



การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่สำคัญ
ในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคและภัยสุขภาพ Risk assessment สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับโรคและภัยธรรมชาติหลายรูปแบบที่มีความรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองซึ่งมีประชากรหนาแน่นมากขึ้น โดยภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ภัยจากแผ่นดินไหวและคลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๔๗ ส่งผลกระทบต่อ ๖ จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน คือ จังหวัดพังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง และสตูล มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศรวม ๕,๔๐๑ คน สูญหาย ๒,๙๒๑ คน และทำให้มีเด็กกำพร้ามากกว่า ๑,๒๑๕ คน มูลค่าความเสียหายกว่า ๑๔,๔๙๑ ล้านบาท และมหาอุทกภัยในประเทศไทยในปี ๒๕๕๔ ก็ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประชาชนราว ๒,๘๔๐,๐๐๐ คน ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล และในเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างของไวรัสอุบัติใหม่ "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19)" โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกที่มีอาการหอบเหนื่อย สาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) หลังจากนั้นในเดือนมกราคม ๒๕๖๓ ประเทศไทย ได้จัดทำและดำเนินมาตรการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ภายหลังพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยและรายต่อๆ มา จนพบผู้ติดเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนมีการประกาศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และประกาศเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยประกาศข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานสำคัญในการดำเนินงานบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงจัดทำคำแนะนำและมาตรการ สื่อสารไปยังประชาชนเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติได้โดยเร็ว

จึงอาจกล่าวได้ว่าภัยพิบัติเหล่านี้เป็นปัญหาภัยคุกคามทางธรรมชาติต่อความมั่นคง (Natural Threats to Security) ซึ่งถือเป็นปัญหาสังคมและการเมืองของประเทศด้วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขต้องให้ความร่วมมือลดความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีความเสี่ยงสูง จากปัญหาของการบริหารจัดการในภาวะภัยพิบัติและความขาดแคลนของทรัพยากร ที่จะรับมือต่อสถานการณ์ภัยพิบัติให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีมาตรการที่เข้มแข็งในการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่สามารถตอบสนองต่อการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ประสบภัย และการฟื้นฟูบูรณะหลังเกิดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดสถานการณ์ภัยพิบัติขึ้นอีกในอนาคต และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ความเสี่ยงด้านการสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยหน่วยบริการสาธารณสุขต้องรับผิดชอบต่อชุมชน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุขแบบบูรณาการที่ครบวงจรและมีเอกภาพ ในประเด็นสำคัญๆ คือ การประเมินความเสี่ยงหรือความเปราะบางของพื้นที่ในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติทางธรรมชาติ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของโลกที่มีความเสี่ยงสูงต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน



๑. โรคและภัยสุขภาพโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย

๑.๑ โรคระบาด

โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแน่ชัด ซึ่งอาจจะแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว และกว้างขวาง หรือมีภาวะของการเกิดโรคมามากผิดปกติกว่าที่เคยเป็นมา (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘)

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๓ องค์การอนามัยโลก (WHO) ยกระดับการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID - 19 จากโรคระบาด (Epidemic) เป็นโรคระบาดใหญ่(Pandemic) หลังจากมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก สำหรับการประกาศโรคระบาดของประเทศไทยให้เป็นไปตาม มาตรา ๙ แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งการระบาดของโรคสำคัญในประเทศไทยได้แก่ โรคไข้หวัดนก พ.ศ. ๒๕๔๗, โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 (2009) พ.ศ. ๒๕๕๒, โรคไข้ปวดข้อยุงลาย พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒, โรคไข้เลือดออก พ.ศ. ๒๕๕๕, โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (MERS Covid พ.ศ. ๒๕๕๖, โรคติดเชื้อไวรัสโปลิโอ พ.ศ. ๒๕๕๗ และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พ.ศ. ๒๕๖๓

๑.๒ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

เป็นเหตุการณ์ภัยสุขภาพที่ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้เช่น ดึกถล่ม อุบัติเหตุจากการขนส่ง และโดยสาร การจลาจล สงคราม และอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สาเหตุการตายหลักของคนไทยที่อยู่ ใน ๕ ลำดับแรกคือการตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน คนไทยหลายสิบล้านคน ต้องเสี่ยงภัยกับภัยร้ายใกล้ตัวนี้ นับตั้งแต่ก้าวออกจากประตูบ้านของตนเอง ในปีพ.ศ. ๒๕๖๑ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดอันดับให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดเป็นอันดับ ๙ ของโลก ผู้เสียชีวิตปีละประมาณ ๒๒,๔๙๑ ราย คิดเป็น ๓๒.๗ คนต่อประชากร ๑ แสนคน ยิ่งไปกว่านั้นประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุด เป็นอันดับหนึ่งของเอเชีย (รายงานสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๖๓)

๑.๓ โรคและภัยสุขภาพที่มาจากภัยธรรมชาติ

ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต และทรัพย์สิน โดยส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของผู้นคนในสังคมทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ประกอบด้วย อุทกภัย วาตภัย ดินโคลนถล่ม คลื่นสึนามิแผ่นดินไหว ภัยแล้ง ภัยหนาว อัคคีภัย หมอกควัน

อุทกภัย

เป็นสาธารณภัยที่เกิดจากฝนตกหนักเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลันน้ำท่วมขัง ประชาชนได้รับผลกระทบความเดือดร้อนทั้งด้านสุขภาพและทรัพย์สิน โดยมีสาเหตุมาจาก มรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่พัดปกคลุมทะเลอันดามันในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายนมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือที่พัดปกคลุมอ่าวไทยและภาคใต้ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ร่องมรสุมที่พาดผ่านภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคกลาง รวมถึงหย่อมความกดอากาศต่ำและพายุหมุนเขตร้อน (ดีเปรสชันโซนร้อน และไต้ฝุ่น) (แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๘)

วาตภัย เป็นสาธารณภัยที่มีสาเหตุจากพายุลมแรง จนทำให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินรวมถึงชีวิตของประชาชน โดยมีสาเหตุจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติคือพายุฝนฟ้าคะนองพายุฤดูร้อน และพายุหมุนเขตร้อน (ดีเปรสชัน โซนร้อน ไต้ฝุ่น) โดยเฉพาะพายุหมุนเขตร้อน จะส่งผลกระทบต่อพื้นที่เป็นบริเวณกว้างนับร้อยตารางกิโลเมตร (บริเวณที่ศูนย์กลางของพายุเคลื่อนที่ผ่านจะได้รับผลกระทบมากที่สุด) เมื่อพายุมีกำลังแรงในชั้นดีเปรสชันจะทำให้เกิดฝนตกหนักและมักมีอุทกภัยตามมา (แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๘)



ดินโคลนถล่ม มักเกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดตามมาหลังจากเกิดน้ำป่าไหลหลากอันเนื่องมาจากพายุฝนที่ทำให้เกิดฝนตกหนักอย่างต่อเนื่องรุนแรง เมื่อมีฝนตกในบริเวณดังกล่าวจนดินเกิดการอิ่มตัวและไม่สามารถอุ้มน้ำได้ จึงทำให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน (แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๘)

ภัยแล้ง ภัยที่เกิดจากการขาดแคลนน้ำในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งเป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดความแห้งแล้งและส่งผลกระทบต่อชุมชนสาเหตุของการเกิดจากธรรมชาติคือการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิโลก การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำทะเล ภัยธรรมชาติเช่น วาตภัยแผ่นดินไหวและเกิดจากการกระทำของมนุษย์การทำลายชั้นโอโซน ผลกระทบของภาวะเรือนกระจก การพัฒนาด้านอุตสาหกรรม และการตัดไม้ทำลายป่า (กรมอุตุนิยมวิทยา)

หมอกควัน จัดว่าเป็นมลพิษทางอากาศที่สำคัญ เป็นผลของกระบวนการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ทำให้เป็นต้นกำเนิดของสารมลพิษทางอากาศที่ฝังตัวอยู่กับอนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เมื่อเข้าไปในปอดแล้วไม่สามารถขับออกมาได้สาเหตุหลักเกิดจากไฟป่า และการเผาเศษวัสดุทางการเกษตร เช่น ฟางข้าว ชังข้าวโพด ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านการมองเห็น การระคายเคืองตา โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และการดำรงชีวิตของประชาชนเป็นวงกว้าง (สำนักป้องกันรักษาป่าและควบคุมไฟป่า กรมป่าไม้)

อัคคีภัย เกิดจากไฟที่ขาดการควบคุมดูแล ทำให้เกิดการติดต่อกลุกลามไปตามบริเวณที่มีเชื้อเพลิงเกิดการลุกไหม้ต่อเนื่อง สภาวะของไฟจะรุนแรงมากขึ้นถ้าการลุกไหม้ที่มีเชื้อเพลิงหนุหรือมีไอของเชื้อเพลิงถูกขับออกมาความความร้อนก็จะมากยิ่งขึ้น สิ่งที่ทำให้เกิดอัคคีภัยได้ง่ายได้แก่ เชื้อเพลิงสารเคมีหรือวัตถุใดๆ ที่มีสถานะเป็นของแข็งของเหลวหรือก๊าซที่อยู่ในภาวะพร้อมจะเกิดการสันดาปจากการจุดติดหรือจากการสันดาปเองโดยมีการสร้างความสูญเสียให้ทรัพย์สินและชีวิต (สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย) ในพระราชูปถัมภ์)

๑.๔ ภัยสุขภาพที่เกิดจากสารเคมี

เป็นภัยที่เกิดจากสารเคมีที่มีอยู่ในธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น ในกระบวนการผลิตการบรรจุ การเก็บรักษาการจำหน่ายการขนส่งและการบำบัดกำจัดทำลาย เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิตที่เกี่ยวข้องโดยอาจเกิดเนื่องจากการทำงานในภาคอุตสาหกรรม เมื่อมีการได้รับสัมผัสสารเคมีเข้าสู่ร่างกายอาจก่อให้เกิดโรคจากสารเคมีแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรังมีทั้งเกิดขึ้นเป็นแบบเฉพาะรายบุคคลหรือขยายวงกว้างเป็นกลุ่มประชากร (แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘, ๒๕๕๘)

๒. การชี้บ่งความเสี่ยง (Risk identification)

ค้นหา การยอมรับและการอธิบายความเสี่ยง โดยการชี้บ่งความเสี่ยง ต้องพิจารณาจากการชี้บ่งแหล่งกำเนิดความเสี่ยง เหตุการณ์สาเหตุ และความเป็นไปได้ขอผลกระทบที่ตามมา

๒.๑ โรคติดต่อ กรณีโรคไข้หวัดใหญ่

สถานการณ์

สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่สถานการณ์ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ ประจำปีสัปดาห์ที่ ๔๕ (๕ - ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) โดยกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มีรายงานผู้ป่วย ๓๘๘,๗๓๗ ราย อัตราป่วย ๕๘๗.๔๗ ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต ๒๔ ราย ในจังหวัดนครราชสีมา ๗ ราย จังหวัดสงขลา กรุงเทพมหานคร สุราษฎร์ธานี เพชรบูรณ์ และกาฬสินธุ์ จังหวัดละ ๒ ราย จังหวัดตาก พิษณุโลก ชัยภูมิ ราชบุรี



นครศรีธรรมราช ปทุมธานี และลำพูน จังหวัดละ ๑ ราย อัตราป่วยตาย ๐.๐๐๖ ส่วนใหญ่มีสาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่ชนิด A สัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้มลดลงแต่ยังสูงกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่พบในกลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี เท่ากับ ๒,๐๙๒.๓๔ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ๕ - ๑๔ ปี (๒,๐๓๒.๔๕) และกลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี (๕๙๖.๑๐)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในจังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้รับรายงาน ๕๐๖ จากหน่วยบริการสาธารณสุข (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖) พบว่าโรคไข้หวัดใหญ่ คือ ๑ ใน ๑๐ อันดับโรคที่พบผู้ป่วยสูงสุด มีอัตราป่วย ๒๒.๘๔ ต่อแสนประชากร เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง พบว่าในปี ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วย ด้วยโรคไข้หวัดใหญ่สูงกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลังและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงพบว่ามีภาวะระบาดเป็นกลุ่มก้อน ในหลายอำเภอ โดยข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ พบว่าผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๒,๖๔๔ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๕๕.๙๐ ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑ ราย อัตราตาย ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๐.๑ อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ ๐.๐๔ พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ ๑.๐๖ : ๑ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี และ ๐ - ๔ ปี กลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือกลุ่มนักเรียนอำเภอที่มีอัตราป่วยต่อ ประชากรแสนคนสูงสุดคืออำเภอนามน อัตราป่วยเท่ากับ ๖๓๐.๕๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอร่องคำและอำเภอเขาวง

ความล่อแหลม

๑. เนื่องจากการคมนาคมสามารถดำเนินไปได้ด้วยความสะดวก “การเดินทางข้ามประเทศ” องค์การ การท่องเที่ยวสากล ระบุว่าแต่ละปีมีคนเดินทางระหว่างประเทศกว่า ๑,๐๐๐ ล้านคน ซึ่งหมายความว่าเชื้อโรค มีโอกาสถ่ายทอดจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่งได้อย่างง่ายดาย จึงอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ จากต่างประเทศที่มีการระบาดของเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้

๒. การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโลก ทำให้โอกาสเกิดโรคระบาดสูงขึ้นและรุนแรงขึ้น

ความเปราะบาง

๑. การเพิ่มขึ้นของประชากรและการขยายตัวของชุมชนเมือง การที่ประชากรหนาแน่นขึ้น ทำให้ต้อง ใช้ชีวิตและปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น การส่งผ่านเชื้อโรคถ่ายทอดสู่กันและกันได้ง่ายขึ้นด้วยไม่ว่าจะเป็นทางน้ำ อากาศ หรืออาหาร

๒. กลุ่มเสี่ยง ๑๐ กลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่ได้แก่ ๑. หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ๔ เดือนขึ้นไป ๒. เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๒ ปี ๓. ผู้มีโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค คือ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจหลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วย มะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน ๔. บุคคลที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ๕. โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มี ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ) ๖. โรคอ้วน (น้ำหนัก > ๑๐๐ กิโลกรัม หรือ BMI > ๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และ ๗. ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ๘. บุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานที่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ๙. กลุ่มที่อยู่สถานที่ที่มีการรวมตัวของประชากรจำนวนมาก เสี่ยงต่อการระบาด ๑๐. กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ขึ้นกับสถานการณ์

ศักยภาพ

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังไม่มีทักษะและความพร้อมในการรองรับกรณีมีการแพร่ ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

๒. ประชาชนไม่มีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง



๓. มีการรณรงค์ ให้มีการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ฟรี ในกลุ่มเสี่ยง โดยมีผลการให้บริการวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๙๑.๘๐ แต่ยังไม่มีการให้กับบุคคลทั่วไป

๒.๒ โรคไข้วัดออก

สถานการณ์

สถานการณ์ประเทศไทย จากข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม – ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคไข้วัดออก จำนวน ๑๒๓,๐๘๑ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๘๖.๑๒ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๑๓๐ ราย คิดเป็นอัตราตาย ๐.๑๑ ต่อแสนประชากร การกระจายของโรคไข้วัดออกรายภาคพบว่า ภาคเหนือ มีอัตราป่วยสูงที่สุด เท่ากับ ๒๔๖.๐๔ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคใต้ (๒๑๑.๐๙) ภาคกลาง (๑๕๐.๙๘) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๑๓๗.๓๖) ตามลำดับ

สถานการณ์เขตสุขภาพที่ ๗ ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ มกราคม- ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เขตสุขภาพที่ ๗ มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้วัดออกจำนวน ๕,๗๓๑ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๑๕.๘๕ ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ๔ ราย คือ จังหวัดร้อยเอ็ด ๑ ราย จังหวัดมหาสารคาม ๑ ราย จังหวัดขอนแก่น ๑ ราย และจังหวัดกาฬสินธุ์ ๑ ราย และยังพบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยของโรคไข้วัดออกสูงสุด คือ จังหวัดมหาสารคาม อัตราป่วยเท่ากับ ๑๗๐.๗๖ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ จังหวัดร้อยเอ็ด (๑๒๗.๐๙) จังหวัดกาฬสินธุ์ (๑๐๙.๓๖) และจังหวัดขอนแก่น (๗๘.๖๕) โดยสถานการณ์โรคไข้วัดออกจังหวัดกาฬสินธุ์ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้รับรายงาน ๕๐๖ จากหน่วยบริการสาธารณสุข (ข้อมูลระหว่างวันที่ ๑ มกราคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๖) รายงานผู้ป่วยโรคไข้วัดออก จำนวน ๑,๐๙๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๐๖.๐๘ ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑ ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน ๐.๑๐

ความล่อแหลม

๑. กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นอาชีพนักเรียน และมีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้
๒. มีผู้ป่วยเกิดขึ้นในช่วงเดือน พ.ค. – ส.ค. ทำให้ช่วงที่เกิดการระบาดมีความรุนแรง
๓. การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศโลก สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะ มียุงพาหะนำโรคในพื้นที่ อากาศอบอุ่นขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดโรคระบาดเพิ่มขึ้นด้วย

ความเปราะบาง

๑. ประชาชนขาดความตระหนักในการดูแลป้องกันตนเองจากพาหะนำโรค
๒. ในบางพื้นที่ยังไม่สามารถควบคุมพาหะนำโรคในพื้นที่ได้

ศักยภาพ

พื้นที่มีทรัพยากรเพียงพอสามารถจัดการโรคได้ แต่ไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดได้

พื้นที่ทั้งนี้

๒.๓ วัณโรคดื้อยา (MDR-TB)

สถานการณ์

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ มีแนวโน้มอัตราการเกิดสูงขึ้น แต่สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ ซึ่งจากรายงานพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๖ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ ๗๙.๓, ๘๑.๖, ๗๙.๙, ๙๑.๑ และ ๑๐๕.๙ ตามลำดับ พบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐, ๑๔, ๖, ๙ และ ๑๗ ราย ตามลำดับ



ความล่อแหลม

๑. กลุ่มเสี่ยงที่ป่วยวัณโรคในพื้นที่ เป็นกลุ่มผู้ติดสารเสพติดและผู้ติดสุราเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี มีโรคร่วม COPD/DM และกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน
๒. การรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยา ทำให้เชื้อพัฒนาเป็นเชื้อดื้อยา
๓. มีการตีตราทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเข้ารับการรักษา
๔. อัตราการป่วยซ้ำ การรักษาสำเร็จ ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย
๕. อัตราตายในพื้นที่สูงกว่าค่ามาตรฐาน
๖. การเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ความเปราะบาง

๑. การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรค
๒. ภาวะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการ เช่น ทางการเงิน การเดินทาง
๓. ผู้ป่วยและญาติยังขาดความเข้าใจและการตระหนักในการกำกับการกินยาของผู้ป่วย

ศักยภาพ

๑. กรมควบคุมโรคให้การสนับสนุนยาวัณโรคดื้อยา
๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนยาวัณโรค
๓. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ สนับสนุนเครื่องตรวจจนวนิวทียาที่มีความรวดเร็วและแม่นยำ

(GENE X-Per, LAMP test)

๔. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ให้การสนับสนุนวินิจฉัยวัณโรคและวัณโรคดื้อยา
๕. มีการแบ่ง Zone สุขภาพเพื่อผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๔ อุทกภัย

สถานการณ์

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดน้ำท่วมและอุทกภัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่ ขึ้นอยู่กับสภาพท้องที่และความวิปริตผันแปรของธรรมชาติ โดยสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้สรุปข้อมูลพื้นที่เสี่ยงภัย (ภัยอุทกภัย) จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๕ สามารถแบ่งพื้นที่เสี่ยง ต่อการเกิดอุทกภัย วาตภัย น้ำป่าไหลหลาก และดินถล่ม จังหวัดกาฬสินธุ์ ออกเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

- ๑) พื้นที่ที่ไม่เสี่ยงอุทกภัย พบว่ามีจำนวน ๑๑ อำเภอ (ยกเว้นอำเภอนามน, อำเภอร่องคำ, อำเภอกุฉินารายณ์, อำเภอห้วยเม็ก, อำเภอห้วยผึ้ง, อำเภอดอนจาน และอำเภอฆ้องชัย) ๒๗ ตำบล ๑๐๓ หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๖.๕๐ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
- ๒) พื้นที่เสี่ยงอุทกภัยเล็กน้อย โดยมีความถี่การเกิดอุทกภัยน้อยกว่า ๐.๕ ครั้งต่อปี พบว่ามีจำนวน ๑๘ อำเภอ ๑๒๕ ตำบล ๑,๐๔๔ หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๙๑ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
- ๓) พื้นที่เสี่ยงอุทกภัยปานกลาง โดยมีความถี่การเกิดอุทกภัยระหว่าง ๐.๕ - ๐.๙๙ ครั้งต่อปี พบว่ามีจำนวน ๑๕ อำเภอ (ยกเว้นอำเภอห้วยเม็ก, อำเภอสามชัย และอำเภอคำม่วง) ๗๗ ตำบล ๔๒๐ หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๕๒ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
- ๔) พื้นที่เสี่ยงอุทกภัยสูง โดยมีความถี่การเกิดอุทกภัยระหว่าง ๑.๐ - ๑.๔๙ ครั้งต่อปีพบว่ามีจำนวน ๓ อำเภอ (อ.กมลาไสย, อ.เขาวง, และ อ.หนองกุงศรี) ๕ ตำบล ๑๗ หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ ๑.๐๗ ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด



ความล่อแหลม

๑. จังหวัดกาฬสินธุ์มีพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยสูง โดยมีความถี่ในการเกิดอุทกภัย ๑.๐ – ๑.๔๙ ครั้ง/ปี จำนวน ๓ อำเภอ ได้แก่ อ.กมลาไสย, อ.เขาวง, อ.หนองกุงศรี เนื่องจากติดกับลำน้ำชีและติดกับเขื่อนลำน้ำปาว เป็นพื้นที่รับน้ำ หากมีการปล่อยน้ำจากพื้นที่อื่นส่งผลให้ระดับน้ำเพิ่มขึ้น โดยในระหว่างวันที่ ๑๘ ตุลาคม – ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ได้มีการยกระดับ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินฯ (Emergency Operation Center : EOC) กรณีอุทกภัยในพื้นที่ อำเภอฆ้องชัย อำเภอ กมลาไสย จากการได้รับผลกระทบจากอิทธิพลพายุโนรู ส่งผลให้เกิดเหตุพ่นกันแม่น้ำชีขาดเป็นทางยาวประมาณ ๕๐ เมตร มวลน้ำทะลักเข้าท่วมพื้นที่การเกษตรเป็นบริเวณกว้างเสียหายได้รับผลกระทบจำนวน ๒ อำเภอ ๗ ตำบล ๓๗ หมู่บ้าน ๑,๘๖๐ หลังคาเรือน ประชาชนได้รับผลกระทบ ๒,๒๑๓ คน พื้นที่การเกษตร ๒๐,๐๐๐ ไร่ พื้นที่ทางการเกษตรคาดว่าจะเสียหายจำนวน ๗๙,๕๑๔ ไร่ บ่อปลา/บ่อกุ้ง จำนวน ๘๐.๕ ไร่

๒. ลักษณะและส่วนประกอบตามธรรมชาติของพื้นที่ลุ่มน้ำ ได้แก่ รูปร่างของพื้นที่ลุ่มน้ำ ขนาดของพื้นที่ลุ่มน้ำ ความยาวและความกว้างของพื้นที่ลุ่มน้ำโดยเฉลี่ย ระดับความสูง ความลาดชันของพื้นที่ลุ่มน้ำและของลำน้ำ รวมทั้งแนวทิศทางการวางตัวของพื้นที่ลุ่มน้ำรับกับแนวพายุพัดผ่านมาน้อยเพียงใด เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกำเนิดน้ำท่วมและการเกิดน้ำท่วมตามลุ่มน้ำต่างๆ เมื่อมีฝนตกหนักเสมอ

ความเปราะบาง

๑. พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ลุ่มริมฝั่ง หรือมีพื้นที่ติดกับลำน้ำทำให้เกิดน้ำท่วมพื้นที่รอยต่อที่รับน้ำจากเขื่อนสำคัญ จากจังหวัดใกล้เคียง

๒. การทิ้งขยะลงแม่น้ำ ลำคลอง ซึ่งขวางการระบายน้ำ

๓. การก่อสร้างบ้านเรือน ถนนและสิ่งก่อสร้างต่างๆ กีดขวางทางน้ำไหล บุกรุกทางน้ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้น้ำจำนวนมากไหลไม่สะดวก ล้นตลิ่ง ก็เป็นต้นเหตุของการเกิดอุทกภัยที่รุนแรงได้

๔. ชุมชนขาดความสามารถในการรับมือภัยน้ำท่วม ขาดการเตือนภัยอย่างทันท่วงที

ศักยภาพ

๑. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดกาฬสินธุ์จังหวัด มีการจัดทำ/ทบทวนแผนเผชิญเหตุอุทกภัย วาตภัย น้ำป่าไหลหลาก และดินถล่ม ให้เป็นปัจจุบัน

๒. สำรวจ ปรับปรุงข้อมูลพื้นที่เสี่ยงอุทกภัยให้เป็นปัจจุบัน

๓. ทีม SAT จังหวัดมีการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม

๒.๕ อุบัติเหตุทางถนน

สถานการณ์

ในปัจจุบันประชาชนของประเทศ ต้องเผชิญกับการคุกคามของอุบัติเหตุและสาธารณสุขภัยนับวันจะทวีความรุนแรงและความถี่มากยิ่งขึ้น มีภัยใหม่ๆเกิดขึ้นมา และมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นรวมถึงปัญหาด้านการจราจร ได้สร้างความสูญเสียต่อชีวิตของประชาชนในปีหนึ่งๆ เป็นจำนวนมาก เนื่องจากหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี มากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปราศจากการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการระมัดระวัง และการปลูกจิตสำนึกในด้านความปลอดภัย โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลต่างๆ จะมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรสูงมากยิ่งขึ้น

ซึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีสาธารณสุขเกิดขึ้นในทุกฤดูกาลรวมถึงอุบัติเหตุบนท้องถนน ทำให้มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตอยู่ในอัตราที่สูงมากในแต่ละปี มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขและอุบัติเหตุทางถนนได้ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีผู้ที่ประสบสาธารณสุขได้รับความเดือดร้อนไม่ได้รับ



การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นำมาซึ่งการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตในปีหนึ่งๆเป็นจำนวนมาก ในช่วงเทศกาลปีสงกรานต์ ๒๕๖๖ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ศูนย์อำนวยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ.๒๕๖๖ สรุปสถิติอุบัติเหตุทางถนนประจำวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๖ เกิดอุบัติเหตุ ๑๘๓ ครั้ง ผู้เสียชีวิต ๑๖ ราย ผู้บาดเจ็บ ๒๐๒ คน สถิติอุบัติเหตุสะสม ๗ วัน (๑๑ - ๑๗ เมษายน ๒๕๖๖) เกิดอุบัติเหตุรวม ๒,๒๐๓ ครั้ง ผู้เสียชีวิต ๒๖๔ ราย ผู้บาดเจ็บ ๒,๒๐๘ คน ซึ่งถือว่าเป็นสถิติที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมาก และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ความล่อแหลม

การขับรถเร็วและดื่มแล้วขับ ซึ่งจากรายงานเป็นยานพาหนะที่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด โดยพฤติกรรมที่ทำให้บาดเจ็บและเสียชีวิตสูงสุดเกิดจากการขับซึ่งรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ป้ายเตือน ป้ายห้าม ข้อกำหนดต่างๆ บนท้องถนน

เฝ้าระวัง

ส่งผลต่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้เคราะห์ร้าย ครอบครัว ชุมชน และ ประเทศชาติในภาพรวมด้วย โดยทำให้ประเทศสูญเสีย เฉลี่ยแต่ละปีเท่ากับ ๓% ของ GDP โดยความสูญเสียดังกล่าวอาจสูงถึง ๕% ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง นอกจากนี้ ควรรวมมูลค่าความสูญเสียทางอ้อม เช่น การสูญเสียกำลังการผลิต ความเสียหายต่อยานพาหนะและทรัพย์สิน คุณภาพชีวิตที่ตกต่ำ และปัจจัยอื่นๆ เข้าไปในมูลค่าความสูญเสียที่แท้จริงต่อสังคมด้วย

ศักยภาพ

๑. ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Medical Emergency Response Team) ๑ ทีม
๒. มีทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับอำเภอ (Mini Medical Emergency Response Team) ครอบคลุมทุกอำเภอ
๓. มีทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team) ครอบคลุมทุกอำเภอ

๒.๖ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน

สถานการณ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) ช่วงเดือนธันวาคม - เมษายน ของทุกปี และในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ ปีที่ผ่านมามีการยกระดับ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินฯ (Emergency Operation Center : EOC) กรณีสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM 2.5) จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากการเฝ้าระวังสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM ๒.๕ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 อยู่ในเกณฑ์เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ ต่อเนื่อง ๕ วัน โดยในวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๖ มีค่า PM 2.5 สูงถึง ๖๑ ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จึงต้องมีการติดตามเฝ้าระวังทุกสัปดาห์ พร้อมทั้งนำเสนอต่อผู้บริหารในวันอังคารทุกสัปดาห์

ความล่อแหลม

ค่า PM 2.5 สูงในอำเภอที่มีการทำเกษตรและโรงงานอุตสาหกรรม

ความเฝ้าระวัง

๑. ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการลดแหล่งกำเนิดมลพิษและตระหนักในการป้องกันตนเอง เนื่องจากอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสในระยะยาว



๒. ประชาชนได้รับผลกระทบทางสุขภาพ ทำให้เจ็บป่วยมากขึ้นในกลุ่มโรค ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง และโรคตา

๓. อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (หน้ากากชนิดกันฝุ่น PM) ที่เหมาะสมมีความจำเพาะและราคาสูง ส่งผลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์ดังกล่าว

ศักยภาพ

๑. ทีม SAT จังหวัดมีการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน (PM 2.5) ไมครอน (PM 2.5)

๒. สื่อประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในช่วงที่มีผลกระทบและประชาชนมีความรู้ในการป้องกันตนเอง

๓. ความร่วมมือของหน่วยงานทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ในพื้นที่

๓. การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) การพิจารณาจากโอกาสที่จะเกิด (Likelihood) และผลกระทบ (Impact) ของความเสี่ยง

๓.๑ การวิเคราะห์ความเสี่ยงกรณีโรค

| ประเภทภัย | Biological | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก | Biological | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก | Biological | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก |
|--|--|------------------------------|---|------------------------------|---|------------------------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | โรคไข้หวัดใหญ่ | | โรคไข้เลือดออก | | โรควัณโรคติดต่อ (MDR-TB) | |
| โอกาสที่จะเกิด | | | | | | |
| ๑. เชื้อโรค | พบเชื้อโรคมายใน ๓-๔ ปี | ๘๐ | พบเชื้อโรคมายใน ๑-๒ ปี | ๑๐๐ | พบเชื้อโรคมายใน ๓-๔ ปี | ๘๐ |
| ๒. พาหะนำโรค | | | มีพาหะหลักและ อยู่ในฤดูแพร่เชื้อ | ๖๐ | มีพาหะหลักและอยู่ ในฤดูแพร่เชื้อ | ๖๐ |
| ๓. ภูมิคุ้มกันโรค (X=ภูมิคุ้มกันโรค) | มากกว่าร้อยละ ๘๐ | ๑๕ | | | | |
| ๔. สถิติการเกิด โรคในอดีต | เคยเกิดโรค/ภัย สุขภาพใน ระยะเวลา ๑ ปีที่ ผ่านมา | ๕๐ | เคยเกิดโรค/ภัย สุขภาพใน ระยะเวลา ๑ ปีที่ ผ่านมา | ๕๐ | เคยเกิดโรค/ภัย สุขภาพใน ระยะเวลา ๓ ปีที่ ผ่านมา | ๓๐ |
| ๕. มีระบบการ จัดการสุขภาพ สิ่งแวดล้อม | | | มีระบบการจัดการ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม แต่ยัง ไม่ครบถ้วนหรือไม่ ถูกต้องตามหลัก วิชาการ | ๓๐ | มีระบบการจัดการ สุขภาพ สิ่งแวดล้อมถูกต้อง ตามหลักวิชาการ | ๑๐ |
| ๖. จำนวน ประชากรกลุ่ม เสี่ยง (X=จำนวน ประชากรกลุ่มเสี่ยง) | ๙๐%>X≥๗๐% | ๔๐ | ๕๐%>X≥๓๐% | ๒๐ | ๕๐%>X≥๓๐% | ๒๐ |



| ประเภทภัย | Biological | คะแนน | Biological | คะแนน | Biological | คะแนน |
|--|---|-----------------|--|-----------------|---|-----------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | โรคไข้หวัดใหญ่ | หลังถ่วงน้ำหนัก | โรคไข้เลือดออก | หลังถ่วงน้ำหนัก | โรควัณโรคดื้อยา (MDR-TB) | หลังถ่วงน้ำหนัก |
| ๗. ฤดูกาล | การแพร่เชื้อสามารถเกิดขึ้นทุกฤดูกาล | ๒๕ | การแพร่เชื้อขึ้นอยู่กับฤดูกาล | ๕ | การแพร่เชื้อสามารถเกิดขึ้นทุกฤดูกาล | ๒๕ |
| ๘. มาตรการป้องกันควบคุมโรค | มีมาตรการป้องกันควบคุมโรค | ๕ | มีมาตรการป้องกันควบคุมโรค | ๕ | มีมาตรการป้องกันควบคุมโรค | ๕ |
| ๙. การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคนั้นๆ | น้อยกว่า ๕๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรค | ๒๕ | ๖๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรค | ๑๕ | น้อยกว่า ๕๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรค | ๒๕ |
| ๑๐. แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | ไม่มีการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | ๒๕ | ไม่มีการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | ๒๕ | ไม่มีการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน | ๒๕ |
| รวม | ๕๙.๖ | ๒๖๕ | ๖๓.๙ | ๓๑๐ | ๕๗.๗ | ๒๘๐ |
| ระดับความเสี่ยง | ๓ | | ๓ | | ๓ | |
| ผลกระทบที่ตามมา | | | | | | |
| ๑. อัตราการตาย | Median ๕ ปี ย้อนหลัง(SD=๒) | ๑๒๕ | Median ๕ ปี ย้อนหลัง(SD=-๒) | ๒๕ | Median ๕ ปี ย้อนหลัง(SD=-๒) | ๒๕ |
| ๒. ความสามารถในการจัดการควบคุมป้องกันโรค | สามารถจัดการได้ในระดับประเทศ | ๗๕ | สามารถจัดการได้ในระดับตำบล | ๑๕ | สามารถจัดการได้ในระดับอำเภอ | ๓๐ |
| ๓. การแพร่กระจาย (Potential of transmission: Ro) | Third control | ๖๐ | Primary transmission | ๓๐ | ไม่มีการแพร่กระจาย | ๑๕ |
| ๔. ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) | ๔ ใน ๔ | ๕๐ | ไม่เข้าเกณฑ์ | ๑๐ | ๑ ใน ๔ | ๒๐ |
| ๕. ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (X=ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข) | มากกว่า ๖๐ นาที | ๕๐ | | | | |



| ประเภทภัย | Biological | คะแนน | Biological | คะแนน | Biological | คะแนน |
|--|----------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | โรคไข้หวัดใหญ่ | หลังถ่วง น้ำหนัก | โรคไข้เลือดออก | หลังถ่วง น้ำหนัก | โรคฉี่หนู (MDR-TB) | หลังถ่วง น้ำหนัก |
| ๖. ร้อยละของประชากรที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (X=ร้อยละของประชากรที่มีอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี) | ๓๐≥X>๒๐ (๒๒.๘๔) | ๓๐ | ๓๐≥X>๒๐ (๒๒.๘๔) | ๓๐ | ๓๐≥X>๒๐ (๒๒.๘๔) | ๓๐ |
| ๗. ภาพลักษณ์ | มีความสนใจมาก และต่อเนื่อง | ๔๐ | มีความสนใจบ้าง แต่ไม่ต่อเนื่อง | ๒๐ | มีความสนใจบ้าง แต่ไม่ต่อเนื่อง | ๒๐ |
| ๘. การใช้งบประมาณ | งบประมาณระดับอำเภอ | ๑๐ | งบประมาณระดับ อบต. | ๕ | งบประมาณระดับ อำเภอ | ๑๐ |
| รวม | ๘๘.๐ | ๔๔๐ | ๒๗.๖ | ๑๓๕ | ๓๐.๖ | ๑๕๐ |
| ระดับความเสี่ยง | ๔ | | ๒ | | ๒ | |

๓.๒ การวิเคราะห์ความเสี่ยงกรณีภัยสุขภาพ

| ประเภทภัย | Disaster | คะแนน | Human | คะแนน | Human | คะแนน |
|---|--|------------------|---|------------------|--|------------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | อุทกภัย | หลังถ่วง น้ำหนัก | อุบัติเหตุทางถนน | หลังถ่วง น้ำหนัก | ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน | หลังถ่วง น้ำหนัก |
| โอกาสที่จะเกิด (กรณีภัยสุขภาพ) | | | | | | |
| ๑. ความถี่/สถิติในการเกิดภัยสุขภาพ | เคยเกิดในระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมา | ๑๕๐ | เคยเกิดในระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมา | ๑๕๐ | เคยเกิดในระยะเวลา ๑ ปีที่ผ่านมา | ๑๕๐ |
| ๒. มาตรการ/ระบบเตือนภัย | มีมาตรการและระบบเตือนภัยป้องกันภัยสุขภาพ | ๓๐ | มีมาตรการและระบบเตือนภัยสุขภาพ | ๓๐ | มีมาตรการและระบบเตือนภัยป้องกันภัยสุขภาพ | ๓๐ |
| ๓. Risk area เช่น พื้นที่ที่มีความลาดเอียงมากกว่า ๑๕ องศา พื้นที่ลุ่มน้ำอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรมเคมี เป็นต้น | มากกว่า ๕๐% | ๗๕ | มากกว่า ๕๐% | ๗๕ | น้อยกว่า ๒๕% | ๑๕ |
| ๔. การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับภัยสุขภาพ | ๕๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับภัยสุขภาพ | ๖๐ | น้อยกว่า ๕๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับภัยสุขภาพ | ๗๕ | ๗๐% ของประชาชนที่สุ่มสัมภาษณ์มีความรู้เกี่ยวกับภัยสุขภาพ | ๓๐ |



| ประเภทภัย | Disaster | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก | Human | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก | Human | คะแนน หลังถ่วง น้ำหนัก |
|--|--|------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | อุทกภัย | | อุบัติเหตุทางถนน | | ฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน | |
| ๕. แผนตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินและ การซ้อมแผน | ไม่มีการจัดทำแผน ตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน ไม่มีการ ซ้อมแผน | ๔๐ | มีการจัดทำแผน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ไม่มีการซ้อมแผน | ๓๐ | ไม่มีการจัดทำ แผนตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน ไม่ มีการซ้อมแผน | ๔๐ |
| รวม | ๗๑ | ๓๕๕ | ๗๒ | ๓๖๐ | ๕๓ | ๒๖๕ |
| ระดับความเสี่ยง | ๓ | | ๔ | | ๔ | |
| ผลกระทบที่ตามมา(กรณีภัยสุขภาพ) | | | | | | |
| ๑. ระยะเวลาใน การเกิดผลกระทบ | มากกว่า ๑๖๘ ชั่วโมง | ๑๐๐ | มากกว่า ๑๖๘ ชั่วโมง | ๑๐๐ | $๔๘ \leq X < ๗๒$ | ๔๐ |
| ๒. ความสามารถ ในการจัดการ ควบคุมป้องกัน โรค | สามารถจัดการได้ ในระดับอำเภอ | ๓๐ | สามารถจัดการได้ใน ระดับเขต | ๖๐ | สามารถจัดการ ได้ในระดับ ตำบล | ๑๕ |
| ๓. ร้อยละของ ประชากรที่มีอายุ น้อยกว่า ๕ ปี และมากกว่า ๖๕ เทียบกับประชากร | $๓๐ \geq X > ๒๐$ | ๔๕ | $๓๐ \geq X > ๒๐$ | ๔๕ | $๓๐ \geq X > ๒๐$ | ๔๕ |
| ๔. ระยะเวลาใน การฟื้นฟู | มากกว่า ๔ สัปดาห์ | ๗๕ | มากกว่า ๔ สัปดาห์ | ๗๕ | น้อยกว่า ๑ สัปดาห์ | ๑๕ |
| ๕. ระบบ สาธารณสุขหรือ โครงสร้างพื้นฐาน เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบประปา ระบบสื่อสาร ระบบขนส่ง เป็น ต้น | มีผลกระทบต่อ ระบบสาธารณสุข หรือโครงสร้าง พื้นฐานบางส่วน | ๔๕ | มีผลกระทบต่อ ระบบสาธารณสุข และโครงสร้าง พื้นฐาน | ๗๕ | ไม่มีผลกระทบ ต่อระบบ สาธารณสุขหรือ โครงสร้าง พื้นฐาน | ๑๕ |
| ๖. ภาพลักษณ์ (ความต่อเนื่อง พิจารณาจากการ เป็นข่าวทางสื่อ โทรทัศน์หรือวิทยุ ติดต่อกันอย่าง น้อย ๑ สัปดาห์) | มีความสนใจมาก แต่ไม่ต่อเนื่อง | ๔๐ | มีความสนใจมาก และต่อเนื่อง | ๕๐ | ไม่มีความสนใจ | ๑๐ |



| ประเภทภัย | Disaster | คะแนน | Human | คะแนน | Human | คะแนน |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--|---------------------|
| ชื่อภัย / การประเมิน | อุทกภัย | หลังถ่วง น้ำหนัก | อุบัติเหตุทางถนน | หลังถ่วง น้ำหนัก | ฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน | หลังถ่วง น้ำหนัก |
| ๗. การใช้ งบประมาณ | งบประมาณระดับ จังหวัด | ๓๐ | งบประมาณระดับ จังหวัด | ๓๐ | งบประมาณ ระดับ อบต. | ๑๐ |
| รวม | ๗๓ | ๓๖๕ | ๘๗ | ๔๓๕ | ๓๐ | ๑๕๐ |
| ระดับความเสี่ยง | ๔ | | ๔ | | ๒ | |



๔. ตารางจัดลำดับความเสี่ยง

| ลำดับ | ประเภทภัย | ชื่อภัย | โอกาสในการเกิด (ก) | ระดับความรุนแรง (ข) | ระดับความเสี่ยง (ค) = (ก) × (ข) | แปลผล (ค) | จำนวนสถานบริการ เสี่ยง (นับเฉพาะ โรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลทั่วไป) | แผนรองรับภัย | | | | | |
|-------|------------|---|-----------------------|------------------------|---------------------------------------|--------------|--|--------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------|
| | | | | | | | | ไม่มี | All Hazards Plan (AHP) | Hazards Specific Plan (HSP) | Business Continuity Plan (BCP) | Incident Action Plan (IAP) | อื่นๆ (โปรดระบุ) |
| 1 | Biological | โรคไข้หวัดใหญ่ | 3 | 4 | 12.00 | High | 18 | P | | | | | |
| 2 | Biological | โรคไข้เลือดออก | 3 | 2 | 6.00 | Moderate | 18 | P | | | | | |
| 3 | Biological | วัณโรคดื้อยา (MDR-TB) | 3 | 2 | 6.00 | Moderate | 18 | P | | | | | |
| 4 | Disaster | อุทกภัย | 3 | 4 | 12.00 | High | 15 | P | | | | | |
| 5 | Human | อุบัติเหตุทางถนน | 4 | 4 | 16.00 | High | 18 | P | | | | | |
| 6 | Human | ฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) | 3 | 2 | 6.00 | Moderate | 18 | P | | | | | |



สรุปการประเมินผลความเสี่ยง โรคและภัยสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์

- โรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง (High)และระดับสูงมาก (Very High)ไม่สามารถยอมรับได้
ต้องมีการจัดการความเสี่ยง เพื่อควบคุมความเสี่ยงไปสู่ระดับที่ยอมรับได้ อาจมีมาตรการป้องกันเฉพาะ
หรือจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งหมด ๑ โรค ๒ ภัยสุขภาพ ได้แก่ ๑.อุบัติเหตุทางถนน ๒. อุทกภัย
๓.โรคไข้หวัดใหญ่
- โรคและภัยสุขภาพที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) สามารถยอมรับได้
ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทั้งหมดจำนวน ๒ โรค ๑ ภัยสุขภาพ ได้แก่ ๑. โรคไข้เลือดออก
๒. วัณโรคดื้อยา (MDR-TB) ๓. ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM ๒.๕)

| ระดับความรุนแรงของผลกระทบ (Consequence/Impact) | ๕ | | | | |
|---|---|---|---|--------------------|---|
| | ๔ | | <ul style="list-style-type: none"> • อุทกภัย • โรคไข้หวัดใหญ่ | • อุบัติเหตุทางถนน | |
| | ๓ | | | | |
| | ๒ | | <ul style="list-style-type: none"> • โรคไข้เลือดออก • วัณโรคดื้อยา(MDR-TB) • ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน | | |
| | ๑ | | | | |
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| โอกาสหรือความถี่ (Likelihood) | | | | | |

ผู้เสนอ

นาย

(นางสาวนงนุช โนนศรีชัย)
นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

Sign: B1BBA6B4CE6AABB097553B6902448B14
RefNo: 256611221405332381

ผู้ตรวจสอบ
พ.ร.อ. อ.

(นายพรพัฒน์ ภูนาภรณ์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
Sign: 56D865FED8B442B50E01BF12FC64B6DD
RefNo: 256611221405332381

ผู้อนุมัติ

นาย

(นายวิฑูรย์ วัฒนเรืองโกวิท)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Sign: C7785F41CFAD53EA1CDE590F5608B1BC
RefNo: 256611221405332381