



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 : 19 มกราคม 2561

Volume 49 Number 1 : January 19, 2018

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ฉบับ

การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดคุณาณามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557

✉ phuongtipya@hotmail.com

พวงทิพย์ รัตนะรัตและคณะ

บทคัดย่อ

บทนำ: สำนักโรคระบาดวิทยาได้มีการพัฒนาทีม SRRT ชายแดนเนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานคุณาณามัยระหว่างประเทศ และในปี พ.ศ. 2557 ได้ดำเนินการประเมินสมรรถนะของ SRRT ชายแดนของประเทศไทย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนา โดยผลการศึกษานี้เน้นเฉพาะตัวชี้วัดระดับพื้นฐานซึ่งเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมิน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย โดยการประยุกต์จากแบบประเมินของกณานามัยฯ ด้านการเฝ้าระวังและตอบสนอง ร่วมกับแบบประเมิน SRRT ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2555 2) ดำเนินการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดนของ 9 จังหวัด คือ จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน หนอง และยะลา สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา: ตัวชี้วัด SRRT ชายแดนระดับอำเภอประกอบด้วย 21 ตัวชี้วัดหลักและ 84 ตัวชี้วัดย่อย (จากเดิมตัวชี้วัด SRRT มี 13 ตัวชี้วัดหลักและ 57 ตัวชี้วัดย่อย) ซึ่งตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็นระดับพื้นฐาน 33 ตัวชี้วัด ระดับดี 40 ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม 11 ตัวชี้วัด โดยเป็นด้านระบบเฝ้าระวัง 24 ตัวชี้วัด การรายงานข้อมูล

4 ตัวชี้วัด การควบคุมโรค 50 ตัวชี้วัด และผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ 6 ตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ปกติ จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนนี้เป็นการเพิ่มในด้านการเฝ้าระวังเป็นหลัก ผลการประเมินสมรรถนะหลักระดับพื้นฐานของอำเภอชายแดน 30 แห่ง ใน 9 จังหวัด พบว่ามี 12 อำเภอ (ร้อยละ 40.00) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้ง 33 ตัวชี้วัด โดยด้านการเฝ้าระวัง ผ่านร้อยละ 83.33 ด้านการรายงานข้อมูลผ่านร้อยละ 83.33 ด้านการควบคุมโรคผ่านร้อยละ 60.00 และด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพผ่านร้อยละ 73.33

สรุปและวิจารณ์: ในภาพรวมอำเภอชายแดนที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานมีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของอำเภอที่ถูกประเมินทั้งหมด โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้านการควบคุมโรคซึ่งตัวที่ไม่ผ่านเป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด โดยที่ปัญหาเกิดจากปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งจากความไม่เข้าใจในตัวชี้วัดบางตัว จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา รวมถึงจากการที่ตัวชี้วัด SRRT ปกติสามารถใช้ผลการประเมินรับรองได้นานสามปี จึงค่อยถูกประเมินครั้งใหม่ เมื่อมีการดำเนินการประเมินในระหว่างปีที่ยังไม่ครบรอบการประเมินครั้งใหม่ก็พบว่าบางกิจกรรมมีการย่อหย่อนลงจากเดิม

คำสำคัญ: ประเมิน, เฝ้าระวัง, สอบสวนและควบคุมโรค, จังหวัดชายแดน, กณานามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548



◆ การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดคุณาณามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557	1
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-13 มกราคม 2561	10
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-13 มกราคม 2561	11

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) เป็นข้อตกลงระหว่างสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ทุกประเทศต้องปฏิบัติตามเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับแรกเริ่มมีตั้งแต่ พ.ศ. 2512 (ค.ศ. 1969)⁽¹⁾ ฉบับปัจจุบันได้ผ่านการรับรองจากสมาชิกทุกประเทศในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2548 (ค.ศ. 2005) และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2550^(1,2) มีการกำหนดให้ประเทศสมาชิกพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ภายใน 5 ปี หลังการบังคับใช้ คือ 15 มิถุนายน 2555 แต่สามารถขยายระยะเวลาได้ครั้งละ 2 ปี จำนวน 2 ครั้งโดยต้องมีการประเมินผลและจัดทำแผนพัฒนาส่วนที่ขาด⁽³⁾ ประเทศไทยได้ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยฯ ออกไปอีก 2 ปี จนถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2557 ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามแนวทางของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 นั้น ประเทศไทยได้ดำเนินการต่อเนื่องตลอดมาด้วยการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and

Rapid Response Team: SRRT) ระดับอำเภอและจังหวัดในปี พ.ศ. 2548 พร้อมกับจัดทำมาตรฐานทีม SRRT ฉบับแรก ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมินทีม SRRT แต่ละระดับ ต่อมาได้ปรับปรุงมาตรฐานทีม SRRT อีก 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศมากขึ้น คือ พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555⁽⁴⁾

สำหรับช่วงที่ขอขยายเวลาในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่าง ๆ ตามกฎอนามัยฯ ออกไปอีก 2 ปี สำนักกระบวนวิชาซึ่งเป็นจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยในเวลานั้นได้เสนอผ่านคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศให้มีการพัฒนาจังหวัดชายแดนทั้งเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวังในประเทศและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมไปถึงการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดภัยสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในกรอบของงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยเป็นส่วนหนึ่งในจุดเน้นของการพัฒนาในช่วงเวลาดังกล่าว เนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญจุดหนึ่งในงานกฎอนามัยฯ เพราะเป็นด่านหน้าของการแลกเปลี่ยนสินค้า และการเข้าออกของผู้คนต่างเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ซึ่งเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี ได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะหลักด้านเฝ้าระวังและการสอบสวนควบคุมโรคของ SRRT ในพื้นที่ชายแดนโดยใช้เนื้อหาจากแบบประเมินด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ฉบับที่เป็นปัจจุบัน ผสมรวมกับมาตรฐานทีม SRRT ฉบับล่าสุด เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันกับผลการประเมินมาตรฐาน SRRT ทั่วไปได้ และยังคงครอบคลุมเนื้อหาที่อาจตกหล่นไปจากแนวทางการประเมินของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ทั้งนี้ผลที่ได้จากการประเมินจะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาทีมในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญต่อไป

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาศ
นายแพทย์ธวัช จายน้อยอิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
องอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์นคร เปรมศรี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงพจมาน ศิริอารยาภรณ์

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวงศ์ สุวดี ติวังษ์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สุขุมภูรจันท์ ศศิธรบัว มาเอเดียน

พัชรี ศรีหมอก สมเจตน์ ตั้งเจริญติลาปี

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

ผู้เขียนบทความ

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์,

ธีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรรณ สฤกษ์คือภักษ์¹

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย

2. เพื่อประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน และนำผลการประเมินมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดนหรืออาจรวมถึงพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทยที่พบปัญหาคล้ายคลึงกัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental Research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. จัดทำเครื่องมือในการประเมินสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคสำหรับ SRRT ชายแดนของประเทศไทย

ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2556-พฤษภาคม 2557 โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบแบบประเมินด้านการเฝ้าระวังและตอบสนองของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ฉบับปี พ.ศ. 2555⁽⁵⁾ กับแบบประเมิน SRRT ที่ใช้อยู่ในประเทศไทย (มาตรฐาน SRRT) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 และเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนที่ขาด ร่วมกับเพิ่มตัวชี้วัดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของการทำงานในพื้นที่ชายแดน จากนั้นทำการทดสอบเครื่องมือและปรับปรุงอีกครั้งหลังการทดสอบ ก่อนจะนำเครื่องมือไปใช้จริงในพื้นที่ชายแดน

2. ประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2557 โดยร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3, 4, 7, 9, 10, 11 และ 12 ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ชายแดนของ 9 จังหวัด คือ จันทบุรี ตรารด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน หนอง และยะลา ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอและ คปสอ. ทั้งส่วนที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค รวมถึงส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ทบพวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยใช้เครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทยที่จัดทำขึ้น (ในข้อ 1) ทั้งนี้การเลือกจังหวัดใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 7 แห่ง เลือกมา 1 จังหวัดในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีหลักเกณฑ์การเลือก คือ จังหวัดชายแดนที่มีความพร้อมในการรับการประเมิน

ผลการศึกษา

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย และผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน

1. การจัดทำเครื่องมือประเมิน SRRT ชายแดนของประเทศไทย ซึ่งพัฒนาจากตัวชี้วัด SRRT ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยที่ระดับอำเภอเดิมมี 13 ตัวชี้วัดหลักและ 57 ตัวชี้วัดย่อย แล้วปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่อยู่ในกรอบสมรรถนะของกฎอนามัยฯ ที่ตัวชี้วัด SRRT เดิมไม่ได้ครอบคลุม รวมถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมแล้วเป็น 21 ตัวชี้วัดหลักและ 84 ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัด SRRT เดิม 2) ตัวชี้วัดที่มาจากเครื่องมือประเมินของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และ 3) ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อช่วยเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศฯ ทั้งนี้ตัวชี้วัดย่อยแต่ละกลุ่มยังแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี และระดับดีเยี่ยม และกำหนดรหัสตัวชี้วัด SRRT เดิม ทั้ง 3 ระดับเป็น B, S, SS ตัวชี้วัดตามกฎอนามัยฯ เป็น IB, IS, ISS และตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเป็น IIB, IIS, IISS (ตารางที่ 1)

ตัวชี้วัด SRRT ชายแดน แบ่งหมวดหมู่ของเนื้อหาเป็นสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งตัวชี้วัดย่อยทั้งหมดแบ่งเป็น ระดับพื้นฐาน 33 ตัวชี้วัด ระดับดี 40 ตัวชี้วัด และระดับดีเยี่ยม 11 ตัวชี้วัด โดยอยู่ในด้านระบบเฝ้าระวังฯ 24 ตัวชี้วัด รายงานข้อมูลฯ 4 ตัวชี้วัด การควบคุมโรคฯ 50 ตัวชี้วัด และการดำเนินงานที่มีคุณภาพ 6 ตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด SRRT เดิม จะพบว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนนี้เป็นการเพิ่มในด้านของการเฝ้าระวังเป็นหลัก (ตารางที่ 1)

2. ผลการประเมินทีม SRRT ในพื้นที่อำเภอชายแดน ในการศึกษาครั้งนี้จะวิเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็นตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานเท่านั้นประกอบด้วย 16 ตัวชี้วัดหลักและ 33 ตัวชี้วัดย่อย ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำของการประเมินระดับอำเภอกำหนดว่าจะต้องผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด จึงจะถือว่าผ่านการประเมินระดับพื้นฐาน จากพื้นที่ที่อยู่ในการศึกษาจำนวน 9 จังหวัด มีจังหวัดที่สามารถดำเนินการศึกษาครบทุกอำเภอชายแดนจำนวน 5 จังหวัด ประกอบด้วย จันทบุรี (2 อำเภอ) กาญจนบุรี (5 อำเภอ) มุกดาหาร (3 อำเภอ) ตาก (5 อำเภอ) และ หนอง (3 อำเภอ) ส่วนจังหวัดที่ศึกษาไม่ครบทุกอำเภอมี 4 จังหวัดคือตรารด (ประเมิน 2 จากทั้งหมด 3 อำเภอ) สระแก้ว (ประเมิน 3 จากทั้งหมด 4 อำเภอ) น่าน (ประเมิน 6 จากทั้งหมด 7 อำเภอ) และ ยะลา (ประเมิน 1 จากทั้งหมด 5 อำเภอ) รวมเป็นอำเภอชายแดนที่ประเมินทั้งหมด 30 อำเภอ จากทั้งหมด 37 อำเภอ (ร้อยละ 81.08) เนื่องจากพื้นที่ชายแดนบางอำเภอเป็นช่องทางธรรมชาติ มีเทือกเขาสูงตลอดแนวเขตแดน บางอำเภอเป็นเขตพื้นที่อันตราย และบางอำเภอเป็นปัญหาเรื่องความพร้อมของพื้นที่ที่รับการประเมิน

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามตัวชี้วัดย่อยเฉพาะระดับพื้นฐานจำนวน 33 ตัวชี้วัด เป็นรายอำเภอพบว่า มี 12 อำเภอใน 7 จังหวัด ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทุกตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ของอำเภอทั้งหมด แบ่งเป็น ด้านมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ ผ่านการประเมินทั้ง 6 ตัวชี้วัดใน 25 อำเภอ (ร้อยละ 83.33) ด้านมีการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่านการประเมินทั้ง 2 ตัวชี้วัดใน 25 อำเภอ (ร้อยละ 83.33) ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที ผ่านการประเมินทั้ง 23 ตัวชี้วัดใน 18 อำเภอ (ร้อยละ 60.00) และด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ผ่านการประเมินทั้ง 2 ตัวชี้วัดใน 22 อำเภอ (ร้อยละ 73.33) (ตารางที่ 2)

เมื่อจำแนกผลการประเมินตามสมรรถนะหลักเฉพาะตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานตามรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 4 ด้านสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)

1. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจับการป่วยหรือการตายผิดปกติในพื้นที่อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม 4 ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอทั้ง 4 ตัวชี้วัด ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 2 ตัวชี้วัด คือมีข้อมูล 506 ไม่ครบทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ (ร้อยละ 3.33) และการส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วยเฝ้าระวังต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ไม่ผ่านการประเมิน 4 อำเภอ (ร้อยละ 13.33) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ทั้ง 2 ตัวชี้วัด

2. ด้านการมีรายงานข้อมูลด้านโรค/ภัยสุขภาพไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 2 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิม 1 ตัวชี้วัด ผ่านการประเมินทุกอำเภอ ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 1 ตัวชี้วัด คือ ไม่มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ ไม่ผ่านการประเมิน 5 อำเภอ (ร้อยละ 16.67) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่

3. ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 23 ตัวชี้วัด (เป็นตัวชี้วัดเดิม 22 ตัวชี้วัด) ส่วนที่ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอมี 14 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 63.64 ของตัวชี้วัด SRRT เดิม ซึ่งกระจายใน 7 ตัวชี้วัดหลัก (จากทั้งหมด 9 ตัวชี้วัดหลัก) โดยด้านที่มีปัญหาหนักที่สุด คือ ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน (ข้อ 3.3) ซึ่งมี 3 ตัวชี้วัดย่อย และมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินในสัดส่วนที่สูงกว่าข้ออื่น ๆ ทั้ง 3 ตัวชี้วัดย่อย (ไม่ผ่านการประเมิน 7 อำเภอเท่ากันในทุกตัวชี้วัดย่อย เป็นร้อยละ 23.33) คือ การกำหนด

หน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจนทั้งขณะปกติและกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคฯ การประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และหัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม

กลุ่มที่มีปัญหารองลงมา คือ ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม (ข้อ 3.5) มี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ ทั้ง 3 ตัวชี้วัด คือมีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT ไม่ผ่านการประเมิน 3 อำเภอ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี ไม่ผ่านการประเมิน 2 อำเภอ และการได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ นอกจากนี้ตัวอื่น ๆ ที่น่าสนใจ คือ ข้อ 3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ ซึ่งมี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอ 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอ สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาดตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า ไม่ผ่านการประเมิน 3 อำเภอ และข้อ 3.9 การควบคุมโรคขั้นต้น มี 3 ตัวชี้วัดย่อย ผ่านการประเมินไม่ครบทุกอำเภอทั้ง 3 ตัวชี้วัด คือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรคและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เชี่ยวชาญกว่า และจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้ ไม่ผ่านการประเมิน 1 อำเภอทั้ง 3 ตัวชี้วัด ส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ นอกจากนี้มีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านการประเมินกระจายกันไปอย่างละ 1-2 อำเภอในแต่ละตัวชี้วัด

ตารางที่ 1 จำนวนตัวชี้วัดย่อยของ SRRT ชายแดน จำแนกตามประเภท ระดับ และสมรรถนะหลักของตัวชี้วัด

สมรรถนะหลัก	ตัวชี้วัด SRRT เดิม			ตัวชี้วัดตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548			ตัวชี้วัดที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน			รวม			รวมทั้งหมด
	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	พื้นฐาน	ดี	ดีเยี่ยม	
	(B)	(S)	(SS)	(IB)	(IS)	(ISS)	(IIB)	(IIS)	(IISS)				
1. มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่	4	1	0	1	4	0	1	7	6	6	12	6	24
2. มีรายงานข้อมูลฯ ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	1	4
3. ความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที	22	19	2	1	5	0	0	1	0	23	25	2	50
4. มีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ	2	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	2	6
รวม	29	23	5	3	9	0	1	8	6	33	40	11	84
รวมทั้งหมด	57			12			15			84			

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในตัวชี้วัดย่อย ระดับพื้นฐาน และสมรรถนะหลักทั้ง 4 ด้าน

จังหวัด	จำนวนอำเภอ ที่ประเมิน	จำนวนอำเภอที่ผ่านทุกตัวชี้วัด (ร้อยละ)			
		มีระบบเฝ้าระวังที่ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ^๑ (6 ตัวชี้วัด)	มีการรายงานข้อมูล ด้านโรค/ภัยสุขภาพ ^๑ (2 ตัวชี้วัด)	สามารถดำเนินการ ควบคุมโรคในพื้นที่ (23 ตัวชี้วัด)	มีผลการดำเนินงาน ที่มีคุณภาพ (2 ตัวชี้วัด)
1	2	2 (100)	1 (50.00)	2 (100)	2 (100)
2	2	1 (50.00)	2 (100)	1 (50.00)	1 (50.00)
3	3	3 (100)	1 (33.33)	0	0
4	5	2 (40.00)	5 (100)	5 (100)	4 (80.00)
5	3	3 (100)	3 (100)	0	3 (100)
6	5	5 (100)	3 (60.00)	2 (40.00)	4 (80.00)
7	6	5 (83.33)	6 (100)	5 (83.33)	5 (83.33)
8	3	3 (100)	3 (100)	2 (66.67)	2 (66.67)
9	1	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)
รวม	30	25 (83.33)	25 (83.33)	18 (60.00)	22 (73.33)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรคตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของ ตัวชี้วัดระดับพื้นฐาน จำแนกตามสมรรถนะหลัก 4 ด้านและรายละเอียดกิจกรรม (n=30)

สมรรถนะหลักและรายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ	
	ผ่าน	ร้อยละ
1. ด้านการมีระบบเฝ้าระวังครอบคลุมทุกพื้นที่ซึ่งสามารถตรวจจัดการป่วยหรือการตายที่ผิดปกติในพื้นที่อย่างทันที่		
1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคและการตรวจจัดการระบาดโดยใช้ข้อมูล 506		
○ มีข้อมูล 506 ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา **	29	96.67
○ มีการกำหนดรายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่รับผิดชอบของทีม (Priority diseases) และมีนิยามผู้ป่วยครบทุกโรค	30	100
1.2 การส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้หน่วย เฝ้าระวังต่างๆ และผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ *	26	86.67
1.3 การเฝ้าระวังเหตุการณ์และเตือนภัย		
○ มีการจัดทำทะเบียนรับแจ้งข่าว หรือรับรายงานการเกิดโรค/ภัยที่เป็นปัญหาสำคัญ	30	100
○ มีการแจ้งเตือนภัย การส่งข่าว หรือรายงานเบื้องต้น	30	100
○ มีการสร้างเครือข่ายแหล่งข้อมูลข่าวสารในชุมชนทั้งในเขตรับผิดชอบพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่อื่นที่เกี่ยวข้อง	30	100
2. ด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง		
2.1 มีการแจ้งเตือนข่าวเกิดโรค/ภัยได้ภายใน 24 ชม. หรือประเมินสถานการณ์และรายงานเหตุการณ์ได้ภายใน 48 ชม.		
○ มีการแจ้งเตือนฯ และรายงานเหตุการณ์ ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป	30	100
2.2 มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ *	25	83.33
3. ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันที่		
3.1 การจัดตั้งทีม SRRT		
○ มีคำสั่งแต่งตั้งทีมปฏิบัติการที่มีรายชื่อเป็นปัจจุบันร้อยละ 80 ขึ้นไป	30	100
○ มีสมาชิกทีมจำนวน 4 คน ขึ้นไป ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ด้าน	30	100
○ แกนหลักของทีมเป็นผู้ปฏิบัติงานระดับวิทยา (เฝ้าระวัง, สอบสวนโรค) และสมาชิกทีมอย่างน้อย 1 คน มีความรู้พื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	30	100
3.2 ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ		
○ ทีมมีแผนงาน/โครงการพัฒนาบุคลากรทีม SRRT และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	29	96.67
○ สมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมการระบาด	27	90.00
○ ตามหลักสูตรก่อนปฏิบัติการทางระบาดวิทยาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า		
○ สมาชิกทีมอย่างน้อย 2 คน ขึ้นไป ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ การเก็บและส่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการใน	30	100
ช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา*		
3.3 ทีมมีศักยภาพด้านการบริหารทีมงาน		
○ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ทั้งขณะปกติ และกรณีที่ต้องออกสอบสวนโรคหรือตอบ	23	76.67
ได้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข		
○ จัดประชุมทีมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	23	76.67
○ หัวหน้าทีมมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทีม	23	76.67

สมรรถนะหลักและรายละเอียดกิจกรรม	จำนวนอำเภอ	
	ผ่าน	ร้อยละ
3.4 ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน		
○ มีผู้ประสานงานทีมตลอดเวลา เพื่อรับส่งข่าวสารหรือปฏิบัติงานกรณีเร่งด่วน	30	100
○ มีหมายเลขโทรศัพท์หรือการสื่อสารอื่นที่สามารถติดต่อสมาชิกทีมทั้งหมดได้ตลอดเวลา	30	100
○ มียานพาหนะที่สามารถนำออกปฏิบัติงานได้ทันที	30	100
3.5 ทีมมีแผนปฏิบัติการกรณีเร่งด่วนและการฝึกซ้อม		
○ มีแผนการฝึกซ้อมประจำปีเพื่อพัฒนาทักษะของทีม SRRT เช่น การใส่ PPE	27	90.00
○ มีการฝึกซ้อมตามแผนฝึกซ้อมประจำปี	28	93.33
○ ได้ร่วมซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานอื่น	29	96.67
3.6 การสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ		
○ มีการกำหนดเกณฑ์ของทีมในการออกสอบสวนโรค ควบคุมการระบาด/ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	29	96.67
○ มีการรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วน	30	100
○ มีการเก็บและนำส่ง วัตถุตัวอย่างได้ถูกต้องและเหมาะสม	30	100
3.7 ผลงานด้านคุณภาพการสอบสวนและควบคุมโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป	28	93.33
3.8 ผลงานด้านความรวดเร็วในการสอบสวนโรค (ภายใน 48 ชั่วโมง)		
○ มีรายงานการสอบสวนโรคจากการสอบสวนทันเวลา ร้อยละ 50 ขึ้นไป	28	93.33
3.9 การควบคุมโรคขั้นต้น		
○ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและ/หรืออันตรายขณะสอบสวนโรค และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยและพาหะในชุมชนได้	29	96.67
○ บอกได้ถึงสิ่งที่เกินขีดความสามารถและขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานเฉพาะด้านหรือทีมที่เกี่ยวข้องมากกว่า	29	96.67
○ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเบื้องต้น หรือสำรวจความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขณะควบคุมโรคได้	29	96.67
4. ด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ		
4.1 ผลงานด้านความครบถ้วนของการสอบสวนโรค		
○ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วน ร้อยละ 50 ขึ้นไป	23	76.67
4.2 ผลงานด้านคุณภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรค		
○ มีการเขียนรายงานสอบสวนการระบาดที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป	23	76.67

หมายเหตุ * คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานของ IHR ที่เพิ่มเติมจาก SRRT เดิม (IB)

** คือตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานที่เพิ่มเติมเพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน (IIB)

4. ด้านมีผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ มีตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐาน 2 ตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด ไม่ผ่านการประเมิน 7 อำเภอ ทั้ง 2 ตัวชี้วัด คือ มีรายงานสอบสวนโรคครบถ้วนร้อยละ 50 ขึ้นไป และมีการเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ 1 เรื่องขึ้นไป เนื่องจากส่วนใหญ่มีการเขียนเฉพาะรายงานเบื้องต้นและรายงานเพิ่มเติม ส่วนรายงานฉบับสมบูรณ์จะเขียนเฉพาะกรณีที่ต้องการให้ประเมินรับรอง หรือการส่งประกวดรายงานสอบสวนโรคหรือทราบสาเหตุชัดเจนเท่านั้น (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

เครื่องมือประเมินทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งใช้แนวทางของแบบสอบถามตามกรอบสมรรถนะของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) และการตอบสนอง (Response) เป็นหลัก และดึงตัวชี้วัดทั้งหมดจากมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงานทีม SRRT ปกติ⁽⁴⁾ รวมทั้งสร้างตัวชี้วัดเพิ่มเติมเพื่อประเมินในประเด็นที่จะตอบโจทย์ของงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ที่จะ

ให้มีระบบเฝ้าระวังและตอบสนองที่มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอที่จะสามารถตรวจจับความผิดปกติของสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รวมถึงระงับเหตุการณ์ที่อาจจะลุกลามกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินสมรรถนะหลักระดับพื้นฐานทั้ง 4 ด้าน พบว่า มี 12 อำเภอ (ร้อยละ 40.00) ผ่านการประเมินตัวชี้วัดย่อยระดับพื้นฐานทั้ง 33 ตัวชี้วัด โดยที่การศึกษาครั้งนี้เน้นเฉพาะเนื้อหาในส่วนที่เป็น การประเมินในระดับอำเภอ เนื่องจากเป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในการเฝ้าระวังและตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดของมาตรฐาน SRRT ปกติ ตั้งแต่ฉบับแรก ๆ พัฒนามาจากเครื่องมือ IHR อยู่แล้วและมีวิวัฒนาการต่อ ๆ มาตามบริบทของประเทศไทยและความซับซ้อนของงานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนที่ได้นำเครื่องมือประเมิน IHR ฉบับล่าสุด ณ เวลานั้นมาเทียบกับตัวชี้วัด SRRT ของประเทศไทยจึงไม่ได้มีความแตกต่างมากนักในจุดใหญ่ๆ ยกเว้นเรื่องการเฝ้าระวัง ซึ่งในตัวชี้วัด SRRT ปกติเน้นเฉพาะการเฝ้าระวังเหตุการณ์

(event-based surveillance) โดยไม่ได้มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังการป่วยจากข้อมูลของสถานบริการทางการแพทย์ เนื่องจากเดิมตัวชี้วัดด้านที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังถูกแยกไปไว้ในมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ⁽⁶⁾ แต่ในระยะหลังมาตรฐานดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้ จึงทำให้ตัวชี้วัด SRRT ปกติมีเนื้อหาค่อนข้างน้อยในด้านการเฝ้าระวังดังกล่าว ดังนั้นเครื่องมือประเมินทีม SRRT ชายแดนที่จัดทำขึ้นมาจึงมีส่วนที่เพิ่มขึ้นหลัก คือ หัวข้อการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ ส่วนประเด็นอื่นๆที่เพิ่มขึ้นมาทั้งหมดในส่วนของการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การมีเครือข่ายเฝ้าระวังกับประเทศเพื่อนบ้านในพื้นที่ที่มีชายแดนติดต่อกัน เป็นต้น ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ส่วนใหญ่จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มตัวชี้วัดระดับดี หรือดีเยี่ยม เพื่อลดผลกระทบต่อประเมินมาตรฐาน SRRT ที่จะใช้เกณฑ์ว่าการผ่านการประเมิน คือ จะต้องผ่านตัวชี้วัดระดับพื้นฐานทุกตัว อย่างไรก็ตาม ยังคงมีตัวชี้วัดใหม่บางตัวที่ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มของระดับพื้นฐาน เนื่องจากคณะทำงานได้พิจารณาว่าร่วมกันแล้วว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่จะต้อง มี เช่น มีการส่งข้อมูล 506 ทุกเดือนในปีที่ผ่านมา ซึ่งถือว่าการดูแลความสม่ำเสมอของการส่งรายงานเฝ้าระวังหลักอย่างยืดหยุ่นมากแล้ว เนื่องจากในมาตรฐานของงานระบาดวิทยาจะต้องส่งรายงาน 506 ถึงส่วนกลางทุกสัปดาห์, มีการจัดทำ SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นแค่แนวทางอย่างง่าย ๆ แต่ต้องมีชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นปัจจุบันอยู่ในแนวทางดังกล่าวด้วย เพื่อความสะดวกและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานกรณีที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่ หรือเมื่อเจ้าหน้าที่หลักไม่อยู่ เป็นต้น

ในภาพรวมพบด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ด้านความสามารถดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที โดยตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานสำหรับด้านนี้เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมด และตามด้วยด้านผลการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้นเรื่องการเขียนรายงานสอบสวนโรค ซึ่งก็เป็นตัวชี้วัดเดิมทั้งหมดเช่นกัน ปัญหาที่พบน่าจะแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 กลุ่ม คือ

- 1) เกิดจากพื้นที่ยังไม่เข้าใจชัดเจนในแนวทางที่จะต้องทำ เช่น เรื่องการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกทีมอย่างชัดเจน ซึ่งหลายทีมยังมองไม่เห็นภาพว่าควรทำแค่ไหน อย่างไร หรือในเรื่องความครบถ้วนของการสอบสวนโรค ซึ่งบางพื้นที่ไม่ทราบว่าจะควรทำการตรวจจับการป่วยเป็นกลุ่มก่อนจากข้อมูลเฝ้าระวังด้วย
- 2) จากปัญหาเชิงระบบของงานระบาดวิทยา โดยเฉพาะการที่เจ้าหน้าที่มักขอย้ายออกไปอยู่ต่างถิ่นเมื่อมีเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่เข้ามาในหน่วยงาน เนื่องจากภาระงานที่หนักและไม่เป็นเวลา จึงต้องมีการอบรมคนใหม่เป็นประจำ ทำให้มีผลกระทบต่อความต่อเนื่องของ

งานและความเข้าใจในงาน และมีผลกระทบโดยตรงกับตัวชี้วัดบางตัว เช่น เรื่องสมาชิกทีมร้อยละ 80 ขึ้นไปได้รับการฝึกอบรมฯ หากมีผู้ปฏิบัติงานเข้ามาใหม่ภายหลังการจัดอบรมของปีนั้นไปแล้ว เมื่อมีการประเมินก็ทำให้ไม่ผ่านในข้อนี้ หรือปัญหาเรื่องไม่สามารถเขียนรายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพได้ ซึ่งเกิดจากบางพื้นที่ขาดพี่เลี้ยงที่มีเวลาและประสบการณ์ และผู้ปฏิบัติไม่มีเวลาเพียงพอในการเขียนรายงานที่ดีได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) ในพื้นที่ที่ผ่านการประเมินระดับพื้นฐานของมาตรฐาน SRRT เดิมแล้ว ไม่ได้จัดการให้มีการคงระดับผลการดำเนินงานดังกล่าวในทุก ๆ ปี โดยที่แนวทางการประเมินมาตรฐาน SRRT กำหนดให้ผลการประเมินมีอายุ 3 ปี จึงจะขอรับการประเมินรอบใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้มีหลายพื้นที่ที่ถูกประเมินในปีที่ 2 หรือ 3 หลังจากพื้นที่ผ่านการประเมินรอบล่าสุดไปแล้ว และพบว่า การปฏิบัติในบางหัวข้อลดความเข้มข้นลงจากปีที่มีการประเมินดังกล่าวทำให้ไม่ผ่านการประเมินในหัวข้อนั้น ๆ

ส่วนผลการประเมินด้านการมีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ฯ และด้านการรายงานข้อมูลด้านโรคหรือภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับพื้นฐานที่ผ่านไม่ครบทุกอำเภอเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาจากตัวชี้วัด SRRT เดิม กล่าวคือ มี 1 อำเภอ (ร้อยละ 3.33) ที่ขาดส่งข้อมูล 506 เป็นเวลามากกว่า 1 เดือน เพราะศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอมีเจ้าหน้าที่เพียงคนเดียว และไม่สามารถหาคนอื่นมาทำแทนในช่วงที่ไม่อยู่, มี 4 อำเภอ (ร้อยละ 13.33) ที่ไม่ส่งผลการเฝ้าระวังหรือรายงานสถานการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งโดยทั่วไปมักมีการแจ้งสถานการณ์โรคระบาดในที่ประชุมประจำเดือนของผู้บริหาร แต่ในบางพื้นที่ไม่มีการสื่อสารการรายงานสถานการณ์โรค รวมทั้งไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลผลการเฝ้าระวังผ่านทางช่องทางอื่น ๆ มี 5 อำเภอ (ร้อยละ 16.67) ไม่มี SOP หรือแนวทางการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานมานาน แต่จะมีปัญหาเมื่อเปลี่ยนเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่หรือผู้ปฏิบัติงานแทน

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศในระดับอำเภอในปี 2557⁽⁷⁾ พบว่าผลการประเมินของ SRRT ชายแดนในการศึกษานี้ต่ำกว่าผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศมาก (ร้อยละ 40 กับ 98.10 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าตัวชี้วัด SRRT ชายแดนจะมีส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่เพิ่มเติมขึ้นมาบ้าง แต่ในระดับของตัวชี้วัดพื้นฐาน มีตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นจากของ SRRT เดิมเพียง 4 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 33 ตัวชี้วัดและในจำนวนตัวชี้วัดใหม่นี้มีอยู่ 1 ตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมินทุกอำเภอที่ศึกษา ส่วนอีกสามตัวชี้วัดที่เหลือมีจำนวนอำเภอที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดเหล่านี้เพียงส่วนน้อย (อยู่ระหว่าง 1-5 อำเภอ จากจำนวน 30 อำเภอที่ถูกประเมิน) ซึ่งหากตัดเนื้อหาส่วนที่เป็นตัวชี้วัดใหม่ออก อัตราการผ่านการประเมิน

ระดับพื้นฐานจะอยู่ที่ร้อยละ 53.33 ซึ่งยังคงแตกต่างกันอย่างมากกับผลการประเมิน SRRT ปกติ สำหรับปัจจัยในด้านความแตกต่างของผลการดำเนินงานของทีม SRRT ในพื้นที่ชายแดนกับ SRRT ในพื้นที่อื่น ๆ ว่าอาจเป็นสาเหตุของความแตกต่างอย่างมากของผลการประเมินในสองส่วนนี้หรือไม่ นั่น เมื่อไปทบทวนข้อมูลผลการประเมิน SRRT ทั่วประเทศของปี 2557 และแยกวิเคราะห์ระหว่างพื้นที่ชายแดนกับพื้นที่ปกติโดยใช้เครื่องมือประเมินชุดเดียวกัน พบว่าอำเภอในจังหวัดชายแดนผ่านการประเมินร้อยละ 98.37 (361 จากทั้งหมด 367 อำเภอ) ส่วนอำเภอในจังหวัดอื่น ๆ ผ่านการประเมินร้อยละ 97.93 (567 จากทั้งหมด 579 อำเภอ) ซึ่งจะเห็นว่าแทบไม่แตกต่างกัน ดังนั้นปัจจัยหลักที่น่าจะอธิบายความแตกต่างของผลการประเมินจากเครื่องมือสองชุดดังกล่าว คือ การที่ SRRT ปกติใช้ผลการประเมินแบบสะสม คือ ในอำเภอที่ผ่านการประเมินแล้วยังสามารถใช้ผลดังกล่าวได้ 3 ปี ในขณะที่การประเมินของอำเภอชายแดนครั้งนี้ดำเนินการใหม่ทั้งหมด โดยที่พื้นที่ที่ได้รับการประเมินไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า นักว่าจะมีการประเมิน

ข้อเสนอแนะ

1. จากประสบการณ์การประเมินครั้งนี้พบว่าเครื่องมือ SRRT ชายแดนนี้มีจุดที่เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้นจากเครื่องมือ SRRT ปกติในหลายประเด็น แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มเวลาและความซับซ้อนในการประเมินขึ้นกว่าเดิมพอสมควร ประกอบกับการที่จุดมุ่งหมายของกฎอนามัยระหว่างประเทศไม่ได้เน้นเฉพาะพื้นที่ชายแดน แต่ต้องการให้ทุกพื้นที่ที่มีสมรรถนะที่ดีในการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้พบว่าปัญหาหลัก ๆ ที่ได้จากการประเมินครั้งนี้เป็นสิ่งที่พบได้ทั้งในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่ปกติ ดังนั้นหากสามารถปรับให้เครื่องมือทั้งสองอยู่ในฉบับเดียวกัน โดยดึงจุดแข็งบางประเด็นของ SRRT ชายแดนเพิ่มเข้าไปในตัวชี้วัดของ SRRT ปกติ แต่ยังคงความง่ายและรวดเร็วของเครื่องมือเดิมน่าจะเป็นประโยชน์ยิ่งขึ้นในภาพรวม

2. สำหรับตัวชี้วัดบางตัวที่พื้นที่ยังขาดความเข้าใจ ผู้รับผิดชอบงาน SRRT ควรสรุปตัวชี้วัดเหล่านี้โดยเน้นตัวที่พบปัญหาบ่อย ๆ และนำประเด็นเหล่านี้มาทำเครื่องมือหรือตัวอย่างที่เห็นภาพชัดร่วมกับเน้นผู้นิเทศจากระดับที่สูงกว่า เช่น จังหวัดหรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ให้เพิ่มการให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจตัวชี้วัดเหล่านี้กับพื้นที่ที่ยังไม่ผ่านการประเมินในข้อดังกล่าว

3. ควรปรับแนวทางการประเมินของ SRRT ปกติเพื่อแก้ปัญหาเรื่องความย่อหย่อนในปีที่ 2 หรือ 3 หลังผ่านการประเมิน เช่น อาจปรับระยะเวลาของผลงานที่นำมาใช้ประเมินให้เป็นการใช้ผลงานย้อนหลัง 3 ปี แทนการใช้ผลงานเพียงปีเดียวอย่างเช่นในปัจจุบัน หรืออาจลดระยะเวลาของอายุการใช้งานผลการประเมิน

มาจาก 3 ปีมาเป็น 2 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง ของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11 และ 12 เจ้าหน้าที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม รวมทั้งแพทย์ พยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัด จันทบุรี ตราด สระแก้ว กาญจนบุรี มุกดาหาร ตาก น่าน ระนอง และยะลา ที่ให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนข้อมูลด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีชา เปรมปรี, สุวรรณ เทพสุนทร, ขวลิศ ตันตินิมิตกุล, วันชัย อาจเขียน, อมรรัตน์ หล่อธีรณวัฒน์, อภิชาติ เมฆมาลิน, และคณะ, บรรณาธิการ. แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
2. พจมาน ศิริอารยาภรณ์, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, ธีรศักดิ์ ชักนำ, ขวลิศ ตันตินิมิตกุล, ศิริลักษณ์ รัชชิวังศ์, พวงทิพย์ รัตนะรัต, และคณะ, บรรณาธิการ. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
3. WHO. Information to States Parties regarding determination of fulfillment of IHR Core Capacity requirements for 2012 and potential extensions. Geneva. WHO; 2012.
4. นิภาพรณ สฤชดีอภิรักษ์, วันชัย อาจเขียน, วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล, อำนวย ทิพศรีราช, สุภาวิณี แสงเรือน, บรรณาธิการ. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
5. WHO. IHR core capacity monitoring framework: Questionnaire for Monitoring progress in the implementation of IHR core capacities in states parties. Geneva. WHO; 2012.
6. ลดารัตน์ ผาตินาวิน, รุ่งนภา ประสานทอง, วรณา หาญเชาว์วรกุล. มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2548.
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอปี 2557. แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตบริการสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ไตรมาส 4. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2558. (เอกสารอึดสำเนา)

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พวงทิพย์ รัตนะรัต, พจมาน ศิริอารยาภรณ์, อีรศักดิ์ ชักนำ, นิภาพรณ สฤชดีอภิรักษ์. การประเมินสมรรถนะหลักด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ตามตัวชี้วัดกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ระดับอำเภอในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2561; 49: 1-9.

Suggested Citation for this Article

Ratanarat P, Siriarayapon P, Chuxnum T, Saritapirak N. Assessment on surveillance, investigation and control capacity based on the International Health Regulations (2005) in border districts of Thailand, 2014. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2018; 49: 1-9.

Assessment on surveillance, investigation and control capacity based on the International Health Regulations (2005) in border districts of Thailand, 2014

Authors: Phuongtipya Ratanarat, Potjaman Siriarayapon, Teerasak Chuxnum, Nipapan Saritapirak)

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control

Abstract

Background: The Bureau of Epidemiology had developed the bordered-SRRT because the border area was one of sensitive target of International Health Regulations (IHR) activities. In 2014, the first assessment of bordered-SRRT had been carried out, in order to identify gap of capacity that need for improvement. The result was focused only for the basic sub-indicators since this was the minimum criteria to pass the assessment.

Methods: This was a developmental research which was divided into 2 parts: 1) developed SRRT-border assessment tool in Thailand, by merging IHR 2005's assessments tool for surveillance and response component with Thailand's SRRT assessment tool (revised 2012 version) 2) assessment of SRRT teams of 9 provinces: Chanthaburi, Trat, Sa Kaeo, Kanchanaburi, Mukdahan, Tak, Nan, Ranong and Yala. The public health personnel at district level were interviewed, including reviewed of relevant documents.

Results: The SRRT-border assessment tool composed of 21 main indicators and 84 sub-indicators (compare with 13 main indicators and 57 sub-indicators of general SRRT), which divided into 3 levels: basic, good and excellent. It was separated into 4 domains: surveillance, reporting, disease control and quality output. The results from the 30 border districts in 9 provinces showed that 12 districts (40.00%) passed all 33 basic sub-indicators. When we analysed by domains, 83.33% of border districts passed all surveillance sub-indicators, also 83.33% for reporting sub-indicators, 60.00% for disease control sub-indicators and 73.33% for quality output sub-indicators.

Conclusions: Overall, less than half of border districts pass the assessment of basic level. The highest problems came from disease control sub-indicators. These problems came from multiple causes such as not well understanding of some indicators, systematic problems of epidemiological workforce and problem from relaxation of the performance after passing the SRRT evaluation on previous years.

Key words: assessment, surveillance, investigation and control, border provinces, International Health Regulations (IHR) 2005

บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์, นียดา ยศวัฒน์, อกนิษฐ์ โพธิ์ศรี, ปิยนุช จันทรอักษร, อรุณี คำจันทร์วงศ์, แสงโฉม ศิริพานิช

ทีมตระหนักรู้ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคประจำสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 7-13 มกราคม 2561 ทีมตระหนักรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. **โรคหัด 23 ราย จังหวัดเลย** พบการระบาดของโรคหัดในจังหวัดเลย พบผู้ป่วยทั้งหมด 23 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 11 ราย อยู่ระหว่างตรวจผลทางห้องปฏิบัติการอีก 10 ราย ไม่ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ราย ผู้ป่วยเพศชาย 8 ราย และเพศหญิง 15 ราย อายุระหว่าง 6 เดือน-36 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลวังสะพุง 5 ราย ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 19 ธันวาคม 2560 รายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 9 มกราคม 2561 ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ 2 อำเภอ คือ อำเภอวังสะพุง 20 ราย (ตำบลหนองหญ้าปล้อง 6 ราย ตำบลศรีสงคราม 5 ราย ตำบลผาบึง 3 ราย ตำบลวังสะพุง 2 ราย ตำบลปากปวน ตำบลทรายขาว ตำบลเขาหลวง และตำบลโคกขี้มัน ตำบลละ 1 ราย) และ อำเภอภูหลวง 3 ราย (ตำบลเลยวังไสย์ ตำบลภูหอ และตำบลหนองคัน ตำบลละ 1 ราย) ทีมสอบสวนโรคดำเนินการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนเพิ่มเติม จากผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยทุกรายในช่วง 14 วันก่อนป่วย และตรวจสอบความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัดในพื้นที่ ขณะนี้อยู่ระหว่างการสอบสวนโรคเพิ่มเติมและรอผลทางห้องปฏิบัติการ

2. **โรคอาหารเป็นพิษ 166 ราย จังหวัดนครปฐม** พบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษจากงานกีฬาเครือข่ายแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ทั้งหมด 166 ราย ไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลพุทธมณฑล 156 ราย และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก 10 ราย ผลการสอบสวน พบผู้ป่วยเป็นนักเรียนและครูจากโรงเรียนในเครือข่ายกาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม จำนวน 10 โรงเรียน ที่มาร่วมงานแข่งขันกีฬา ระหว่างวันที่ 7-12 มกราคม 2561 โดยมีนักเรียนและบุคลากรที่เข้าร่วมงานทั้งหมด 2,104 ราย ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยในวันที่ 8 มกราคม 2561 เวลา 22.00 น. ส่วนใหญ่มีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ คลื่นไส้ ปวดท้อง และอาเจียน เก็บตัวอย่างส่งที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดนนทบุรี ทั้งหมด 7 ตัวอย่าง ได้แก่ rectal swab 3 ตัวอย่าง

และน้ำแข็ง น้ำดื่ม น้ำดื่มตัก จำนวน 3 ตัวอย่าง ผลการตรวจอุจจาระ 1 ตัวอย่าง ผลพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรทา ขณะนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการสอบสวนโรคเพิ่มเติม

3. **ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการจมน้ำ 2 เหตุการณ์**

จังหวัดพิจิตร พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการจมน้ำ 2 ราย ในเหตุการณ์เดียวกัน รายแรกเป็นเด็กชาย อายุ 5 ปี อาศัยอยู่ที่หมู่ 8 ตำบลหนองหลุม อำเภอนครชัยศรี จังหวัดพิจิตร และรายที่สองเป็นเด็กชาย อายุ 10 ปี อาศัยอยู่ที่หมู่ 6 ตำบลหนองหลุม อำเภอนครชัยศรี จังหวัดพิจิตร สถานที่เกิดเหตุเป็นคลองน้ำอยู่ที่ หมู่ 6 ตำบลหนองหลุม มีความลึก 3 เมตร ระยะทางระหว่างบ้านถึงที่เกิดเหตุประมาณ 1,500 เมตร วันที่ 6 มกราคม 2561 เวลาประมาณ 10.00 น. ผู้เสียชีวิตทั้งสองรายได้ไปเล่นน้ำที่คลองกับเพื่อนอีก 1 คน ต่อมาเวลาประมาณ 16.00 น.ญาติได้ไปพบจากราย เลื้อยผ้า และโทรศัพท์ของผู้เสียชีวิตอยู่บริเวณข้างคลอง จึงได้แจ้งผู้ใหญ่บ้าน และญาติไปที่เกิดเหตุ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งและทีมนักประดาน้ำได้ค้นหาร่างผู้เสียชีวิต เวลาประมาณ 19.41 น. พบร่างผู้เสียชีวิตทั้งสองราย ทีมสอบสวนโรคได้มีการจัดการแหล่งน้ำที่เกิดเหตุเพื่อป้องกันการจมน้ำ โดยการติดป้ายคำเตือนบริเวณแหล่งน้ำดังกล่าว

จังหวัดราชบุรี พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการจมน้ำ 2 ราย ในเหตุการณ์เดียวกัน รายแรกเป็นเพศชาย อายุ 70 ปี (ตา) รายที่สองเป็นเด็กชาย อายุ 6 ปี (หลาน) อาศัยอยู่ที่อำเภอจอมบึง จังหวัดราชบุรี วันที่ 11 มกราคม 2560 เวลา 17.00 น. ทั้งสองไปเล่นน้ำในบ่อน้ำหลังบ้านที่มีระดับความลึกประมาณ 4 เมตร จนเวลาพลบค่ำไม่กลับบ้าน มารดาได้โทรสอบถามญาติแต่ไม่มีใครพบ จึงได้ออกตามหาบริเวณรอบ ๆ บ้าน และพบร่องเท้าของผู้เสียชีวิตอยู่บริเวณขอบบ่อน้ำ ตำรวจและนักประดาน้ำทำการค้นหาร่างทั้งสองรายใน บ่อน้ำลูกถังจนพบร่างผู้เสียชีวิต ทีมสอบสวนโรคทำการสอบสวน เพื่อหาสาเหตุการจมน้ำและจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ แนวทางและมาตรการป้องกันต่อไป

4. **โรค布鲁เซลโลสิส 1 ราย จังหวัดนครราชสีมา** พบผู้ป่วย

1 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 52 ปี อาศัยอยู่หมู่ 1 ตำบลเมืองเกษตร อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เริ่มป่วยวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ด้วยอาการเดินเซ เหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย วันที่ 23 ธันวาคม 2560 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำนวม สแกแสง ด้วยอาการคลื่นไส้ พวดยไม่ชัด แพทย์วินิจฉัย Ischemic stroke และส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วันที่ 26 ธันวาคม 2560 แพทย์ได้ให้การรักษาตามอาการและเก็บ ตัวอย่างเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 4 มกราคม 2561 ผลพบเชื้อ *Brucella melitensis* จากประวัติการรักษา ผู้ป่วยเคย ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจตีบในปี พ.ศ. 2549 ผู้ป่วยมีอาชีพเลี้ยง

แพะและเคยทำคลอดแพะในเดือนกันยายน 2560 โดยไม่มีการสวมใส่ถุงมือหรือชุดป้องกัน มีการสัมผัสเลือด รก และสารคัดหลั่ง หลังจากนั้นจึงเริ่มมีอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ทีมสอบสวนโรคได้ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้ที่สัมผัสแพะในฟาร์มเดียวกับผู้ป่วยหรือผู้อาศัยอยู่บริเวณ บ้านผู้ป่วย ทั้งหมด 10 คน พบว่ามีผู้ป่วยเข้าข่าย 2 ราย จึงได้เก็บ ตัวอย่างเลือดผู้ป่วยเพิ่มเติมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ตัวอย่าง และประสานงานปศุสัตว์อำเภอในการดำเนินการเก็บตัวอย่างแพะ ในพื้นที่ส่งตรวจหาเชื้อบรูเซลโลซิส เพื่อตรวจสอบการติดเชื้อใน ฟาร์มแพะ รวมถึงการตรวจสอบฟาร์มที่อยู่บริเวณใกล้เคียง



รายงานโรค
ที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 1

Reported cases of diseases under surveillance 506, 1st week

✉ get506@yahoo.com

ศูนย์สารสนเทศทางระบาดวิทยาและพยากรณ์โรค สำนักระบาดวิทยา
Center for Epidemiological Informatics, Bureau of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 สัปดาห์ที่ 1

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 1th week 2018

Disease	2017		2018		Case* (Current 4 week)	Mean** (2013-2017)	Cumulative	
	Week 51	Week 52	Week 53	Week 1			2018	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	8	0	0
Influenza	1642	1060	447	874	4023	5929	2619	0
Meningococcal Meningitis	0	0	0	1	1	1	2	0
Measles	48	15	2	8	73	142	26	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	2	0	0
Pertussis	1	1	0	0	2	3	0	0
Pneumonia (Admitted)	3620	2715	1295	1921	9551	15449	5483	3
Leptospirosis	37	19	6	6	68	176	30	0
Hand, foot and mouth disease	477	235	117	227	1056	2964	629	0
Total D.H.F.	417	148	56	68	689	4681	279	1

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร และ สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" มิใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

** จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)



ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 (1-16 มกราคม 2561)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2018 (January 1 - 16, 2018)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2017							DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2018							POP. DEC 31, 2016	
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000		CASE FATALITY
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.		RATE (%)
Total	4154	4101	2457	53190	63	80.80	0.12	279	0	0	0	279	1	0.42	0.36	65,830,324
Northern Region	780	616	309	10204	13	84.50	0.13	31	0	0	0	31	0	0.26	0.00	12,075,763
ZONE 1	449	351	138	5581	6	95.31	0.11	12	0	0	0	12	0	0.20	0.00	5,855,581
Chiang Mai	162	118	60	2194	5	126.67	0.23	6	0	0	0	6	0	0.35	0.00	1,732,003
Lamphun	17	16	5	281	0	69.18	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	406,193
Lampang	13	14	6	302	0	40.23	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	750,603
Phrae	0	1	1	55	0	12.19	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	451,078
Nan	24	16	4	375	0	78.17	0.00	1	0	0	0	1	0	0.21	0.00	479,717
Phayao	6	1	3	82	0	17.05	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	480,916
Chiang Rai	184	153	42	1797	1	140.36	0.06	3	0	0	0	3	0	0.23	0.00	1,280,247
Mae Hong Son	43	32	17	495	0	180.12	0.00	2	0	0	0	2	0	0.73	0.00	274,824
ZONE 2	196	127	82	2884	4	81.34	0.14	8	0	0	0	8	0	0.23	0.00	3,545,813
Uttaradit	14	4	6	243	0	52.94	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	458,983
Tak	109	66	38	1288	2	206.02	0.16	2	0	0	0	2	0	0.32	0.00	625,174
Sukhothai	17	14	6	216	0	35.94	0.00	1	0	0	0	1	0	0.17	0.00	600,971
Phitsanulok	28	29	15	613	0	70.90	0.00	4	0	0	0	4	0	0.46	0.00	864,581
Phetchabun	28	14	17	524	2	52.60	0.38	1	0	0	0	1	0	0.10	0.00	996,104
ZONE 3	148	151	93	1934	3	64.35	0.16	12	0	0	0	12	0	0.40	0.00	3,005,413
Chai Nat	13	13	4	195	0	58.90	0.00	1	0	0	0	1	0	0.30	0.00	331,044
Nakhon Sawan	50	67	36	563	0	52.66	0.00	5	0	0	0	5	0	0.47	0.00	1,069,198
Uthai Thani	16	14	13	117	0	35.39	0.00	4	0	0	0	4	0	1.21	0.00	330,602
Kamphaeng Phet	35	12	8	507	2	69.47	0.39	0	0	0	0	0	0	0.00	0.43	729,850
Phichit	34	45	32	552	1	101.34	0.18	2	0	0	0	2	0	0.37	0.00	544,719
Central Region*	2224	2479	1520	20676	20	91.86	0.10	127	0	0	0	127	1	0.56	0.79	22,507,913
Bangkok	1140	1383	702	9036	4	158.76	0.04	18	0	0	0	18	0	0.32	0.00	5,691,530
ZONE 4	291	268	178	2650	6	50.34	0.23	29	0	0	0	29	1	0.55	3.45	5,264,087
Nonthaburi	135	162	120	1048	3	87.13	0.29	15	0	0	0	15	0	1.25	0.00	1,202,818
Pathum Thani	39	43	16	372	0	33.73	0.00	7	0	0	0	7	0	0.63	0.00	1,102,810
P.Nakhon S.Ayutthaya	39	33	23	485	2	59.93	0.41	4	0	0	0	4	1	0.49	25.00	809,340
Ang Thong	42	19	13	267	0	94.42	0.00	1	0	0	0	1	0	0.35	0.00	282,788
Lop Buri	23	10	5	204	0	26.91	0.00	2	0	0	0	2	0	0.26	0.00	757,988
Sing Buri	0	0	0	13	0	6.16	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	211,007
Saraburi	13	1	0	225	1	35.22	0.44	0	0	0	0	0	0	0.00	0.47	638,869
Nakhon Nayok	0	0	1	36	0	13.93	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	258,467
ZONE 5	503	526	432	4782	6	90.81	0.13	64	0	0	0	64	0	1.22	0.00	5,265,846
Ratchaburi	89	87	55	593	1	68.25	0.17	10	0	0	0	10	0	1.15	0.00	868,853
Kanchanaburi	8	14	12	131	0	14.83	0.00	1	0	0	0	1	0	0.11	0.00	883,629
Suphan Buri	59	36	29	568	0	66.89	0.00	5	0	0	0	5	0	0.59	0.00	849,133
Nakhon Pathom	155	156	140	1099	1	121.82	0.09	25	0	0	0	25	0	2.77	0.00	902,175
Samut Sakhon	89	105	96	773	2	140.27	0.26	0	0	0	0	0	0	0.00	0.46	551,086
Samut Songkhram	19	22	23	150	0	77.23	0.00	2	0	0	0	2	0	1.03	0.00	194,223
Phetchaburi	61	78	48	1071	0	223.30	0.00	9	0	0	0	9	0	1.88	0.00	479,621
Prachuap Khiri Khan	23	28	29	397	2	73.91	0.50	12	0	0	0	12	0	2.23	0.00	537,126
ZONE 6	277	289	204	4013	4	67.38	0.10	15	0	0	0	15	0	0.25	0.00	5,955,406
Samut Prakan	80	89	62	850	0	66.07	0.00	8	0	0	0	8	0	0.62	0.00	1,286,431
Chon Buri	58	53	39	704	1	47.92	0.14	0	0	0	0	0	0	0.00	0.20	1,469,044
Rayong	33	80	56	638	1	91.85	0.16	0	0	0	0	0	0	0.00	0.20	694,611
Chanthaburi	24	12	6	359	0	67.51	0.00	1	0	0	0	1	0	0.19	0.00	531,752
Trat	10	4	1	96	0	41.84	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	229,437
Chachoengsao	38	31	33	442	1	62.90	0.23	6	0	0	0	6	0	0.85	0.00	702,650
Prachin Buri	26	17	6	467	0	96.58	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	483,512
Sa Kaeo	8	3	1	457	1	81.90	0.22	0	0	0	0	0	0	0.00	0.26	557,969

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 (1-16 มกราคม 2561)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2018 (January 1 - 16, 2018)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2017								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2018								POP. DEC 31, 2016
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY		
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	C	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)		
NORTH-EASTERN REGION	461	236	93	9614	3	43.84	0.03	13	0	0	0	13	0	0.06	0.00	21,930,713	
ZONE 7	100	49	15	2110	0	41.72	0.00	3	0	0	0	3	0	0.06	0.00	5,057,217	
Khon Kaen	19	14	3	435	0	24.17	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,799,885	
Maha Sarakham	32	21	9	452	0	46.89	0.00	2	0	0	0	2	0	0.21	0.00	964,040	
Roi Et	18	6	1	615	0	47.02	0.00	1	0	0	0	1	0	0.08	0.00	1,308,074	
Kalasin	31	8	2	608	0	61.71	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	985,218	
ZONE 8	66	43	24	1555	0	28.13	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	5,528,267	
Bungkan	4	11	0	210	0	49.87	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	421,136	
Nong Bua Lam Phu	8	3	2	135	0	26.45	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	510,404	
Udon Thani	10	6	3	248	0	15.73	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,576,967	
Loei	25	13	8	364	0	56.94	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	639,310	
Nong Khai	11	5	8	165	0	31.73	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	519,971	
Sakon Nakhon	7	2	3	290	0	25.34	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,144,343	
Nakhon Phanom	1	3	0	143	0	19.97	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	716,136	
ZONE 9	168	93	25	3893	2	57.67	0.05	3	0	0	0	3	0	0.04	0.00	6,749,926	
Nakhon Ratchasima	84	59	15	1718	2	65.32	0.12	2	0	0	0	2	0	0.08	0.00	2,630,127	
Buri Ram	35	14	4	622	0	39.21	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,586,279	
Surin	37	11	6	1280	0	91.74	0.00	1	0	0	0	1	0	0.07	0.00	1,395,295	
Chaiyaphum	12	9	0	273	0	23.98	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,138,225	
ZONE 10	127	51	29	2056	1	44.74	0.05	7	0	0	0	7	0	0.15	0.00	4,595,303	
Si Sa Ket	67	29	22	676	0	46.00	0.00	6	0	0	0	6	0	0.41	0.00	1,469,569	
Ubon Ratchathani	41	16	5	777	1	41.77	0.13	0	0	0	0	0	0	0.00	0.15	1,860,197	
Yasothon	10	1	2	187	0	34.63	0.00	1	0	0	0	1	0	0.19	0.00	539,998	
Amnat Charoen	1	0	0	137	0	36.36	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	376,751	
Mukdahan	8	5	0	279	0	79.99	0.00	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	348,788	
Southern Region	689	770	535	12696	27	136.28	0.21	108	0	0	0	108	0	1.16	0.00	9,315,935	
ZONE 11	454	552	341	5969	11	135.15	0.18	32	0	0	0	32	0	0.72	0.00	4,416,615	
Nakhon Si Thammarat	245	250	142	2884	3	185.65	0.10	2	0	0	0	2	0	0.13	0.00	1,553,481	
Krabi	31	49	23	515	1	110.99	0.19	2	0	0	0	2	0	0.43	0.00	464,016	
Phangnga	13	34	37	328	1	123.85	0.30	1	0	0	0	1	0	0.38	0.00	264,826	
Phuket	55	84	91	779	2	199.55	0.26	4	0	0	0	4	0	1.02	0.00	390,387	
Surat Thani	69	80	29	943	2	89.91	0.21	19	0	0	0	19	0	1.81	0.00	1,048,842	
Ranong	7	13	7	184	0	97.69	0.00	1	0	0	0	1	0	0.53	0.00	188,345	
Chumphon	34	42	12	336	2	66.31	0.60	3	0	0	0	3	0	0.59	0.00	506,718	
ZONE 12	235	218	194	6727	16	137.30	0.24	76	0	0	0	76	0	1.55	0.00	4,899,320	
Songkhla	82	83	80	3009	5	212.80	0.17	37	0	0	0	37	0	2.62	0.00	1,414,009	
Satun	9	6	4	73	2	23.05	2.74	0	0	0	0	0	0	0.00	3.77	316,767	
Trang	28	23	26	351	2	54.74	0.57	0	0	0	0	0	0	0.00	0.75	641,239	
Phatthalung	35	28	12	999	0	190.93	0.00	9	0	0	0	9	0	1.72	0.00	523,223	
Pattani	23	26	9	914	1	131.04	0.11	9	0	0	0	9	0	1.29	0.00	697,492	
Yala	18	16	25	290	3	55.75	1.03	10	0	0	0	10	0	1.92	0.00	520,209	
Narathiwat	40	36	38	1091	3	138.74	0.27	11	0	0	0	11	0	1.40	0.00	786,381	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases D = Deaths

กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ รายสัปดาห์ ฉบับที่ 141 (วันที่ 31 ธ.ค. 60 - 7 ม.ค. 61)



จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พบว่าข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในช่วงปีใหม่ของปีที่ผ่านมา (28 ธ.ค.59 - 3 ม.ค. 60) ของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มีผู้เสียชีวิต 478 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 26 จากปีที่แล้ว โดยช่วงวันที่ 31 ธ.ค. 59-1 ม.ค. 60 พบผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 2 เท่าของช่วงเวลากลางคืน

โดยมีอัตราการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 60 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือเมาสุรา (ร้อยละ 37) รองลงมาคือ ขับรถเร็วเกินกำหนด ถักนวิสัยไม่ดี และ ตัดหน้ากระชั้นชิด พาหนะที่เกิดเหตุมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 80) รองลงมาคือรถกระบะ รถแท็กซี่ และรถตู้

การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพประจำสัปดาห์นี้ คาดว่าในช่วงปีใหม่ 2561 นี้ สดักอุบัติเหตุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 7 วันอันตราย เนื่องจากประชาชนเดินทางกลับภูมิลำเนาและมีการใช้รถใช้ถนนจำนวนมาก ประกอบกับมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยกว่าช่วงปกติ

กรมควบคุมโรค จึงขอแนะนำว่า ดังนี้ 1.ช่วงเวลาก่อนการเดินทาง ให้ตรวจสภาพรถอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการเดินทางในช่วงที่ทัศนวิสัยไม่ดี 2.ช่วงเวลากลางคืนเดินทาง ให้คาดเข็มขัดนิรภัยทั้งคนขับและผู้ร่วมเดินทาง ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ให้สวมหมวกนิรภัยทั้งคนขับและผู้โดยสารคนซ้อนท้าย ขับรถด้วยความเร็วตามกฎหมายกำหนด เคารพกฎจราจร ไม่ใช้โทรศัพท์ขณะขับรถโดยเด็ดขาด หากจำเป็นต้องใช้ควรหยุดรถในจุดที่ปลอดภัย

ที่สำคัญหากขับรถระยะทางไกลควรมีคนช่วยเปลี่ยนขับ ถ้าช่วงนอนให้จอดพักบ่อยๆ หรือจอดพักเพื่อจับสักร 15-20 นาที ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งก่อนและขณะขับขี่ หากรู้ว่าต้องเดินทางไปสังสรรค์และดื่มสุรา ให้หลีกเลี่ยงการขับรถไปเอง และให้ผู้ที่ไม่ดื่มสุราขับรถไปส่ง หรือใช้บริการรถโดยสารหรือแท็กซี่

ประชาชนสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร 1422](tel:1422)



DDC
กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

สำนักงานสื่อสารความเสี่ยง
และพัฒนาระบบสุขภาพ
Bureau of Risk Communication
and Health Behavior Development



สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

ติดตามข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ที่ **Facebook** และเว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 : 19 มกราคม 2561 Volume 49 Number 1 : January 19, 2018

กำหนดออก : เป็นรายสัปดาห์ / จำนวนพิมพ์ 1,000 ฉบับ

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
E-mail: weekly.wesr@gmail.com, panda_tid@hotmail.com

ที่ สธ. 0420.3/ พิเศษ

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 23/2552
ไปรษณีย์กระทรวง

ผู้จัดทำ

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784
Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tivanond Road, Nonthaburi, Thailand, 11000
Tel (66) 2590-1723, (66)2590-1827 FAX (66) 2590-1784