



เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

สำนักงานโรค ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control,
Ministry of Public Health.

ประจำสัปดาห์

ISSN 0859-547X

<http://epid.moph.go.th/>

ปีที่ ๓๔ : ฉบับที่ ๒๐ : ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๔๖, Volume 34 : Number 20 : May 23, 2003

วิสัยทัศน์

กรมควบคุมโรค “ เป็นผู้นำด้านวิชาการและเทคโนโลยีการป้องกันและควบคุมโรคในประเทศและระดับนานาชาติ ”

สำนักงานโรค ควบคุมโรค “ ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสากล ในด้านมาตรฐานงานระบาดวิทยา ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายใน และนานาชาติ สร้างองค์ความรู้และภูมิปัญญา ป้องกันโรค ภัย และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ”

ทุกรายงานมีคุณค่าต่อระบบเฝ้าระวังและการควบคุมป้องกันโรค โปรดช่วยกันตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องและส่งให้ทันตามกำหนดเวลา (ภายในเช้าวันอังคาร)

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	34	44	47	50	59	55	57	62	49	69	63	65	61	61	59	60	66	65	66	69

สัปดาห์ที่ 20 วันที่ 11 – 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์ที่ 20 ส่งทันเวลา 69 จังหวัด

ปี พ.ศ. 2546 ประเทศไทย

ส่งข้อมูลทันเวลาสัปดาห์นี้ 69 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 90.79

นานาทัศนะทิศทางระบาดวิทยาในอนาคต

อนาคตโรคอุบัติใหม่ (Emerging Infectious Diseases or EID)

โดย นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน

มีการคาดประมาณว่าโรคติดต่อจะเป็นปัญหาสาธารณสุขน้อยลง และโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น แต่ปัจจุบันพบว่าโรคติดตอยังคงเป็น ปัญหาของประเทศค่อนข้างมาก เช่น โรคเอดส์ โรคไข้เลือดออก และโรค อุตบัติใหม่ (EID) ทั้งนี้ เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็ว จึงทำให้ การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางด้วย

- ★ นานาทัศนะทิศทางระบาดวิทยาในอนาคต 357
- ★ ผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ช่วงก่อนเทศกาลและในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2546 363
- ★ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เร่งด่วน สัปดาห์ที่ 20, วันที่ 11 – 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 365

แนวคิดในการตั้งรับเพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่ มีดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเป็นเรื่องสำคัญ ควรมีการเปิด Internet เพื่อทราบสถานการณ์ของโรคทั่วโลก อย่างรวดเร็ว
2. การเฝ้าระวังโรคในท้องถิ่นทำให้รู้เรื่องโรค และมีเวลาเตรียมการ ทั้งนี้ควรมีการฝึกอบรมเผยแพร่ความรู้ใหม่ ๆ ด้วย
3. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ พัฒนาการของการตรวจ ถึงขั้นตรวจหาพันธุกรรมแล้ว แต่ในปัจจุบันประเทศไทยยังมีระบบการเฝ้าระวังนี้อย่างไม่ทั่วถึง เนื่องจากผลการตรวจล่าช้า และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการต่อไป
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นต้องมีจำนวนเพียงพอ การกระจายอำนาจช่วยให้สามารถดูแลประชากรได้อย่างทั่วถึง วิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนดูแลตนเองได้ คือ การเฝ้าระวังซึ่งเป็นเทคนิคที่ดี แต่ข้อมูลพื้นฐานด้านบุคคล เวลา สถานที่นั้น ยังไม่มีคุณภาพจึงต้องช่วยกันพัฒนาข้อมูลการเฝ้าระวังให้มีคุณภาพ เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์เพื่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างทันเวลา

ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ส่วนกลาง ระดับเขต และระดับจังหวัด ปัจจุบันข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง พิจารณากันเฉพาะขนาดของโรคนาน้อยเพียงใด แต่ตัวแปรด้านเวลา สถานที่นั้น นำมาพิจารณาค่อนข้างน้อย ควรมีการใช้ระบาดวิทยาในงานสาธารณสุขมูลฐานถึงระดับตำบล สำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีหน้าที่ช่วยให้กิจการระบาดวิทยาในระดับตำบล อย่างทั่วถึงและครอบคลุม จำเป็นต้องเน้นเรื่องการสอบสวนโรคให้มากขึ้น โดยจังหวัดต้องสอบสวนโรคให้มาก และพยายามสร้างศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอให้สามารถสอบสวนได้ การสอบสวนโรคควรทำกันตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป ส่วนการเฝ้าระวังนั้น ด้านทางคือตำบล ส่วนปลายคือสำนักระบาดวิทยา ซึ่งต้องอาศัยการควบคุมกำกับอย่างเป็นขั้น ๆ ตามลำดับ การดำเนินงานลักษณะนี้จะช่วยให้สำนักระบาดวิทยามีเวลาในการศึกษาปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง และพัฒนาระบบต่าง ๆ ได้

รายงาน 506 มีจุดอ่อน คือ ใ้รายงานผู้ป่วยที่สงสัย แต่บางครั้งต้องรอให้มีการยืนยันการวินิจฉัยโรค จึงทำให้เกิดการรายงานล่าช้า หากมีการใช้การรายงานด้วยกลุ่มอาการ (Syndromic Report) จะช่วยเร่งรัดให้การรายงานเร็วขึ้น ขณะนี้มีการทดลองรายงานโรคโดยกลุ่มอาการที่จังหวัดหนองคาย และหนองบัวลำภู ซึ่งสำนักระบาดวิทยาควรพิจารณาปรับปรุงการรายงานโรคโดยกลุ่มอาการเพื่อการเฝ้าระวัง EID

สำนักระบาดวิทยาเก็บข้อมูลเฝ้าระวังและแสดงผลเป็นเพียงสถิติเท่านั้น ควรต้องติดตามการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบัน การเผยแพร่ข้อมูลด้านระบาดวิทยา ความรู้ใหม่ ๆ ต้องทันสมัย ทันต่อสถานการณ์ เพื่อทุกคนที่ทำงานด้านระบาดวิทยา สามารถรับทราบได้อย่างทันเวลา ไม่ต้องรอรับทราบเมื่อมีการประชุมประจำปี เมื่อมีการปฏิรูประบบราชการเกิดขึ้นในปีงบประมาณนี้ จึงยังไม่ชัดเจนว่าผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยาในแต่ละสำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีจำนวนเท่าไร อย่างไรก็ตาม งานระบาดวิทยาไม่สามารถทำได้ด้วยตัวคนเดียว ต้องใช้ข้อมูลหลายแหล่งประกอบกัน มีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นทีมและเป็นเครือข่ายตามลำดับ ท้ายนี้ สำนักระบาดวิทยาควรมีนักวิชาการใหม่ ๆ ที่มีความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ทั้งนี้เนื่องจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมกำลังจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้น เพราะโรคไม่ติดต่อทั้งหลายเกิดจากพฤติกรรม

แนวโน้มโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Trend of Zoonotic Diseases)

โดย นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ขุมเกษียร

จากระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งมีโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนรวมอยู่ด้วยหลายโรค มีการขยายเครือข่ายและพัฒนาองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้ลดปัญหาของโรคเหล่านี้ไปได้มาก เช่น โรคพิษสุนัขบ้า ในอดีตเมื่อ 30 ปีที่แล้ว มีผู้ป่วยตายด้วยโรคนี้มากกว่าปีละ 300 ราย เมื่อเปรียบเทียบกับในช่วง 2 - 3 ปี ที่ผ่านมาพบว่า เหลือเพียงปีละน้อยกว่า 50 ราย ในอดีตอีก 4 - 5 ปีข้างหน้า คาดว่าน่าจะเหลือปีละไม่ถึง 10 ราย แต่การที่จะกำจัดกวาดล้างให้หมดไปโดยไม่ให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เลย คงเป็นไปได้ค่อนข้างยาก จึงต้องให้ความสำคัญกับระบบการเฝ้าระวังให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสัตว์ซึ่งเป็นต้นเหตุที่แท้จริงของโรค โดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการช่วยสนับสนุน หากพบว่ามีโรคเกิด

ขึ้นในท้องที่ใด จะต้องรีบแจ้งให้ปศุสัตว์เจ้าของท้องที่ดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสุนัขในละแวกนั้นให้ทั่วถึง โดยอาศัยความร่วมมือจากเจ้าของสัตว์ หากไม่ได้ผลอาจจะต้องใช้อำนาจทางกฎหมายมาบังคับใช้ร่วมด้วย

โรคเลปโตสไปโรซิส พบว่าในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2538 มีผู้ป่วยปีละไม่เกิน 300 คน พบผู้ป่วยกระจายอยู่ทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2539 พบผู้ป่วยสูงขึ้นเล็กน้อย เป็น 358 ราย ตาย 19 ราย ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของการระบาดของโรคนี้ โดยเริ่มจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างก่อน ปี พ.ศ. 2540 - 2541 มีผู้ป่วยปีละกว่า 2,000 ราย เสียชีวิตปีละกว่า 100 ราย ปี พ.ศ. 2543 เป็นปีที่มีการระบาดสูงสุด พบผู้ป่วยมากกว่า 14,000 ราย ตาย 362 ราย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการรายงานอย่างหนักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในช่วง 3 - 4 ปี ที่มีการระบาดของโรคนี้ประกอบกับความตื่นกลัวของชาวบ้านที่พบเห็นความรุนแรงของโรค ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยจึงค่อย ๆ ลดลงในปี พ.ศ. 2544 - 2545 การระบาดของโรคนี้สันนิษฐานว่าน่าจะมีการนำสัตว์ติดโรคชนิดต่าง ๆ จากต่างประเทศเข้ามาเลี้ยงในท้องที่กันมากขึ้น เช่น โคเนื้อ โคนม สุกร ม้า รวมทั้งสัตว์ป่าบางชนิด เช่น นากหญ้า และหนูพันธุ์แปลก ๆ มีการขับเชื้อออกมาขับปัสสาวะของสัตว์ดังกล่าวลงสู่สิ่งแวดล้อมมากขึ้น แล้วคนติดเชื้อนี้จากสิ่งแวดล้อมอีกทีหนึ่ง

โรคทริคิโนซิส พบประปรายทางภาคเหนือแทบทุกจังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 เป็นต้นมา มักจะเกิดจากการบริโภคเนื้อหมูป่า หมูชาวเขาที่เลี้ยงปล่อย แบบสุก ๆ ดิบ ๆ โดยเฉพาะในงานพิธีต่าง ๆ ภาคกลางเคยพบที่กาญจนบุรี สาเหตุจากเนื้อหมูป่าที่ปราจีนบุรี สาเหตุจากเนื้อตะกวด ที่ภาคใต้เคยพบที่ชุมพร 2 ครั้ง สาเหตุจากเนื้อเต่าบก 1 ครั้ง และเนื้อหมูป่า 1 ครั้ง ปัจจุบันโรคนี้พบน้อยลงมาก เหลือเพียงบางจังหวัดทางภาคเหนือตอนบนเท่านั้น

โรคแอนแทรกซ์ในอดีตพบในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมักเกิดในโค และกระบือ แล้วจึงติดต่อมายังคน เคยพบว่ามี การระบาดในแกะที่จังหวัดลพบุรี 1 ครั้ง เมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว และที่จังหวัดพิจิตรเมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันกรมปศุสัตว์ผลิตวัคซีนป้องกันโรคนี้ขึ้นมาใช้ได้ มีการฉีดป้องกันโรคในโค กระบือ ในพื้นที่ติดต่อกันมาหลายปีแล้ว ทำให้โรคสงบลงไปมาก ในช่วงหลัง ๆ มักพบการเกิดโรคในคนตามจังหวัดชายแดนภาคเหนือ (พม่า - ลาว) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ลาว - เขมร) จากการลักลอบนำสัตว์ติดโรคหรือเนื้อสัตว์ติดโรคเข้ามา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็น 1 ใน 10 ของโลกที่มีการส่งออกเนื้อและผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ (สุกรและไก่) มีการควบคุมคุณภาพ โดยการตรวจและเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคทางเดินอาหารที่สำคัญ เช่น *Salmonella*, *E.Coli* และ *Campylobacter* มากขึ้น เพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่ผู้ตั้งเข้าต้องการ มิให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคภายในประเทศมากขึ้นด้วย และยังเพิ่มเศรษฐกิจของประเทศได้อีกทางหนึ่ง

แม้ว่าปัญหาโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่มีอยู่เดิมจะลดน้อยลงไปมากแล้วก็ตาม แต่เชื้อก่อโรคในธรรมชาติบางตัวมีการกลายพันธุ์ไปบ้าง คือต่อยาปฏิชีวนะบ้าง หรือมีเชื้อก่อโรคที่อุบัติขึ้นใหม่ ๆ บ้าง ซึ่งมีความรุนแรงสูงหลายตัว เช่น *Hantaan Virus*, *Hendra Virus*, *Nipah Virus*, *Ebola Virus*, *Influenza Virus* (H_5N_1) ล้วนแต่ติดต่อมาจากสัตว์ แม้จะยังไม่เคยพบในประเทศไทย แต่ก็มีโอกาสที่เกิดขึ้นได้ จึงยังคงต้องอาศัยระบบการเฝ้าระวังที่ดี หากพบผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการแปลก ๆ หรือมีความรุนแรงสูง จะต้องรีบรายงานทันที และดำเนินการสอบสวนโรคโดยเร็ว เพื่อหาสาเหตุและควบคุมป้องกันมิให้มีการแพร่ระบาดออกไปมากจนยากแก่การแก้ไข

แนวโน้มโรคที่เกิดจากแมลง (Vector-borne Diseases)

โดย อาจารย์ อ่องอาจ เจริญสุข

โรคที่เกิดจากแมลงในประเทศไทยในอดีตจนถึงปัจจุบัน มีด้วยกัน 10 โรค ได้แก่

1. มาลาเรีย
2. ไข้เลือดออก
3. ไข้สมองอักเสบ (JE)
4. โรคสครับไทฟัส
5. โรคเท้าช้าง โรคนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหาในอนาคต

6. ใช้ปวดข้อออกผื่น มีการระบาดเนื่อง ๆ ผู้ป่วยเป็นตั้งแต่เด็กไปจนถึงคนแก่ โรคนี้ป่วยแล้วไม่ตาย และเมื่อป่วยแล้วจะไม่ป่วยอีก ระยะฟักตัวของโรคสั้น ๆ 1 - 3 วัน
7. Kala azar มีผู้ป่วยรวม 6 ราย พบว่า 5 ราย คิดเชื้อมาจากต่างประเทศ อีก 1 ราย เป็นเด็กที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งนายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ ได้ออกไปสอบสวนเมื่อ 5 - 6 ปี ก่อน และหลังจากนั้นก็ไม่มีรายงานอีกเลย ดังนั้น Kala azar คงจะไม่เป็นปัญหาสำหรับประเทศไทย
8. Murine typhus มีรายงานโรคจากจังหวัดสงขลาบ้าง และจังหวัดพิจิตร 1 ราย เมื่อ 5 - 6 ปีก่อน ดังนั้นโรคนี้คงจะไม่เป็นปัญหาสำหรับประเทศไทย
9. Tick typhus จากการสอบสวนพบว่ามีโรคนี้ แต่ไม่เคยมีรายงาน คงจะไม่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน
10. กาฬโรค เมื่อประมาณ 6 - 7 ปี มีการระบาดของกาฬโรค ที่เมืองสุรรัต ประเทศอินเดีย ทำความสูญเสียทางเศรษฐกิจให้กับอินเดียเป็นจำนวนมาก กาฬโรคยังมีการระบาดในมองโกเลีย จีน เวียดนาม เชื่อแน่ว่าในกัมพูชา น่าจะมีโรคนี้เหมือนกัน ดังนั้น ประเทศไทยอาจเกิดโรคได้ ไม่ควรประมาท ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แต่อย่าตระหนกตกใจ

มีเรื่องที่น่าสนใจ 4 โรค ดังนี้

1. โรคไข้เลือดออก

ปัจจุบัน มีแนวโน้มว่าการระบาดรุนแรง 2 ปี เว้น 2 ปี แต่ไม่ทราบว่าการระบาดรูปแบบนี้จะนานเท่าไร เมื่อเดือนธันวาคม 2544 มีการประชุมที่ไช่จ๋อง ผลการประชุมบอกว่าอีก 5 ปี ประเทศยากจนจะมีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกใช้ แต่ผู้รู้บอกว่าอาจจะนานถึง 10 ปี ดังนั้น เราต้องกำจัดยุงลายต่อไป และโรคนี้จะเป็นปัญหาของประเทศไทยอีกนาน

ถ้าเรามีเงินมากพอ คนมากพอ ความตั้งใจมากพอ คงจะควบคุมโรคได้ดีในระดับหนึ่ง ปัญหาโรคไข้เลือดออกถ้าเราหลอกตัวเองไปเรื่อย ๆ โดยการไม่รายงานโรค ปัญหาที่จะไม่ได้รับการแก้ไขให้ถูกต้อง แต่ถ้าเราอมเจ็บปวดสักครั้งแล้วเริ่มแก้ไขปัญหาให้ถูกต้อง เชื่อว่าในอนาคต เราจะมีความสุขมากกว่าในปัจจุบัน ไม่ต้องผวาทุก 2 ปี หรือทุกปี

2. โรคมาลาเรีย

มีแนวโน้มลดลง ข้อมูลที่น่าสนใจนี้เป็นข้อมูล Passive Surveillance แต่ถ้าดูข้อมูลของกองมาลาเรีย ซึ่งมีทั้ง Active และ Passive Surveillance ก็มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยลดลงสอดคล้องกับพื้นที่ป่าลดลงด้วย หรืออาจจะเป็นเพราะสงครามในประเทศเพื่อนบ้านลดน้อยลงก็ได้

ในอดีตพบเชื้อ *Plasmodium falciparum* ประมาณ 70 - 75% เชื้อ *Plasmodium vivax* ประมาณ 25 - 30% แต่ปัจจุบันพบเชื้อ *Plasmodium vivax* ใกล้เคียงกัน แต่ต่ำกว่าเชื้อ *Plasmodium falciparum* เล็กน้อย ส่วนเชื้อ *Plasmodium malariae* เพิ่มขึ้นเล็กน้อย การลดลงของเชื้อ *Plasmodium falciparum* เป็นการดี เพราะเชื้อ *Plasmodium falciparum* มักคือต่อยารักษาโรค และเป็นสาเหตุการตายสูง

3. โรคไข้มองอักเสบ (Encephalitis)

มีรายงานปีละ 400 - 500 ราย ในปี 2544 ป่วย 430 ราย ตาย 30 ราย ในจำนวนนี้เป็น JE 28 ราย (ประมาณ 10-15 %) อัตราป่วยตายร้อยละ 7 (ประมาณ 7 - 10 %) ถ้าจาก Encephalitis มีแนวโน้มลดลง JE ก็น่าจะลดลงด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ (JE) ทั่วประเทศก็ได้ อย่างไรก็ตาม โรค JE มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ

4. โรค Scrub typhus

โรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้น อาจมีโรค PUO และ Leptospirosis รวมอยู่ในโรคนี้ด้วย พาหะของโรคคือไรอ่อน พวก Leptotrombidium พาหะเป็น Transovarial Transmission หมายถึง พาหะถ้ามีเชื้อ *R. tsutsugamushi* จะถ่ายทอดเชื้อโรคไปสู่ลูกหลาน เหลน โหล่นได้ โดยที่ลูกหลาน เหลน โหล่น ไม่จำเป็นต้องไปรับเชื้อใหม่อีก

ดังนั้น การควบคุมโรคเป็นไปได้ เพราะพาหะอยู่ในป่า สวน ไร่ การกำจัดพาหะโดยการพ่นยา คงเป็นไปได้ การเผาป่าทั่วประเทศก็เป็นไปได้เช่นกัน จึงต้องใช้วิธีการป้องกันโรค โดยให้สุขศึกษาแก่ประชาชน เช่น เมื่อกลับมาจากป่าหรือพื้นที่เสี่ยง ถ้ามีอาการก็ไปพบแพทย์ ผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิต เพราะยาปฏิชีวนะ เช่น Tetracycline, Chloramphenicol, Doxycycline สามารถรักษาโรคได้ดีมาก การให้ข้อแนะนำแก่ประชาชนในการไปพื้นที่เสี่ยง เช่น ทายากันแมลงกัด แดงกายให้รัดกุม เมื่อกลับ

จากป่าเอาเสื้อผ้าที่ใส่ไปต้ม หรือแช่ผงซักฟอกเข้มข้น เพื่อฆ่าไรอ่อน เป็นสิ่งที่ต้องเผยแพร่ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงนำไปปฏิบัติ จะลดอัตราป่วยได้มาก

เทคนิคการดำเนินงานและการประสานงาน

โดย อาจารย์วิจารณ์ ลีลาพงศ์

การดำเนินงานระบาดวิทยาให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องใช้เทคนิคในการประสานงาน ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี ลำดับแรกต้องเข้าใจพื้นฐานข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยงาน อุปนิสัยและธรรมเนียมของบุคลากรที่ต้องไปติดต่อกับ การประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงาน อาจใช้วิธีการพูดคุย บังคับ ช่มชู้ หรือมีการให้รางวัล อย่างไรก็ตามการทำงานโดยหลาย ๆ หน่วยงานร่วมกันทำ จำเป็นต้องยึดถือตามข้อตกลง ข้อสัญญาที่ให้ไว้ต่อกัน และควรมีการประสานงานกันอย่างเป็นลำดับตามขั้นตอนขึ้นมา ทุกระดับควรปฏิบัติงานตามหน้าที่และตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

ปัญหาที่พบบ่อยคือการประสานงานไม่คล่องตัว ไม่ครบวงจร เนื่องจากขาดการติดตาม ตรวจสอบ เร่งรัดในการรายงาน เช่น ไม่ได้ตรวจสอบว่ารายงานที่ได้รับมานั้นครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา หรือไม่ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องน่าคิดว่าทำอย่างไรให้รายงานทางระบาดวิทยาเป็นข้อมูลคุณภาพ ใช้ในการแก้ปัญหาได้ การรายงานขึ้นมามีในแต่ละหน่วยงาน จังหวัดต้องตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งให้เขตและสำนักระบาดวิทยา

หากข้อมูลการเฝ้าระวังไม่ชัดเจนเพียงพอ ต้องทำการสอบสวนเพิ่มเติม เช่น ใช้เลือดออก ทำไมมีการระบาดติดกัน 3 ปี ซึ่งผิดธรรมชาติ นักระบาดวิทยาต้องหาคำตอบว่าเหตุใดจึงเป็นเช่นนี้ มีการป่วยซ้ำ พื้นที่ซ้ำ หรือไม่ รูปแบบของการเกิดโรคเปลี่ยนไป หรือไม่ ถือว่าเป็นหน้าที่ร่วมกันของสำนักระบาดวิทยา และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ในการพัฒนาระดับจังหวัด เพื่อการสอบสวนโรคให้ได้ข้อมูลในการอธิบายอย่างชัดเจน นอกจากนี้จังหวัดยังสามารถเขียนโครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ โดยใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค

สำนักระบาดวิทยาคิดอย่างไรกับเรื่องยาบ้า หากมีการกักขังผู้เสพยาเพื่อการรักษา ฟันฟู สามารถประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มนี้ได้ เพื่อการศึกษาระบาดวิทยาของประเทศไทย สำหรับใช้ในการควบคุมป้องกันปัญหาต่อไป นอกจากนี้ควรติดตามการทำงานเฝ้าระวังในระบบปกติ ระดับตำบล และอำเภอด้วย เพื่อป้องกันปัญหาความไม่ต่อเนื่องของระบบเฝ้าระวัง หากทุกคนมุ่งมั่นไปทำงานเรื่องยาบ้าอย่างเดียว

สรุป การประสานงานขึ้นอยู่กับเทคนิค หลักที่สำคัญคือ มนุษย์สัมพันธ์

การพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน

โดย นายแพทย์รัช จายนียโยธิน

แนวคิดทางระบาดวิทยา คือ สังเคราะห์ในการเกิดโรค เป็นข้อความจริงอย่างมีเหตุผลในการเกิดโรค อธิบายว่ามีการเกิดโรคได้อย่างไร ดังนั้น นักระบาดวิทยาจึงต้องรู้จักคิด คิดแบบระบาดวิทยา ส่วนใหญ่ความคิดมี 3 แบบ ต่อไปนี้

1. คิดอย่างมีเหตุผล อธิบายได้ พิสูจน์ได้
2. คิดอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน
3. คิดอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง

การพัฒนาตนเองด้านความรู้ความสามารถ

การพัฒนา คือ ทำให้ดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ในการเปลี่ยนแปลงบางครั้งไม่ได้เกิดผลดีเสมอไป ดังนั้นเมื่อจะเปลี่ยนแปลงอะไร ต้องคิดให้รอบด้านว่ามีผลดี ผลเสีย อย่างไร จึงตัดสินใจ

การพัฒนาความรู้ พื้นฐานความรู้ในขั้นแรกคือ รู้จัก จำได้ รู้ว่าอะไรคืออะไร นักระบาดวิทยาควรมีพฤติกรรมการเรียนรู้ถึงขั้นสามารถ วิเคราะห์ สังเคราะห์ได้

การพัฒนาความสามารถ เป็นการเรียนรู้ที่ต้องทำได้ด้วย สามารถทำได้ดี ถูกต้อง อย่าทำแบบลองผิดลองถูก ถ้าสงสัยให้ถามครู นักระบาดวิทยาต้องทำได้ฝึกฝนตนเองให้เก่งจนถึงขั้นสามารถสังเคราะห์และประเมินค่า

วิธีการพัฒนาตนเองทั้งความรู้ความสามารถ ประกอบด้วย

1. เรียนจากผู้อื่น ได้รับการสั่งสอนจากพ่อ แม่ พี่น้อง ครู อาจารย์ เพื่อน
2. การคิดอย่างแยกคาย ตัวเองมีความคิดอย่างมีเหตุผล มีขั้นตอน และต่อเนื่อง
3. การคิดอย่างเร้าคุณธรรม คิดสิ่งใดแล้ว จิตใจมีการสร้างสรรค์คุณธรรมขึ้น

สรุปการพัฒนาตนเอง กระทำได้โดย การเรียนจากผู้อื่น และลงมือทำเอง แต่การจะให้พัฒนาอย่างยั่งยืนเป็นเรื่องที่ยาก มนุษย์ทุกคนสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับความพร้อมในการพัฒนา การได้ครุฑหรือไม่ อย่างไร ก็ตามมนุษย์สำเร็จได้ด้วยใจ ทุกอย่างสำเร็จได้ถ้าตั้งใจ เอาใจใส่ สนใจ

ปัจจัยที่ทำให้มนุษย์พัฒนาได้สำเร็จ

1. ใฝ่รู้
2. ใฝ่ดี ซึ่งมีพื้นฐานจากความรู้ 3 ประการ
 - 2.1 รู้ตัวเองหรือไม่ รู้ว่าเราก็คือใคร
 - 2.2 รู้ว่าเกิดมาทำไม
 - 2.3 รู้ว่าจะใช้ชีวิตสั้น ๆ ในโลกนี้อย่างไร

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

อาจารย์นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน:- การเฝ้าระวังโรคเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและกวดล้างโรค ซึ่งโรคไข้ทรพิษ กวดล้างสำเร็จแล้ว โรคโปลิโอกำลังดำเนินการกวดล้าง ควรศึกษาวิธีการเฝ้าระวังที่ประสบความสำเร็จ และใช้เป็นตัวอย่างในการกวดล้างโรคติดต่อที่เป็นปัญหา

นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร:- ความขี้สงสัยนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรค หากสงสัยอะไรเกี่ยวกับการเกิดโรค ต้องเฝ้าระวัง สอบสวนโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อจากสัตว์ ซึ่งทำให้สูญเสียเศรษฐกิจอย่างมาก ต้องรีบสอบสวนโรค นักระบาดวิทยาต้องมีนิสัยขี้สงสัย และติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

อาจารย์อองอาจ เจริญสุข:- การปฏิรูประบบราชการ จะมีผลกระทบต่อการป้องกันควบคุมโรค การพยากรณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก ในปี 2546 และ 2547 จะไม่รุนแรง แต่ถ้ามีการระบาดรุนแรงแสดงว่า การปฏิรูประบบราชการมีผลกระทบต่อการป้องกันควบคุมโรค จะใช้เป็นดัชนีในการประเมินการปฏิรูประบบราชการอย่างหนึ่งได้ นักระบาดวิทยาต้องให้ข้อมูลองค์ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้บริหาร แต่การตัดสินใจอย่างไรเป็นเรื่องของท่าน

อาจารย์วิจารณ์ ถิลาพงศ์:- การดำเนินงานระบาดวิทยาต้องดูตามทิศทางของนโยบายด้วย ตัวอย่างเช่น ในปีนี้เน้นเรื่อง การออกกำลังกาย และไข้เลือดออก กรณียาบ้า น่าจะมีการวางระบบเก็บข้อมูลในกลุ่มที่กระทรวงมหาดไทยกวาดต้อนมาเพื่อการบำบัดรักษา

อาจารย์นายแพทย์รัชช จายนียโยธิน:- ปัญหาสาธารณสุขในอนาคต คงเป็นโรคติดเชื้อตัวใหม่ โรคที่ดื้อยา โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อุบัติภัย อนาคตของงานระบาดวิทยา คาดว่าน่าจะมีการเรียนระบาดวิทยาทางอิเล็กทรอนิกส์ นักระบาดวิทยาต้องเสริมศักยภาพด้านการบริหารและการบริการด้วย

สรุปการอภิปราย จาก การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทางระบาดวิทยา สำหรับเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาทั่วประเทศตามโครงสร้างใหม่ ระหว่างวันที่ 3 – 7 มีนาคม พ.ศ. 2546 ณ จังหวัดพิษณุโลก

ผู้สรุปผลการอภิปราย ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ *, นางสมบุญ เสนาะเสียง *, น.ส.กิริติกาณ์ต์ กลัดสวัสดิ์ **, นางประพิศ เพ็ญจันทร์ **

* กลุ่มพัฒนาระบบและมาตรฐานงานระบาดวิทยา, ** กลุ่มเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยา ที่ 4 สงขลา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ช่วงก่อนเทศกาลและในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2546

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้สำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยบนท้องถนนในจังหวัดขนาดใหญ่และเป็นจังหวัดท่องเที่ยว 23 จังหวัด¹ (รวมกรุงเทพมหานคร) ในช่วงก่อนเทศกาลสงกรานต์วันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ. 2546 และในช่วงเทศกาลสงกรานต์ 12 - 14 เมษายน พ.ศ. 2546 โดยทำการสำรวจจังหวัดละ 3 อำเภอ, อำเภอละ 3 จุด, จุดละ 3 เวลา (สำรวจเวลา 08.00 - 09.00 น., 10.00 - 11.00 น., 16.00 - 17.00 น.) รวมรถจักรยานยนต์ที่สำรวจ 1,112,159 คัน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ก่อนเทศกาลสงกรานต์ (วันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ. 2546)

1. ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร สวมหมวกนิรภัยเฉลี่ย ร้อยละ 41.8 (ผู้ขับขี่ร้อยละ 52.3, ผู้โดยสาร ร้อยละ 16.4) ในกรุงเทพมหานครสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 69.9 (ผู้ขับขี่ ร้อยละ 72.8, ผู้โดยสาร ร้อยละ 58.0) (ตารางที่ 1) ในเขตอำเภอเมืองสวมหมวกนิรภัยสูงกว่าอำเภออื่น ๆ (อำเภอเมือง ร้อยละ 47.6, อำเภออื่น ๆ ร้อยละ 34.2) การสวมหมวกนิรภัยในแต่ละช่วงเวลาไม่มีความแตกต่างกันมาก

2. จังหวัดที่มีการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 69.9), ขอนแก่น (ร้อยละ 55.6), พิจิตร (ร้อยละ 52.2), อุบลราชธานี (ร้อยละ 51.8) และ นครราชสีมา (ร้อยละ 51.0) (ตารางที่ 2)

3. จังหวัดที่มีการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ต่ำที่สุด 5 อันดับแรก คือ พัทลุง (ร้อยละ 26.4), สิงห์บุรี (ร้อยละ 28.8), เชียงราย (ร้อยละ 31.1), ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 32.9) และสงขลา (ร้อยละ 33.3) (ตารางที่ 2)

ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ (วันที่ 12 - 14 เมษายน พ.ศ. 2546)

1. ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ทั้งในส่วนภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร สวมหมวกนิรภัยเฉลี่ย ร้อยละ 33.8 (ผู้ขับขี่ร้อยละ 44.2, ผู้โดยสาร ร้อยละ 13.4) ในกรุงเทพมหานครสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 62.7 (ผู้ขับขี่ ร้อยละ 69.1, ผู้โดยสาร ร้อยละ 46.6) (ตารางที่ 1) ในเขตอำเภอเมืองสวมหมวกนิรภัยสูงกว่าอำเภออื่น ๆ (อำเภอเมือง ร้อยละ 37.3, อำเภออื่น ๆ ร้อยละ 29.4) การสวมหมวกนิรภัยในแต่ละช่วงเวลาไม่มีความแตกต่างกันมาก

2. จังหวัดที่มีการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ สูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 62.7), ขอนแก่น (ร้อยละ 44.7), อุตรดิตถ์ (ร้อยละ 44.4), ภูเก็ต (ร้อยละ 42.1) และชลบุรี (ร้อยละ 40.0) (ตารางที่ 2)

3. จังหวัดที่มีการสวมหมวกนิรภัยในผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ต่ำที่สุด 5 อันดับแรก คือ สิงห์บุรี (ร้อยละ 19.6), เชียงใหม่ (ร้อยละ 25.1), ลำปาง (ร้อยละ 25.7), ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 26.3) และพัทลุง (ร้อยละ 27.3) (ตารางที่ 1)

เปรียบเทียบการสวมหมวกนิรภัยในช่วงก่อนเทศกาลสงกรานต์และในช่วงเทศกาลสงกรานต์

1. เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเป็นรายวัน ผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยต่ำที่สุด ในวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2546 (ร้อยละ 28.6) (ตารางที่ 1)

2. ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยโดยรวมลดลง ร้อยละ 8.0 (ผลต่างของอัตราการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังเทศกาลสงกรานต์) (ตารางที่ 2)

3. ในเกือบทุกจังหวัดมีการสวมหมวกนิรภัยลดลงในช่วงเทศกาลสงกรานต์ โดยจังหวัดที่มีการสวมหมวกนิรภัยลดลงมากที่สุด คือ พิจิตร, ลำปาง และนครราชสีมา ยกเว้น ชลบุรี, เชียงราย และพัทลุง (ตารางที่ 2)

¹ อุตรดิตถ์ไม่มีข้อมูลวันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ. 2546, ขอนแก่น ไม่มีข้อมูลของอำเภอชุมแพ วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2546

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ก่อนและในช่วงเทศกาลสงกรานต์และในช่วงเทศกาลสงกรานต์จำแนกรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	ภาค	วันที่ 4-5 เมษายน 46			วันที่ 12-14 เมษายน 46			รวม เพิ่ม/ลด*
			ผู้ขับขี่	ผู้โดยสาร	รวม	ผู้ขับขี่	ผู้โดยสาร	รวม	
1	กรุงเทพมหานคร	บชน.	72.8	58.0	69.9	69.1	46.6	62.7	-7.2
2	พระนครศรีอยุธยา	1	48.7	14.6	36.0	36.3	18.9	29.7	-6.4
3	สิงห์บุรี	1	35.4	14.6	28.8	26.0	6.6	19.6	-9.2
4	สระบุรี	1	47.2	9.8	37.2	38.6	9.7	29.1	-8.1
5	ลพบุรี	1	48.8	14.7	39.1	40.4	14.0	31.1	-8.0
6	ระยอง	2	48.8	26.2	41.5	49.6	11.8	36.8	-4.7
7	ชลบุรี	2	51.7	14.2	38.6	51.6	16.6	40.0	1.3
10	นครราชสีมา	3	64.5	19.7	51.0	51.0	14.6	37.8	-13.2
13	อุบลราชธานี	3	60.9	19.5	51.8	49.9	12.6	39.2	-12.6
11	ขอนแก่น	4	63.1	33.5	55.6	52.2	28.9	44.7	-10.9
12	อุดรธานี	4	-	-	-	54.5	22.5	44.4	-
14	ร้อยเอ็ด	4	41.7	10.4	32.9	33.9	11.7	26.3	-6.6
17	ลำปาง	5	49.0	28.8	43.4	31.6	14.7	25.7	-17.7
18	เชียงใหม่	5	41.0	25.6	35.1	30.4	17.0	25.1	-9.9
19	เชียงราย	5	37.3	13.4	31.1	37.4	20.0	31.5	0.4
15	สุโขทัย	6	59.2	23.7	49.2	48.1	16.9	37.3	-11.9
16	พิจิตร	6	65.7	24.4	52.2	39.4	13.8	30.9	-21.3
8	ประจวบคีรีขันธ์	7	49.8	6.4	36.1	46.3	4.9	31.3	-4.8
9	ราชบุรี	7	45.6	6.4	33.9	42.1	4.2	29.8	-4.1
20	ภูเก็ต	8	57.3	4.9	42.8	60.4	4.7	42.1	-0.7
21	สุราษฎร์ธานี	8	57.4	4.6	40.9	44.6	3.2	29.0	-11.9
22	สงขลา	9	46.3	4.0	33.3	43.5	3.9	30.6	-2.7
23	พัทลุง	9	35.7	5.1	26.4	38.1	6.7	27.3	0.9
รวม			52.3	16.4	41.8	44.2	13.4	33.8	-8.0
มาตรฐาน			48.9	14.6	38.9	43.5	13.8	31.1	-7.8

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ก่อนและหลังเทศกาลจำแนกรายจังหวัด

ลำดับที่	จังหวัด	ภาค	4-5 เมษายน 46			12-14 เมษายน 2546			เพิ่ม/ลด*
			จำนวนที่สังเกต	สวมหมวก	%	จำนวนที่สังเกต	สวมหมวก	%	
1	กรุงเทพมหานคร	บชน.	36,054	25,219	69.9	33,547	21,046	62.7	-7.2
2	พระนครศรีอยุธยา	1	24,288	8,747	36.0	62,179	18,441	29.7	-6.4
3	สิงห์บุรี	1	4,407	1,271	28.8	15,063	2,954	19.6	-9.2
4	สระบุรี	1	38,569	14,345	37.2	63,571	18,482	29.1	-8.1
5	ลพบุรี	1	14,759	5,774	39.1	24,181	7,518	31.1	-8.0
6	ระยอง	2	23,980	9,961	41.5	32,409	11,934	36.8	-4.7
7	ชลบุรี	2	27,825	10,751	38.6	47,513	18,987	40.0	1.3
8	นครราชสีมา	3	19,515	9,953	51.0	30,370	11,476	37.8	-13.2
9	อุบลราชธานี	3	40,649	21,052	51.8	45,480	17,827	39.2	-12.6
10	ขอนแก่น	4	17,713	9,843	55.6	36,756	16,423	44.7	-10.9
11	อุดรธานี	4	-	-	-	37,726	16,760	44.4	-
12	ร้อยเอ็ด	4	17,136	5,639	32.9	19,545	5,136	26.3	-6.6
13	ลำปาง	5	36,481	15,842	43.4	54,099	13,905	25.7	-17.7
14	เชียงใหม่	5	29,248	10,257	35.1	62,565	15,725	25.1	-9.9
15	เชียงราย	5	29,476	9,169	31.1	53,642	16,914	31.5	0.4
16	สุโขทัย	6	24,670	12,140	49.2	42,063	15,709	37.3	-11.9
17	พิจิตร	6	30,163	15,757	52.2	40,898	12,642	30.9	-21.3
18	ประจวบคีรีขันธ์	7	31,714	11,460	36.1	53,503	16,741	31.3	-4.8
19	ราชบุรี	7	38,926	13,191	33.9	66,489	19,829	29.8	-4.1
20	ภูเก็ต	8	44,449	19,045	42.8	63,497	26,753	42.1	-0.7
21	สุราษฎร์ธานี	8	23,719	9,699	40.9	28,258	8,188	29.0	-11.9
22	สงขลา	9	37,293	12,424	33.3	55,189	16,896	30.6	-2.7
23	พัทลุง	9	29,188	7,710	26.4	50,418	13,766	27.3	0.9
รวม			620,222	259,249	41.8	1,018,961	344,052	33.8	-8.0
มาตรฐาน					38.9			31.1	-7.9

หมายเหตุ : "ภาค" ตามการแบ่งเขตของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ , "-" หมายถึง ไม่มีข้อมูล * เพิ่ม/ลด หมายถึง ร้อยละการสวมหมวกฯ ในเทศกาล-ก่อนเทศกาล
จังหวัดอุดรธานีไม่มีรายงานวันที่ 4 - 5 เมษายน 2546 , จังหวัดขอนแก่น (อำเภอชุมแพ) ไม่มีรายงานวันที่ 4 เมษายน 2546

แหล่งข้อมูล : การสำรวจการสวมหมวกนิรภัยก่อนและระหว่างเทศกาลสงกรานต์ ปี 2546
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่สำรวจ, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
รวบรวมและวิเคราะห์โดย : สำนักระบาดวิทยา และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ขอแก้ไขข้อมูลที่เคยเผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ฉบับที่ 19 วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2546

บรรทัดที่ 3 ผู้ป่วยรวมโรคไข้เลือดออก รวม 18,891 ราย แก้ไขเป็น 15,891 ราย

บรรทัดที่ 10 เขต 4 แก้ไขเป็น เขต 12

[ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ , สัปดาห์ที่ 20 พ.ศ. 2546 \(วันที่ 11 - 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2546\)](#)

[ตารางที่ 2 จำนวนป่วยและตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษารายจังหวัด, สัปดาห์ที่ 20 พ.ศ. 2546\(วันที่ 11 - 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2546\)](#)

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศล นายแพทย์ธวัช จายนียโยธิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร นายองอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

นายแพทย์ คำนวณ อึ้งชูศักดิ์

ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ

ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์ นางพงษ์ศิริ วัฒนาศุภกิจต์ นางกาญจน์ย์ คำนาคแก้ว นางสาวลิลลักษ์ณ์ รังษีวงศ์

กองบรรณาธิการวิชาการ

นายแพทย์สมศักดิ์ วัฒนศรี พญ. ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ นายแพทย์สุริยะ คูหะรัตน์ พญ.สุลีพร จิระพงษา นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล
นพ.เชวตสรร นามวาท พญ.วรรณ หาญเชาว์วรกุล นางลดาวัลย์ ผาติณวิน ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ นางสาวแสงโสม เกิดคล้าย
นางสาวสุชาดา จันทสิทธิ์กร

กองบรรณาธิการดำเนินงาน

ฝ่ายข้อมูล นางสาวเพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์ นางสาวดี ดิวงษ์ นางเพทาย ดอกสน สัตว์แพทย์หญิงเสาวพักตร์ อึ้งน้อย
นายสมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ นางอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ นายประเวศน์ แย้มชื่น
ฝ่ายจัดการ นางสาววรรณศิริ พรหมโชติชัย นางนงลักษณ์ อยู่ดี นางสาวสุรินทร์ เรืองรอด นางพูนทรัพย์ เปี่ยมณี
นางสาวสมหมาย ยิ้มขลิบ นางสาวกฤตติกาณต์ มาท่อม นางสาวภัทรา กาดีโณ
ฝ่ายศิลป์ นายถนอมยา พุกกะนันทน์ นายประมวล ทุมพงษ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 3,800 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น

: หากพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล โปรดแจ้ง ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา E-mail : pensri @ health.moph.go.th
: ส่งบทความและข้อคิดเห็น ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา E-mail : sirirak @ health.moph.go.th

สำนักงาน

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0-2590-1723, 0-2590-1827 โทรสาร 0-2590-1784

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi 11000, Thailand.

Tel. 0-2590-1723, 0-2590-1827 FAX 0-2590-1784 Website <http://epid.moph.go.th/>, E-mail : thomya @ health.moph.go.th

จัดพิมพ์โดย ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักโรคระบาดวิทยา

ที่ สธ. 0419/พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 73/2537
ไปรษณีย์นนทบุรี