อ (เช่น วัคซีนป้องกันโรคหัด) การดูแลทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และการเฝ้าระวังโรค หลังเกิดเหตุภัยพิบัติที่มีการบาดเจ็บจำนวนมาก เช่น เหตุแผ่นดินไหว ต้องให้ความสำคัญกับการขยายบริการด้านการแพทย์ รวมถึงการดูแลภาวะบาดเจ็บรุนแรง

2. **การเข้าถึงบริการสุขภาพ:** การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพควรเป็นไปตามหลักการของความเท่าเทียมกัน เพื่อมั่นใจในการเข้าถึงตามความต้องการจำเป็นโดยปราศจากการแบ่งแยกกีดกัน ซึ่งอาจเป็นผลให้บางกลุ่มถูกละเลย ในทางปฏิบัติ ควรมีการจัดการด้านสถานที่และคณะทำงานของการบริการด้านสุขภาพเพื่อประกันการเข้าถึงและความครอบคลุมให้มากที่สุด เมื่อออกแบบโครงการความช่วยเหลือควรระบุความต้องการจำเป็นเฉพาะของกลุ่มผู้เปราะบางที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ เมื่อมีการคิดค่าบริการ ควรมีการจัดการเพื่อให้แน่ใจว่า ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการยังคงเข้าถึงบริการได้ เช่น บัตรลดค่าธรรมเนียม คู่มือ ฯลฯ
3. **อัตราการตายอย่างหยابและอัตราการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี:** อัตราตายอย่างหยาบรายวันเป็นดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ที่สุดสำหรับการกำกับดูแลในสถานการณ์ภัยพิบัติ อัตราตายอย่างหยาบที่เพิ่มเป็นสองเท่าชี้ให้เห็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญจึงต้องมีการตอบสนองทันที ค่าเฉลี่ยของอัตราการตายอย่างหยาบสำหรับประเทศด้อยพัฒนา คือ 0.38 คนต่อประชากร 10,000 คนต่อวัน สำหรับแอฟริกาใต้ คือ 0.44/10,000/วัน สำหรับประเทศอุตสาหกรรม คือ 0.25/10,000/วัน กรณีไม่ทราบค่าเฉลี่ยของอัตราการตายอย่างหยาบ หน่วยงานควรกำหนดให้ต่ำกว่า 1.0/10,000/วัน อัตราตายเฉลี่ยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับประเทศด้อยพัฒนาประมาณ 1.03/10,000/วัน สำหรับแอฟริกาใต้ คือ 1.14/10,000/วัน สำหรับประเทศอุตสาหกรรม คือ 0.04/10,000/วัน กรณีไม่ทราบค่าเฉลี่ยของอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หน่วยงานควรกำหนดให้ต่ำกว่า 2.0/10,000/วัน (ดูภาคผนวก 2-3 และตารางในหน้าถัดไป)

ข้อมูลการตายตามภูมิภาค				
พื้นที่	อัตราการตาย อย่างหยาบ (คน/10,000 /วัน)	อัตราการตายใน อย่างหยาบใน ภาวะฉุกเฉิน ระยะแรก	อัตราการตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (คน/10,000 /วัน)	อัตราการตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ในภาวะฉุกเฉิน ระยะแรก
แอฟริกาตอนใต้	0.44	0.9	1.14	2.3
ตะวันออกกลาง และแอฟริกาเหนือ	0.16	0.3	0.36	0.7
เอเชียใต้	0.25	0.5	0.59	1.2
เอเชียตะวันออกเฉียง และแปซิฟิก	0.19	0.4	0.24	0.5
ละตินอเมริกา และแคริบเบียน	0.16	0.3	0.19	0.4
ยุโรปกลางและ ตะวันออก/CIS และรัฐแถบทะเล บอลติก	0.30	0.6	0.20	0.4
ประเทศอุตสาหกรรม	0.25	0.5	0.04	0.1
ประเทศกำลังพัฒนา	0.25	0.5	0.53	1.1
ประเทศด้อยพัฒนา	0.38	0.8	1.03	2.1
สถิติโลก	0.25	0.5	0.48	1.0

แหล่งข้อมูล: UNICEF's State of the World's Children 2003 (ข้อมูลปี 2001)

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 2: ระบบช่วยเหลือสุขภาพระดับชาติและท้องถิ่น

ออกแบบบริการด้านสุขภาพเพื่อ สนับสนุนระบบสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐาน และผู้ให้บริการ ที่ยังมีอยู่

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำการตอบสนองการบริการด้านสุขภาพหากเป็นไปได้
- เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไม่มีความสามารถที่จำเป็นต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ควรกำหนดหน่วยงานอื่นที่มีความสามารถให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพแทน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2)
- หน่วยงานที่ตอบสนองด้านสุขภาพควรสนับสนุนและเสริมความเข้มแข็งของบริการด้านสุขภาพของท้องถิ่น (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2)
- สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในท้องถิ่นเข้าร่วมงานบริการด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางเพศและเชื้อชาติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- นำมาตรฐานและแนวปฏิบัติระดับชาติที่มีอยู่แล้วในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติหรือประเทศที่รับผู้พลัดถิ่น มาใช้หรือปรับใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)
- ไม่จัดตั้งหน่วยบริการด้านสุขภาพอื่น เช่น โรงพยาบาลสนามของต่างชาติ เป็นทางเลือกหรือทำงานซ้ำซ้อนกัน นอกจากกรณีที่ท้องถิ่นไม่มีความสามารถดำเนินการ หรือประชาชนเข้าไม่ถึงบริการเท่านั้น และต้องปรึกษาหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพในประเด็นนี้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 5)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **หน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ:** เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพ หน่วยงานองค์การสหประชาชาติ เช่น WHO UNHCR หรือ UNICEF จะเข้ามารับผิดชอบแทน ในบางกรณีเมื่อทั้งกระทรวงสาธารณสุข

และองค์การอนามัยโลกขาดความสามารถทั้งในระดับภูมิภาค ตำบล หรือท้องถิ่น หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องอาจต้องดำเนินการชั่วคราว หน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพควรมั่นใจว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพสนับสนุนและเสริมความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพท้องถิ่น และมีหน้าที่จัดการให้หน่วยงานด้านสุขภาพต่างๆ ประสานงานและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

2. **กลยุทธ์และนโยบายด้านสุขภาพ:** หน้าที่หลักของหน่วยงานที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพคือ พัฒนากลยุทธ์และนโยบายในภาพรวมสำหรับการตอบสนองด้านสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ควรจัดทำเอกสารนโยบายเพื่อระบุลำดับความสำคัญและวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ รวมทั้งกำหนดกรอบการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยปรึกษาหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้แทนชุมชน
3. **ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น:** บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจากชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมถึงผดุงครรภ์และหมอดำแย ควรรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยมีจำนวนเพียงพอและชายอย่างสมดุล ซึ่งอาจทำได้ยากในกรณีของชุมชนที่การดูแลด้านสุขภาพควบคุมโดยเพศใดเพศหนึ่ง
4. **มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติระดับชาติ:** โดยทั่วไป หน่วยงานควรยึดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมถึงหลักปฏิบัติในการรักษาและบัญชาหลักที่จำเป็นของประเทศที่หน่วยงานดำเนินการตอบสนองด้านภัยพิบัติ (ดูมาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 5) ควรทบทวนมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติดังกล่าวโดยหารือกับกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มตอบสนองต่อภัยพิบัติ เพื่อกำหนดความเหมาะสม ควรปรับปรุงถ้าจำเป็นหรือไม่สะท้อนการปฏิบัติที่ยึดตามข้อมูลเชิงประจักษ์
5. **โรงพยาบาลสนามของต่างชาติ:** บางครั้ง โรงพยาบาลสนามอาจเป็นวิธีเดียวในการให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลที่มีอยู่ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การให้ทรัพยากรเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ให้สามารถกลับมาเริ่มงานได้อีกครั้งหรือรับมืองานที่เพิ่มขึ้นเป็น

วิธีที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ควรจัดให้มีโรงพยาบาลสนามเพื่อดูแลผู้ป่วยเจ็บรุนแรงแบบเร่งด่วน (48 ชั่วโมงแรก) และระยะที่ 2 ดูแลผู้ป่วยเจ็บ และกรณีฉุกเฉินทั่วไป (วันที่ 3-15) หรือเป็นหน่วยงานชั่วคราวทดแทนโรงพยาบาลท้องถิ่นที่เสียหายจนกว่าจะมีการซ่อมแซมใหม่ซึ่งอาจใช้เวลาหลายปี ต้องระบุความต้องการจำเป็นอย่างชัดเจนในการพิจารณาความเหมาะสมของการมีโรงพยาบาลสนามไว้ใช้ปฏิบัติการ โรงพยาบาลสนามต้องสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า โดยไม่ทำให้สูญเสียทรัพยากรท้องถิ่น

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 3: การประสานงาน

ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่หน่วยงานประสานกันในการดำเนินการเรื่องต่างๆ เพื่อบรรลุผลสูงสุด

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- มีการจัดทำกลไกการประสานงานระดับศูนย์กลาง (ระดับชาติหรือภูมิภาค) และระดับภาคสนามในเรื่องสุขภาพ และระหว่างเรื่องสุขภาพกับเรื่องอื่นๆ
- ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละหน่วยงานด้านสุขภาพให้ชัดเจน และบันทึกไว้ภายใต้การหารือกับหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการประชาชนได้ทั่วถึงและสมบูรณ์ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- จัดประชุมการประสานงานด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานของท้องถิ่นและจากภายนอก ทั้งระดับศูนย์กลางและระดับภาคสนาม (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **การประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพ:** ไม่ว่าหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นทุกองค์กร

ในงานเรื่องสุขภาพควรประสานกับบริการด้านสุขภาพของชาติและของท้องถิ่น ในค่ายผู้ลี้ภัยควรประสานกับระบบสุขภาพของประเทศที่รับผู้พลัดถิ่น เมื่อมีหน่วยงานด้านสุขภาพจำนวนมากทำงานภาคสนามร่วมกัน ควรกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบให้ชัดเจนเพื่อช่วยจัดช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน

2. **การประชุมประสานงาน:** ควรจัดการประชุมเสวนาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ระบุและกำกับดูแลลำดับความสำคัญ พัฒนาและปรับใช้กลยุทธ์ด้านสุขภาพทั่วไป จัดสรรงานเฉพาะด้าน และตกลงข้อกำหนดและหลักปฏิบัติของโครงการให้เป็น มาตรฐานเดียวกัน โดยประชุมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยะแรก

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 4: สาธารณสุขมูลฐาน

การบริการด้านสุขภาพเป็นไปตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานที่เกี่ยวข้อง

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ประชาชนทุกคนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่ช่วยให้สามารถป้องกันและ ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- จัดให้มีบริการด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมตามระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย คลินิก/ชุมชน สถานบริการด้านสุขภาพรอบนอก [สถานเฝ้าระวัง] ส่วนกลาง และโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งต่อ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- จัดตั้งระบบส่งต่อที่ได้มาตรฐานโดยหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อให้ หน่วยงานด้านสุขภาพใช้จัดระบบขนส่งที่เหมาะสมสำหรับส่งผู้ป่วยต่อไปยัง โรงพยาบาล

- บริการด้านสุขภาพและโครงการดำเนินการตามหลักวิทยาศาสตร์ที่ปลอดภัย และอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ หากเป็นไปได้
- บริการด้านสุขภาพและโครงการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับทางสังคมและวัฒนธรรม

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **ข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพศึกษา:** ควรนำโครงการด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนไปปรึกษาหารือกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนและผู้แทนชุมชน โดยคำนึงถึงพฤติกรรมการรักษาสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชน ควรให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน ความเสี่ยงหลักด้านสุขภาพ สถานที่และการบริการด้านสุขภาพ ที่มีให้ในท้องถิ่น และวิธีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ข้อความและเอกสารด้านสาธารณสุขควรใช้ภาษาและสื่อที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม หากเป็นไปได้ เนื้อหาข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญกลุ่มหน่วยงานด้านสุขภาพใช้ตรวจสอบคล้อยเป็นรูปแบบเดียวกัน
2. **หน่วยแพทย์เคลื่อนที่:** ขณะเกิดภัยพิบัติบางประเภท อาจจำเป็นต้องมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นของชุมชนที่ถูกโดดเดี่ยวหรืออยู่ระหว่างโยกย้าย ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ ประสบการณ์ชี้ให้เห็นว่าหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สามารถบรรลุความต้องการจำเป็นที่สำคัญได้เมื่อดำเนินการอย่างเหมาะสม แต่หากปฏิบัติการไม่เหมาะสม อาจเป็นประโยชน์น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ทำลายบริการสุขภาพที่มีอยู่ และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ควรใช้หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เมื่อปรึกษากับหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในท้องถิ่นแล้วเท่านั้น

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 5: บริการทางการแพทย์

ประชาชนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานและปฏิบัติตามหลักปฏิบัติและแนวทางที่เป็นที่ยอมรับ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านควบคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- จำนวน ระดับ และตำแหน่งของสถานบริการด้านสุขภาพ เหมาะสม และเป็นไปตามความต้องการจำเป็นของประชาชน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2)
- จำนวน ทักษะ และความสมดุระหว่างเพศ/เชื้อชาติของเจ้าหน้าที่ในแต่ละสถานบริการด้านสุขภาพ เหมาะสม และเป็นไปตามความต้องการจำเป็นของประชาชน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2)
- มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพียงพอ แพทย์จะต้องไม่ตรวจผู้ป่วยมากกว่า 50 คนต่อวัน หากเกินจำนวนดังกล่าว ควรเพิ่มจำนวนแพทย์ (ดูภาคผนวก 3)
- กำกับดูแลอัตราการใช้สถานบริการสุขภาพ และมีมาตรการแก้ไขหากมีการใช้บริการมากหรือน้อยเกินไป (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- หน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพกำหนดหลักปฏิบัติที่สอดคล้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้หน่วยงานสุขภาพต่างๆ ยึดถือและปฏิบัติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)
- หน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ จัดทำบัญชียาหลักที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้หน่วยงานสุขภาพต่างๆ ใช้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)
- เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้รับการฝึกอบรมและนิเทศเรื่องการใช้ระเบียบปฏิบัติและบัญชียาหลัก (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 5-6)
- ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอผ่านระบบการจัดการยาที่เป็นมาตรฐานตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 7)

- รัฐบาลบริจาคได้เฉพาะเมื่อเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติระหว่างประเทศ ไม่ใช่ยาที่ได้รับบริจาคหากไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติสากล และกำจัดยาดังกล่าวด้วยวิธีที่ปลอดภัย
- จัดการศพผู้เสียชีวิตอย่างให้เกียรติ เหมาะสมกับวัฒนธรรม และปฏิบัติตามหลักสาธารณสุขที่ดี (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 8)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **สถานบริการและการกำหนดเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ:** จำนวนและสถานที่ตั้งสถานบริการสุขภาพและจำนวนและความชำนาญของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับอาจแปรเปลี่ยนได้ตามบริบท การมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นผู้หญิง แม้เพียงหนึ่งคน หรือมีผู้แทนจากชนกลุ่มน้อยหนึ่งคน อาจเพิ่มจำนวนผู้หญิงหรือชนกลุ่มน้อยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพให้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การกระทำที่คุกคามความเป็นกลางของสถานบริการสุขภาพเป็นสิ่งต้องห้าม เช่น การถืออาวุธ
2. **การกำหนดเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ:** แนวทางต่อไปนี้เป็นข้อมูลอ้างอิงที่เป็นประโยชน์ แต่อาจจะต้องปรับเปลี่ยนตามบริบท คำว่า “ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสม” หมายถึง เจ้าหน้าที่การแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือผู้ช่วยแพทย์
 - ก) ระดับชุมชน: เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพระดับชุมชนหนึ่งคนต่อประชาชน 500-1,000 คน หมอตำแยหนึ่งคนต่อประชาชน 2,000 คน เจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมดูแลหนึ่งคนต่อคนเย็บม่าน 10 คน เจ้าหน้าที่ดูแลอาวุโสหนึ่งคน
 - ข) สถานบริการสุขภาพรอบนอก [สถานีนอนมัย] (สำหรับประชาชนประมาณ 10,000 คน): จากเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 2-5 คน ต้องมีเจ้าหน้าที่บริการด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งคน อ้างอิงจำนวนแพทย์หนึ่งคนต่อผู้ป่วย 50 คนต่อวัน มีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมสำหรับรักษาผู้ป่วยโดยให้สารชดเชยน้ำเกลือแร่ทางปาก (ORT)

การทำแผลและอื่นๆ และเจ้าหน้าที่สำหรับงานลงทะเบียนและงานบริหารจัดการอื่นๆ

- ค) สถานบริการสุขภาพส่วนกลาง (สำหรับประชาชนประมาณ 50,000 คน) : มีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยที่สุด 5 คน แพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนตามมาตรฐานอ้างอิง เจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนต่อผู้ป่วย 50 รายต่อวัน (ผู้ป่วยนอก) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนต่อ 20-30 เตียง บริการ 24 ชั่วโมง (ผู้ป่วยใน) มีเจ้าหน้าที่ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรมสำหรับรักษาผู้ป่วยโดยให้สารชดเชยน้ำและเกลือแร่ทางปากหนึ่งคน เจ้าหน้าที่เภสัชกรรมหนึ่ง/สองคน; เจ้าหน้าที่หนึ่ง/สองคนสำหรับทำแผล ฉีดยา ทำให้ปราศจากเชื้อ เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์หนึ่งคน เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และอื่นๆ
- ง) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยส่งต่อ: ยืดหยุ่นได้ โดยมีแพทย์ที่สามารถผ่าตัดได้อย่างน้อยหนึ่งคน พยาบาลหนึ่งคนต่อผู้ป่วย 20-30 เตียงต่อผลัด

3. อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพ: จำนวนการมาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพเป็นตัวช่วยกำหนดอัตราการให้บริการ เนื่องจากไม่มีระดับค่ากลาง และอัตราการใช้บริการเปลี่ยนแปลงตามบริบทและฤดูกาล อย่างไรก็ตาม อัตรานี้มักสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ประชาชนปกติมีอัตราการใช้บริการเรื่องความเจ็บป่วยใหม่ของผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 0.5-1.0 คน/ปี ในกลุ่มผู้พลัดถิ่นคาดได้ว่ามีค่าเฉลี่ย 4.0 ครั้ง/คน/ปี ถ้าอัตราต่ำกว่าการคาดการณ์ อาจแสดงว่ามีปัญหาในการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น มีความไม่ปลอดภัยในการเข้าถึงหรือบริการสุขภาพที่ไม่ดี ถ้าอัตราสูงขึ้นอาจแสดงว่ามีการใช้บริการมากเกินไป เนื่องจากเกิดปัญหาเฉพาะด้านสาธารณสุข (เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อ) หรือการประมาณกลุ่มเป้าหมายต่ำกว่าที่เป็นจริง การวิเคราะห์อัตราการใช้ ควรคำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ และความทุกข์พลภาพด้วย เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ตกสำรวจกลุ่มผู้เปราะบาง (ดูภาคผนวก 3)

4. **หลักปฏิบัติในการรักษาและบัญชาหลักที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน:** ประเทศส่วนใหญ่มีบัญชาหลักที่จำเป็นหรือบัญชาหลักแห่งชาติ และหลายประเทศมีหลักปฏิบัติในการรักษาโรคทั่วไปและการบาดเจ็บ ควรทบทวนหลักปฏิบัติและบัญชาหลักโดยหารือกับกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มให้ความช่วยเหลือในเหตุภัยพิบัติเพื่อกำหนดความเหมาะสม ในบางโอกาส อาจจำเป็นต้องปรับหลักปฏิบัติและบัญชาหลักแห่งชาติ เช่น ในกรณีที่มีหลักฐานการติดยาพิษหรือยาต้านมาลาเรีย ถ้าไม่มีหลักปฏิบัติและ/หรือบัญชา ควรดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกหรือ UNHCR เช่น ชุดฉุกเฉินด้านสุขภาพแบบใหม่ (New Emergency Health Kit)
5. **การฝึกอบรมและการนิเทศงานเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ:** เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมและมีทักษะที่เหมาะสมตามระดับความรับผิดชอบ หน่วยงานด้านสุขภาพมีหน้าที่ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ทันสมัย การฝึกอบรมและการนิเทศงานเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำเป็นลำดับแรก โดยเฉพาะเมื่อเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการแนะนำเรื่องระบบสุขภาพระเบียบปฏิบัติใหม่ หากเป็นไปได้ ควรจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสัมพันธ์กับโปรแกรมระดับชาติ
6. **สิทธิของผู้ป่วย:** บังคับหลายประการอันเนื่องมาจากภัยพิบัติอาจทำให้การใช้สิทธิของผู้ป่วยเรื่องความเป็นส่วนตัว ความลับ และการแจ้งขอความยินยอมไม่อาจทำได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามบุคลากรด้านสุขภาพควรพยายามดูแลและส่งเสริมสิทธิเหล่านี้หากทำได้ สถานบริการด้านสุขภาพและการบริการควรออกแบบเพื่อให้เกิดความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับ (ดูมาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 6 และบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3) ควรขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการรักษาหรือการผ่าตัด ผู้ป่วยมีสิทธิทราบขั้นตอนและผลที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งความเสี่ยง ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาการรักษา

7. **การจัดการเรื่องยา:** นอกจากการใช้บัญชียาหลักที่จำเป็นแล้ว หน่วยงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องจัดทำระบบการจัดการเรื่องยาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าการใช้ยามีประสิทธิภาพ คุ่มราคา และสมเหตุสมผล โดยดำเนินการตามองค์ประกอบหลัก 4 ประการของวงจรการจัดการเรื่องยา อันได้แก่ การคัดสรร การจัดซื้อจัดหา การจ่ายยา และการใช้ยา (ดูManagement Sciences for Health (1997) *Managing Drug Supply. Second Edition*)
8. **การจัดการศพผู้เสียชีวิต:** เมื่อภัยพิบัติเป็นเหตุให้มีการเสียชีวิตสูง จนจำเป็นต้องจัดการกับศพจำนวนมาก ไม่ควรกำจัดศพจำนวนมากรวมกันโดยไม่ประกอบพิธีซึ่งไม่ถือเป็นมาตรการทางสาธารณสุข ฝ่าฝืนบรรทัดฐานทางสังคมที่สำคัญ และอาจสิ้นเปลืองทรัพยากรที่หายาก การจัดการกับศพจำนวนมากมักเป็นไปตามความเชื่อผิดๆที่ว่า จะเกิดโรคระบาดหากไม่รีบฝังหรือเผาทันที ในความเป็นจริงภัยต่อสุขภาพจากศพมีน้อยมาก มีบางกรณีเท่านั้นที่ศพก่อความเสี่ยงต่อสุขภาพและต้องใช้ความระวังเป็นพิเศษ เช่น ผู้เสียชีวิตจากการเป็นอหิวาตกโรคหรือไข้เลือดออก ครอบครัวควรมีโอกาสทำพิธีฝังศพตามประเพณีอย่างเหมาะสม ถ้าศพที่ฝังเป็นเหยื่อของความรุนแรงควรพิจารณาให้มีการตรวจพิสูจน์ทางนิติเวชด้วย (ดูมาตรฐานเรื่องที่พักพิงและที่อยู่อาศัยที่ 2 บันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3 หน้า 229)

มาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 6: ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ

นำข้อมูลสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ ที่รวบรวมจากการประสานความร่วมมือกัน ที่ได้จากการวิเคราะห์ และการใช้มาเป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนาบริการด้านสุขภาพ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- หน่วยงานด้านสุขภาพทั้งหมดใช้ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ (health information system: HIS) ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เช่น สถิติประชากร อัตราตาย อัตราป่วย และบริการด้านสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2 และภาคผนวก 2-3)
- ระบุให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง (หรือหลายหน่วยงาน) เป็นผู้จัดและนิเทศงานเรื่องระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- สถานบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานควรส่งข้อมูลการเฝ้าระวังให้กับหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้จัดและนิเทศงานเรื่องระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นประจำ ความถี่ของการรายงานแปรเปลี่ยนได้ตามบริบท เช่น รายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน
- หน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย จัดทำรายงานโรคระบาดในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการวิเคราะห์ แปลผลข้อมูล และแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้มีอำนาจตัดสินใจและชุมชน ความถี่ของการรายงานแปรเปลี่ยนได้ตามบริบท เช่น รายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน
- หน่วยงานควรระวังเรื่องการปกป้องข้อมูลเพื่อรับรองสิทธิและความปลอดภัยของบุคคล และ/หรือของประชากร (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- ระบบข้อมูลสุขภาพ ต้องมีส่วนของการแจ้งเตือนแต่เนิ่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการค้นพบและตอบสนองการระบาดของโรคติดเชื้อทันเวลา (ดูมาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 5 หน้า 296)

- ใช้ข้อมูลเสริมจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการแปลผลข้อมูลการเฝ้าระวังเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจอยู่เสมอ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ:** ระบบข้อมูลด้านสุขภาพพัฒนาจากระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ก่อนเกิดภัยพิบัติหากเป็นไปได้ ในภาวะฉุกเฉินบางกรณี อาจจำเป็นต้องมีระบบใหม่หรือระบบคู่ขนาน ซึ่งกำหนดขึ้นภายใต้การหรือกับหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ ออกแบบระบบข้อมูลด้านสุขภาพให้ยืดหยุ่นและปรับได้ตามเวลา ในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ข้อมูลสุขภาพควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - ก) อัตราตายอย่างหยาบ
 - ข) อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
 - ค) สัดส่วนของอัตราตาย
 - ง) อัตราตายจากสาเหตุเฉพาะ
 - จ) อัตราการเกิดโรคทั่วไป
 - ฉ) อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพ
 - ช) จำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ต่อวัน
2. **การจำแนกข้อมูล:** ควรจำแนกข้อมูลตามอายุและเพศเท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจ การเก็บให้รายละเอียดอาจทำได้ยากในช่วงแรกของการเกิดภัยพิบัติ อย่างไรก็ตาม ควรบันทึกข้อมูลการตายและการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตั้งแต่เริ่มแรก เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเสี่ยงเป็นพิเศษ นอกจากนี้ การแยกเพศผู้ตายและผู้ป่วยเป็นประโยชน์ต่อการตรวจพบความแตกต่างของโรคที่เกิดกับแต่ละเพศ หากเวลาและเงื่อนไขอำนวยควรหารายละเอียดของข้อมูลให้มากขึ้นเพื่อตรวจพบความแตกต่างอื่นๆ ของโรคที่เกิดตามอายุ (เช่น 0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) และกับแต่ละเพศ

3. **ความลับ:** เก็บความลับของบันทึกและข้อมูลทางการแพทย์เป็นอย่างดี มีข้อพึงระวังอย่างเพียงพอในการป้องกันและเพื่อรักษาความปลอดภัยของบุคคลและข้อมูล เจ้าหน้าที่ไม่แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยกับผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเป็นอันขาด ต้องระมัดระวังข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการบาดเจ็บจากการถูกรถรุมหรือการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนอื่นๆ ให้มากที่สุด อาจพิจารณาส่งผ่านข้อมูลดังกล่าวให้กับผู้ดำเนินการหรือสถาบันที่เหมาะสมได้ เมื่อได้รับความยินยอมจากบุคคลนั้นเท่านั้น
4. **แหล่งข้อมูลอื่น:** แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องอื่นได้แก่ รายงานทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการสำรวจ รายงานของแพทย์ การประเมินคุณภาพการบริการ และรายงานโครงการช่วยเหลือเรื่องอื่นๆ

ดูภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบรายงานการตายและการเจ็บป่วยร้ายลับดาร์ และภาคผนวก 3 สูตรคำนวณอัตราตายและอัตรารับ

2. การควบคุมโรคติดต่อ

อัตราการตายและอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคติดต่อพบในภาวะฉุกเฉินที่ซับซ้อนน้อยกว่าเหตุภัยพิบัติอื่น ในสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา การตายประมาณร้อยละ 60-90 เกิดจากการติดเชื้อที่สำคัญหนึ่งในสี่โรคคือ: โรคหัด ท้องร่วง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง และโรคมาลาเรีย ภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลันมักเกี่ยวข้องกับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจากโรคดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กเล็ก และในบางสถานการณ์ยังมีการระบาดของโรคติดต่ออื่นๆ ด้วย เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไข้เหลือง ไวรัสตับอักเสบ และไทฟอยด์

การระบาดของโรคติดต่อนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติแบบเฉียบพลัน แต่เกี่ยวข้องกับการสุขาภิบาลที่ถูกทำลายและน้ำด้อยคุณภาพ แม้อัณยภาพที่ผู้ก่อการร้ายและกำลังทหารจะใช้อาวุธทางชีวภาพ ทำให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อภัยพิบัติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมเกิดความกังวล แต่มาตรฐานต่อไปนี้จะกล่าวถึงเป็นการเฉพาะเจาะจงว่าสามารถนำมาตราฐานและดัชนีชี้วัดต่างๆ ไปปรับใช้ได้ตามกรณี

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 1: การป้องกัน

ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆ ซึ่งออกแบบเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่เพิ่มการตายและการป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- พัฒนาและใช้มาตรการป้องกันทั่วไปร่วมกับเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้อง (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- ข้อความเกี่ยวกับการให้สุختึกษาแก่ชุมชนเป็นการให้ข้อมูลแก่บุคคลในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทั่วไป และการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้อง (ดูมาตรฐาน

เรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 4 หน้า 278)

- ใช้มาตรการป้องกันเฉพาะ เช่น การรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด และ การขยายโครงการให้ภูมิคุ้มกันโรค ตามที่ระบุไว้ (ฉบับที่กแนวทางปฏิบัติข้อ 2 และมาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 2)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **มาตรการป้องกันทั่วไป:** พัฒนาโครงการให้ความช่วยเหลือนี้ร่วมกับเรื่องอื่นๆ ได้แก่ :
 - น้ำและสุขาภิบาล: น้ำมีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ การสุขาภิบาลเพียงพอ การส่งเสริมสุขอนามัย การควบคุมพาหะนำโรค ฯลฯ (ดูเรื่องน้ำ สุขาภิบาล และการส่งเสริมสุขอนามัย หน้า 53)
 - ความมั่นคงทางอาหาร โภชนาการ และความช่วยเหลือด้านอาหาร: การเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ แลมีจัดการภาวะทุพโภชนาการ (ดูเรื่องความมั่นคงทางอาหาร โภชนาการ และความช่วยเหลือด้านอาหาร หน้า 105)
 - ที่พักพิง: มีที่พักพิงเพียงพอและเหมาะสม (ดูเรื่องที่พักพิง ที่อยู่อาศัย และเครื่องอุปโภค หน้า 213)
2. **การป้องกันโรคหัดและโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกัน:** เนื่องจากโรคหัดมีโอกาสปะระบาดและทำให้มีการตายสูง การให้วัคซีนป้องกันโรคนี้แก่เด็กจำนวนมากจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรกในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยเฉพาะผู้พลัดถิ่นและ/หรือผู้ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งโดยปกติ การให้วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ ในเด็กผ่านโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกันเป็นเรื่องสำคัญรองลงมา เนื่องจากการระบาดของโรคเหล่านี้มีน้อยกว่า และมีความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำ ดังนั้น จึงให้วัคซีนอื่นๆ ในโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกันทั่วไปแก่ประชาชน หลังบรรลุความต้องการจำเป็นอื่นๆ แล้ว ยกเว้นกรณีที่เกิดโรคระบาดขึ้น เช่น ไอกรน หรือคอตีบ การให้วัคซีนต้านโรคเหล่านี้จึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรก

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 2: การป้องกันโรคหัด

เด็กทุกคนที่อายุ 6 เดือนถึง 15 ปี มีภูมิคุ้มกันโรคหัด

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ประเมินความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 9 เดือน ถึง 15 ปี ตั้งแต่เริ่มโครงการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน เพื่อยุติการแพร่ระบาดของโรคหัด (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- ถ้าการประเมินการให้วัคซีนมีความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 90 ควรเริ่มรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดแก่เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 15 ปี (รวมถึงการให้วิตามินเอแก่เด็กอายุ 6-59 เดือน) ควรมีการประสานงานเรื่องการรณรงค์ฉีดวัคซีนกับหน่วยงานสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมถึงโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกัน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- เมื่อการรณรงค์เสร็จสมบูรณ์
 - เด็กอายุ 6 เดือนถึง 15 ปี อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 95 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
 - เด็กอายุ 6-59 เดือน อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 95 ได้รับวิตามินเอในปริมาณที่เหมาะสม
- ทารกทุกคนที่ได้รับวัคซีนช่วงระหว่างอายุ 6-9 เดือน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดครั้งถัดไปเมื่ออายุ 9 เดือน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- ให้วัคซีนต่อเนื่องแก่เด็กอายุ 9 เดือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อครอบคลุมการให้วัคซีนอย่างน้อยที่สุดร้อยละ 95 โดยเชื่อมโยงกับโปรแกรมขยายการให้ภูมิคุ้มกัน
- จัดตั้งระบบที่ต่อเนื่องสำหรับประชาชนที่อพยพหรือพลัดถิ่น เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กที่มาใหม่อายุระหว่าง 6 เดือนถึง 15 ปี อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 95 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **การป้องกันโรคหัด:** โรคหัดเป็นโรคติดต่อจากไวรัสที่รู้จักกันดีและทำให้อัตราตายสูง สถานการณ์ฉุกเฉินที่มีสภาพแออัด การมีประชาชนพลัดถิ่นจำนวนมาก และการมีระดับภาวะทุพโภชนาการสูง เสี่ยงต่อการระบาดของโรคหัดสูง จึงควรรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเป็นลำดับแรกโดยเร็วที่สุด ควรระดมบุคลากร วัคซีน อุปกรณ์การรักษาอุณหภูมิของวัคซีน และสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการรณรงค์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หากไม่มีข้อมูลความครอบคลุมของการให้วัคซีน ควรดำเนินการโดยมีสมมติฐานว่ายังครอบคลุมไม่เพียงพอ
2. **ช่วงอายุสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด:** เด็กบางคนอาจไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดจากการรณรงค์ที่ผ่านมาทั้งสองครั้งและไม่เคยเป็นโรคหัด เด็กเหล่านี้ยังคงเสี่ยงต่อโรคหัดและอาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อสู่ทารกและเด็กเล็กที่ยังเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหัดสูง จึงเป็นเหตุผลของการแนะนำให้ฉีดวัคซีนแก่เด็กจนถึงอายุ 15 ปี ในภาวะที่ขาดแคลนทรัพยากร การให้วัคซีนแก่เด็กอายุ 6 เดือนถึง 15 ปีทุกคนอาจเป็นไปได้ จึงควรให้ความสำคัญแก่เด็กอายุ 6-59 เดือนก่อนเป็นลำดับแรก
3. **การให้วัคซีนป้องกันโรคหัดซ้ำในเด็กอายุ 6-9 เดือน:** ควรให้วัคซีนป้องกันโรคหัดซ้ำทันทีที่เด็กอายุ 9 เดือน ยกเว้นเด็กที่ได้รับวัคซีนครั้งแรกหลังอายุ 8 เดือน ควรได้รับวัคซีนซ้ำห่างจากครั้งแรกอย่างน้อย 30 วัน

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 3: การวินิจฉัยและการจัดการโรค

ประชาชนเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพที่สามารถป้องกันการตายและการเจ็บป่วยที่มีจำนวนมากเกินไป

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านคู่กับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ใช้หลักปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทั่วไปในการจัดการโรคอย่างสม่ำเสมอ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1 และมาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 5)

- ข้อความเกี่ยวกับความรู้ด้านสาธารณสุขกระตุ้นให้ประชาชนเข้ารับการดูแลสุขภาพตั้งแต่นั้น เมื่อมีอาการไข้ ไอ ท้องร่วง และอื่นๆ โดยเฉพาะในเด็ก หญิงมีครรภ์ และผู้สูงอายุ
- จัดทำหลักปฏิบัติในภูมิภาคที่มีโรคมาลาเรีย เพื่อให้มั่นใจว่ามีการวินิจฉัยอาการไข้ได้ตั้งแต่นั้น (<24 ชั่วโมง) และรักษาด้วยยาประสิทธิภาพสูงกลุ่มแรกที่เลือกใช้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- จัดตั้งและให้บริการทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีโรคระบาด (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- มีโปรแกรมควบคุมวัณโรค เมื่อมีการพิจารณาตามเกณฑ์ที่ยอมรับแล้วเท่านั้น (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **การจัดการความเจ็บป่วยในเด็กแบบบูรณาการ:** เมื่อมีพัฒนาการจัดการความเจ็บป่วยในเด็กแบบบูรณาการและมีการปรับใช้แนวทางการรักษาขึ้นในประเทศ ควรนำแนวทางดังกล่าวมารวมอยู่ในหลักปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการสาธิตเพื่อปรับปรุงคุณภาพการรักษาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. **มาลาเรีย:** มาลาเรียมักเกิดขึ้นภายในสองสามวัน/สัปดาห์ของการย้ายถิ่นของประชาชนจำนวนมากในพื้นที่ที่มีโรค อาจจำเป็นต้องใช้ยารักษามาลาเรียที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อมีการแพร่กระจายของโรคอย่างกว้างขวางและมีการดื้อยา chloroquine และ sulphadoxine-pyrimethamine (Fansidar) เพิ่มขึ้น ซึ่งสำคัญเป็นพิเศษต่อกลุ่มที่ไม่มีภูมิคุ้มกันและกลุ่มผู้เปราะบางที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อ *falciparum* การใช้การรักษาแบบผสมผสานโดยใช้นุพันธ์ของ artemisinin ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการเลือกใช้ยาควรผ่านการหารือหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพตามข้อมูลพิจารณาประสิทธิภาพของยา ควรประเมินประสิทธิผลของยาโดยใช้หลักปฏิบัติมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

3. **บริการทางห้องปฏิบัติการ:** การจัดตั้งห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ไม่ใช่สิ่งสำคัญลำดับแรกในระยะแรกของเหตุภัยพิบัติส่วนใหญ่ โรคติดต่อทั่วไปวินิจฉัยและให้การรักษาได้ตามการสันนิษฐานเบื้องต้น การทดสอบในห้องปฏิบัติการมีประโยชน์ที่สุดในการยืนยันการวินิจฉัยเมื่อสงสัยว่าเกิดโรคระบาด ซึ่งอาจต้องให้ภูมิคุ้มกันแก่ประชาชน (เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ) หรือเมื่อการเพาะเชื้อและการทดสอบความไวของยาปฏิชีวนะ ช่วยตัดสินใจในการรักษา (เช่น โรคบิด) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องกำหนดการจัดตั้งห้องปฏิบัติการว่า ควรเป็นในประเทศหรือประเทศอื่นที่สามารถดำเนินการตรวจสอบเชื้อได้อย่างเหมาะสม และจำเป็นต้องมีแนวทางในการเก็บตัวอย่างและการขนส่งที่ถูกต้อง
4. **การควบคุมวัณโรค:** มีการบันทึกรายละเอียดของอัตราชุกของวัณโรคเป็นระยะในกลุ่มผู้ลี้ภัยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสงคราม อย่างไรก็ตาม โปรแกรมควบคุมวัณโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพก่อผลเสียมากกว่าผลดี โดยทำให้ติดเชื้อนานขึ้นและกระจายเชื้อ *bacilli* ที่ดื้อยาหลายตัว แม้การจัดการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลอาจเป็นไปได้ในภาวะฉุกเฉิน ก็ควรจัดทำโปรแกรมควบคุมวัณโรคแบบเข้มตามเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับ (ดู WHO *Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*) โดยรวมเอาโครงการควบคุมวัณโรคในภาวะดังกล่าวเข้ากับโปรแกรมของประเทศหรือประเทศที่รับผู้พลัดถิ่น และปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Therapy, Short-course) ซึ่งเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 4: การเตรียมรับการระบาดของโรค

มีมาตรการต่างๆ เพื่อเตรียมรับและตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดต่อ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- มีแผนการตรวจสอบและควบคุมเรื่องการระบาด (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- มีหลักปฏิบัติเพื่อตรวจสอบและควบคุมการระบาดที่เกิดขึ้น และเผยแพร่แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- อบรมเจ้าหน้าที่เรื่องหลักการตรวจสอบและควบคุมการระบาด รวมทั้งหลักปฏิบัติในการรักษา
- สำรองยา เวชภัณฑ์ วัคซีน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันเบื้องต้นที่จำเป็น และสามารถจัดซื้อจัดหาได้อย่างรวดเร็ว (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- ระบุแหล่งของวัคซีนที่เกี่ยวข้องกับการระบาด (เช่น หัด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อ *meningococcal* ไข้เหลือง) เพื่อจัดซื้อจัดหาและใช้ได้อย่างรวดเร็ว โดยจัดทำกลไกการจัดซื้อจัดหาที่รวดเร็วไว้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- ระบุสถานที่เพื่อแยกและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อลวงหน้า เช่น ศูนย์รักษาอหิวาตกโรค
- ระบุห้องปฏิบัติการระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ประเทศ หรือในประเทศอื่น ซึ่งสามารถวินิจฉัยยืนยันโรคได้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- มีอุปกรณ์ในการสุ่มตัวอย่างและสารเพาะเชื้อตัวอย่างที่มีแนวโน้มจะเกิดการระบาดอย่างฉับพลันในพื้นที่ เพื่อให้สามารถส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมได้ นอกจากนั้น อาจเก็บอุปกรณ์ตรวจที่ได้ผลอย่างรวดเร็วหลายชนิดไว้ในพื้นที่ด้วย (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

- 1. แผนการตรวจสอบและควบคุมการระบาด:** แผนการตรวจสอบและควบคุมการระบาดควรประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้
 - ก) คณะทำงานควบคุมการระบาดที่สามารถเรียกตัวได้
 - ข) คณะทำงานควบคุมการระบาด ประกอบด้วยผู้แทนจากเรื่องต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น เรื่องสุขภาพ น้ำ และสุขาภิบาล
 - ค) หน้าที่และความรับผิดชอบเฉพาะขององค์กรและตำแหน่งในคณะทำงาน
 - ง) กำหนดเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ให้ข้อมูลในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ
 - จ) มีทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ตรวจสอบและตอบสนองเมื่อเกิดการระบาด
- 2. คลังสำรอง:** คลังสำรองในพื้นที่ควรมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการแก้ปัญหาการระบาดที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงผงเกลือแร่ ของเหลวที่ให้ทางเส้นเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ วัคซีน เวชภัณฑ์ มีกระบอกฉีดยาสำหรับใช้ครั้งเดียว/อุปกรณ์แยกทำลาย และภาชนะใส่เข็มที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของไวรัสตับอักเสบ และเอชไอวี ควรบรรจุชุดอุปกรณ์สำหรับอหิวาตกโรค (A pre-packaged cholera kit) ในบางสถานการณ์ พื้นที่จริงอาจไม่สามารถสำรองของบางอย่างได้ เช่น วัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *meningococcal* จึงควรมีกฎเกณฑ์การจัดซื้อจัดหา การขนส่ง และการเก็บรักษาที่รวดเร็วไว้ล่วงหน้าเพื่อใช้ได้ทันที
- 3. ห้องปฏิบัติการที่ใช้อ้างอิง:** ควรระบุห้องปฏิบัติการที่ใช้อ้างอิง ทั้งในระดับภูมิภาคหรือนานาชาติ ซึ่งสามารถช่วยการตรวจที่ซับซ้อน เช่น ความไวของยาปฏิชีวนะต่อเชื้อ *Shigella* การวินิจฉัยทางเลือดสำหรับโรคไขเลือดออกจากไวรัส
- 4. สารเพาะเชื้อตัวอย่างและอุปกรณ์การตรวจที่ได้ผลรวดเร็ว:** มีอุปกรณ์การสุ่มตัวอย่าง (เช่น ไม้น้ำตาลี่เพื่อตรวจทางทวารหนัก) และสารเพาะเชื้อ

(เช่น Cary-Blair Amies' media หรือ Stuarts' media สำหรับเชื้ออหิวาตกโรค *Shigella*, *E.coli* และ *Salmonella*; Translocate for meningitis) ในพื้นที่ หรือเข้าถึงได้สะดวก นอกจากนี้ควรมีชุดทดสอบหลายชนิดที่ได้ผลเร็ว ซึ่งมีประโยชน์ในการการวินิจฉัยยืนยันโรคติดต่อในพื้นที่ รวมทั้งโรคมาลาเรีย และโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 5: การตรวจหา การตรวจสอบ และการตอบสนองการระบาด

ตรวจหา ตรวจสอบ และควบคุมการระบาดของโรคติดต่อได้ทันเวลา ด้วยวิธี ที่มีประสิทธิภาพ

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ระบบข้อมูลสุขภาพ ควรมีส่วนของการเตือนภัยล่วงหน้า (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติ ข้อ 1-2)
- เริ่มการตรวจสอบโรคระบาดภายใน 24 ชั่วโมงของการแจ้งการเกิดโรค
- อธิบายการระบาดตามเวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อระบุกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และมีข้อควรระวังเพื่อป้องกันความปลอดภัยของบุคคล และข้อมูล
- ใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับโรคและบริบทให้เร็วที่สุด (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3-4)
- คงระดับอัตราตายจากโรคให้อยู่ในระดับยอมรับได้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 5)
 - อหิวาตกโรค ร้อยละ 1 หรือ ต่ำกว่า
 - โรคบิดจากเชื้อ *Shigella* ร้อยละ 1 หรือต่ำกว่า
 - ไทฟอยด์ ร้อยละ 1 หรือต่ำกว่า
 - โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *meningococcal* เปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 6)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **ระบบเตือนการระบาดของโรคติดต่อเชื้อลว์งหน้า:** องค์ประกอบสำคัญของระบบมีดังนี้
 - ระบุนิยามโรคและระดับความต้านทาน และส่งไปยังสถานบริการด้านสุขภาพทุกแห่งในรายงาน
 - ผูกอบรมผู้ปฏิบัติงานบริการด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อค้นหาและรายงานโรคระบาดที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน
 - รายงานข้อสงสัยเกี่ยวกับการระบาดไปตามลำดับขั้นของระบบสุขภาพภายใน 24 ชั่วโมงหลังตรวจพบ
 - สร้างระบบการสื่อสาร เช่น วิทยุ และโทรศัพท์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถแจ้งข่าวได้อย่างรวดเร็ว
2. **การยืนยันโรคระบาด:** อาจไม่สามารถกำหนดว่ามีโรคระบาดเกิดขึ้นหรือไม่อย่างชัดเจน และไม่มีนิยามสำหรับระดับความต้านทานของโรคระบาดทุกโรค
 - ก) การพบผู้ป่วยอหิวาตกโรค โรคหัด ไข้เหลือง *Shigella* ไข้เลือดออก เพียงรายเดียวก็สามารถบ่งชี้ว่ามีการเกิดโรคระบาด
 - ข) โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *meningococcal*: สำหรับประชาชนมากกว่า 30,000 คน การพบผู้ป่วย 15 คน/ประชากร 100,000 คน/สัปดาห์ ใน 1 สัปดาห์ ระบุได้ว่าเกิดโรคระบาด อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดสูง (ไม่มีการระบาดเป็นเวลา 3 ปีขึ้นไป และมีความครอบคลุมของการให้วัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 80) ระดับความต้านทานโรคระบาดลดลงเหลือ 10 คน/ประชากร 100,000 คน/สัปดาห์ ส่วนกรณีที่ประชาชนน้อยกว่า 30,000 คน การพบผู้ป่วย 5 คน/สัปดาห์ หรือสองเท่าในสามสัปดาห์ ยืนยันการระบาดของโรค
 - ค) มาลาเรีย: มีนิยามระดับความต้านทานโรคน้อย อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเกินกว่าที่คาดการณ์ไว้ในระหว่างปี ในจำนวนประชากรและพื้นที่ที่กำหนดอาจบ่งชี้การระบาดของโรค

3. **การควบคุมการระบาด:** มีการพัฒนามาตรการควบคุมโรค เพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อที่เป็นสาเหตุของการระบาด ข้อมูลเดิมเกี่ยวกับเชื้อโรคสามารถช่วยวางแผนมาตรการควบคุมที่เหมาะสมในสถานการณ์เฉพาะ โดยทั่วไป กิจกรรมการตอบสนองมีดังนี้
 - การควบคุมแหล่งกำเนิดโรค: โครงการให้ความช่วยเหลือมีกรอบปรับปรุงคุณภาพและปริมาณน้ำ (เช่น อหิวาตกโรค) การวินิจฉัยและรักษาทันที (เช่น โรคมาลาเรีย) การแยกผู้ป่วย (เช่น โรคบิด) การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์ (เช่น กาฬโรค *Lassa fever*)
 - การป้องกันกลุ่มที่ติดเชื้อง่าย: โครงการให้ความช่วยเหลืออาจรวมถึง การสร้างภูมิคุ้มกัน (เช่น หัด ไข้มองอักเสบ ไข้เหลือง) การป้องกันโรคโดยใช้เคมีหรือยา (เช่น การป้องกันโรคมาลาเรียในหญิงตั้งครรภ์) การปรับปรุงโภชนาการ (เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน)
 - การยับยั้งการแพร่เชื้อ: โครงการให้ความช่วยเหลืออาจรวมถึง การส่งเสริมสุขอนามัย (เช่น โรคที่แพร่จากทวารหนักสู่ปาก) การควบคุมพาหะนำโรค (เช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก) (ดูบทที่ 2: น้ำ สุขาภิบาล และการส่งเสริมสุขอนามัย ในหน้า 53)
4. **การควบคุมพาหะนำโรคและโรคมาลาเรีย:** ขณะเกิดโรคมาลาเรียระบาด ควรมีมาตรการควบคุมแมลงโดยการประเมินและโดยผู้เชี่ยวชาญทางกีฏวิทยา เช่น การฉีดพ่นสารเคมีในที่พักอาศัย และการแจ่มองอาบสารกันแมลง โครงการให้ความช่วยเหลือต้องอาศัยการสนับสนุนด้านโลจิสติกส์ทดแทนและการติดตามผล ซึ่งอาจยังไม่มีในระยะแรกของภัยพิบัติ สำหรับกลุ่มประชาชนที่ใช้มุ้งอาบนํ้าสูงมาก (มากกว่าร้อยละ 80) การนำมุ้งมาอาบนํ้าใหม่อย่างรวดเร็วช่วยยับยั้งการแพร่เชื้อ (ดูมาตรฐานเรื่องการควบคุมพาหะนำโรคที่ 1-2 หน้า 81-85)
5. **อัตราตายจากโรค:** ถ้าอัตราตายจากโรคมีมากกว่าระดับที่ระบุไว้ ควรประเมินมาตรการควบคุมโรคทันที และแก้ไขตามขั้นตอนเพื่อคงระดับอัตราตายจากโรคให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

6. อัตราตายจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *meningococcal*: ระดับอัตราตายจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *meningococcal* ที่ยอมรับได้แปรผันตามบริบทและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยทั่วไปองค์กรด้านสุขภาพควรตั้งเป้าหมายให้มีอัตราตายต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ถึงแม้ว่าขณะเกิดการระบาดอัตรานี้อาจสูงร้อยละ 20

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 6: เอชไอวี/เอดส์

ประชาชนเข้าถึงการบริการขั้นต่ำ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ประชาชนเข้าถึงการบริการหลักระหว่างเกิดภัยพิบัติ ดังนี้
 - ถุงยางอนามัยฟรีสำหรับผู้ชาย และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี
 - ข้อควรระวังสากลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เป็นผลจากการปฏิบัติงานของแพทย์/การรักษาในโรงพยาบาล ทั้งในการรักษาภาวะฉุกเฉินและการดูแลสุขภาพทั่วไปในสถานดูแลสุขภาพ
 - การให้โลหิตที่ปลอดภัย
 - ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - การจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - การป้องกันและการจัดการผลที่เกิดจากความรุนแรงทางเพศ
 - การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์
- ริเริ่มแผนงานต่างๆ เพื่อขยายขอบเขตการบริการเพื่อควบคุมเชื้อเอชไอวีในระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติที่ 1)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **การควบคุมเชื้อเอชไอวี:** ในช่วงหลังภาวะฉุกเฉินและระยะฟื้นฟูของการเกิดภัยพิบัติ การขยายขอบเขตการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเป็นไปตามผลการประเมินความต้องการจำเป็นและสถานการณ์ของท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผู้ดูแลผู้ติดเชื้อในการออกแบบโครงการ การนำไปปฏิบัติ การกำกับดูแล และการประเมินผลมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการ นอกจากบริการต่างๆ ที่ดำเนินการไปแล้วในระยะแรก ควรมีการเฝ้าระวัง การป้องกัน การรักษา การดูแล และการสนับสนุนบริการแบบครอบคลุม แม้อาจยังไม่สามารถจัดหาต้านไวรัสหรือ ARV (Anti-retroviral) เพื่อรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เมื่อเกิดภัยพิบัติ แต่ต่อไปอาจทำได้เมื่อไม่มีอุปสรรคด้านการเงินและด้านอื่นๆ ควรใช้โครงการป้องกันและให้ความรู้ทันทีที่สามารถทำได้ เพื่อลดตราบาปและป้องกันการเลือกปฏิบัติ

บันทึก

สมาชิกของ Caritas Internationalis ไม่สามารถรับรองมาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 6 อย่างเป็นทางการ เพราะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และมาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 2 เกี่ยวกับการบริการเบื้องต้นขั้นต่ำ (Minimum Initial Service Package : MISP) ในทำนองเดียวกัน สมาชิก Caritas Internationalis ไม่สามารถรับรองมาตรฐานต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย หรือ MISP ซึ่งอาจปรากฏในส่วนอื่นของคู่มือนี้ อย่างเป็นทางการ

3. การควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การเจ็บป่วยและการตายที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไปในเหตุภัยพิบัติหลายประเภท สาเหตุสำคัญคือการบาดเจ็บหลังเกิดภัยธรรมชาติเฉียบพลัน เช่น แผ่นดินไหวและพายุเฮอริเคน การถูกทำร้ายร่างกายและการบาดเจ็บจากในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ซับซ้อน เป็นสาเหตุหลักของการตายที่เพิ่มมากขึ้นในภาวะวิกฤติดังกล่าว ในระยะไม่กี่ปีมานี้ ความต้องการจำเป็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความตระหนักต่อปัญหาต่างๆ เช่น เอชไอวี/เอดส์ ความรุนแรงทางเพศ ความต้องการจำเป็นด้านการดูแลภาวะฉุกเฉินของการตั้งครรภ์ และการขาดบริการพื้นฐานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในหลายชุมชน การพัฒนาโปรแกรมอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิ่งจำเป็นไม่เพียงในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ซับซ้อน แต่รวมถึงภัยพิบัติประเภทอื่นๆ ด้วย

ปัญหาสุขภาพจิต และจิตสังคมเกิดขึ้นระหว่างและหลังภัยพิบัติหลายประเภท แม้จะประมาณจำนวนปัญหาได้ยาก ความหวาดกลัว ความสูญเสีย ความไม่มั่นคง และความเครียดอื่นๆ ที่เกิดจากภัยพิบัติทำให้ประชาชนเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านจิตเวช ทางจิต และทางสังคมมากขึ้น มีหลักฐานระบุว่าโรคเรื้อรังมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้นจากภัยพิบัติ เนื่องจากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความเครียดอื่นในลักษณะต่างๆ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่อาจเร่งให้โรคเรื้อรังเลวลงอย่างรวดเร็ว

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ 1: การบาดเจ็บ

ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการรักษาอาการบาดเจ็บอย่างเหมาะสม

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- จัดทำระบบมาตรฐานการแยกผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแลสุขภาพในการประเมิน การจัดลำดับความสำคัญ การกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน และการส่งต่อในสถานการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1-2)
- จัดทำแนวทางมาตรฐานการปฐมพยาบาลและการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- จัดทำหลักปฏิบัติมาตรฐานในการส่งต่อผู้บาดเจ็บ เพื่อรับการดูแลระยะต่อไป รวมถึงการผ่าตัด และจัดการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บอย่างเหมาะสม เพื่อให้ไปถึงสถานพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บส่งต่อ
- จัดบริการรักษาอาการบาดเจ็บร้ายแรงและบริการผ่าตัด โดยหน่วยงานที่มีผู้เชี่ยวชาญและมีทรัพยากรที่เหมาะสมเท่านั้น (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)
- พัฒนาแผนเฉพาะกาลล่วงหน้าสำหรับจัดการผู้บาดเจ็บซ้ำซ้อน เพื่อจัดสถานพยาบาลและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยเชื่อมโยงกับแผนงานของเขตพื้นที่และภูมิภาค ในสถานการณ์ที่อาจมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **การจัดลำดับความสำคัญของบริการรักษาอาการบาดเจ็บรุนแรง:** ในสถานการณ์ภัยพิบัติส่วนใหญ่ มักไม่สามารถกำหนดจำนวนผู้บาดเจ็บที่ต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 85-90 ของผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ภัยพิบัติร้ายแรง เช่น แผ่นดินไหว มักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่หน่วยฉุกเฉินท้องถิ่น เพื่อนบ้าน หรือสมาชิกครอบครัว ภายในเวลา 72 ชั่วโมง ดังนั้นการวางแผนบรรเทาทุกข์ในพื้นที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติ ควรเน้นการเตรียมความพร้อมของประชาชนท้องถิ่นในด้านการดูแลเบื้องต้น ควรออกแบบโครงการด้านสุขภาพที่สำคัญเพื่อลดการ

ตายที่ป้องกันได้เป็นลำดับแรก ในภาวะสงคราม การตายเพราะบาดแผลถูกทำร้ายมักเกิดในภูมิภาคที่ไม่ปลอดภัยและห่างไกลจากบริการด้านสุขภาพทำให้ไม่ได้รับการดูแลทางการแพทย์ จึงต้องมีโครงการให้ความช่วยเหลือเพื่อคุ้มครองพลเรือนจากการเสียชีวิตด้วยเหตุดังกล่าว โครงการด้านสุขภาพในภาวะสงครามควรเน้นสาธารณสุขและการดูแลเบื้องต้นในระดับชุมชน แม้ในสถานการณ์ที่มีการบาดเจ็บรุนแรงจากการถูกทำร้ายสูง

2. **การจำแนกผู้ป่วยตามอาการบาดเจ็บ:** การจำแนกผู้ป่วยตามอาการบาดเจ็บเป็นกระบวนการจำแนกผู้ป่วยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย และเป็นการจัดลำดับการรักษาตามทรัพยากรที่มีและตามโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย ตามหลักการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยไม่ได้หมายความว่าผู้ที่บาดเจ็บรุนแรงที่สุดจะได้รับการรักษาก่อน ในสถานการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากและมีทรัพยากรจำกัด ผู้บาดเจ็บที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าจะได้รับการรักษาก่อนผู้ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือผู้ป่วยที่อาการหนักมากเกินจะรักษาได้ ยังไม่มีระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในเรื่องนี้ จึงมักใช้ระบบสากลที่หลากหลาย โดยระบบส่วนใหญ่มีกระบวนการบาดเจ็บไว้ 2 - 5 ประเภท ซึ่งโดยมากมักยึดระบบที่แบ่งเป็น 4 ประเภท

3. **การปฐมพยาบาลและการดูแลด้านแพทย์ขั้นพื้นฐาน:** แม้อาจไม่มีบริการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรงและต้องได้รับการผ่าตัดในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากร ทว่าสิ่งสำคัญคือต้องทราบว่าการปฐมพยาบาล การกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน และวิธีการดูแลผู้บาดเจ็บโดยไม่ต้องผ่าตัด สามารถช่วยชีวิตได้แม้บาดเจ็บอย่างรุนแรง ขั้นตอนง่ายๆ เช่น การเปิดทางเดินหายใจ การห้ามเลือด และการให้ของเหลวทางเส้นเลือดดำที่เพียงพอ ช่วยให้ผู้บาดเจ็บพ้นขีดอันตรายขั้นเสียชีวิตก่อนเคลื่อนย้ายไปยังสถานพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บส่งต่อ คุณภาพของการจัดการทางการแพทย์ขั้นต้นจึงมีผลต่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ขั้นตอนการรักษาที่ไม่ต้องผ่าตัด เช่น การล้างและการทำแผล การให้ยาปฏิชีวนะ และการให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

ผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายรายอาจรอดชีวิตได้หลายวันหรือหลายสัปดาห์โดยไม่ต้องผ่าตัด หากได้รับการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลดีพอ

4. **การดูแลอาการบาดเจ็บรุนแรงและการผ่าตัด:** บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนต้องสามารถปฐมพยาบาลและกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานผู้บาดเจ็บได้ รวมทั้งสามารถใช้กลยุทธ์การจำแนกผู้ป่วยตามอาการบาดเจ็บที่เชื่อมโยงกับระบบส่งต่ออย่างไรก็ตาม การรักษาอาการบาดเจ็บรุนแรงและการผ่าตัดในภาวะสงครามจำเป็นต้องใช้ความชำนาญพิเศษที่ผ่านการฝึกอบรมและมีทรัพยากรโดยเฉพาะ ซึ่งมีหน่วยงานเพียงบางแห่งเท่านั้นทำได้ การผ่าตัดที่ไม่ดีและไม่เหมาะสมอาจเป็นอันตรายแก่ผู้บาดเจ็บมากกว่าการไม่ทำอะไรเลย ดังนั้น องค์กรและผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญเฉพาะเท่านั้นจึงสามารถจัดบริการที่มีความซับซ้อนนี้ได้

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ 2: อนามัยเจริญพันธุ์

ประชาชนเข้าถึงชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำ (Minimum Initial Service Package : MISP) เพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- ระบุองค์กรหรือบุคคลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการประสานงานและการนำชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำไปปฏิบัติ โดยปรึกษากับหน่วยงานหลักที่เป็นผู้นำด้านสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- องค์กรด้านสุขภาพจัดให้มีการป้องกันและจัดการกับผลที่เกิดจากความรุนแรงทางเพศตามขั้นตอน ร่วมกับการดำเนินการเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการป้องกันและการบริการชุมชน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)
- กำกับดูแลและรายงานจำนวนผู้บาดเจ็บจากความรุนแรงทางเพศและลักษณะความรุนแรงต่างๆ ที่รายงานต่อสถานบริการด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ให้ความคุ้มครองป้องกันและการรักษาความปลอดภัย ต่อหน่วยงานที่เป็นผู้นำด้านการจัดการความรุนแรงทางเพศโดยเฉพาะ โดยยึดกฎการรักษาความลับในการเก็บและทบทวนข้อมูล

- ให้บริการขั้นต่ำเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ดูมาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคติดต่อที่ 6)
- มีจำนวนชุดทำคลอดที่สะอาดอย่างพอเพียง โดยประมาณจากจำนวนการเกิดในช่วงเวลาหนึ่ง สำหรับแจกจ่ายให้กับหญิงมีครรภ์และหมอดำเياطหรือผดุงครรภ์ เพื่อสนับสนุนการทำคลอดที่สะอาดที่บ้าน
- แจกจ่ายชุดทำคลอดเคลื่อนที่ (UNICEF หรือ เทียบเท่า) ให้กับสถานบริการสุขภาพอย่างเพียงพอเพื่อมั่นใจในการทำคลอดที่สะอาดและปลอดภัย
- จัดตั้งและส่งเสริมระบบมาตรฐานการส่งต่อภายในชุมชนร่วมกับผดุงครรภ์และหมอดำเياطเพื่อการทำคลอดฉุกเฉิน รวมทั้งจัดให้มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อส่งให้ถึงสถานบริการที่รับผู้ป่วยส่งต่อ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- ริเริ่มแผนการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แบบครอบคลุม โดยบูรณาการกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **ชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำ:** ออกแบบชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำเพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติในช่วงแรกของภัยพิบัติ ชุดบริการนี้ไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ เท่านั้นแต่ยังหมายรวมถึงชุดกิจกรรมเฉพาะด้านสุขภาพด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุงค์หรือบุคคลที่รับผิดชอบการประสานงานและการนำชุดบริการขั้นต่ำเบื้องต้นไปใช้ในการป้องกันและการจัดการผลที่เกิดจากความรุนแรงทางเพศ ลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ป้องกันการตายและการเจ็บป่วยของทารกและแม่ขณะคลอด และวางแผนจัดหาบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เครื่องมือด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของ UNFPA RH ออกแบบมาเป็นพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกในการนำชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำไปใช้ แต่ละชุดประกอบด้วย ชุดย่อยจำนวน 12 ชุด สำหรับใช้ในการดูแลสุขภาพระดับต่าง ๆ เช่น ศูนย์ข่าวสารชุมชน/สุขภาพ ศูนย์สุขภาพ และศูนย์ส่งต่อ

2. **ความรุนแรงทางเพศ:** พบความรุนแรงทางเพศได้ทั่วไปในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ซับซ้อนและแม้แต่สถานการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติ รวมถึงการข่มขืนรูปแบบต่าง ๆ เช่น การข่มขืน ความรุนแรงในครอบครัว การล่วงละเมิดทางเพศ การถูกบังคับให้เป็นโสเภณี การค้ามนุษย์ และการลักพาตัว การป้องกันและจัดการกับความรุนแรงทางเพศดังกล่าวต้องการความร่วมมือและการประสานงานของสมาชิกชุมชน และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การบริการสุขภาพควรรวมถึงการจัดการทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้รอดชีวิตจากการทารุณทางเพศ การให้คำปรึกษาอย่างเป็นความลับ และการส่งต่อเพื่อการดูแลด้านอื่นตามความเหมาะสม ควรออกแบบลักษณะที่ปกกาศัย การแจกจ่ายสิ่งของที่จำเป็น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และโปรแกรมอื่นๆ เพื่อลดความรุนแรงทางเพศ รวมทั้งต้องป้องกันและจัดการไม่ให้เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานด้านการบรรเทาทุกข์ ทหาร และผู้อยู่ในตำแหน่งอื่นๆ ที่มีอำนาจ ล่วงละเมิดทางเพศผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น ควรพัฒนาระเบียบปฏิบัติและมาตรการด้านระเบียบวินัยสำหรับความรุนแรงทุกประเภท (ดูมาตรฐานเรื่องสมรรถภาพ และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานบรรเทาทุกข์หน้า 43)
3. **การดูแลภาวะฉุกเฉินของการตั้งครรภ์:** หญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 15 มีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และมากกว่าร้อยละ 5 ต้องผ่าตัดคลอด จึงควรจัดตั้งบริการการดูแลด้านสูติกรรมพื้นฐานในศูนย์สุขภาพโดยเร็วที่สุด โดยมีการประเมินเบื้องต้น การประเมินสุขภาพทารก การตัดฝีเย็บ การห้ามเลือด การป้องกันการติดเชื้อ การจัดการภาวะชักจากความดันโลหิตสูงขณะคลอดบุตร (Eclampsia) ครรภ์แฝด การคลอดท่าก้น (Breech delivery) การใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยคลอด และการดูแลสตรีที่อวัยวะเพศถูกตัดขาด (genital mutilation) เป็นพิเศษ ควรมีบริการสูติกรรมแบบครอบคลุมในโรงพยาบาลที่รับส่งต่อที่สามารถทำผ่าตัดคลอด ทำผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง เย็บแผลช่องคลอดที่ฉีกขาดระดับสาม ดูแลภาวะการแท้งที่ซับซ้อนและไม่ปลอดภัย และการให้เลือดอย่างปลอดภัย
4. **การบริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบครอบคลุม:** หน่วยงานด้านสุขภาพควรวางแผนบูรณาการบริการอนามัยเจริญพันธุ์แบบครอบคลุมกับบริการด้านสุขภาพ

เบื้องต้น ไม่ใช้จัดตั้งเป็นบริการที่แยกออกมาโดดๆ นอกจากโครงการให้ความช่วยเหลือตามที่จัดไว้ในชุดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำแล้ว องค์ประกอบสำคัญอื่นๆ ของงานบริการที่บูรณาการกับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความปลอดภัยของมารดา การวางแผนครอบครัวและการให้คำปรึกษา บริการด้านการจัดการความรุนแรงทางเพศแบบครอบคลุม บริการด้านการจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบครอบคลุม ความต้องการจำเป็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์เฉพาะของวัยรุ่น รวมทั้งการกำกับดูแลและการเฝ้าระวัง

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ 3: ภาวะสุขภาพทางจิตและสังคม

ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางจิตและสังคม เพื่อลดปัญหาการป่วยทางจิต ความทุพพลภาพ และปัญหาสังคม

ดัชนีชี้วัดหลักของโครงการช่วยเหลือทางสังคม¹ (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

ควรเน้นการช่วยเหลือด้านสังคมในช่วงที่เกิดภัยพิบัติฉุกเฉิน

- ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับภัยพิบัติและการบรรเทาทุกข์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- รักษาวัฒนธรรมและกิจกรรมทางศาสนาให้คงอยู่ หรือจัดให้มีขึ้นอีกครั้ง (รวมถึงพิธีแสดงความเสียใจของผู้ประกอบพิธีทางศาสนาหรือลัทธิความเชื่อ) ประชาชนสามารถจัดพิธีศพได้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 2)

¹ มีการอภิปรายเรื่องดัชนีชี้วัดทางสังคมแยกจากดัชนีชี้วัดทางจิตวิทยา คำว่า “โครงการช่วยเหลือทางสังคม” ใช้เรียกกิจกรรมที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดผลทางสังคม “โครงการช่วยเหลือทางจิตวิทยา” ใช้เรียกการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อผลทางจิตวิทยา (หรือจิตเวช) ผลรองของโครงการช่วยเหลือทางสังคมคือผลทางจิตวิทยา และผลรองของโครงการช่วยเหลือทางจิตวิทยาคือ ผลทางสังคมจึงเสนอให้ใช้คำว่า “จิตวิทยาสังคม”

- เด็กและวัยรุ่นเข้าถึงการศึกษาทั้งในและนอกระบบโรงเรียน รวมทั้งกิจกรรมนันทนาการตามปกติทันทีที่มีทรัพยากรเพียงพอ
- ผู้ใหญ่และวัยรุ่นมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม มีวัตถุประสงค์ และอยู่ในความสนใจเดียวกัน เช่น กิจกรรมการบรรเทาทุกข์ในภาวะฉุกเฉิน
- บุคคลที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว เช่น เด็กกำพร้า ทหารเด็ก พ่อม่าย/แม่ม่าย ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่มีครอบครัว เข้าถึงกิจกรรมที่ทำให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคม
- จัดตั้งบริการติดตามผู้สูญหาย เพื่อให้ครอบครัวได้กลับมาอยู่พร้อมหน้า
- จัดตั้งที่พักพิง เมื่อมีการพลัดถิ่น เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนได้อยู่รวมกัน
- หาหรือกับชุมชนเพื่อตัดสินใจเลือกสถานที่เพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนา โรงเรียน จุดแจกน้ำ และสุขา การออกแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้พลัดถิ่นควรมีพื้นที่สำหรับนันทนาการและกิจกรรมทางวัฒนธรรม (ดูมาตรฐานเรื่องที่พักพิงและที่อยู่อาศัยที่ 1-2 หน้า 222-231)

ดัชนีชี้วัดหลักของโครงการช่วยเหลือทางจิตและจิตเวช (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- บุคคลที่มีประสบการณ์ซึมเศร้าเฉียบพลันหลังเผชิญความเครียดจากความชอกช้ำทางจิตเข้าถึงการปลอบขวัญที่สถานบริการด้านสุขภาพและชุมชน (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 3)
- มีการดูแลทางจิตเวชฉุกเฉินผ่านระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งมียารักษาทางจิตเวชในบัญชียาหลักของสถานบริการด้านสุขภาพ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 4)
- บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยหลีกเลี่ยงการหยุดยาแบบกะทันหันซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งระบุความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยที่ถูกกักไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชด้วย
- ในกรณีที่เกี่ยวข้องภัยพิบัติเฉียบพลัน ต้องริเริ่มแผนงานโครงการให้ความช่วยเหลือทางจิตวิทยาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานแบบครอบคลุมสำหรับระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 5)

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **ข้อมูลข่าวสาร:** การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารไม่เพียงเป็นสิทธิมนุษยชนเท่านั้น แต่เป็นการลดความเครียดและความกังวลเกินเหตุของสาธารณชนด้วย ควรให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับขนาดและธรรมชาติของภัยพิบัติ รวมทั้งความพยายามสร้างความปลอดภัยแก่ประชาชน นอกจากนั้นประชาชนควรรับทราบกิจกรรมการบรรเทาทุกข์ประเภทต่างๆ ของรัฐบาล ผู้มีอำนาจในท้องถิ่น และองค์กรให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งสถานที่ตั้งขององค์กรนั้นๆ ด้วย ควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารตามหลักการของการสื่อสารความเสี่ยง กล่าวคือ เป็นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ซับซ้อน (เด็กวัย 12 ปี ในท้องถิ่นสามารถเข้าใจได้) และแสดงความเข้าใจ ความรู้สึก (แสดงความเข้าใจสถานการณ์ของผู้รอดชีวิตจากภัยพิบัติ)
2. **วิธีฝังศพ:** สมาชิกครอบครัวควรมีโอกาสได้เห็นร่างผู้เสียชีวิตอันเป็นที่รัก เพื่อบอกลา ตามความเหมาะสมทางวัฒนธรรม ควรหลีกเลี่ยงการกำจัดร่างผู้เสียชีวิตโดยไม่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (ดูมาตรฐานเรื่องระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานที่ 5 และบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 8 หน้า 284)
3. **ปฐมพยาบาลทางจิต:** จัดการภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันหลังเผชิญความเครียดจากความชอกช้ำทางจิตของประชาชนหรือผู้ทำงานให้ความช่วยเหลืออย่างดีที่สุด ตามหลักการปฐมพยาบาลทางจิตซึ่งเป็นการดำเนินการขั้นพื้นฐาน โดยให้การดูแลแบบพอเหมาะพอดีที่เน้นการรับฟังปัญหาที่ผู้พูดสมัครใจเล่า ประเมินและบรรลุนความต้องการจำเป็นขั้นพื้นฐาน ให้กำลังใจผ่านคนอื่นๆ แบบไม่บีบบังคับ และปกป้องจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มอาสาสมัครและบุคลากรสามารถเรียนรู้การตอบสนองฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว บุคลากรด้านสุขภาพพึงระวังหลีกเลี่ยง การจ่ายยาในกลุ่ม Benzodiazepines อย่างพร่ำเพรื่อ เนื่องจากเสี่ยงต่อการติดยา
4. **การดูแลทางจิตเวชฉุกเฉิน:** ภาวะทางจิตเวชที่ต้องดูแลฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น โรคจิต ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง และภาวะบ้าคลั่ง

5. **โครงการช่วยเหลือทางจิตวิทยาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน:** โครงการให้ความช่วยเหลือความจากการประเมินบริการที่มีอยู่ และความเข้าใจในบริบททางสังคมเชิงวัฒนธรรม ที่รวมถึงหน้าที่ และกลไกการรับมือทางวัฒนธรรมของบุคคลและชุมชน เพื่อช่วยให้สามารถกลับมาควบคุมสถานการณ์ได้อีกครั้ง ควรร่วมมือกับผู้นำชุมชนและหมอพื้นบ้านหากสามารถทำได้ ควรสนับสนุนส่งเสริมให้มีกลุ่มพึ่งพาตนเองในชุมชน มีการฝึกอบรมและนิเทศเจ้าหน้าที่ชุมชนให้สามารถช่วยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพแบ่งเบาภาระหนักด้านการช่วยเหลือทางจิตวิทยา และสามารถทำกิจกรรมนอกสถานที่เพื่อดูแลกลุ่มผู้เปราะบางและชนกลุ่มน้อยได้

มาตรฐานเรื่องการควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ 4: โรคเรื้อรัง

ประชาชนเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นเพื่อป้องกันการเสียชีวิต ในกรณีที่โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายของประชาชนจำนวนมาก

ดัชนีชี้วัดหลัก (อ่านร่วมกับบันทึกแนวทางปฏิบัติ)

- จัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อประสานงานโครงการต่างๆ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มว่าการหยุดการรักษาอย่างเฉียบพลันอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ดูบันทึกแนวทางปฏิบัติข้อ 1)
- ระบุและลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเชิงรุก
- มียารักษาโรคเรื้อรังสำหรับการจัดการในระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตลอดเวลาตามบัญชียาหลัก

บันทึกแนวทางปฏิบัติ

1. **โรคเรื้อรัง:** ยังไม่มีการจัดทำแนวทางการจัดการโรคเรื้อรังขณะเกิดภัยพิบัติที่ยอมรับได้โดยทั่วไปมาก่อน ภาวะฉุกเฉินซ้ำซ้อนในประเทศที่ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาก่อนให้ความสำคัญกับภาวะที่การหยุดรักษาทันทีอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ เช่น โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการล้างไต โรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน และมะเร็งบางชนิดในเด็ก โครงการช่วยเหลือลักษณะนี้เป็นโครงการต่อเนื่องของการรักษาเพื่อช่วยชีวิต โครงการจัดการโรคเรื้อรังประเภทอื่นๆ อาจจัดให้มีได้เช่นกันหากมีภัยพิบัติในอนาคต ไม่ควรนำโปรแกรมหรือแผนการรักษาโรคเรื้อรังใหม่มาใช้ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ หากประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าวมาก่อนเกิดภัยพิบัติ ควรจัดให้มีการรักษาโรคเรื้อรังที่ต่อเนื่องผ่านระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยใช้ยาตามบัญชียาหลัก

ภาคผนวก 1

รายการตรวจสอบการประเมินบริการด้านสุขภาพ

การเตรียมพร้อม

- ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติและทรัพยากร ทั้งจากแหล่งข้อมูลในประเทศเจ้าของพื้นที่และแหล่งข้อมูลสากล
- มีแผนที่และภาพถ่ายทางอากาศ
- มีข้อมูลทางประชากรศาสตร์และสุขภาพทั้งจากแหล่งข้อมูลในประเทศเจ้าของพื้นที่และแหล่งข้อมูลสากล

ความมั่นคงและการเข้าถึง

- ตรวจสอบภัยธรรมชาติ และภัยจากมนุษย์ที่เกิดขึ้น
- ตรวจสอบสถานการณ์ความมั่นคงของประเทศโดยรวม รวมทั้งกำลังทหาร
- ตรวจสอบการเข้าถึงผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติขององค์กรด้านมนุษยธรรม

โครงสร้างทางสังคมและประชากรศาสตร์

- ตรวจสอบจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติและสัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- ตรวจสอบประชาชนจำแนกตามอายุและเพศ
- ระบุกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสมาชิกชนกลุ่มน้อยหรือกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ
- ตรวจสอบขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ย และจำนวนครอบครัวที่มีผู้หญิงและเด็กเป็นหัวหน้าครอบครัว
- ตรวจสอบโครงสร้างทางสังคมที่เป็นอยู่ รวมทั้งตำแหน่งของเจ้าหน้าที่หรือผู้มีอิทธิพล และบทบาทของผู้หญิง

ข้อมูลภูมิหลังด้านสุขภาพ

- ระบุปัญหาสุขภาพ และลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ก่อนเกิดเหตุของพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติ ตลอดจนโรคระบาดของท้องถิ่น
- ระบุปัญหาสุขภาพ ลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ก่อน และโรคระบาดที่มีในประเทศต้นทาง หากมีความเกี่ยวข้องกับผู้ลี้ภัย
- ระบุความเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีอยู่ เช่น โรคระบาดที่อาจเกิดขึ้น
- ระบุทรัพยากรการดูแลสุขภาพที่เคยมีมาก่อน
- ตรวจสอบจุดแข็งและความครอบคลุมของระบบสาธารณสุขท้องถิ่นในประเทศต้นทางของผู้ลี้ภัย

อัตราตาย

- กำหนดอัตราตายอย่างหยาบ
- กำหนดอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- กำหนดอัตราตายที่เกิดจากสาเหตุเฉพาะ

อัตราป่วย

- ตรวจสอบอัตราการเกิดโรคที่สำคัญทางสาธารณสุข
- ตรวจสอบอัตราการเกิดโรคที่เกิดกับอายุและเพศเป็นการเฉพาะ หากเป็นไปได้

ทรัพยากรที่มีอยู่

- ตรวจสอบความสามารถและการตอบสนองของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ
- ตรวจสอบสภาพของสถานบริการสุขภาพแห่งชาติ ในด้านจำนวนที่มีทั้งหมด ประเภท และระดับของการดูแลที่มี สภาพทางกายภาพ การปฏิบัติงาน และการเข้าถึง
- ตรวจสอบจำนวนและทักษะของบุคลากรด้านสุขภาพ
- ตรวจสอบความสามารถและการปฏิบัติงานของโครงการด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ เช่น โครงการขยายการให้ภูมิคุ้มกัน และการบริการสุขภาพแม่และเด็ก

- ตรวจสอบระเบียบปฏิบัติมาตรฐาน ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์หลักที่มี
- ตรวจสอบสถานภาพของระบบการส่งต่อที่มี
- ตรวจสอบสถานภาพของระบบข้อมูลสุขภาพที่มี
- ตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบโลจิสติกส์ที่มี โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดหา การกระจาย และการเก็บรักษา ยา วัคซีน และเวชภัณฑ์หลัก

พิจารณาข้อมูลจากเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

- ภาวะโภชนาการ
- สภาพแวดล้อม
- อาหารและความมั่นคงทางอาหาร

ภาคผนวก 2 ตัวอย่างแบบรายงานการเฝ้าระวัง ประจำสัปดาห์

แบบรายงานที่ 1 การเฝ้าระวังการตาย*

สถานที่.....
วันที่ นับจากวันจันทร์.....ถึงวันอาทิตย์.....
จำนวนประชาชนทั้งหมดในวันแรกของสัปดาห์.....คน
จำนวนการเกิดในสัปดาห์.....คน จำนวนการตายในสัปดาห์.....คน
จำนวนผู้มาใหม่ในสัปดาห์.....คน จำนวนผู้ย้ายออกในสัปดาห์.....คน
จำนวนประชาชนทั้งหมดในนัสน์ท้ายของสัปดาห์.....คน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด.....คน

รายการ	0-4 ปี		5+ ปี		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
สาเหตุอุบัติเหตุ					
ติดเครื่องบนทางเดินภายในส่วนท่าอากาศยาน					
รถโดยสาร (รถตู้)					
จักรยาน-มอเตอร์ไซด์					
จักรยานปั่นน้ำ					
รถเข็น - ไมโครบัส					
รถจักรยาน					
รถโดยสารประจำทาง (รถสอง-ล้อรถ 4-ล้อ)					
รถ					
เข็นรถของดี (รถเข็น)					
รถโดยสารสาธารณะ 0-20 ปี					
อื่นๆ					
ไม่ทราบสาเหตุ					
รวม คนที่สูญหาย					
สาเหตุที่สูญหาย					
รถ (รถเข็น)					
รถจักรยานยนต์					
รถจักรยานยนต์-มอเตอร์ไซด์					
อื่นๆ					
รวม คนที่สูญหาย					

* แบบรายงานหนี้เมอเมอผู้เสียชีวิตจำนวนมาก และเมอสามารถรวบรวมรายละเอียดข้อมูลของผู้เสียชีวิตแต่ละราย เนื่องจากระยะเวลาจำกัด

- ความถี่ในการรายงาน (เช่น รายวัน หรือรายสัปดาห์) ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เสียชีวิต
- สาเหตุอื่น ๆ ของการเสียชีวิต อาจเพิ่มเติมได้ตามบริบท และรูปแบบของการระบาด
- แยกแยกระยะเยื้องตามอายุ (0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) หากสามารถทำได้
- ไม่ควรรายงานผู้เสียชีวิตจากสถานบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมกับรายงานจากพื้นที่ และ
- ผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มผู้หญิง และโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ
- ในกรณีที่ได้ ทำได้ ควรบูรณาการระยะเยื้องของผู้ป่วยแต่ละรายด้านหลังแบบรายงานนี้ด้วย

แบบรายงานที่ 2 การเฝ้าระวังการตาย*

สถานที่.....ถึงวันอาทิตย์.....
วันที่ นับจากวันจันทร์.....
จำนวนประชาชนทั้งหมดในวันแรกของสัปดาห์.....คน
จำนวนการเกิดในสัปดาห์.....คน จำนวนการตายในสัปดาห์.....คน
จำนวนผู้มาใหม่ในสัปดาห์.....คน จำนวนผู้ย้ายออกในสัปดาห์.....คน
จำนวนประชาชนทั้งหมดในวันสุดท้ายของสัปดาห์.....คน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด.....คน

เลขที่	ชื่อ (นามสกุล)	สัญชาติ	ศาสนา	อาชีพ	อายุ (ปี)	สถานะ	สาเหตุการตาย	สถานที่เกิด	สถานที่ตาย	วันที่ตาย	เวลาที่ตาย	เวลาที่พบศพ	เวลาที่นำศพไปฝัง	เวลาที่นำศพไปเผา	เวลาที่นำศพไปฝัง	เวลาที่นำศพไปเผา	เวลาที่นำศพไปฝัง	เวลาที่นำศพไปเผา	เวลาที่นำศพไปฝัง	เวลาที่นำศพไปเผา
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

ใช้แบบรายงานนี้เมื่อมีเวลาบันทึกข้อมูลการเสียชีวิตของแต่ละบุคคลเพื่อให้สามารถวิเคราะห์ตามอายุ การตรวจสอบการระบาดตามสถานที่และอัตราการให้บริการ

- ความถี่ในการรายงาน (เช่น รายงาน หรือรายสัปดาห์) ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เสียชีวิต
- สถานะอื่น ๆ ของการเสียชีวิตอาจเพิ่มเติมได้ตามบริบท และรูปแบบของการระบาด
- ไม่ควรรายงานผู้เสียชีวิตจากสถานบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมกับรายงานจากพื้นที่ และผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน กลุ่มผู้หญิง และโรงพยาบาลการรับส่งต่อ
- ในกรณีที่ทำได้ ควรระบุรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายด้านหลังแบบรายงานนี้ด้วย

แบบรายงานการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยประจำสัปดาห์

สถานที่.....
วันที่ นับจากวันจันทร์..... ถึงวันอาทิตย์.....
จำนวนประชาชนทั้งหมดในวันแรกของสัปดาห์.....คน
จำนวนการเกิดในสัปดาห์.....คน จำนวนการตายในสัปดาห์.....คน
จำนวนผู้มาใหม่ในสัปดาห์.....คน จำนวนผู้ย้ายออกในสัปดาห์.....คน
จำนวนประชาชนทั้งหมดในวันสุดท้ายของสัปดาห์.....คน จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด.....คน

การเจ็บป่วย	อายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ป่วยใหม่			อายุ 5 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยใหม่			รวม	ผู้เสียชีวิต
อะโรไวรัส*	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ผู้เสียชีวิต	รวม
โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน**								
คออักเสบเฉียบพลัน								
โอดีนโทรม								
สฟิงกริลโลส (คออักเสบ)								
คอตีบ-ไอริคติน								
คอตีบ-บาดทะยัก								
โรคตา								
เยื่อตาอักเสบ								
การติดเชื้อตาอักเสบ								
ฝี								
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (คออักเสบ)								
บาดทะยัก -บาดทะยัก								
บาดทะยัก -บาดทะยัก								
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
๑. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
๑. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
๑. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
๑. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
๑. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
คอตีบ								
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คออักเสบ)								
คอตีบ								
อื่นๆ								
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์								
รวม								

* สามารถวินิจฉัยได้มากกว่าหนึ่งโรค สามารถตัดหรือเพิ่มโรคได้ตามสถานการณ์ปัจจุบัน

** โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในบางประเทศ อาจแบ่งเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่าง

- สาเหตุอื่น ๆ ของการเจ็บป่วย อาจเพิ่มเติมหรือตัดออกได้ตามบริบท และรูปแบบของการระบาด
- แยกแยะรายละเอียดตามอายุ (0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) หากสามารถทำได้

การเข้ารับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพ	อายุต่ำกว่า 5 ปี		อายุ 5 ปี และมากกว่า		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
รวมจำนวนครั้งทั้งหมดที่เข้ารับบริการ						

อัตราการให้บริการ : จำนวนครั้งที่มารับบริการที่สถานบริการด้านสุขภาพ ต่อคน ต่อปี

= จำนวนครั้งที่เข้ามาใช้บริการทั้งหมดใน 1 สัปดาห์ / จำนวนประชากรทั้งหมด x 52 สัปดาห์

- แยกย่อยอายุ (0-11 เดือน, 1-4 ปี, 5-14 ปี, 15-49 ปี, 50-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) หากสามารถทำได้

จำนวนการเข้ารับคำปรึกษาต่อจำนวนแพทย์ : จำนวนการเข้ารับบริการรวมทั้งใหม่และเก่า/เวลาทำการในสถานบริการสุขภาพ / จำนวนวันที่สถานบริการเปิดทำการต่อสัปดาห์

ภาคผนวก 3

สูตรคำนวณอัตราการตาย และอัตราป่วย

อัตราการตายอย่างหายา

- คำจำกัดความ : อัตราตายของประชากรทั้งหมดรวมทุกเพศทุกวัย อัตราตายอย่างหายาคำนวณโดยใช้ตัวหารที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร และในเวลาที่แตกต่างกัน เช่น การตายต่อ 1,000 คน ต่อ 1 เดือน หรือ การตายต่อ 1,000 คน ต่อปี เป็นต้น
- สูตรทั่วไปที่ใช้ขณะเกิดเหตุภัยพิบัติ :

$$\frac{\text{จำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดในช่วงเวลา} \times 10,000 \text{ คน}}{\text{ประชากรทั้งหมด} \quad \text{จำนวนวันในช่วงเวลา}} = \text{การตาย}/10,000 \text{ คน/วัน}$$

อัตราการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

- คำจำกัดความ : อัตราตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
- สูตรที่ใช้ทั่วไปขณะเกิดเหตุภัยพิบัติ (เป็นอัตราตายเฉพาะต่อกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี) :

$$\frac{\text{จำนวนการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมดในช่วงเวลา} \times 10,000 \text{ คน}}{\text{ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด} \quad \text{จำนวนวันในช่วงเวลา}} = \text{การตาย}/10,000 \text{ คน/วัน}$$

อัตราการเกิดโรค

- คำจำกัดความ : จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดโรคในช่วงเวลาที่กำหนดของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- สูตรทั่วไปที่ใช้ขณะเกิดภัยพิบัติ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดโรคเฉพาะในช่วงเวลาที่กำหนด} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค} \quad \text{จำนวนเดือนในช่วงเวลา}} \\ = \text{จำนวนของผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดโรคเฉพาะ}/1,000/\text{เดือน}$$

อัตราตายจากโรค

- คำจำกัดความ: จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคต่อจำนวนผู้ที่เป็นโรค
- สูตรคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคขณะช่วงเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{จำนวนผู้ที่เป็นโรค}} = x\%$$

อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพ

- คำจำกัดความ : จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอกมาพบแพทย์ต่อคนต่อปี หากเป็นไปได้ ควรแยกระหว่างผู้ป่วยรายใหม่และเก่า โดยใช้การมาพบแพทย์ของผู้ป่วยรายใหม่ในการคำนวณ อย่างไรก็ตาม การแยกระหว่างผู้ป่วยใหม่และเก่านี้อาจทำได้ยากดังนั้นจึงมักรวมเป็นการมาพบแพทย์ทั้งหมดในขณะเกิดเหตุภัยพิบัติ
- สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนการมาพบแพทย์ในหนึ่งสัปดาห์} \times 52 \text{ สัปดาห์}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} = \text{ครั้ง/คน/ปี}$$

จำนวนผู้รับคำปรึกษาจากแพทย์ในแต่ละวัน

- คำจำกัดความ : จำนวนเฉลี่ยของการให้คำปรึกษาทั้งหมด (ผู้ป่วยใหม่และเก่า) ต่อแพทย์หนึ่งคน ต่อวัน
- สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{การให้คำปรึกษาทั้งหมด (ผู้ป่วยใหม่และเก่า)} \div \text{จำนวนวันที่สถานบริการด้านสุขภาพเปิดในหนึ่งสัปดาห์}}{\text{จำนวนแพทย์ทำการเต็มเวลาในสถานบริการด้านสุขภาพ}}$$

* การทำการเต็มเวลาในที่นี้หมายถึง จำนวนแพทย์ทำการในสถานบริการด้านสุขภาพนั้น เช่น ถ้ามีแพทย์ปฏิบัติงาน 6 คน ในแผนกผู้ป่วยนอก แต่มี 2 คนทำครึ่งเวลา จำนวนแพทย์ทำการเต็มเวลาจะเป็น 5 คน

ภาคผนวก 4

รายการอ้างอิง

ขอขอบคุณ The Forced Migration Online programme of the Refugee Studies Centre at the University of Oxford เอกสารเหล่านี้ได้รับอนุญาตให้ตีพิมพ์และมีไว้ในเว็บไซต์พิเศษของสเปียร์รี่ที่ : <http://www.forcedmigration.org>

เครื่องมือทางกฎหมายระหว่างประเทศ

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, U.N. Doc.E/C.12/2000/4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

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

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge.

WHO (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*. World Health Organisation. <http://www.who.int/hhr>

ระบบสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐาน

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology*. World Health Organisation. Geneva.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply (Second Edition)*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Medecins Sans Frontières (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual*. M^odecins Sans Frontières. Paris.

Medecins Sans Frontières (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*. International Committee of the Red Cross. Geneva.

UNHCR/WHO (1996), *Guidelines for Drug Donations*. World Health Organisation and United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNHCR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes* (CD-ROM). United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

WHO/PAHO (2001), *Health Library for Disasters* (CD-ROM). World Health Organisation/Pan-American Health Organization. Geneva.

WHO (1998), *The New Emergency Health Kit 1998*. World Health Organisation. Geneva.

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

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

การควบคุมโรคติดต่อ

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual* (17th Edition). American Public Health Association. Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases*. WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings (2003), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings*. UNAIDS. Geneva (in press). (This document will replace UNAIDS, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings*).

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

Pasteur Institute: <http://www.pasteur.fr>

UNAIDS: <http://www.unaids.org>

WHO (1993), *Guidelines for Cholera Control*. World Health Organisation. Geneva.

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

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

WHO (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook*. World Health Organisation. Geneva (in press).

WHO (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines*. World Health Organisation. Geneva.

การควบคุมโรคไม่ติดต่อ

การบาดเจ็บ

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A 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. Geneva.

M^odecins Sans Frontières (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas*. M^odecins Sans Frontières. Paris.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System*. Pan-American Health Organization. Geneva.

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

อนามัยเจริญพันธุ์

Reproductive Health for Refugees Consortium (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*. RHR Consortium.

Interagency Working Group (1999), *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva.

UNFPA: <http://www.unfpa.org>

UNFPA (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition)*. UNFPA.

UNHCR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. Draft for field-testing, 8 July 2002. (This document will replace the UNHCR 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*.)

WHO (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape*. World Health Organisation. Geneva.

สุขภาพจิตและสังคม

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. (NIH Publication No. 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

WHO (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors*. World Health Organisation. Geneva.

WHO/UNHCR (1996), *Mental Health of Refugees*. World Health Organisation. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int>

โรคเรื้อรัง

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics (30th Edition)*. Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine (15th Edition)*. McGraw Hill Professional. New York.

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

เว็บไซต์

Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters: <http://www.cred.be>

International Committee of the Red Cross: <http://www.icrc.org>

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies:
<http://www.ifrc.org>

Pan-American Health Organization: <http://www.paho.org>

United Nations High Commissioner for Refugees: <http://www.unhcr.ch>

UNICEF: <http://www.unicef.org>

World Health Organisation: <http://www.who.int>

