

ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ



นางสาวปรารถนา ยามานนท์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

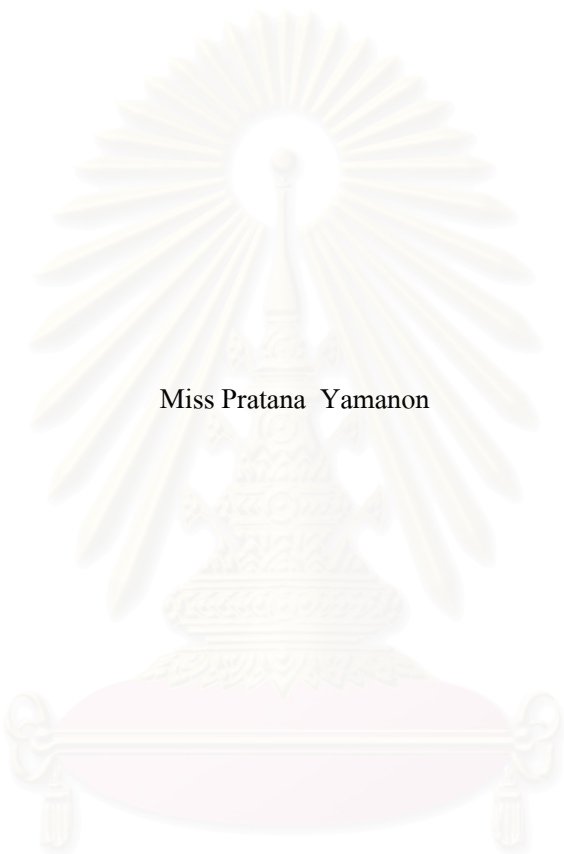
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES IN DISASTER MANAGEMENT  
DURING TSUNAMI



Miss Pratana Yamanon

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ  
ในเหตุการณ์สึนามิ

โดย

นางสาว ปราธนา ชามานนท์

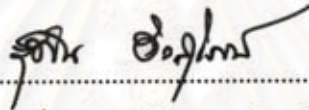
สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษา

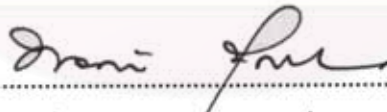
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีขั้ววรรณ อ่วมตานี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล




..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

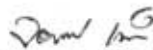
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมพรอาจ)



..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีขั้ววรรณ อ่วมตานี)



..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จอนพะจง เฟื่องจาด)

ปรารณา ยามานนท์ : ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพใน  
เหตุการณ์สึนามิ (THE EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES IN DISASTER  
MANAGEMENT DURING TSUNAMI) อ.ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
ดร.อารีชัยวรรณ อ่วมคานี, 143 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การจัดการ  
สาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์  
วิทยาของ Husserl ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขใน  
เหตุการณ์สึนามิในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดพังงาจำนวน 19 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล  
โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกของ  
ผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของ Colaizzi

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ  
โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการห้เหตุฉุกเฉิน และ 2) การแก้ไขปัญหา  
เฉพาะหน้า และประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ  
แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักได้แก่

ประเด็นที่ 1: การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ

- 1.1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน
- 1.2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย
- 1.3 ข้อมูลสับสนอลหม่าน
- 1.4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย
- 1.5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอกจากโรงพยาบาลอื่น
- 1.6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข
- 1.7 มีอะไรใช้ไปก่อน
- 1.8 ระบบสื่อสารล้ม ระดมถามช่วยแปล

ประเด็นที่ 2: การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

- 2.1 หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง
- 2.2 กลัว แต่ทั้งคนไข้ไม่ได้
- 2.3 ช่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

ประเด็นที่ 3: ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

- 3.1 ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง
- 3.2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อนิสิต.....ปริญญากฎหมาย.....  
ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 477 75899 36: MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEY WORD: DISASTER MANAGEMENT/ PROFESSIONAL NURSES/ TSUNAMI

PRATANA YAMANON: THE EXPERIENCES OF PROFESSIONAL NURSES IN  
DISASTER MANAGEMENT DURING TSUNAMI. THESIS ADVISOR: ASSISTANT  
PROFESSOR AREEWAN OUMTANEE, RN, Ph.D., 143 pp.

The purpose of this qualitative study was to explore the disaster management meaning and the experiences of professional nurses during Tsunami. The Husserl phenomenological approach was employed in this study. Study participants were selected by using purposive sampling from a general hospital in Pangya. Nineteen professional nurses were willing to participate in this study. In-depth interview with tape-record was used to collect data. All interviews were transcribed verbatim and analyzed by using content analysis of Colaizzi.

The study findings showed substantial theme of the disaster management meaning consisting of 2 categories: 1) performing with routine disaster management plan; and 2) solving an emergent problem. According to content analysis, the experiences of professional nurses during Tsunami were emerged into 3 categories as follows:

Category 1: Managing disaster including:

- 1.1 Overload of victim screening
- 1.2 Lack of coordination in referral
- 1.3 Messy documentation
- 1.4 Tiring staff need more help
- 1.5 Insufficient medical equipments, must ask from other hospitals
- 1.6 Being conflict
- 1.7 Using all materials in hand, no time for cleaning
- 1.8 Failure of communication, requesting translators

Category 2: Managing emotion including:

- 2.1 Responsibility comes first
- 2.2 Fearful whereas cannot leave patients
- 2.3 Controlling the mind, pity, working until exhausted

Category 3: Managing disaster results including:

- 3.1 Concerning others rather than oneself
- 3.2 Impressing in teamwork

Field of study...Nursing Administration.....Student's signature..... *ปัทมา ยามานอน*

Academic year.....2007.....Advisor's signature..... *Areewan Oumtanee*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ คอยชี้แนะและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมา และคอยเป็นกำลังใจจนกระทั่งผลงานสำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็ญจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดที่ทำให้ผลงานวิจัยนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเหตุการณ์สึนามิทุกท่านที่เสียสละเวลาถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่ายิ่งเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจความหมายของการจัดการสาธารณสุขและประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิมากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ พ.ต.ท.ประเสริฐ ยามานนท์ คุณแม่จิตรภีร์ ยามานนท์ และ อาจารย์ ดร.โอฬาร โรจนพรพันธุ์ ที่ได้มอบความรัก ความหวังดี อีกทั้งคอยเป็นกำลังใจตลอดมา นอกจากนี้ขอขอบคุณเพื่อนๆทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือและความปรารถนาดีที่มีให้แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามในการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
สื่อนามิในประเทศไทย.....	7
การเกิดเหตุการณ์สื่อนามิ.....	8
ประวัติการเกิดสื่อนามิ.....	8
ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์สื่อนามิ.....	10
การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ.....	11
ความหมายของการจัดการสาธารณสุข.....	16
แนวคิดการจัดการสาธารณสุข.....	16
การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ.....	28
การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ผู้ให้ข้อมูลและบริบทพื้นที่ที่ศึกษา.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	53
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	53

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5 การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	106
อภิปรายผล.....	107
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	126
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	130
รายการอ้างอิง .....	131
รายการอ้างอิงภาษาไทย .....	131
รายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ .....	133
ภาคผนวก .....	135
ภาคผนวก ก. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์.....	136
ภาคผนวก ข. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย.....	138
ภาคผนวก ค. แบบการยินยอมเข้าร่วมวิจัย .....	139
ภาคผนวก ง. แบบบันทึกภาคสนาม .....	140
ภาคผนวก จ. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น .....	141
ภาคผนวก ฉ. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	142
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	143

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันที่พบว่าตามภูมิภาคต่างๆของโลกมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินเกิดขึ้นอยู่เสมอ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายที่รุนแรงนี้ เรียกว่า สาธารณภัย (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ในระยะหลังมานี้ ประเทศไทยเกิดสาธารณภัยหรือมีอุบัติภัยร้ายแรงเกิดขึ้นบ่อยครั้งและทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ ไม่ว่าจะเป็นภัยจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ หรือภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งสร้างความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สินซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ ความเสียหายทุกครั้ง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการดำรงชีวิตของประชาชนผู้ประสบภัย ความรุนแรงของภัยที่ประสบอาจมีความรุนแรงถึงกับทำให้ผู้ประสบภัยเสียชีวิต หรือได้รับบาดเจ็บจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ประสบภัยและญาติเหล่านี้จึงต้องการบริการทางด้านสุขภาพทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

จากรายงานของสำนักเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2546 พบว่าทุกครั้งเมื่อเกิดสาธารณภัยไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม ย่อมก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและรัฐเสมอ ดังจะเห็นได้จากสถิติและความเสียหายที่เกิดจากสาธารณภัยที่สำคัญๆของประเทศไทย เช่นในปี พ.ศ.2546 เกิดความเสียหายจากอุทกภัย มีผู้ได้รับบาดเจ็บและได้รับผลกระทบจำนวน 10 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 53 ราย ความเสียหายคิดเป็นเงินมูลค่า 2,066.08 ล้านบาท ความเสียหายจากवादภัย มีผู้ได้รับบาดเจ็บและได้รับผลกระทบจำนวน 434 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 74 ราย ความเสียหายคิดเป็นเงินมูลค่า 457.43 ล้านบาท ความเสียหายจากอัคคีภัย มีผู้ได้รับบาดเจ็บและได้รับผลกระทบจำนวน 167 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 56 ราย ความเสียหายคิดเป็นเงินมูลค่า 565.54 ล้านบาท ความเสียหายจากภัยแล้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บและได้รับผลกระทบจำนวน 5,939,282 ราย ความเสียหายคิดเป็นเงินมูลค่า 174.53 ล้านบาท และพื้นที่การเกษตรเสียหาย 484,189 ไร่

นอกจากภัยพิบัติที่กล่าวมานี้ ปัจจุบันยังพบว่า มีภัยพิบัติที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทั้งทางด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ การเมืองทั่วโลก ส่งผลให้เกิดภัยที่ไม่เคยเกิด เป็นภัยพิบัติที่ได้สร้างความสูญเสียให้กับโลก และส่งผลกระทบต่อประเทศไทย โดยมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี เช่น การเกิดเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่รวมถึง

บริเวณ 6 จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามันของประเทศไทย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ซึ่งทำให้มีผู้เสียชีวิตนับแสนคน ภัยพิบัตินี้เรียกว่าสึนามิ

ในอดีต คนไทยรู้จักคำว่า “สึนามิ” จากภาพข่าวว่าเป็นคลื่นประเททหนึ่งที่มีพลังทำลายล้างสูง เข้าถล่มชายฝั่งประเทศญี่ปุ่นเป็นประจำจนเป็นที่มาของคำว่า “สึนามิ” คนไทยเกือบทั้งประเทศเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะไม่มีทางประสบกับวิกฤตการณ์จาก “สึนามิ” อย่างแน่นอน แต่เมื่อวันอาทิตย์ที่ 26 ธันวาคม 2547 ความเชื่อมั่นของคนไทยทั้งประเทศที่มีมาได้เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดเหตุการณ์ธรณีพิบัติ คลื่นสึนามิเข้าถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ราชบุรี และสตูล ซึ่งเป็นมหันตภัยที่ร้ายแรงที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย ผลสรุปยอดผู้เสียชีวิต บาดเจ็บและสูญหายจากกรณีธรณีพิบัติคลื่นสึนามิ ข้อมูล ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2548 รายงานว่ามีผู้เสียชีวิต 5,395 คน บาดเจ็บ 8,457 คน และหายสาบสูญอีก 3,010 คน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2548 อ้างใน เอกสารประกอบการจัดประชุมวิชาการประจำปี โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต, 2548: 28) ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอย่างมหาศาล ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่กับเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของ 6 จังหวัดภาคใต้ และนอกจากนี้ทำให้เกิดการสูญเสีย การพลัดพรากของบุคคลในครอบครัวโดยไม่มีวันหาสิ่งใดมาทดแทนได้และต้องใช้เวลาในการรักษาจิตใจอีกยาวนาน

นักวิชาการร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ในภาวะอุบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิถล่มฝั่งทะเลอันดามันภาคใต้ไว้ว่าเป็นอุบัติภัยที่มีจำนวนผู้ประสบภัยมากที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย เนื่องจากไม่มีการเตือนภัยล่วงหน้า เหตุการณ์เกิดขึ้นในวันหยุดและพื้นที่เกิดเหตุอยู่บริเวณริมชายหาดซึ่งอยู่ไกลจากโรงพยาบาล เกิดปัญหาและอุปสรรคการรับส่งผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก โรงพยาบาลทั้งหมดในเขตประสบภัยไม่สามารถดูแลผู้ป่วยครั้งละมากๆ ได้ รวมทั้งจำนวนเตียงรวมกันทั้งหมดไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล นำไปสู่ปัญหาคุณภาพการดูแล การเกิดอุบัติภัยใหญ่ครั้งนี้ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากไม่มีแผนการรองรับการเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว รวมถึงการขาดความรู้ในการบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ลักษณะโรคที่เกิดขึ้นจากอุบัติภัยสึนามิที่มีทั้งการบาดเจ็บจากของมีคมและแรงกระแทก ภาวะสำลักน้ำ สำลักน้ำโคลน และการติดเชื้อที่แผลโดยเชื้อที่มีความรุนแรง และมักจะมีเชื้อโรคหลายตัวในแผลเดียว เนื่องจากแผลส่วนใหญ่เป็นแผลที่ปนเปื้อนน้ำทะเลกับสิ่งแปลกปลอม เช่น โคลนและทราย

จากการติดตามการดำเนินของโรคพบว่า แผลสกปรกเหล่านี้ แสดงอาการติดเชื้อในช่วง 72 ชั่วโมงแรก และเชื้อส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Enterobacteriaceae จากการเพาะเชื้อหนองจากบาดแผล พบว่าการติดเชื้อมากกว่าหนึ่งชนิดถึง 75% และพบว่าการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่มของ Amoxicillin+Clavulonic acid ได้ผลเพียง 60% (ก้องเกียรติ เกษเพ็ชร์, 2548 อ้างใน เอกสาร

ประกอบการจัดประชุมวิชาการประจำปีโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต, 2548: 76) นอกจากนี้ ภาวะทางด้านจิตใจหลังการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ประสบภัยมีความต้องการบุคลากรสุขภาพในการดูแลรักษาโรค กลุ่มดังกล่าวมาก ต้องการสถานที่ห้องผ่าตัด ยา เวชภัณฑ์ ระบบการประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องและข้อมูลที่เป็นสำหรับการวางแผนดูแลกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งหมด เมื่อผ่านช่วงวิกฤต จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อไปอีกระยะหนึ่ง

สำหรับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเบื้องต้นได้รับความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลในเขตอุบัติเหตุ โดยเฉพาะในจังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ซึ่งมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งรัฐบาลและเอกชนในระดับตติยภูมิเพียง 3-4 โรงพยาบาลเท่านั้น โรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากต่างประเทศในเรื่องประสิทธิภาพของระบบการติดต่อประสานงาน และสื่อสารกับต่างประเทศ รวมทั้งล่ามหลากหลายภาษามีอยู่เพียง 1-2 โรงพยาบาลเท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยมีทั้งชาวไทยและต่างชาติในอัตราส่วนที่พอๆกัน ผู้ป่วยชาวต่างชาติส่วนใหญ่จะใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ที่เกิดเหตุ ส่วนหนึ่งได้รับการส่งต่อมารับการรักษาต่อในกรุงเทพฯ อีกส่วนหนึ่งได้รับการดูแลในโรงพยาบาลท้องถิ่น รวมทั้งผู้ป่วยชาวไทยจำนวนมากที่นอนพักรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลท้องถิ่น เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนทั้งเจ้าหน้าที่ และทรัพยากรต่างๆที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้ปัญหาของความต้องการการดูแลของผู้ป่วยชาวต่างชาติมีความแตกต่างจากความต้องการของผู้ป่วยชาวไทย ประกอบกับการมีภาวะการพลัดพรากจากครอบครัวที่เดินทางมาท่องเที่ยวด้วยกัน ไม่มีที่พักที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นปัญหาของความต้องการการดูแลที่มากกว่าชาวไทย ดังนั้น โรงพยาบาลที่ดูแลจะต้องมีระบบให้ความช่วยเหลือเรื่องเหล่านี้นอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ด้วย ปัญหาโดยเฉพาะเรื่องการประสานงาน ซึ่งปกติการประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาลในเขตค่อนข้างราบรื่น แต่เนื่องจากในช่วงวิกฤต ต่างฝ่ายต่างมีภาระดูแลผู้ป่วยของตนเอง เกินความสามารถที่มีอยู่ที่จะรองรับได้ ทั้งในและนอกจังหวัดเกิดปัญหาในการวางแผนรองรับให้เหมาะสมกับความรุนแรงของปัญหา อีกทั้งยังขาดประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมากๆ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ (วัชระ จามจุรีรักษ์, 2548) ช่วงเวลานั้น ล้วนเป็นประสบการณ์และบทเรียนที่มีค่า ควรเรียนรู้ร่วมกัน และถ่ายทอดเป็นหลักฐานรวมทั้งปัญหาอุปสรรค เงื่อนไขปัจจัยการตัดสินใจทั้งในระดับบริหาร และปฏิบัติการ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการที่จะบันทึก คัดกรอง และถ่ายทอดให้กับสังคม ได้มีโอกาสเรียนรู้ และเข้าใจ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับเหตุการณ์อื่นๆ หรือแม้กระทั่งใช้เป็นบทเรียนในการเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการสาธารณภัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หลังจากคลื่นสึนามิผ่านไป ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต่างร่วมมือร่วมใจเพื่อศึกษาและหาวิธีป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดเหตุสูญเสียมากมายดังที่ผ่านมาแล้ว ดังนั้นหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญต่อการจัดการสาธารณภัยเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการร่วมมือกันระหว่างประเทศ หรือภูมิภาคด้วย

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรที่ได้ปฏิบัติงานในเหตุการณ์สึนามิซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือเป็นการให้บริการพยาบาลแก่คนหมู่มากร่วมๆกัน โดยใช้วิธีการจำแนกผู้บาดเจ็บ การให้การพยาบาลฉุกเฉิน และการทำงานร่วมกันของทีมดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ความนับใจ มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี สามารถประเมินปัญหาได้ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้ดี ทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณภัย เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ

จากการสัมภาษณ์พยาบาล 2 ราย ที่ผ่านการปฏิบัติหน้าที่เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2548 และวันที่ 7 พฤษภาคม 2548 พบว่า การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลยังมีปัญหาหลายประการเนื่องจากสาธารณภัยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ขาดการวางแผนที่ครอบคลุมและเหมาะสม ไม่สามารถระดมกำลังคนและทรัพยากรต่างๆมาใช้ได้อย่างทั่วถึง วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ทำให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก และเนื่องจากขาดบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีกำลังสับเปลี่ยนทำให้เจ้าหน้าที่คนเดิมต้องปฏิบัติงานกันอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้พักผ่อน ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน การจัดแบ่งหน้าที่การทำงานไม่ชัดเจน ทำให้บุคลากรไม่รู้อำนาจหน้าที่และขอบข่ายการทำงานของตนว่ามีเพียงใด การประสานงานขาดประสิทธิภาพ ทำให้การดำเนินงานมีความล่าช้า และเกิดการทำงานซ้ำซ้อน จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ทราบว่า นอกจากพยาบาลจะมีคุณสมบัติการให้การพยาบาลพื้นฐานทั่วไปแล้ว พยาบาลควรจะต้องมีความรู้ด้านการจัดการเมื่อเกิดสาธารณภัยด้วย โดยมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณภัยชนิดต่างๆได้ รวมทั้งการมีทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีทักษะการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีสติ จิตใจเข้มแข็ง รอบคอบ อดทน และต้องมีสุขภาพกายและจิตแข็งแรง (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ควบคู่ไปกับความสามารถด้านการบริหารจัดการพยาบาลที่ดี เพราะเมื่อมีเหตุการณ์สาธารณภัย และเหตุการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น พยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะสามารถบริหารจัดการในหน้าที่ของตนได้อย่างดี และสามารถจัดการช่วยเหลือบุคคลที่ประสบสาธารณภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันสถาบันทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ผลิตพยาบาลวิชาชีพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มุ่งให้การพยาบาลในภาวะปกติ เน้นการทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการใช้ความรู้ ทักษะต่างๆในการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนองค์ความรู้ด้านการจัดการด้าน

สาธารณสุขที่ชัดเจนยังไม่ได้ถูกบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอน ดังนั้นเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน สาธารณภัย อาจทำให้การปฏิบัติกรพยาบาลด้านสาธารณสุขเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควรและอาจมี ประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งยังอาจก่อผลเสียหายต่อสาธารณสุขชนด้วย และจากประเด็นปัญหา ดังกล่าวนั้น การศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาล จะทำให้ได้ความรู้จากกรณี เฉพาะที่ลึกซึ้ง และได้คำอธิบายต่างๆที่เกิดขึ้นจริงในเหตุการณ์อันจะเชื่อมโยงทำให้ได้ความรู้ทาง ทฤษฎีครบถ้วน สำหรับนำมาใช้แก้ปัญหาและเพิ่มพูนประสิทธิภาพการบริการพยาบาลเมื่อเกิด สาธารณภัยได้ดียิ่งขึ้น วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ทราบประสบการณ์การจัดการ สาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ และเพื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาเป็นแนวทางในการ จัดการหลักสูตรการเรียนการสอนหรือการจัดฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพให้มี ความสามารถในการจัดการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายและประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพใน เหตุการณ์สึนามิ

### คำถามในการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพให้ความหมายการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิอย่างไร
2. พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิอย่างไร

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Streubert and Carpenter, 2003) ใช้ วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ

- 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ และ
- 2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และบันทึกเทปเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความหมายการจัดการสาธารณสุข หมายถึง การให้ความหมายของพยาบาลเกี่ยวกับการ จัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ ซึ่งพยาบาลบุคคลนั้นเป็นผู้ให้ความหมายจากเหตุการณ์ที่ พยาบาลประสบมาด้วยตนเอง

2. **ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุข** หมายถึงการรับรู้และการเล่าเรื่องราวของพยาบาลเกี่ยวกับประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบภัยจากเหตุการณ์สึนามิ ซึ่งพยาบาลบุคคลนั้นเป็นผู้แปลความหมายจากเหตุการณ์ที่พยาบาลประสบมาด้วยตนเอง

3. **เหตุการณ์สึนามิ** หมายถึงเหตุการณ์แผ่นดินไหวขนาด 9.3 ริคเตอร์ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ.2547 ในมหาสมุทรอินเดีย ทางตอนเหนือบริเวณเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ส่งผลให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ ทำให้เกิดภัยพิบัติกับประเทศต่างๆที่อยู่ริมฝั่งมหาสมุทรอินเดียและทะเลอันดามันถึง 11 ประเทศ เฉพาะในประเทศไทยถล่มภาคใต้ฝั่งทะเลอันดามันรวม 6 จังหวัด คือ พังงา กระบี่ ภูเก็ต สตูล ระนอง และตรัง

4. **พยาบาลวิชาชีพ** หมายถึง พยาบาลที่มีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบภัยจากเหตุการณ์สึนามิ

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหาทางการบริหารจัดการพยาบาลสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน หรือการจัดฝึกอบรมพยาบาลในการจัดการสาธารณสุขต่อไป
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิดจากการทบทวนตำรา เอกสาร หนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นหัวข้อและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. สึนามิในประเทศไทย
  - 1.1. การเกิดเหตุการณ์สึนามิ
  - 1.2. ประวัติการเกิดสึนามิ
  - 1.3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์สึนามิ
2. การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพ
  - 2.1. ความหมายของการจัดการสาธารณภัย
  - 2.2. แนวคิดการจัดการสาธารณภัย
  - 2.3. การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพ
3. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. สึนามิในประเทศไทย

สึนามิ (Tsunami) คือคลื่นหรือกลุ่มคลื่นที่มีจุดกำเนิดอยู่ในเขตทะเลลึก เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ในลักษณะของระลอกคลื่น ที่เกิดขึ้นจากการที่น้ำในทะเลสาบหรือในท้องมหาสมุทรจำนวนมาก เกิดการเคลื่อนย้ายถ่ายเทจากบริเวณหนึ่งสู่อีกบริเวณหนึ่งอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการเกิดแผ่นดินไหว แผ่นดินเคลื่อนตัว ภูเขาไฟระเบิด หรือจากวัตถุจากนอกโลก เช่น ดาวหาง หรืออุกกาบาต ตกสู่พื้นทะเลหรือมหาสมุทรบนผิวโลก คลื่นสึนามิที่เกิดขึ้นนี้จะถาโถมเข้าสู่พื้นที่ชายฝั่งทะเลด้วยความรวดเร็วและรุนแรง สร้างความเสียหายอย่างใหญ่หลวงให้แก่ชีวิตและทรัพย์สิน

สำหรับประเทศไทย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 คลื่นสึนามิที่เกิดจากแผ่นดินไหวใต้น้ำ เข้าถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่จังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง ตรัง และสตูล ซึ่งเป็นมหันตภัยที่ร้ายแรงที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย ผลสรุปยอดผู้เสียชีวิตบาดเจ็บและสูญหายจากกรณีพิบัติคลื่นสึนามิ ข้อมูล ณ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2548 รายงานว่ามีผู้เสียชีวิต 5,395 คน บาดเจ็บ 8,457 คน และหายสาบสูญอีก 3,010 คน (กรมป้องกันและบรรเทา

สาธารณสุข, 2548 อ้างในเอกสารประกอบการจัดประชุมวิชาการประจำปีโรงพยาบาลกรุงเทพ  
ภูเก็ต, 2548: 28)

### 1.1 การเกิดเหตุการณ์สึนามิ

คลื่นสึนามิเกิดขึ้นจากการกระทบกระเทือนที่ทำให้น้ำปริมาณมากเกิดการเคลื่อนตัว เช่น แผ่นดินไหว แผ่นดินถล่ม หรืออุกกาบาตพุ่งชน เมื่อแผ่นดินใต้ทะเลเกิดการเปลี่ยนรูปร่างอย่างกระทันหัน จะทำให้น้ำทะเลเกิดการเคลื่อนตัวเพื่อปรับระดับให้เข้าสู่จุดสมดุลและจะก่อให้เกิดคลื่นสึนามิ การเปลี่ยนรูปร่างของพื้นทะเลมักเกิดขึ้นเมื่อเกิดแผ่นดินไหวเนื่องจากการขยับตัวของเปลือกโลก ซึ่งจะเกิดบริเวณที่ขอบของเปลือกโลกหลายแผ่นเชื่อมต่อกันที่เรียกว่า รอยเลื่อน (Fault) เช่น บริเวณขอบของมหาสมุทรแปซิฟิก นอกจากการกระทบกระเทือนที่เกิดใต้น้ำแล้ว การที่พื้นดินขนาดใหญ่ถล่มลงทะเล หรือการตกกระทบพื้นน้ำของเทหวัตถุ ก็สามารถทำให้เกิดคลื่นได้ โดยทั่วไปคลื่นจะมีคุณสมบัติสำคัญที่วัดได้อยู่สองประการคือ คาบ ซึ่งจะเป็นเวลาระหว่างลูกคลื่นสองลูก และความยาวคลื่น ซึ่งเป็นระยะห่างระหว่างลูกคลื่นสองลูก ในทะเลเปิด คลื่นสึนามิมีคาบที่นานมาก โดยเริ่มจากไม่กี่นาทีไปจนเป็นชั่วโมง ในขณะที่เดียวกันก็มีความยาวคลื่นที่ยาวมาก โดยอาจยาวถึงหลายร้อยกิโลเมตร ในขณะที่คลื่นทั่วไปที่เกิดจาก ลมที่ชายฝั่งนั้น มีคาบประมาณ 10 วินาที และมีความยาวคลื่นประมาณ 150 เมตรเท่านั้น ความสูงของคลื่นในทะเลเปิดมักน้อยกว่าหนึ่งเมตร ซึ่งทำให้ไม่เป็นที่สังเกตของผู้คนบนเรือ คลื่นสึนามิจะเคลื่อนที่ด้วยความเร็วตั้งแต่ 500 ถึง 1,000 กิโลเมตรต่อชั่วโมง อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่ชายฝั่งที่มีความลึกลดลง คลื่นจะมีความเร็วลดลงและเริ่มก่อตัวเป็นคลื่นสูง โดยอาจมีความสูงมากกว่า 30 เมตร

### 1.2 ประวัติการเกิดสึนามิ

แม้ว่าสึนามิจะเกิดขึ้นบ่อยที่สุดในมหาสมุทรแปซิฟิก แต่ก็เป็นที่รู้จักกันดีว่าปรากฏการณ์สึนามิได้เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนอื่นๆของโลกด้วยเช่นกัน มีข้อมูลที่พูดถึง สึนามิ ที่มีอำนาจทำลายล้างสูงนี้ ซึ่งเรียงตามลำดับการเกิดขึ้นก่อนหลังได้ดังต่อไปนี้

ในช่วง 6,100 ปีก่อนคริสต์ศักราช สึนามิที่เกิดขึ้นเป็นคลื่นสึนามิใต้น้ำที่เกิดขึ้นในมหาสมุทรแอตแลนติกเหนือ อันเป็นผลจากการเคลื่อนตัวของชั้นหิน ซึ่งทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของแผ่นดินใต้น้ำครั้งใหญ่ติดต่อกันเป็นระลอก ๆ ยาวนานเป็นเวลาหลายหมื่นปี

ในปี 1650 ก่อนคริสต์ศักราช คลื่นสึนามิจากภูเขาไฟระเบิดในเกาะซานโตรินี่ (Santorini) ในช่วงระหว่างปี 1650 ก่อนคริสต์ศักราช ถึง 1600 ก่อนคริสต์ศักราช ภูเขาไฟในเกาะซานโตรินี่ของกรีซระเบิดขึ้น ทำให้เกิดคลื่นใต้น้ำสึนามิที่มีความสูงตั้งแต่ 100 เมตรถึง 150 เมตร ซึ่งถาโถมเข้าถล่มชายฝั่งทางด้านเหนือของเกาะครีต (Crete) ซึ่งอยู่ห่างออกไป 70 กิโลเมตร พร้อมกวาดทำลายต้นไม้ทุกต้นที่ขึ้นอยู่ในแนวป่ามิโนอัน ซึ่งเป็นพื้นที่ป่าเขียวชอุ่มรอบชายฝั่งทางเหนือของครีตจนหายไปในช่วงพริบตา



ในปีพุทธศักราช 2298 คลื่นใต้น้ำที่เกิดขึ้นจากแผ่นดินไหวในเมืองลิสบอน ประเทศโปรตุเกส (Lisbon, Portugal) ชาวโปรตุเกสจำนวนหลายหมื่นคนรอดชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ที่ลิสบอนในปีพุทธศักราช 2298 แต่กลับต้องเสียชีวิตไปทันที ด้วยคลื่นสึนามิที่โถมเข้าทำลายหลังเกิดแผ่นดินไหวได้เพียงไม่กี่นาที

ปีพุทธศักราช 2426 ภูเขาไฟบนเกาะกรากะตัวในประเทศอินโดนีเซีย เกิดการระเบิดอย่างรุนแรง หินเหลวละลายได้ปล่องภูเขาไฟถูกพ่นออกมาจำนวนมาก เกิดโพรงขนาดใหญ่ขึ้นใต้ดิน ทำให้พื้นแผ่นดินที่อยู่เบื้องบนและพื้นทะเลยุบตัวลง ส่งผลให้เกิดระลอกคลื่นสึนามิขนาดใหญ่ขึ้น บางลูกมีความสูงกว่า 40 เมตรจากระดับน้ำทะเล ระลอกคลื่นสึนามิที่เกิดขึ้นจากการระเบิดของภูเขาไฟกรากะตัวในอินโดนีเซียครั้งนี้เคลื่อนตัวถาโถมเข้าสู่บริเวณชายฝั่งมหาสมุทรอินเดีย, มหาสมุทรแปซิฟิก, ชายฝั่งตะวันตกของอเมริกา, อเมริกาใต้, และบริเวณที่ห่างไกลออกไปอีกในช่องแคบอังกฤษ ส่วนพื้นที่ชายฝั่งใกล้เคียงในเกาะชวาและสุมาตรา กระแสน้ำทะเลไหลบ่าท่วมทะเลลึกเข้าไปถึงพื้นแผ่นดินภายในซึ่งอยู่ห่างจากชายฝั่งทะเลเข้าไปเป็นระยะทางหลายไมล์ สร้างความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงแก่สิ่งมีชีวิตที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภัยพิบัตินี้ และทำให้ไม่มีการเข้าไปตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวอีกเลย ปัจจุบันพื้นที่บริเวณนี้ได้กลายเป็นเขตป่าที่บิมีชื่อว่า เขตอนุรักษ์ธรรมชาติอูจุงกูลอน (Ujung Kulon nature reserve)

ปีพุทธศักราช 2489 สึนามิแปซิฟิก (Pacific Tsunami) แผ่นดินไหวในเกาะ Aleutian ในปีปีพุทธศักราช 2489 ก่อให้เกิดคลื่นสึนามิที่ถาโถมเข้าสู่ฮาวายและอะลาสกา ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวน 165 คน มหันตภัยสึนามิที่เกิดขึ้นในครั้งนั้นส่งผลให้เกิดการก่อสร้างระบบเตือนภัยสึนามิสำหรับบรรดาประเทศที่ตั้งอยู่ตามบริเวณชายฝั่งมหาสมุทรแปซิฟิกขึ้นในปีปีพุทธศักราช 2492

ปีพุทธศักราช 2503 สึนามิชิลี (Chilean tsunami) แผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในประเทศชิลี (The Great Chilean Earthquake) มีระดับความรุนแรง 9.5 ริคเตอร์ซึ่งเป็นระดับที่รุนแรงที่สุดเท่าที่เคยมีการบันทึกไว้ เกิดขึ้นบริเวณนอกชายฝั่งตอนกลางทางใต้ของประเทศชิลี ก่อให้เกิดคลื่นสึนามิที่สร้างความวิบัติหายนะอย่างรุนแรงที่สุดในคริสต์ศตวรรษที่ 20 คลื่นสึนามิเคลื่อนตัวเข้าสู่ชายฝั่งมหาสมุทรแปซิฟิกทั้งหมด ขนาดคลื่นมีความสูงถึง 25 เมตร เมื่อคลื่นสึนามิเคลื่อนตัวเข้าถล่มโอกินาวา ประเทศญี่ปุ่น หลังจากเกิดแผ่นดินไหวนานเกือบ 22 ชั่วโมงนั้น ขนาดความสูงของคลื่นที่มีการบันทึกไว้ระบุว่าสูงถึง 10 ฟุตเหนือระดับกระแสน้ำ ประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิที่เกิดขึ้นตามมามีจำนวนระหว่าง 490 - 2,290 ราย

ปีพุทธศักราช 2507 สึนามิกู้ดฟรายเดย์ (Good Friday Tsunami) แผ่นดินไหวกู้ดฟรายเดย์ขนาด 9.2 ริคเตอร์ที่เกิดขึ้นในปีปีพุทธศักราช 2507 ก่อให้เกิดคลื่นสึนามิถาโถมเข้าถล่มชายฝั่งอะลาสกา บริติช โคลัมเบีย แคลิฟอร์เนียและชายฝั่งเมืองแปซิฟิกนอร์ธเวสต์ในประเทศ

สหรัฐอเมริกา ทำให้ประชาชนเสียชีวิต 122 คน คลื่นสึนามิมีความสูงถึง 6 เมตร ในเมือง Crescent City ซึ่งอยู่ห่างไกลออกไปในแคลิฟอร์เนียมีผู้เสียชีวิต 11 คน

ปลายปีพุทธศักราช 2547 สึนามิจากแผ่นดินไหวในมหาสมุทรอินเดีย ซึ่งเป็นคลื่นสึนามิครั้งแรกในประเทศไทยที่เกิดจากแผ่นดินไหวในมหาสมุทรอินเดีย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พุทธศักราช 2547 ระลอกคลื่นยักษ์ดังกล่าวทำให้มีผู้เสียชีวิตล่าสุดจำนวนกว่า 165,000 ราย (มากกว่า 105,000 รายเสียชีวิตในประเทศอินโดนีเซีย) คลื่นสึนามิได้ถาโถมเข้าถล่มและคร่าชีวิตผู้คนจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือบริเวณที่ใกล้กับจุดเกิดแผ่นดินไหว ได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศไทย และพื้นที่บริเวณชายฝั่งทางตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศมาเลเซีย ไปจนถึงพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลออกไปหลายพันกิโลเมตรในประเทศบังกลาเทศ ประเทศอินเดีย ประเทศศรีลังกา หมู่เกาะมัลดีฟส์ และแม้กระทั่งประเทศโซมาเลีย ประเทศเคนยา และประเทศแทนซาเนีย ซึ่งตั้งอยู่ในแถบแอฟริกาตะวันออก

### 1.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์สึนามิ

ผลกระทบจากเหตุการณ์สึนามินั้นจะมีความรุนแรงอย่างมากเนื่องจากเป็นภัยที่มีขนาดใหญ่ ในระยะเกิดภัย มีผู้ประสบภัยจำนวนมากเสียชีวิต พิกัด ทูพพลภาพ บาดเจ็บเล็กน้อย จนกระทั่งสาหัส สภาพจิตใจได้รับความกระทบกระเทือน ตกใจ เสียใจ หวาดผวา วิตกกังวล รู้สึกสูญเสียสิ่งที่ตนรัก เครียด จิตใจอ่อนล้า ระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ หรือที่อยู่ใกล้เคียงพื้นที่เกิดเหตุขาดประสิทธิภาพ บุคลากรและอุปกรณ์ไม่พร้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความรุนแรงของปัญหา บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่เนื่องจากความเครียด ความเหนื่อยล้า อีกทั้งบุคลากรมีประสบการณ์การรับสาธารณภัยน้อยจะทำให้บริการต่างๆที่จำเป็นต้องให้ด้วยประสิทธิภาพลง นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมผู้ประสบภัยสูญเสียทรัพย์สิน แหล่งทำมาหากินที่พักอาศัยถูกทำลาย ไม่สามารถดำเนินกิจการใดๆ ไม่มีผลผลิต ไม่มีรายได้ สังคมล้าสนวนวาย การคมนาคมขนส่งถูกตัดขาด สภาพแวดล้อมถูกทำลายหรืออยู่ในสภาพขาดสมดุล ส่วนในระยะหลังเกิดภัย มักพบปัญหาทางจิตใจ ซึ่งจะพบได้ทั้งตัวผู้ประสบภัยเองและญาติที่ต้องสูญเสียสิ่งที่ตนรัก ในรายที่ไม่สามารถใช้กลไกทางจิตในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดโรคทางจิตได้ ระบบบริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องให้อย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจกับทั้งผู้ประสบภัยและญาติ ผู้ให้บริการต้องตกอยู่ในภาวะที่เหนื่อยล้าทั้งทางกายและทางจิตใจ ทำให้ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อม ประเทศชาติต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อฟื้นฟู บูรณะสิ่งที่เสียหายให้กลับคืนสู่สภาวะเดิม รวมถึงการสูญเสียงบประมาณเพิ่มเติมไปในระบบบริการสาธารณสุขและการสุขภาพสิ่งแวดล้อม

ผู้ประสบภัยเกิดความขัดแย้งแก่งแย่งสิ่งของหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีจำกัด การคมนาคมตัดขาด เกิดความล่าช้าต่อการฟื้นฟู บูรณะสภาพ จนทำให้ผู้ประสบภัยไม่สามารถอาศัยในแหล่งเดิมได้อีกต่อไป

## 2. การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพ

จากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันที่พบว่าตามภูมิภาคต่างๆของโลกมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากทั้งต่อชีวิตของคน และทรัพย์สินอยู่เสมอๆ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มีทั้งสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ บางเหตุการณ์ก็เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายที่รุนแรงนี้ โดยทั่วไปเรียกว่า สาธารณภัย (Disaster) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

**ศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย (United Nation Disaster Relief Office)** ให้ความหมายของสาธารณภัย (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากการกระทำของมนุษย์ หรือจากธรรมชาติ เกิดได้ทันทีทันใด หรือเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่เมื่อเกิดแล้วจะส่งผลกระทบต่อชุมชนต้องตอบสนองด้วยมาตรการพิเศษ เช่น การระดมความช่วยเหลือต่างๆ

**สำนักงานบรรเทาทุกข์แห่งสหประชาชาติ (United Nation Disaster Relief Office)** ให้ความหมายของสาธารณภัย (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในเวลาและสถานที่หนึ่ง ที่ทำให้สังคม หรือชุมชนต้องประสบกับอันตรายอย่างร้ายแรง ก่อให้เกิดความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน อันทำให้โครงสร้างในสังคมแตกแยก รวมทั้งไม่สามารถกระทำการกิจตามปกติได้

**พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542)** ให้ความหมายของสาธารณภัยไว้ว่าเป็นภัยที่เกิดแก่คนหมู่มาก เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม

**พระราชบัญญัติป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (2522)** ให้ความหมายของสาธารณภัยไว้ว่าเป็น อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีมาเป็นสาธารณะ ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้กระทำให้เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ร่างกายของประชาชน หรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน หรือของรัฐ

จากความหมายของสาธารณภัยที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า สาธารณภัยมีลักษณะสำคัญคือเป็นภัยที่เกิดแก่คนจำนวนมาก เกิดได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่อย่างกะทันหันหรือค่อยๆเกิดสามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตและร่างกายของประชาชน เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชน หรือรัฐ และก่อให้เกิดความต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานอย่างรีบด่วนสำหรับผู้ประสบภัย

### วงจรการเกิดสาธารณภัย (Disaster cycle)

สาธารณภัยทุกประเภทมีลักษณะการเกิดที่คล้ายคลึงกันคือ มีลักษณะการเกิดที่ต่อเนื่องสามารถแบ่งเป็นระยะๆ โดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนดระยะต่างๆที่เกิดขึ้น การแบ่งระยะต่างๆของการเกิดสาธารณภัยที่นิยมใช้โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ดังนี้

**ระยะก่อนเกิดสาธารณภัย (Pre-impact phase)** หมายถึง ช่วงเวลาที่ยังไม่มีสาธารณภัยเกิดขึ้น นับตั้งแต่ช่วงเวลาที่ยังไม่มีสิ่งบอกเหตุว่าจะมีภัยเกิดขึ้น จนถึงช่วงเวลาที่สิ่งบอกเหตุว่ากำลังจะมีภัยเกิดขึ้น เป็นช่วงเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ เพื่อป้องกันความเสียหาย หรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินของทั้งประชาชนและรัฐ ระยะนี้อาจสั้นหรือยาวแตกต่างกัน ขึ้นกับชนิดของสาธารณภัย

**ระยะเกิดสาธารณภัย (Impact-phase)** หมายถึง ช่วงเวลาที่มีสาธารณภัยเกิดขึ้นก่อให้เกิดความเสียหายทั้งแก่ชีวิตและทรัพย์สิน เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยมักหลีกเลี่ยงได้ยาก หรือควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ หน่วยงานต่างๆต้องเริ่มให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ระยะนี้อาจเป็นวินาที นาที ชั่วโมง วัน เดือน หรือปีก็ได้ ขึ้นกับชนิดของสาธารณภัยที่เกิด

**ระยะหลังเกิดสาธารณภัย (Post-impact phase)** หมายถึง ช่วงเวลาที่สาธารณภัยได้ผ่านพ้นไปแล้ว เป็นช่วงเวลาที่หน่วยงานต่างๆต้องให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการบรรเทาภัย และการฟื้นฟูสภาพในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ประสบภัยเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งด้านจิตใจอาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการฟื้นฟูสภาพ รวมไปถึงหากผู้ประสบภัยที่มีภาวะทุพพลภาพ นอกจากการดูแลร่างกายและจิตใจแล้ว ยังต้องดูแลจัดหาอาชีพใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะทุพพลภาพนั้นให้ด้วย อีกทั้งต้องฟื้นฟูบูรณะอาคารบ้านเรือน สาธารณูปโภคต่างๆด้วย

### ประเภทของสาธารณภัย (Types of Disaster)

การแบ่งประเภทของสาธารณภัย แบ่งได้เป็น 2 วิธี (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ดังนี้

สาธารณภัยที่แบ่งตามลักษณะการเกิดหรือสาเหตุ

1) สาธารณภัยธรรมชาติ (Natural disaster) เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ มักเกิดขึ้นตามฤดูกาลเป็นส่วนใหญ่ แต่บางครั้งก็เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว เช่น ภัยแล้ง อุทกภัย แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด โรคระบาด เป็นต้น

2) สาธารณภัยมนุษย์ (Man-made disaster) เป็นสาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ทั้งที่เกิดจากสิ่งประดิษฐ์เพื่อความสะดวกสบาย หรือเพื่อการสู้รบกัน ภัยจรวด ภัยจากการอุตสาหกรรม ภัยจากการก่อสร้าง ภัยจากความขัดแย้งในผลประโยชน์ ภัยจากการก่อวินาศกรรม ภัยจากการจลาจล ภัยจากสงคราม เป็นต้น

ความแตกต่างระหว่างสาธารณภัยที่เกิดจากธรรมชาติ และสาธารณภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ สาธารณภัยธรรมชาติโดยทั่วไปไม่สามารถป้องกันการเกิดได้

แต่สามารถพยากรณ์การเกิดได้ และสามารถลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นเราจึงสามารถหามาตรการมาช่วยลดความรุนแรงได้ ส่วนสาธารณภัยมนุษย์ส่วนมากสามารถป้องกันการเกิด และสามารถพยากรณ์การเกิดได้ รวมทั้งสามารถลดความรุนแรงที่เกิดจากผลกระทบที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

#### สาธารณภัยที่แบ่งตามสถานการณ์

1) สาธารณภัยในภาวะปกติ เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในระหว่างช่วงเวลาที่ประเทศไม่มีสงคราม ไม่มีภัยร้ายแรงต่อความผาสุกของประชาชนและความมั่นคงของรัฐ ไม่มีสถานการณ์ฉุกเฉิน ไม่มีภัยจากความขัดแย้งต่างๆ สาธารณภัยประเภทนี้ได้แก่ อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น

2) สาธารณภัยในภาวะฉุกเฉิน เป็นสาธารณภัยที่เกิดเนื่องจากประเทศถูกรบกวานหรือบ่อนทำลายจากฝ่ายตรงข้ามทำให้เกิดภาวะฉุกเฉิน โดยมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือประกาศใช้กฎอัยการศึก เช่น ภัยจากการจลาจล ภัยจากการก่อวินาศกรรม เป็นต้น

3) สาธารณภัยในภาวะสงคราม เป็นสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ประเทศอยู่ในภาวะสงคราม และมีสาธารณภัยเกิดขึ้น เช่นการระบาดของโรค อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น

#### สาธารณภัยที่สำคัญของประเทศไทย (Significant Disaster in Thailand)

สาธารณภัยที่สำคัญของประเทศไทย (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ได้แก่

อัคคีภัย (Fire) เป็นภัยที่ร้ายแรง เกิดได้เนื่องจากความประมาทของมนุษย์ และเกิดจากธรรมชาติโดยการเสียดสีของดินไม้จนเกิดประกายไฟตามธรรมชาติ หรือการเกิดประกายไฟจากแร่ธาตุบางชนิด ทำให้เกิดไฟป่าขึ้นได้ อันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัยขึ้นอยู่กับชนิดของการเผาไหม้ และสภาพแวดล้อมในขณะที่เกิดเหตุ

อุทกภัย (Floods) เป็นภัยที่เกิดจากฝนตก มีสาเหตุจาก พายุหมุนเขตร้อน ลมมรสุมมีกำลังแรง ร่องความกดอากาศต่ำมีกำลังแรง น้ำทะเลหนุน แผ่นดินไหว เขื่อนพัง อุทกภัย แบ่งเป็น

1) น้ำป่าไหลหลาก เกิดจากฝนตกหนักต่อเนื่องกันเป็นเวลานานบนภูเขาหรือต้นน้ำลำธารและไหลบ่าลงที่ราบอย่างรวดเร็วเพราะไม่มีดินไม้ช่วยดูดซับชะลอกระแส

2) น้ำท่วมขัง น้ำท่วมนอง เกิดจากน้ำล้นตลิ่งมีระดับสูงจากปกติ ท่วมแช่ขัง ซึ่งจะเกิดบริเวณที่ราบลุ่มติดริมฝั่งแม่น้ำ เป็นต้น

3) คลื่นสึนามิ คือ ระลอกคลื่นซึ่งเคลื่อนตัวในมหาสมุทรที่มีขนาดความยาวมาก ส่วนใหญ่แล้วมักจะเกิดจากแผ่นดินไหวใต้ทะเล ภูเขาไฟใต้ทะเลระเบิด หรือแผ่นดินถล่มใต้มหาสมุทร ก็สามารถทำให้เกิดคลื่นสึนามิได้เช่นกัน แต่แผ่นดินไหวทุกครั้งมิได้ทำให้เกิดคลื่นสึนามิ

คลื่นสึนามิจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อ แผ่นดินไหวที่รอยแตกของเปลือกโลกนั้นอยู่ใต้หรือใกล้กับมหาสมุทร และไปทำให้พื้นสมุทรมีการเคลื่อนที่ในแนวตั้ง (ขนาดความสูงหลายเมตร) ใน

พื้นที่กว้าง (ถึงหนึ่งแสนตารางกิโลเมตร) แต่แผ่นดินไหวในบริเวณน้ำตื้นตามแนวการมุดตัวของเปลือกโลกเป็นตัวการก่อให้เกิดคลื่นสึนามิที่มีอนุภาพในการทำลายสูงสุด

ในบริเวณมหาสมุทรที่มีน้ำลึก คลื่นสึนามิสามารถแพร่กระจายตัวด้วยความเร็วสูงกว่า 800 กิโลเมตรต่อชั่วโมง และมีความสูงของคลื่นเพียงไม่กี่สิบเซนติเมตร หรือน้อยกว่านั้น ซึ่งคลื่นสึนามินี้จะแตกต่างจากคลื่นทะเลธรรมดาตรงที่ระยะทางระหว่างยอดคลื่นมักจะไกลกว่า 100 กิโลเมตร หรือมากกว่านั้นหากอยู่ในทะเลลึก เมื่อคลื่นสึนามิเคลื่อนไปถึงบริเวณน้ำตื้นใกล้ชายฝั่ง คลื่นจะลดความเร็วลง และน้ำทะเลสามารถพุ่งตัวขึ้นเป็นกำแพงน้ำที่สูงหลายสิบเมตร หรือสูงกว่านั้น และหากบริเวณชายฝั่งเป็นเป็นอ่าวท่าจอดเรือ หรือมีรูปทรงเหมือนกรวยยื่นเข้าไปในแผ่นดิน ก็จะทำให้คลื่นยังมีความรุนแรงขึ้นไปอีก คลื่นสึนามิขนาดใหญ่อาจมีความสูงมากกว่า 30 เมตร แม้ว่าคลื่นสึนามิจะมีขนาดความสูงของยอดคลื่นเพียง 3 – 6 เมตร ก็แรงพอที่จะทำลายอาคารบ้านเรือน ชีวิต และทำให้ผู้คนบาดเจ็บจำนวนมากได้

อันตรายและความเสียหายจากอุทกภัยจะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นกับความเร็วและความแรงของกระแส น้ำ พื้นที่บริเวณที่เกิด ความลึกของน้ำที่ท่วม และความถี่ของการเกิดฤดูกาลที่เกิดน้ำท่วม

วาทภัย (Depression / Typhoon) เป็นภัยที่เกิดจากลมพายุ อันตรายหรือผลกระทบจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นกับชนิดของลมพายุ ซึ่งมีความเร็วของลมสูงสุดใกล้บริเวณศูนย์กลางแตกต่างกันออกไป พายุในประเทศไทย แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือพายุฤดูร้อนและพายุหมุนเขตร้อน

ภัยจากรถจร (Traffic) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเดินทางไปมาของคน ซึ่งประสบเหตุโดยไม่คาดไว้ก่อน ทำให้มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ภัยจากรถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ภัยจากรถทางบก ทางน้ำและทางอากาศ

แผ่นดินไหว (Earthquake) เกิดจากการสั่นสะเทือนของพื้นผิวโลกเป็นปรากฏการณ์ทางธรณีวิทยาจากภายในโลก หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ที่ทำให้สภาพสมดุลของเปลือกโลกบางส่วนเปลี่ยนไป และไปกระตุ้นให้เกิดอาการดังกล่าว การเกิดแผ่นดินไหวแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะไหวเดือน ระยะไหวใหญ่ ระยะไหวตาม อันตรายและความเสียหายโดยตรงเกิดขึ้นจากการสั่นสะเทือนของแผ่นดิน ทำให้อาคารบ้านเรือนสั่นไหว เปลี่ยนรูปร่าง และพังทลายในที่สุด อันตรายจากการเกิดอัคคีภัยจากแหล่งเชื้อเพลิงที่กำลังติดไฟอยู่สั้น ไหวและล้ม เพราะแรงสั่นสะเทือนทำให้ไฟลุกลามไปยังที่อื่นได้มาก และอันตรายจากการเกิดอุทกภัยจากแผ่นดินไหวในชายฝั่งหรือใกล้ทะเล ทำให้เกิดคลื่นใต้น้ำซัดเข้ามาทำลายบ้านเรือน

ภัยแล้ง (Drought) เป็นภัยที่มีผลกระทบต่อประเทศไทยอยู่เสมอ ภัยแล้งนี้อาจเกิดจากฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล

การระบาดของโรค (Epidemics) เป็นภัยที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อต่างๆ เช่น ไข้หวัดนก อหิวาตกโรค เอดส์ เป็นต้น โรคระบาดก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน คือก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เจ็บป่วย เสียชีวิต สูญเสียทรัพย์สินในการรักษาพยาบาล สูญเสียเวลาแรงงานในการประกอบอาชีพ อีกทั้งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเหล่านี้อีกด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมได้อีกเช่นกัน

ภัยจากความขัดแย้ง เช่น ภัยจลาจล ภัยจากการปฏิวัติ ภัยจากการก่อการร้าย ภัยจากการก่อวินาศกรรม เป็นต้น

ภัยจากอุตสาหกรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีให้ทันสมัย และเป็นประโยชน์มากที่สุด แต่อาจเกิดปัญหาจากเทคโนโลยี บางครั้งก่อให้เกิดความหายนะแก่สังคม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลร้ายที่เกิดจากการผลิตเทคโนโลยีเหล่านั้น เช่น เครื่องจักรระเบิด สารเคมีระเบิด การปล่อยสารพิษ ดินถล่ม เป็นต้น

#### **ปัญหาและผลกระทบทางด้านสาธารณสุขจากสาธารณภัย (Problem and impact of disaster)**

ปัญหาและผลกระทบจากเหตุการณ์สาธารณภัยนั้นจะมีลักษณะเกี่ยวเนื่องกับประเภท และชนิดของสาธารณภัย ความรุนแรง ระยะเวลาที่เกิด รวมทั้งสภาพความเสียหายต่างๆที่เกิดจากสาธารณภัยนั้นๆ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548)

#### **ระยะเกิดภัย**

ปัญหาและผลกระทบทางการสาธารณสุข ผู้ประสบภัยเสียชีวิต พิกัด ทูพพลภาพ บาดเจ็บ เล็กน้อยจนกระทั่งสาหัส สภาพจิตใจได้รับความกระทบกระเทือน ตกใจ เสียใจ หวาดผวา วิดก กังวล รู้สึกสูญเสียสิ่งที่ตนรัก เครียด จิตใจอ่อนล้า ระบบบริการสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ หรือที่อยู่ใกล้เคียงพื้นที่เกิดเหตุขาดประสิทธิภาพ บุคคลากรและ / หรืออุปกรณ์ไม่พร้อมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเพิ่มความรุนแรงของปัญหา ในทางตรงข้าม ถึงแม้ระบบบริการสุขภาพจะดี แต่สาธารณภัยที่มีขนาดใหญ่มาก รุนแรงมาก บุคคลากรอาจจะมาสามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่เนื่องจากความเครียด ความเหนื่อยล้า รวมไปถึงบุคคลากรที่มีประสบการณ์การรับสาธารณภัยน้อยจะทำให้บริการต่างๆที่จำเป็นต้องให้ในช่วงนี้ด้อยประสิทธิภาพลงได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อม ผู้ประสบภัยสูญเสียทรัพย์สิน แหล่งทำมาหากิน ที่พักอาศัยถูกทำลาย ไม่สามารถดำเนินกิจการใดๆ ไม่มีผลผลิต ไม่มีรายได้ ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณเพิ่มขึ้น ในขณะที่รายได้จากผลผลิตไม่มีหรือลดต่ำลง สังคมสับสนวุ่นวาย การคมนาคมขนส่งถูกตัดขาด สภาพแวดล้อมถูกทำลาย หรืออยู่ในสภาพขาดสมดุล ส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตอย่างปกติสุขของบุคคล

## ระยะหลังเกิดภัย

ปัญหาและผลกระทบทางการสาธารณสุข ผู้ประสบภัย/ญาติ เป็นปัญหาและผลกระทบ ต่อเนื่องจากระยะเกิดภัยคือ การเสียชีวิต พิการ ทูพพลภาพภายหลัง ส่วนปัญหาจิตใจจะพบได้ทั้งตัว ผู้ประสบภัยเอง และญาติที่ต้องสูญเสียสิ่งที่ตนรัก มีภาวะเครียด ซึ่งถ้าไม่สามารถใช้กลไกทางจิตใน การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดโรคทางจิตได้ ระบบบริการสุขภาพเป็นบริการที่ต้องให้ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจกับทั้งผู้ประสบภัยและ ญาติ ทั้งๆที่ผู้ให้บริการเองก็อาจอยู่ในภาวะที่เหนื่อยล้าทั้งทางกายและทางจิตใจเช่นกัน ซึ่งอาจทำ ให้ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพได้ไม่เต็มที่ รวมไปถึงอาจพบว่า มีผู้ประสบภัย/ญาติบางรายเข้าไม่ถึง บริการที่จัดให้ได้ นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาและผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อม ประเทศชาติต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อฟื้นฟู บูรณะสิ่งที่เสียหายให้กลับคืนสู่สภาวะเดิม รวมถึงการสูญเสียงบประมาณเพิ่มเติมไปในระบบ บริการสาธารณสุขและการสุขภาพสิ่งแวดล้อม ผู้ประสบภัยเกิดความขัดแย้งแก่งแย่งชิงของหรือ แหล่งประโยชน์ต่างๆที่มีจำกัด การคมนาคมตัดขาด เกิดความล่าช้าต่อการฟื้นฟู บูรณะสภาพ สินค้า ประเภทเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นอาจขาดแคลน ระบบนิเวศที่สมดุลถูกทำลายย่อมก่อให้เกิด ปัญหาที่เป็นลูกโซ่ต่างๆตามมา บางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นก่อให้เกิดมลพิษในอากาศ น้ำ จนกระทั่ง คน สัตว์ไม่สามารถอาศัยในแหล่งเดิมได้อีกต่อไป

### 2.1 ความหมายของการจัดการสาธารณภัย

การจัดการสาธารณภัย หมายถึงกระบวนการที่มีความต่อเนื่องแต่เปลี่ยนแปลงได้ตาม สถานการณ์ ครอบคลุมการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ การประสาน ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำเนินงานที่ดีในทุกระยะ ของการเกิดภัย (Carter, 1991 อ้างใน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548: 30)

#### วัตถุประสงค์ของการจัดการสาธารณภัย (Purpose of disaster management)

1. หลีกเลี่ยงการสูญเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่อยู่ในความเสี่ยต่างๆ
2. ปกป้องทรัพย์สินให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด รวมทั้งลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วย
3. รักษาสภาวะแวดล้อมทางสังคมเศรษฐกิจซึ่งมีผลโดยตรงต่อความผาสุกของสังคม

### 2.2 แนวคิดการจัดการสาธารณภัย

#### การจัดการระยะก่อนเกิดสาธารณภัย (Pre-impact phase)

การจัดการสาธารณภัยในระยะนี้ที่สำคัญ ได้แก่

1. การประเมินสาธารณภัย (Disaster assessment) ด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งด้าน ภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อม และสถิติการเกิดสาธารณภัย รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและ ความขัดแย้งในสังคมต่างๆด้วย สาธารณภัยเกือบทุกประเภท ทั้งที่เกิดเองตามธรรมชาติ และที่เกิด



จากการกระทำของมนุษย์สามารถคาดการณ์หรือประเมินได้ทั้งสิ้น การประเมินสาธารณสุขภัยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การประเมินภัย (Hazard assessment) เป็นการกำหนดโอกาสในการเกิดภัยในแต่ละพื้นที่และแต่ละเวลา สิ่งที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ข้อมูลของภัยเกี่ยวกับชนิด ความถี่ของการเกิด ระยะเวลาที่เกิด ความรุนแรง ความสามารถในการพยากรณ์ รวมถึงข้อมูลชุมชนและสิ่งแวดล้อม 2) การประเมินกลุ่มเสี่ยง (Vulnerability assessment) เป็นการประเมินหรือวิเคราะห์ผลที่จะเกิดจากภัยที่มีผลกระทบต่อสิ่งต่างๆทั้งประชาชน ทรัพย์สิน สิ่งก่อสร้าง สาธารณูปโภค ทรัพยากรธรรมชาติ โดยประเมินผลกระทบต่อทั้งด้านกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจ 3) การประเมินการจัดการภัย (Manageability assessment) เป็นการวิเคราะห์สิ่งต่างๆที่ทำให้โอกาสของการพบกันระหว่างภัยและกลุ่มเสี่ยงน้อยลง เช่น ความตระหนักของประชาชนและรัฐ การมีกฎหมายหรือนโยบายในการดำเนินงาน การเตรียมพร้อมรับภัย เป็นต้น

2. การป้องกันสาธารณสุขภัย (Prevention) เป็นการป้องกันการเกิดสาธารณสุขภัย และป้องกันไม่ให้ประชาชนหรือสิ่งของต่างๆได้รับอันตรายจากสาธารณสุขภัย ซึ่งสามารถกระทำโดย 1) มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในด้านการป้องกัน ซึ่งนโยบายที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดทิศทางในการจัดการสาธารณสุขภัยแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การสร้างความตระหนัก และการให้ความรู้เกี่ยวกับสาธารณสุขภัยแก่ประชาชน ควรประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับผล และผลกระทบจากภัยต่อตนเอง การปฏิบัติก่อนและหลังการเกิดภัย แนวทางการช่วยเหลือของรัฐ การมีส่วนร่วมของประชาชนในระยะต่างๆของการเกิดภัย สำหรับความรู้เพื่อดูแลตนเองที่ประชาชนควรได้รับ ได้แก่ เรื่องการรู้จักภัยและการหลบภัย การปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย เป็นต้น

3. การลดความรุนแรงของสาธารณสุขภัย (Mitigation) เป็นมาตรการเฉพาะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความรุนแรง ความเสียหาย ผลกระทบของสาธารณสุขภัยที่จะเกิดกับผู้ประสบภัย ชุมชนและประเทศชาติ ไม่ได้มุ่งเน้นจัดการที่สาเหตุ วิธีการหรือแนวทางในการลดความรุนแรงของสาธารณสุขภัยนั้น สามารถใช้แนวทางเดียวกับการป้องกันสาธารณสุขภัยได้

4. การเตรียมพร้อมรับสาธารณสุขภัย (Preparedness) เป็นมาตรการซึ่งช่วยให้รัฐ ชุมชน และบุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์สาธารณสุขภัยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ วิธีการหรือแนวทางในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์สาธารณสุขภัยกระทำดังนี้

4.1. ร่วมกับองค์กรในการจัดทำแผนสาธารณสุขภัย ซึ่งเป็นแผนหลักๆต่างๆไป สำหรับสาธารณสุขภัยรูปแบบต่างๆ อาจประกอบด้วยแผนป้องกันสาธารณสุขภัย แผนรับสาธารณสุขภัย ฯลฯ ก็ได้ ในแผนสาธารณสุขภัยนี้ต้องกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคลและหน่วยงานต่างๆ อย่างชัดเจน แผนนี้เมื่อจัดทำแล้วต้องมีการฝึกซ้อมเป็นระยะๆ และต้องปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

การจัดทำแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาล สาธารณภัยเมื่อเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมเสมอ โรงพยาบาลมีโอกาสได้รับผลกระทบจากสาธารณภัยทั้งจากที่เกิดในโรงพยาบาลและที่เกิดนอกโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดทำแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การจัดทำแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลต้องมีคณะกรรมการวางแผน ซึ่งโดยทั่วไปมี 2 คณะกรรมการ คือ คณะกรรมการวางแผนแม่บท มีหน้าที่กำหนดแผนทั่วไปของโรงพยาบาล และคณะกรรมการวางแผนปฏิบัติการ ซึ่งมีหน้าที่กำหนดรายละเอียดเฉพาะพื้นที่ให้สอดคล้องกับแผนหลัก / แผนทั่วไปของโรงพยาบาล คณะกรรมการควรมีลักษณะดังนี้ 1) เป็นหัวหน้างานต่างๆในโรงพยาบาล 2) เป็นผู้ชำนาญงานในหน่วยงานของตน 3) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนกระทบจากสาธารณภัยนั้นโดยตรง

คณะกรรมการวางแผนนี้ ควรมีหน้าที่ในการวางแผนและจัดทำแผนทั้งแผนสาธารณสุขที่เกิดในโรงพยาบาลและแผนสาธารณสุขที่เกิดนอกโรงพยาบาล คณะกรรมการวางแผนแม่บทของโรงพยาบาลโดยทั่วไปจะประกอบด้วยผู้แทนจากฝ่ายต่างๆดังนี้ 1) กลุ่มของแพทย์ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้แทนแพทย์ประจำบ้าน ฯลฯ 2) กลุ่มของพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายและหัวหน้างานต่างๆ เช่น หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หัวหน้างานห้องผ่าตัด หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม ฯลฯ 3) กลุ่มธุรการและบริหาร เช่น หัวหน้าฝ่ายโภชนาการ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม หัวหน้างานพัสดุและบำรุงรักษา ฯลฯ 4) กลุ่มที่ปรึกษา ได้แก่ ดำรงระดับเพลิง ผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ

หน้าที่ของคณะกรรมการวางแผนแม่บทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสำรวจข้อมูลต่างๆ ได้แก่ สถานที่ กำลังคน อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือสื่อสาร ยานพาหนะ ชนิดของภัยที่มีโอกาสเกิด 2) จัดทำแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมการเกิดสาธารณภัยในระยะต่างๆตามองค์ประกอบที่สำคัญของแผนสาธารณสุข เช่น ต้องระบุบุคคลและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดสาธารณภัย เช่น หน่วยเวรเปลมีหน้าที่เตรียมรถนอน เตรียมพื้นที่ และปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย กลุ่มพยาบาลมีหน้าที่เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ทำประวัติผู้ประสบภัย ให้การปฐมพยาบาล กลุ่มแพทย์มีหน้าที่จำแนกผู้ประสบภัยและให้การรักษาพยาบาล เป็นต้น 3) วางแนวทางให้แก่แต่ละฝ่ายในหน่วยงานจัดทำแผนสาธารณสุขที่เป็นแผนปฏิบัติการ ซึ่งสอดคล้องกับแผนทั่วไป หรือแผนแม่บทของโรงพยาบาล 4) จัดระบบสัญญาณแจ้งเหตุ 5) จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมทั้งการเก็บรักษาสิ่งดังกล่าวด้วย 6) จัดการฝึกอบรมบุคลากรต่างๆในโรงพยาบาล 7) จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเมื่อเกิดสาธารณภัยให้ฝ่ายต่างๆในหน่วยงาน 8) จัดให้มีการฝึกซ้อมเพื่อประเมินผลของแผนแม่บทแผนปฏิบัติการ ความพร้อมของบุคลากร ความพอเพียง

ของอุปกรณ์ตามระยะเวลาที่เหมาะสม 9) จัดการแก้ไขและปรับปรุงแผนให้ดีและเหมาะสมกับสถานการณ์เสมอ

สำหรับคณะกรรมการวางแผนปฏิบัติการนั้นเป็นคณะกรรมการที่แต่ละฝ่ายในหน่วยงานตั้งขึ้นมาเพื่อร่วมกันวางแผนย่อยในฝ่ายที่ตนรับผิดชอบให้สอดคล้องกับแผนแม่บทหรือแผนทั่วไปของหน่วยงาน กิจกรรมที่ทำก็คล้ายคลึงกับคณะกรรมการวางแผนแม่บท อนึ่งแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั้งแผนสาธารณสุขในโรงพยาบาล และแผนสาธารณสุขนอกโรงพยาบาลล้วนมีองค์ประกอบสำคัญที่คล้ายคลึงกัน เพียงแต่เน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาล ผู้ประสพภัย หรือการป้องกันบรรเทาความเสียหายของทรัพย์สินเท่านั้น

4.2 การจัดเตรียมสถานที่สำหรับการอพยพเคลื่อนย้ายประชาชน / ผู้ประสพภัย ซึ่งต้องพิจารณาถึงความสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย และการพักอาศัยด้วย

4.3 การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น

4.4 การเตือนภัย เป็นการให้ข่าวสารสัญญาณต่างๆ เพื่อให้ประชาชนและบุคคลากรทราบว่าจะมีภัยเกิดขึ้น รวมทั้งลักษณะและการดำเนินของภัยว่าเป็นอย่างไร การเตือนภัยที่ดีต้องชัดเจนทั้งระบบ วิธีการ และการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

### **การจัดการระยะเกิดสาธารณสุขภัย (Impact phase)**

การจัดการสาธารณสุขในระยะนี้ที่สำคัญ ได้แก่

1. การควบคุมภัย (Control hazard) เป็นการระงับให้ภัยนั้นคงอยู่เท่าเดิม หรือลดการทำลายมิให้ภัยนั้นขยายออกไป วิธีการหรือแนวทางในการควบคุมภัยที่สำคัญ คือ

1) การวิเคราะห์ภัย เป็นกิจกรรมที่จำเป็นซึ่งต้องกระทำอย่างรีบด่วนโดยการสำรวจความเสียหายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสำรวจนี้ควรทำอย่างรีบด่วนเพื่อจะทราบถึงขนาดของภัยที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งโดยทั่วไปมีการแบ่งขนาดของความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภัยขนาดเล็ก เป็นระยะที่เริ่มเกิดเหตุการณ์ ภัยขนาดกลาง เป็นระยะที่ภัยเริ่มแผ่กระจายเพิ่มมากขึ้น ภัยขนาดนี้ต้องมีการแจ้งภัย และปฏิบัติตามแผนสาธารณสุข เป็นระยะที่ภัยลุกลามอย่างกว้างขวาง สำหรับข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ภัยในระยะนี้ อาจได้มาจากการสำรวจทางอากาศ การสำรวจโดยหน่วยควบคุมภัย หรือจากการรายงานขององค์กรต่างๆ ที่อยู่ในที่เกิดภัย หรือที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียง

2) การใช้แผนสาธารณสุข ทันทีที่เกิดสาธารณสุขภัยขึ้นและมีความรุนแรงตั้งแต่ขนาดกลาง ซึ่งผู้ประสพภัยไม่สามารถระงับได้ด้วยตนเองแล้วต้องมีการแจ้งภัยเพื่อให้ผู้ที่มีหน้าที่ต่างๆ ตามที่กำหนดไว้ในแผนสาธารณสุขเข้ามาปฏิบัติหน้าที่ตามความเหมาะสม เพื่อให้ภัยนั้นสงบโดยเร็ว สูญเสียทรัพย์สินน้อยที่สุด ผู้ประสพภัยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

2. การกู้ภัย (Rescue) เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัย และระงับภัยที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง การกู้ภัยควรกระทำทันทีในขณะที่เกิดสาธารณภัย การกู้ภัยและการช่วยเหลือผู้ประสบภัยต้องมีการฝึกอบรม และมีอุปกรณ์เครื่องใช้และบุคลากรที่พร้อมจะปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่จะปฏิบัติงานกู้ภัยจะต้องมีการแยกประเภท มีการจัดรูปแบบของหน่วยงาน มีภารกิจหน้าที่ และมีการติดต่อประสานงานร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ วิธีการหรือแนวทางในการกู้ภัยที่สำคัญ คือ

1) การค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัย การค้นหาผู้ประสบภัยต้องคำนึงถึงสถานการณ์ สภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ผู้ดำเนินการช่วยเหลือต้องพิจารณาว่า ตนเองสามารถจะดำเนินการได้หรือไม่ ด้วยวิธีการใด การจะค้นหาผู้ประสบภัยได้ถูกต้อง รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์นั้น ต้องมีการรวบรวมข้อมูลของสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อนำมาวิเคราะห์และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การค้นหาผู้ประสบภัยถ้าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือทุนแรงต่างๆ ควรพิจารณาให้เหมาะสม และอาจใช้ของที่มีอยู่ใกล้ๆ บริเวณที่เกิดสาธารณภัยก็ได้

2) การให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน การบริการที่สำคัญ ได้แก่ การปฐมพยาบาล และการจำแนกผู้ประสบภัย

3) การเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ประสบภัย เนื่องจากการเกิดสาธารณภัยแต่ละครั้งจะมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเกินกว่าสถานพยาบาลแนวหน้า / ใกล้เคียง หรือหน่วยเคลื่อนที่จะให้บริการได้ จึงต้องมีการส่งต่อผู้ประสบภัยไปยังสถานพยาบาลอื่นๆ การเคลื่อนย้ายต้องกระทำด้วยความถูกต้อง รวดเร็วและต้องพยายามให้ผู้ประสบภัยได้รับการกระทบกระเทือนเนื่องจากการเคลื่อนย้ายน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

4) การช่วยเหลือฉุกเฉินอื่นๆ นอกจากการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลแล้วผู้ประสบภัยยังต้องการความช่วยเหลือในเรื่องความจำเป็นขั้นพื้นฐานอื่นๆ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัยอีกด้วย ฯลฯ

3. การสื่อสารและคมนาคม (Communication and transportation) เมื่อเกิดสาธารณภัย การสื่อสารและคมนาคมอาจถูกทำลายได้ จำเป็นต้องมีการจัดตั้งเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารที่จำเป็น เช่น วิทยุ โทรศัพท์ โทรสาร เพื่อประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารด้วย สำหรับการคมนาคมนั้นต้องพิจารณาใช้ยานพาหนะให้เหมาะสมกับลักษณะและความรีบด่วนของงานด้วย พยายามมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกในด้านการสื่อสารและคมนาคม

4. การรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย (Safety and security) สาธารณภัยทำให้สุขภาพจิตของคนเปลี่ยนแปลง และบางครั้งอาจมีการบ่อนทำลายหรือความไม่สงบเกิดขึ้นอัน

เป็นการซ้ำเติมภัยที่กำลังเกิดขึ้น การรักษาความสงบ ความปลอดภัย การป้องกันการโจรกรรม ป้องกันการก่อวินาศกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นในขณะเกิดภัย พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย

### การจัดการระยะหลังเกิดสาธารณภัย (Post - Impact phase)

การจัดการสาธารณภัยในระยะนี้ ที่สำคัญได้แก่

1. การช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์ (Emergency response and relief) ต้องทำอย่างรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ประสบภัย ซึ่งอยู่ในสภาวะจิตใจที่ระส่ำระสายและป้องกันภาวะความผิดปกติทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ อีกด้วย การบรรเทาทุกข์โดยทั่วไปเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรจากสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการสำรวจความเสียหาย ประเมินความจำเป็นรีบด่วน จัดเตรียมแผนปฏิบัติการและเริ่มดำเนินการตามแผนอย่างรวดเร็ว มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ

การช่วยเหลือฉุกเฉินเป็นการดำเนินงานภายใต้ภาวะที่มีความกดดันสูง เนื่องจากต้องปฏิบัติงานภายใต้ความไม่พร้อมทั้งการติดต่อสื่อสาร การขนส่ง เครื่องมือที่จำเป็น ฯลฯ ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าตลอดเวลา อีกทั้งผลกระทบด้านจิตใจทั้งของผู้ประสบภัยและของผู้ช่วยเหลือ ดังนั้นในระยะนี้การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การเสริมสร้างความพร้อมด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการหรือแนวทางในการช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์สามารถกระทำได้ดังนี้

1) การดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัย เป็นการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านการรักษาพยาบาล ที่ต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จนถึงการดูแลในระยะยาว มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม รวมถึงการจัดการกับผู้ประสบภัยที่เสียชีวิตและผู้สูญหายด้วย

2) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานจัดสร้างศูนย์อพยพ ซึ่งเป็นที่พักชั่วคราวหรือกึ่งถาวรที่จัดขึ้นสำหรับให้ผู้ประสบภัยที่สูญเสียบ้านพักอาศัยได้พัก โดยการวางแผนการจัดให้ที่พักอยู่เป็นกลุ่มๆ รอบสถานบริการพยาบาล และอยู่ใกล้เส้นทางคมนาคม เป็นต้น

2. การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) เมื่อสาธารณภัยสงบและการช่วยเหลือในระยะเร่งด่วนผ่านไปแล้ว การฟื้นฟูสภาพสิ่งชำรุดเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นงานที่ต้องกระทำตามลำดับความสำคัญ บางอย่างต้องการการฟื้นฟูที่รวดเร็วเช่นการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้บาดเจ็บ แต่บางอย่างต้องใช้เวลา เช่นการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย เป็นต้น วิธีการหรือแนวทางในการฟื้นฟูสภาพสามารถทำได้โดย การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ประสบภัยทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการฟื้นฟูด้านจิตใจเป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ยาก มีความลึกซึ้งละเอียดอ่อน ต้องอาศัยความศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคล ตลอดจนความชำนาญของผู้ช่วยเหลือและความร่วมมือของชุมชน รวมถึงสังคมด้วย

3. การประเมินผลการจัดการสาธารณภัย (Disaster management evaluation) เพื่อประโยชน์ที่จะทำให้ทราบว่า การแก้ไขปัญหาสาธารณภัยประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร การประเมินผลนี้ควรกระทำอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้หลังเกิดสาธารณภัย โดยควรต้องประเมินถึงแผนสาธารณภัย มาตรการต่างๆ เช่น การป้องกัน การลดความรุนแรง การเตรียมพร้อมรับภัย การเตือนภัย การสื่อสารคมนาคม การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ การมอบหมายงาน และปัจจัยอื่นๆด้วย

### การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาลทั่วไป

การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติเหตุหมู่จะต้องมีแผนการเตรียมรับที่ดี มีการซ้อมแผนเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจและจะได้แก้ไขข้อบกพร่อง มีการอบรมบุคลากรเป็นระยะๆ โดยเฉพาะในเรื่องของการทำหัตถการที่จำเป็น และการประสานงานของบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล สำคัญที่สุดผู้บริหารจะต้องตระหนักถึงความสำคัญและให้การสนับสนุน

บทบาทในงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหมู่จะแบ่งได้ตามระยะต่างๆของการเกิดอุบัติเหตุดังนี้

**1. ระยะก่อนเกิดภัย** ระยะก่อนเกิดภัย หน่วยฉุกเฉินจะมีบทบาทในการเตรียมรับภาวะอุบัติเหตุหมู่ ดังนี้

1) วิเคราะห์แนวโน้มของการเกิดภัย ในปัจจุบันอุบัติเหตุในแต่ละท้องที่มีแนวโน้มการเกิดไม่เหมือนกัน ดังนั้น การศึกษาแนวโน้มของอุบัติเหตุในแต่ละท้องที่จะมีประโยชน์อย่างมากในการเตรียมความพร้อมของหน่วยงาน

2) ศึกษาผลของอุบัติเหตุ อุบัติเหตุต่างกันทั้งประเภทและสถานที่เกิด และส่งผลในการทำลายแตกต่างกัน เช่น อุทกภัยกับการระเบิดของโรงงานย่อมมีผลแตกต่างกัน อุทกภัยทำลายทรัพย์สินและสุขภาพในท้องที่หนึ่งจะแตกต่างกับอุทกภัยในอีกท้องที่หนึ่ง

3) ร่วมสร้างแผนรับอุบัติเหตุหมู่ มีการซ้อมแผนให้กับบุคลากรในหน่วยงาน การเขียนแผนจะต้องยึดความสามารถในการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยจะต้องตั้งคณะกรรมการสร้างแผน การวางแผนจะต้องประกอบไปด้วยสิ่งหลักๆดังต่อไปนี้

3.1. กำหนดสถานที่และจุดปฏิบัติงาน พื้นที่ที่จะต้องเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่คิดว่าจะรับได้

3.2. บอกวิธีการทำงาน ระบุหน้าที่ของบุคลากรต่างๆให้เหมาะสม ชัดเจน

3.3. จัดระบบการรักษาให้คล่องตัว

3.4. การสำรองเวชภัณฑ์ เครื่องสาธารณูปโภค อาหาร เสื้อผ้า และยานพาหนะ

3.5. จัดระบบการสื่อสาร ได้แก่ ระบบเตือนภัย การกรองข่าว การให้ข่าว และวิธีการสื่อสารในภาวะต่างๆ

3.6. กำหนดเส้นทางคมนาคม สถานที่หลบภัย สถานที่อันตราย

3.7. ทดสอบแผนโดยการสมมติเหตุการณ์และประเมินผล

3.8. แก้ไขปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

## 2. ระยะเวลาเกิดภัย

เมื่อมีอุบัติภัยหมู่ที่ต้องให้การรักษาผู้บาดเจ็บจำนวนมากในโรงพยาบาล พยาบาลในห้องฉุกเฉินจะต้องรายงานผู้บังคับบัญชาตามที่ระบุในแผน แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งต้องทำหน้าที่รักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บหนักในระยะต้น แต่เมื่อพยาบาลจากหน่วยอื่นลงมาช่วยแบ่งเบาแล้วภารกิจที่สำคัญคือ การบริหารจัดการให้กระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งเกิดจากการร่วมปฏิบัติงานจากแพทย์และพยาบาลจากแหล่งอื่นๆของโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความสะดวก โดยการจัดหาและเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ และยานุเคราะห์ต่างๆให้พร้อม เพราะพยาบาลห้องฉุกเฉินจะเป็นบุคลากรกลุ่มเดียวที่ทำหน้าที่ได้ดีที่สุดควบคู่ไปกับการกำกับดูแลทางด้านกายภาพของโรงพยาบาลทั่วไป

อีกบทบาทหนึ่งที่น่าสนใจคือ การจัดการกับภาวะกดดันทางจิตใจที่เกิดกับตัวผู้ได้รับบาดเจ็บหรือญาติ กรณีนี้หากพยาบาลหน่วยฉุกเฉินมีภารกิจอื่นมากอยู่แล้ว อาจมอบหมายให้บุคลากรหน่วยอื่นในโรงพยาบาล เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาหรืออาสาสมัครได้มีส่วนช่วยในภารกิจนี้ อย่างไรก็ตาม หน้าที่หลักในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยมีดังนี้

1. การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ เมื่อได้รับข่าวหรือพบกับเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติภัยหมู่ ให้ปฏิบัติดังนี้

1.1. วิเคราะห์สาเหตุและความรุนแรงของภัยที่เกิดขึ้น โดยการซักถามผู้อยู่ในเหตุการณ์ เพื่อประเมินสถานการณ์ และประเมินจำนวนผู้บาดเจ็บเพื่อวางแผนในการช่วยเหลือ ถ้าเกิดกำลังจะได้แจ้งขอความช่วยเหลือ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่อยู่ใกล้เคียง

1.2. ทำการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตรายและลดความเจ็บปวดถ้าผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่ไม่ปลอดภัย ต้องพยายามเคลื่อนย้ายออกมาในที่ปลอดภัยกว่า โดยมีหลักว่า ถ้าอยู่ในที่ต่ำและคับแคบให้ย้ายไปที่ราบหรือที่ๆคิดว่าปลอดภัย และพยายามอยู่ในทิศทางเหนือลมเพื่อการเกิดระเบิดและเกิดเพลิงไหม้จะได้มีเวลาหนีได้ทัน การจะเข้าไปช่วยต้องมั่นใจว่าตัวเราปลอดภัย จากนั้นรีบประเมินอาการของผู้บาดเจ็บ ถ้ามีหลายคน ให้ช่วยคนที่เร่งด่วนก่อน และคิดว่าจะรอดชีวิตได้ แล้วจึงช่วยผู้ที่มีอาการรองลงมาตามลำดับ โดยจะต้องกระทำอย่างถูกต้องและทันเวลา พยาบาลจะต้องมีความละเอียด ช่างสังเกต ควบคุมสติได้ ตัดสินใจรวดเร็ว รอบคอบ และสามารถแนะนำประชาชนหรืออาสาสมัครที่อยู่ในเหตุการณ์

1.3. การส่งต่อ การช่วยเหลือในที่เกิดเหตุเป็นเพียงการปฐมพยาบาล ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ การส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วและปลอดภัยจึงมีความจำเป็น มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที หรืออาจได้รับอันตรายเพิ่มขึ้นจากการส่งต่อ

2. การช่วยเหลือในหน่วยฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาล ขั้นตอนในการช่วยเหลือมีดังนี้

2.1. การจำแนกความรุนแรงของผู้บาดเจ็บเพื่อจัดลำดับการรักษาและส่งต่อไปยังจุดต่างๆที่เตรียมไว้ตามแผนได้ถูกต้อง โดยทั่วไปนิยมแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 ประเภท โดยใช้บัตรที่มีแถบสีผูกข้อมือผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการสื่อสาร

2.2. ให้การรักษาพยาบาลขั้นต้นตามอาการสำคัญของผู้บาดเจ็บ เช่น เมื่อพบว่าผู้บาดเจ็บหยุดหายใจ ก็รีบทำการกู้ชีวิต ห้ามเลือด และรีบให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ที่ช็อคจากการเสียเลือด เป็นต้น

2.3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหน่วยฉุกเฉินไปยังห้องผู้ป่วยหนัก ห้องผ่าตัด หรือโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า พร้อมกับข้อมูลในการรักษา และให้การดูแลในระหว่างการส่งต่ออย่างถูกต้องปลอดภัย

### 3. ระยะเวลาหลังเกิดภัย

หลังจากพ้นภาวะวิกฤติ บทบาทเกี่ยวกับการจัดการมีดังนี้

1) ร่วมมือกับหน่วยสงเคราะห์ผู้ประสบภัยในการขนย้ายผู้ประสบภัยที่ได้รับการบาดเจ็บเล็กน้อยไปยังที่ปลอดภัย ช่วยจัดหาอาหารและเครื่องนุ่งห่มให้

2) ช่วยติดต่อญาติหรืออำนวยความสะดวกอื่นๆที่ผู้ประสบภัยร้องขอตามความเหมาะสม

3) จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ประสบภัยพร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดตามความจำเป็นให้ครบถ้วน

4) สำรวจความเสียหายของอุปกรณ์และจำนวนวัสดุเวชภัณฑ์ที่ใช้ไป พร้อมทั้งจัดหาทดแทนให้อยู่ในสภาพเตรียมพร้อมเหมือนเดิม

5) ร่วมมือกับหน่วยงานในท้องถิ่นในการดำเนินการป้องกัน โรคหรืออันตรายอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นหลังอุบัติภัยนั้นๆ

6) ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาลต่อไป

#### หลักการสำคัญของการวางแผนอุบัติภัย

ภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติภัยหมู่เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนต่อสุขภาพ ชีวิต ทรัพย์สิน และความเป็นอยู่ตามปกติของคนจำนวนมาก การเตรียมรับภาวะอุบัติภัยหมู่นั้น โรงพยาบาลจะต้องมีแผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้า โดยหลักการสำคัญของการวางแผนควรจะครอบคลุมสิ่งต่างๆดังต่อไปนี้

1) การวางแผนการบังคับบัญชาและรับผิดชอบ ในแผนการรับภาวะอุบัติภัยหมู่ หน้าที่ต่างๆที่มีความสำคัญในการตัดสินใจและสั่งการจะต้องถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า และการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบนั้น ควรกำหนดตามตำแหน่งหน้าที่มากกว่ากำหนดเป็นตัวบุคคล และควรจะมีการ



กำหนดตัวสำรองไว้ให้ชัดเจนด้วย สิ่งสำคัญคือ ผู้ที่ปฏิบัติในแผนทุกคน จะต้องทราบขอบข่ายความรับผิดชอบของตน และมีการปฏิบัติตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายโดยไม่เกี่ยงเรื่องอาวุโส

2) เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติภัยหมู่ เครื่องมือหลักที่ใช้กันอยู่ในขณะนี้คือ โทรศัพท์และวิทยุติดต่อบนรถ นับเป็นข้อได้เปรียบในยุคปัจจุบันที่อุปกรณ์การสื่อสารได้มีการพัฒนาจนมีความสะดวกและคล่องตัวอย่างมาก ในการวางแผนการติดต่อสื่อสารในยุคนี้ โทรศัพท์มือถือน่าจะมียุทธศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของระบบการสื่อสารหลัก หรือระบบการสื่อสารรอง ผู้วางแผนควรคำนึงถึงระบบการติดต่อสื่อสารในกรณีที่มีการตัดขาด หรือถูกทำลายของสิ่งสาธารณูปโภคที่สำคัญด้วยการวางแผนระบบการสื่อสารรอง

3) การจราจรในบริเวณที่มีอุบัติภัยหมู่และเส้นทางคมนาคมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจราจรในบริเวณที่มีอุบัติภัยหมู่ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติการต่างๆ ต้องเกิดความชะงัก สำหรับบริเวณที่เกิดเหตุนั้นอาจวางแผนได้ยากหรือไม่ได้เลยเนื่องจากกำหนดไม่ได้ว่าจะเกิดที่ใด ในรูปใด แต่สำหรับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีแนวโน้มที่จะมีส่วนในอุบัติภัย อาจมีการกำหนดเส้นทางจราจรเมื่อมีอุบัติภัยหมู่ไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดภาวะอุบัติภัยหมู่จริงๆ จำเป็นจะต้องมีผู้ควบคุมการจราจร เพื่อป้องกันการกรุกกันเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ของยานพาหนะจนเกิดการติดขัด หรือการไม่ปฏิบัติตามแผนด้วยความไม่รู้หรือด้วยความตื่นเต้น

4) มีการวางขั้นตอนในการโยกย้ายบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อรับภาวะอุบัติภัยหมู่อย่างเป็นระบบ ได้แก่บุคลากรในหน้าที่โดยตรง และหน่วยงานข้างเคียงรวมทั้งอาสาสมัครเพื่อเป็นกำลังเสริม วัสดุและครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ยานพาหนะและสิ่งสาธารณูปโภคอื่นๆ ควรเป็นทรัพยากรส่วนกลางเพื่อร่วมกันปฏิบัติการ และมิข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่สามารถติดต่อขอใช้ได้อย่างทันท่วงที

5) การกำหนดสภาพที่ปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า ภารกิจสำคัญๆ ที่จะต้องมีการปฏิบัติขณะเกิดภาวะอุบัติภัยหมู่จะต้องมีการกำหนดสภาพที่ปฏิบัติไว้ล่วงหน้าในแผน เช่น ในการวางแผนรับภาวะอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาลจะต้องมีการกำหนดบริเวณที่จะใช้รับผู้บาดเจ็บระยะต้นเพื่อแยกประเภทผู้บาดเจ็บ บริเวณที่เตรียมไว้รับผู้บาดเจ็บประเภทต่างๆ ซึ่งโดยทั่วไปนิยมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 1 คือผู้ที่บาดเจ็บหนัก หากมิได้รับการช่วยเหลือทันท่วงทีก็จะเสียชีวิต แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องก็จะมีโอกาสรอด ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 2 คือผู้ที่บาดเจ็บค่อนข้างหนัก แต่ยังไม่จำเป็นต้องรับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนโดยทันที ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 3 คือผู้บาดเจ็บเล็กน้อย และผู้บาดเจ็บประเภทที่ 4 หรือ 0 คือผู้ที่เสียชีวิตแล้ว หรือคาดได้ว่า คงจะต้องเสียชีวิตอย่างแน่นอน แต่ละโรงพยาบาลควรมีแผนกำหนดว่า บริเวณใดจะใช้เป็นที่รับผู้บาดเจ็บประเภทใดเมื่อเกิดภาวะอุบัติภัยหมู่ นอกจากนี้ยังมีข้อปลีกย่อยเล็กๆ น้อยๆ ที่อาจจะต้องคำนึงถึง เช่น ผู้ป่วยที่ยังค้างการรักษายู่ในห้องฉุกเฉิน ควรจะมีการบริหารจัดการอย่างไรเพื่อให้ห้องฉุกเฉินมี

พื้นที่เพียงพอที่จะรับผู้บาดเจ็บใหม่ หากมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก จะนำศพไปเก็บไว้ที่ใดในเบื้องต้น และระหว่างรอกการชันสูตร เป็นต้น กรณีการเตรียมแผนรับภัยธรรมชาติ อาจจะต้องคำนึงถึงที่พักอาศัยชั่วคราวในกรณีที่เกิดแผ่นดินไหว น้ำท่วม หรือลมพายุ หรือกรณีที่เตรียมรับสงครามชีวเคมี ก็อาจจะต้องคำนึงถึงบริเวณที่ใช้ล้างพิษ และบริเวณที่จะใช้หลบภัย เป็นต้น

6) ระบบการทำบัตรผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต โดยทั่วไปนิยมใช้ระบบบัตรผูกข้อมือ หรือผูกที่อวัยวะอื่นๆของผู้บาดเจ็บหรือศพและชิ้นส่วนของศพ สำหรับผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ อาจมีการออกแบบบัตรผูกข้อมือ ซึ่งเมื่อถูกผูกเข้ากับผู้บาดเจ็บแล้ว จะมีวิธีที่ทำให้สามารถแสดงประเภทความบาดเจ็บ เช่น การใช้เป็นแถบสีต่างๆ มีการแสดงว่าผู้บาดเจ็บได้รับการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือยัง และมีที่พอจะบันทึกข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับตัวผู้บาดเจ็บ การบาดเจ็บ และการรักษาเบื้องต้นที่สำคัญ

7) การเพิ่มความฉับไวในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัย รักษา และการป้องกันความสับสน กรณีที่ผู้บาดเจ็บจำนวนมากถูกนำส่งโรงพยาบาลในเวลาไล่เลี่ยกัน วิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้สามารถเริ่มการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ โดยไม่ต้องรอกทำบัตรก็คือ การใช้บัตรชุดพิเศษ ซึ่งได้มีการเตรียมทำไว้ล่วงหน้าแล้ว บัตรแต่ละใบจะมีหมายเลขกำกับเรียงกันไปเป็นสำคัญ คล้ายกับบัตรที่ใช้ในที่เกิดเหตุกับการนำส่งโรงพยาบาล จะแตกต่างกันที่ขนาดบัตรที่ใช้ในโรงพยาบาล จะใหญ่กว่า เพราะต้องการพื้นที่บันทึกอาการ สิ่งที่ตรวจพบ และการรักษาได้ละเอียดยิ่งขึ้น โดยบัตรนี้ ต้องออกแบบให้ใช้งานได้ง่าย เพื่อประหยัดเวลา แต่ต้องสื่อความหมายได้ถูกต้อง ชัดเจนทันทีที่บัตรแต่ละใบถูกผูกเข้ากับผู้บาดเจ็บแต่ละคนก็เท่ากับว่า ผู้บาดเจ็บจากภาวะฉุกเฉินรายนั้น ได้รับการลงทะเบียนเบื้องต้นเป็นหมายเลขแล้ว เลขกำกับบัตรที่ถูกพิมพ์ไว้ล่วงหน้าตามส่วนต่างๆ ในบัตร จะช่วยให้การตรวจสอบผู้บาดเจ็บสามารถทำได้โดยไม่สับสน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้บาดเจ็บไม่สามารถบอกชื่อหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้

8) การกำหนดภารกิจสำหรับผู้ปฏิบัติงานหน้าที่ต่างๆในภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติเหตุหมู่ไว้ล่วงหน้า ภารกิจต่างๆที่จะต้องมีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะอุบัติเหตุหมู่ ควรถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า โดยมีระบบเตือนความจำว่าในภาวะฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตำแหน่งใดมีภารกิจอะไรที่จะต้องรับผิดชอบบ้าง แล้วมีการบันทึกไว้ล่วงหน้า อาจเป็นในรูปของแผ่นบันทึก เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้น บุคลากรตำแหน่งต่างๆที่สำคัญก็จะมายังที่เก็บแผ่นบันทึกนี้ หากผู้ปฏิบัติงานทุกคนในระดับทำงานเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้องในแนวเดียวกันก็จะทำให้ภารกิจสำคัญๆในขณะเกิดภาวะฉุกเฉินนั้น ลุล่วงบรรเทาเบาบางลงไปได้อย่างรวดเร็ว

9) การจัดระบบการรักษาความปลอดภัยในสถานที่ที่มีภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติเหตุหมู่ ระบบการรักษาความปลอดภัยในสถานที่ที่มีภาวะฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง เพราะหากไม่มีระบบดังกล่าว จะมีผู้ไม่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งเข้ามายุ่งย่ำ

และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่ และอาจเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินของผู้บาดเจ็บด้วย

10) การประชาสัมพันธ์และการแถลงข่าว โดยการตั้งศูนย์ประชาสัมพันธ์เพื่อรับข้อมูลจากฝ่ายปฏิบัติงานมาให้แก่ญาติและสื่อมวลชนและเพื่อเป็นการป้องกันความสับสนผู้ให้ข้อมูลควรเป็นคนเดียวกัน มิฉะนั้นจะเกิดสภาพหลายแหล่งข่าว หลายรูปข่าวได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อหน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่นั้นๆ การจัดแถลงข่าวโดยผู้นำองค์กรหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย จะช่วยป้องกันความผิดพลาดดังกล่าวได้

11) การประชาสัมพันธ์และฝึกซ้อมแผน หลังจากมีการจัดทำแผนของหน่วยงานใด ควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานทราบและเข้าใจแผนการปฏิบัติ การประชาสัมพันธ์ควรมีเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการซ้อมปฏิบัติตามแผน ซึ่งควรจัดให้มีปีละ 1 ถึง 2 ครั้ง การซ้อมปฏิบัติตามแผน อาจทำได้ 2 ลักษณะ คือ

1. ซ้อมเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การซ้อมลักษณะนี้ จะมีการบอกให้ทราบล่วงหน้า เพื่อให้บุคลากรระดับต่างๆ ดันตัวที่จะเรียนรู้แผนและมีโอกาสซ้อมปฏิบัติ

2. ซ้อมเพื่อทดสอบความพร้อม และตรวจสอบข้อบกพร่อง เป็นการซ้อมซึ่งมีการจัดเตรียมสถานการณ์ โดยไม่บอกให้บุคลากรในหน่วยงานทราบล่วงหน้า

หลังการซ้อมทั้งสองลักษณะ จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการทดสอบและทำความเข้าใจแผนให้กระจ่างขึ้น ตลอดจนมีการขัดเกลาแผนที่มืออยู่แล้ว ให้อยู่ในลักษณะที่ปฏิบัติได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แผนเตรียมรับภาวะอุบัติเหตุหมู่ที่ดีที่สุด ยังไม่ได้ถูกร่างขึ้น เพราะไม่ว่าจะร่างแผนไว้ดี ละเอียดรัดกุมเพียงใด เมื่อเกิดภาวะนั้นแล้ว มักจะมีปัญหาเฉพาะหน้าและเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้นได้เสมอ ในการปฏิบัติผู้ที่มีอำนาจความคุมสั่งการ จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญมาก บุคคลผู้นี้จะต้องรู้แผนหลักเป็นอย่างดีและพร้อมที่จะสั่งการเพื่อแก้ไขข้อขัดข้องเฉพาะหน้าอย่างทันที่ทั้งที่และมีเหตุผล

โดยทั่วไปในแผนรับอุบัติเหตุหมู่จะระบุขั้นตอนการทำงานและกำหนดผู้รับผิดชอบ โดยผู้รับผิดชอบจะระบุเป็นตำแหน่งงาน และระบุผู้สั่งการสำรองไว้อีกหนึ่งคน เพื่อป้องกันปัญหาในการติดต่อไม่ได้ พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ แผนรับอุบัติเหตุหมู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จะต้องเตรียมไว้มากกว่าหนึ่งแผน โดยวางแผนตามความรุนแรง พร้อมระบุรหัสหรือชื่อไว้เพื่อความสะดวกในการประกาศใช้แผน เกณฑ์ที่จะกำหนดว่าใช้แผนใด มักยึดจำนวนผู้บาดเจ็บเป็นหลัก ตัวอย่างเช่น

รหัส 001 หมายถึงอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อย  
มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตไม่เกิน 25 คน

รหัส 002 หมายถึงอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงปานกลาง  
มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตไม่เกิน 100 คน

รหัส 003 หมายถึงอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงมาก  
มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตเกินกว่า 100 คนขึ้นไป

จากตัวอย่างนี้สามารถปรับเปลี่ยนแผนตามความเหมาะสมได้ บางแห่งอาจสร้างแผนโดยยึดศักยภาพของโรงพยาบาลเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แผนแต่ละแผนต้องชัดเจนถึงขั้นตอนการบริหารจัดการว่าจะหากำลังเสริมได้อย่างไร สถานที่ที่จะใช้บริเวณใดในแต่ละแผน อุปกรณ์ทางการแพทย์ฝ่ายใดรับผิดชอบจัดหา เมื่อมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก จะขนย้ายไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ใดบ้าง และจัดหายานพาหนะหรือติดต่อหน่วยงานสนับสนุนได้อย่างไร แผนรับอุบัติเหตุหมู่ นอกจากต้องให้ชัดเจนปฏิบัติได้แล้ว ควรทำเป็นแผนใหญ่และคิดไว้ให้เห็นชัดเจนในหน่วยฉุกเฉิน การมองเห็นบ่อยๆ ในขณะปฏิบัติงานประจำ จะช่วยให้ทุกคนได้ทบทวนแผนจนจำได้เมื่อเกิดภัย นอกจากได้เตือนความจำแล้ว ยังลดความตื่นตระหนก สามารถรับสถานการณ์ได้ตามขั้นตอน แผนอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาลควรระบุ โครงสร้างและสายงานหลัก แต่ละจุดให้ระบุผู้รับผิดชอบและเบอร์โทรศัพท์ด้วย จะทำให้ประสานงานได้รวดเร็วขึ้น

### 2.3) การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการของพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณภัยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการจัดการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือเป็นการให้บริการแก่คนหมู่มากพร้อมๆกัน โดยใช้วิธีการจำแนกผู้บาดเจ็บ การให้การพยาบาลฉุกเฉิน และเป็นการทำงานร่วมกันของทีมดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ความฉับไว มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี สามารถประเมินปัญหาได้ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณภัย

การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลเป็นการจัดการที่ต้องนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปและด้านการพยาบาลฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัยทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณภัย เพื่อป้องกัน และ / หรือลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ

การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพเป็นการให้บริการแก่ผู้ประสบภัยที่ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณภัยโดยเป็นบริการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงที่เกิดจากสาธารณภัย มุ่งเน้นหนักด้านการพยาบาลฉุกเฉินที่ให้แก่ผู้ประสบภัยจำนวนมากในขณะเกิดภัย รวมถึงช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ประสบภัยและญาติทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัยจึงต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) มีความรู้ทางการแพทย์พยาบาลและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤติ และด้านการรักษาขั้นต้น

2) มีความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธาณภัยชนิดต่างๆได้ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุขภัย

3) มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีภาวะการณ์เป็นผู้นำและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4) มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน

5) มีวุฒิภาวะ มีสติ จิตใจเข้มแข็ง รอบคอบ อดทน และต้องมีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรง

#### **บทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านการจัดการสาธารณสุขภัย**

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต้องครอบคลุมบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณในทุกระยะการเกิดสาธารณสุขภัย ทั้งนี้ถ้าพิจารณาตามวงจรการเกิดสาธารณสุขภัยแล้วจะสามารถจำแนกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในงานสาธารณสุขภัยแต่ละระยะ(วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548) ได้ดังนี้

#### **การจัดการสาธารณสุขภัยในระยะก่อนเกิดสาธารณสุขภัย**

พยาบาลมีหน้าที่ต้องเตรียมความพร้อมทั้งของบุคคล อุปกรณ์ และชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดสาธารณสุขภัย ลดความรุนแรงของสาธารณสุขภัย และเตรียมรับสถานการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้น โดยปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์สาธารณสุขภัย โดยการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่คาดว่าจะทำให้เกิดสาธารณสุขภัย และการประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภัย รวมทั้งการประเมินความสามารถในการให้บริการเพื่อตอบสนองต่อสาธารณสุขภัย การจัดทำแผนหรือร่วมจัดทำแผนสาธารณสุขภัย ทั้งแผนสาธารณสุขภัยโรงพยาบาล และแผนสาธารณสุขภัยชุมชน มีการเตรียมการเพื่อรับสาธารณสุขภัย โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากร การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ มีการจัดเครื่องอุปโภคบริโภค ได้แก่ น้ำ อาหาร เสื้อผ้า ฯลฯ เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ผู้ประสบภัย การเตรียมความพร้อมของระบบการสื่อสาร ทั้งเครื่องมือเครื่องข่ายการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนในการวางแผนระบบการสื่อสาร มีการเตรียมสถานที่ มีการกำหนดวิธีการเคลื่อนย้าย และลำเลียง มีการซ้อมแผนสาธารณสุขภัยเป็นระยะๆเพื่อประเมินแผนว่ามีข้อบกพร่องหรือไม่ อย่างไร มีการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุขภัยที่พบบ่อย

#### **การจัดการสาธารณสุขภัยในขณะเกิดสาธารณสุขภัย**

บทบาทหน้าที่ในระยะนี้เน้นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยทั้งผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้ประสบภัยต้องมีความปลอดภัย ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน

สถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น สามารถสรุปได้ว่าเกิดอะไร กับใคร ที่ไหน อย่างไร ขนาดเท่าใด รุนแรงเพียงใด เพื่อจะได้ทราบว่าควรจะใช้แผนรับสาธารณสุขใด เมื่อประเมินสถานการณ์สาธารณสุขได้แล้วจึงประกาศใช้แผน เรียกระดมบุคลากรพร้อมอุปกรณ์ทุกชนิด และให้ปฏิบัติตามแผน รวมทั้งประเมินความสามารถในการรับสาธารณสุข มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ดี รวดเร็ว มีการจำแนก เคลื่อนย้ายถูกต้อง และนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม มีการประสานงานเพื่อช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย มีการจัดทำทะเบียนบันทึกเหตุการณ์ และการรายงานเหตุการณ์สาธารณสุข และภายหลังปฏิบัติตามแผนแล้ว ต้องประเมินสถานการณ์สาธารณสุขว่ารุนแรงมากขึ้นหรือสงบลง เพื่อพิจารณาปรับแผนต่อไป

### การจัดการสาธารณสุขในระยะหลังเกิดสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัยและญาติสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์หลังการเกิดสาธารณสุขเพื่อรวบรวมข้อมูลความเสียหายโดยเฉพาะภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือได้ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาล ในรายที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องในรายที่ป่วยเรื้อรัง การฟื้นฟูสภาพในรายที่พิการโดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา และเป็นไปตามจรรยาบรรณพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาล มีการจัดทำ บันทึก รายงานสรุปรวมจำนวนผู้เข้ารับบริการทั้งหมด มีการประสานงานกับแหล่งสนับสนุน เพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินผลการปฏิบัติการในสถานการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้น เพื่อดูว่าการช่วยเหลือประสบผลอย่างไร มีปัญหาอะไร ควรปรับแก้อย่างไรในครั้งต่อไป สำนวจ ความเสียหายของอุปกรณ์และจำนวนวัสดุเวชภัณฑ์ที่ใช้ไป พร้อมทั้งจัดหามาทดแทนให้อยู่ในสภาพเตรียมพร้อมเหมือนเดิม

### การจัดการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ หมายถึง การติดตามสังเกตการณ์การเกิดการติดเชื้ออย่างมีระบบ และต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบลักษณะการเกิด และการกระจายของการติดเชื้อ ได้แก่ ระบาดที่มีการติดเชื้อบ่อย เชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น ทำให้ทราบสถานการณ์หรือแนวโน้มของการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ถือเป็นหัวใจของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2542) การเฝ้าระวังเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นวิธีการที่ช่วยให้พยาบาลได้ทราบปัญหา และสถานการณ์ของการติดเชื้อ ได้ทราบลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อ และช่วยให้สามารถค้นหาความผิดปกติ หรือการระบาดของการติดเชื้อได้อย่างทันทั่วทั้ง จุดมุ่งหมายสำคัญของการเฝ้าระวังการติดเชื้อคือ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความทุกข์

ทราบของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาการติดเชื้อทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล ค้นหาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด เพื่อที่จะดำเนินการป้องกันและควบคุมได้อย่างทันท่วงที ช่วยให้การทราบขนาดของปัญหา และลักษณะการกระจายของการติดเชื้อ แสดงให้เห็นแนวโน้มของการติดเชื้อ นำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้ในการวางแผนและกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

#### ประโยชน์ของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

1. ช่วยให้การทราบข้อมูลการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อ ช่วยให้การทราบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ ทราบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในแต่ละเดือน ทราบตำแหน่งของร่างกายที่พบการติดเชื้อได้บ่อย เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อรวมทั้งความผิดปกติของการติดเชื้อที่เกิดขึ้น ซึ่งข่าวสารต่างๆเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ตรงกับปัญหาการเกิดมากที่สุด

2. ช่วยให้การทราบความผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อได้อย่างทันท่วงที การเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การทราบอุบัติการณ์ และลักษณะการติดเชื้อ เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งการค้นพบความผิดปกติได้เร็ว และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที จะช่วยให้สามารถค้นหาแหล่งโรค วิธีการแพร่กระจายเชื้อจากแหล่งโรคสู่ผู้ป่วย ช่วยให้การสามารถดำเนินการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อได้ ทำให้การระบอบางชนิดโดยเร็ว ลดการติดเชื้อ ป้องกันความพิการ หรือการตายจากการติดเชื้อ

3. ได้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นบุคลากรของโรงพยาบาล ตระหนักถึงความสำคัญของการติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้อช่วยให้พยาบาลมีข้อมูลที่จะแสดงให้เห็นบุคลากรของโรงพยาบาลทราบปัญหาและความรุนแรงของการติดเชื้อ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังช่วยให้พยาบาลสามารถแสดงสถานการณ์การติดเชื้อแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทราบ และสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลเชื่อถือ และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ คือข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังจะต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์ และนำเสนอด้วยวิธีการที่ถูกต้อง น่าสนใจ และเข้าใจง่าย

4. ใช้ประเมินประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมการติดเชื้อ เมื่อมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อขึ้น จะทำให้ทราบปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อนั้น คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อจะกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้บุคลากรปฏิบัติตามเพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ การเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทราบว่าหลังจากบุคลากรหลังจากบุคลากรปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแล้ว อุตบัติการณ์การติดเชื้อลดลงหรือไม่ หากผลการเฝ้าระวังในระยะต่อมาพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงจากการดำเนินการตามมาตรการ ผู้บริหารจะได้สนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติต่อไป หากไม่

ลดลง คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อควรรหาสาเหตุว่าเพราะเหตุใดอุบัติการณ์จึงไม่ลดลง อาจเกิดจากมาตรการที่กำหนดไม่เหมาะสม บุคลากรไม่สามารถปฏิบัติตามได้ หรือปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน

5. ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มาตรการที่สำคัญที่สุดที่จะลดอุบัติการณ์และป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยคำนึงถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การขอความเห็นชอบและสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ และการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร ข้อมูลจากการเฝ้าระวังซึ่งแสดงให้เห็นอุบัติการณ์การติดเชื้อ สามารถนำมาแสดงให้บุคลากรทราบและกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติตามนโยบายควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดยิ่งขึ้น ซึ่งการที่บุคลากรปฏิบัติตามนโยบายจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

6. ช่วยยกระดับในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อจะต้องมีการประเมินผลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จะต้องเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รวมทั้งจะต้องสามารถค้นหาการระบาดและแหล่งโรคได้ การมีระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ มีบุคลากรทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์นำเสนอ และมีการกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ถือเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญข้อหนึ่ง

7. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วย รวมทั้งได้แนวทางในการกำหนดมาตรการและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อสามารถดำเนินการได้หลายวิธี การพิจารณาเลือกวิธีการเฝ้าระวังแบบใดขึ้นอยู่กับลักษณะการเกิดและการกระจายของการติดเชื้อ ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเป็นแนวทางในการพิจารณา หากการติดเชื้อเกิดขึ้นในทุกแผนกของโรงพยาบาลหรือพบว่าโรงพยาบาลยังมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ ระบบน้ำใช้ในโรงพยาบาล ควรดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานรวมทั้งบุคลากรเป็นปัจจัยที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย

วิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับลักษณะการติดเชื้อ ความสามารถในการดำเนินการ รวมทั้งบุคลากรที่จะเป็นผู้ดำเนินการ การดำเนินการเฝ้าระวังแบ่งออกได้ 4 วิธี (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2542) คือ



- 1) แบ่งตามบุคลากรที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูล
- 2) แบ่งตามระยะเวลาในการเก็บข้อมูล
- 3) แบ่งตามแหล่งข้อมูล
- 4) แบ่งตามขอบเขตของการเฝ้าระวัง

#### ขั้นตอนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อจะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2542)

1) การกำหนดนิยามที่ใช้ในการเฝ้าระวัง โดยนิยามหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ และระบุไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังจะต้องเข้าใจเกณฑ์การวินิจฉัยถูกต้องตรงกัน เพื่อให้มีมาตรฐานในการวินิจฉัยทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเชื่อถือได้

2) การรวบรวมข้อมูล เป็นขั้นตอนสำคัญมากในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดังนั้นข้อมูลจะต้องมีความครบถ้วนและถูกต้อง พยายามควบคุมการติดเชื้อจะดำเนินการเฝ้าระวังโดยเก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อจากการสังเกตอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย

3) การเรียบเรียงข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เป็นข้อมูลดิบ ซึ่งจะต้องนำมาเรียบเรียงให้เป็นหมวดหมู่เพื่อสะดวกในการวิเคราะห์และแปลผล และนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่อไป

4) การวิเคราะห์และแปลความหมาย การคำนวณอัตราการติดเชื้อเป็นส่วนสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อมีประโยชน์ในการเปรียบเทียบการเกิดการติดเชื้อในแต่ละช่วงเวลา ในแต่ละหอผู้ป่วยและในแต่ละแผนก การวิเคราะห์ข้อมูลควรวิเคราะห์ทุกเดือน การวิเคราะห์ข้อมูลควรทำด้วยความระมัดระวัง รอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง

5) การเผยแพร่ข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บริหารและบุคลากรได้ทราบปัญหาและสถานการณ์การติดเชื้อ เพื่อกำหนดมาตรการหรือกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำรายงานควรดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ และแสดงข้อมูลที่ชัดเจนเข้าใจง่าย

#### การจัดการเกี่ยวกับการดูแลสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย

เหตุการณ์พิบัติภัย(disaster) ทั้งหลาย ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ หรือที่เกิดโดยมนุษย์สร้างขึ้น ล้วนทำให้เกิดโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตขึ้นได้ อย่างน้อย 2 ชนิด (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2548) คือ ชนิดที่เกิดอาการขึ้นอย่างรวดเร็วเฉียบพลัน กับอีกชนิดหนึ่ง คือ ความ

ผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย ทั้ง 2 โรคนี้ มีอาการคล้ายคลึงกันจะต่างกันเฉพาะที่ระยะเวลาป่วยเท่านั้น โดยแบบเฉียบพลัน มีอาการเพียงแค่ 2 วัน นานที่สุดก็ไม่เกิน 4 สัปดาห์และจะต้องเกิดขึ้น ภายในเวลา 4 สัปดาห์ หลังจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญเกิดขึ้น แต่ในกรณีของโรคเครียด ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นยังมีโอกาสเกิดขึ้นได้ เพราะจะมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่จะมีอาการป่วยปรากฏให้เห็นช้ามาก คือกว่าจะปรากฏอาการ ก็ผ่านเหตุการณ์นั้นไปแล้วถึง 6 เดือน ผู้ป่วยทั้งสองโรคนี้จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของคนอื่น หรือเกือบจะสูญเสียชีวิตของตนเองหรือของคนอื่น หรือได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง แล้วผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ด้วยความรู้สึกหวาดกลัวอย่างสุดขีดหรือประหมัดหรือประหมัดหรือรู้สึกช่วยตัวเองไม่ได้ และเมื่อเหตุการณ์นั้นผ่านไป ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อย อารมณ์เย็นชา การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลงจนดูเหมือนคนง่วง รู้สึกเหมือนสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป รู้สึกเหมือนตัวเองเปลี่ยนไป จำเหตุการณ์ที่สำคัญในขณะที่เกิดเหตุสะเทือนขวัญนั้นไม่ได้ ที่สำคัญผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นกลับเกิดขึ้นมาอีกเกือบทุกวัน ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเช่น คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ ฝันถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือเกิดความทุกข์เมื่อได้เผชิญกับสิ่งที่เตือนความจำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาอีก ผู้ป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นเตือนให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น และมีอาการวิตกกังวลอย่างมากหรือรู้สึกหวาดกลัวง่ายขึ้นกว่าเดิม ซึ่งแสดงออกมาด้วยอาการต่างๆ ได้แก่ นอนหลับยากหรือนอนไม่ค่อยหลับ สมาธิลดลง หงุดหงิดกระวนกระวายหรือฉุนเฉียว โกรธง่าย โดยที่อาการดังกล่าวข้างต้นนี้จะเป็นอย่างมากจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติเช่นเมื่อก่อนป่วยอีก ดังนั้นการเข้าไปฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยจึงจำเป็นต้องทำทั้งระยะสั้นและระยะยาวหลาย ประการ ดังนี้

1. ลดอาการตึงเครียด อาจจะด้วยวิธีการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนรับฟังการระบายความทุกข์ใจ คอยปลอบใจ และให้กำลังใจ บางรายที่มีอาการรุนแรง เช่น นอนไม่หลับ สะดุ้ง ผวา อาจต้องให้ยาทางจิตเวชร่วมด้วย

2. ให้ความรู้สึกปลอดภัยและเอาใจใส่ ผู้ที่อยู่ในสภาวะเครียดจากภัยพิบัติจะต้องการความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยว่าจะไม่ประสบภัยเช่นนั้นอีก ดังนั้นการย้ายสถานที่อยู่ชั่วคราวเพื่อความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นต้องเร่งทำตลอดจนมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้เข้าไปช่วยเหลือต้องสังเกตและประเมินเป็นระยะๆ จนกว่าผู้ประสบภัยพิบัติจะรู้สึกดีขึ้น ซึ่งแต่ละคนอาจใช้เวลาอย่างน้อยต่างกัน

3. ให้แหล่งสนับสนุนทางสังคม เบื้องต้นอาจได้รับความช่วยเหลือจากสถาบันทางสังคมต่างๆ ด้านปัจจัย 4 อาหาร เครื่องนุ่งห่ม หรือที่อยู่อาศัย แหล่งรองรับงาน แหล่งเงินทุนเพื่อการฟื้นฟูทางอาชีพ เป็นต้น

4.สนับสนุนให้เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ การสนับสนุนให้เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่เป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่ตกอยู่ในภาวะสูญเสียรู้สึกมีความหวังและชีวิตมีความหมายขึ้น กล่าวคือภายใต้ภาวะวิกฤตินั้น ผู้ให้การช่วยเหลือต้องช่วยกระตุ้นหรือ ชี้นำให้ผู้ประสบภัยเห็นข้อดีและโอกาสต่างๆ ที่จะได้รับในทางที่ดีภายใต้สภาวะที่เรื้อรังและช่วยสนับสนุนชี้นำให้เห็นช่องทางของชีวิตที่มีความหวังอีกมากมายและแง่มุมที่หลงเหลืออยู่ตลอดจนช่วยกระตุ้นและชี้นำให้ผู้ประสบภัยเห็นว่าชีวิตของเขามี ความหมายกับใครบ้าง แม้จะมองเห็นความหมายของชีวิตเพียงน้อยนิดในสภาพการณ์ที่สูญเสียที่ยิ่งใหญ่เช่นนั้น ก็อาจเป็นความหมายที่เป็นกาวใจทำให้ผู้ประสบความสูญเสียฮึดสู้และมีพลังที่จะยืนหยัดต่อไป

การเข้าไปดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติทั้ง 4 ประการดังกล่าวต้องทำอย่างจริงจังและด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและพิจารณาให้เหมาะสมแต่ละราย เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างระหว่างบุคคล บางคนอาจปรับตัวได้ช้าบางคนอาจปรับตัวได้เร็ว ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือต้องมีความเมตตาสูง อดทนและใจเย็นการช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจจึงเป็นเรื่องที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การพูดคุยสัมภาษณ์ผู้ประสบภัยพิบัติ ถ้าทำไม่ถูกต้อง อาจเป็นการซ้ำเติมทางจิตใจ (Retraumatization) ทำให้อาการของโรคมักขึ้น รบกวนการหายของโรคนี้ (พนม เกตุมาน, 2548) บุคลากรทางการแพทย์จึงควรสนใจมีความรู้เรื่องนี้และฝึกซ้อม เพื่อช่วยคัดกรอง เพิ่มทักษะในการสัมภาษณ์และการให้คำปรึกษาเบื้องต้น โดยไม่เกิดผลเสียต่อการดำเนินของโรค

#### การจัดการเกี่ยวกับการดูแลสภาพจิตใจของผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย

ปฏิกิริยาของผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัยภายหลังการเกิดเหตุการณ์สาธารณภัย มีดังนี้ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, 2548)

1) ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทันที ได้แก่ วิตกกังวลซึ่งอาจเนื่องมาจากมีเวลาจำกัด ไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม โกรธ / ขัดแย้งซึ่งอาจเนื่องจากการช่วยเหลือมีปริมาณน้อย หรือมาช้า สับสน เหนื่อยล้า มีความยุ่งยากใจในการแก้ไขปัญหา คลื่นไส้ ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ

2) ปฏิกิริยาระยะหลัง ได้แก่ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หลีกหนีจากสังคม และผู้ร่วมงาน โกรธง่าย จุนเจียวง่าย มีความรู้สึกต่อต้าน ขาดความตั้งใจ สับสน หลงลืม นอนไม่หลับ ฝันร้าย คลื่นไส้ ลดความสนใจเรื่องเพศสัมพันธ์ เบื่ออาหาร อ่อนล้ายาวนาน ใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด

#### กลวิธีในการลดความเครียดผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัย

1) ในขณะที่เกิดสาธารณภัย ควรหยุดพักทุกๆ ชั่วโมง อย่างน้อย 5 นาที มีการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์โดยตรง ติดตามดูแลผู้ช่วยเหลือ ถ้าพบว่ามีความว้าวุ่น ตาพร่า

แม้ สูญเสียการประสานงาน มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ สับสน สั่น หรือมีอาการช็อก จัดหาที่พักที่สะดวกสบาย มีห้องน้ำ น้ำร้อน น้ำเย็นสำหรับดื่ม และถ้ามีลักษณะของอาการเครียดมาก ต้องให้คำแนะนำปรึกษา และให้การรักษาดำเนินไป

2) ในระยะหลังเกิดสาธารณภัย มีการจัดเวลาสำหรับการลดความเครียดให้กับผู้ช่วยเหลือ จัดชั่วโมงการบริหารความเครียด จัดเวลาพักผ่อนในสถานที่ทำงาน จัดกลุ่มอาสาสมัครในการช่วยเหลือ และการส่งต่อไปรับคำแนะนำ ปรึกษา

### 3. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### ประวัติความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา (Philosophy) สังคมวิทยาและจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert and Carpenter, 2003) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความรู้คือสิ่งที่เป็นจริง (Knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก (Gives meaning to the world) ของบุคคลผู้ที่มีประสบการณ์ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery and Mark, 1995) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา หรือธรรมชาติของมนุษย์เพื่อค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายประสบการณ์โดยปราศจากคิดล่วงหน้าเพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงมากที่สุดตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์ โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง และอธิบายปรากฏการณ์เสมือนเป็นการอธิบายของผู้ที่มีประสบการณ์เอง ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นคำที่ใช้เรียกชื่อแนวความคิด มุมมอง และบางครั้งก็อาจใช้แทนความหมายของระบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยธรรมชาติ จึงมีชื่อเรียกต่างๆ เช่น Phenomenological Research, Interpretive phenomenology, Hermeneutics phenomenology และ Heideggerian phenomenology เป็นต้น

ผู้ให้กำเนิดแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาคคนแรกคือ Edmund Husserl (1857-1938) สงครามโลกครั้งที่ 2 (ค.ศ.1889-1976) ศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl (cited in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยาคือการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้น Heidegger พัฒนาแนวคิดการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเป็นแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความของข้อมูล (Hermeneutic phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง

จากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (A way of knowing-how to know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็นการศึกษาวิธีการของสิ่งที่เป็นในโลก หรือศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล (A way of being in the word-what it means to be a person) หรือที่เรียกว่า Ontology โดยเขามีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่าง (Being) และเวลา (Time) มีความหมาย (Meaning) ในตัวของมันเอง และสามารถแปลความได้ (Interpreted) และภาษาเป็นสิ่งสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Heidegger, 1927/1962 cited in Leonard, 1989)

### ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Merleau-Ponty (1962 cited in Streubert and Carpenter, 2003) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (Essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความหมายขององค์ประกอบตามการรับรู้ (Perception) หรือความมีสติ (Consciousness) เป็นปรัชญาที่ศึกษาองค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์ (Man) และโลก (World) ตามความเป็นจริง (Facticity) ของเขาเอง

Omery (1983) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jesper (1994) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง เป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

Holloway and Wheeler (1995) ให้ความหมายปรากฏการณ์วิทยา คือการศึกษาสิ่งที่มีอยู่ในธรรมชาติ โดยมีคำถามคือ สิ่งที่ปรากฏอยู่คืออะไร (What is being)

Husserl (cited in Holloway and Wheeler, 1996) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้นๆ

Streubert and Carpenter (2003) กล่าวว่าปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์ อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏการณ์ของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) (Streubert and Carpenter, 2003)

โดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาเพื่อให้ได้ความรู้ที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ที่มีประสบการณ์นั้นๆ โดยตรง ซึ่งผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ในการศึกษาคือ เพื่อสืบค้น วิเคราะห์ หาความหมายหรือตีความ แล้วอธิบายประสบการณ์ที่ได้อย่างไม่มียอคติ หรือคิดล่วงหน้าจากผู้ศึกษาเอง

### ประวัติการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาเริ่มขึ้นในศตวรรษที่ 20 และมีการพัฒนาขึ้นเรื่อยมา มีการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (Hollway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 2003)

#### ระยะที่ 1 Preparatory phase

เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (How in consciousness the mind directs its thoughts to an object) เน้นการอธิบายให้กระจ่าง และอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ

#### ระยะที่ 2 German phase

นักปรากฏการณ์วิทยาในระยะนี้ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (Bracketing) เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม ต่อมา Heidegger ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่ตั้งคำถามอะไรเป็นสิ่งที่สามัญ (Ordinary or Common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบ และรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (History) ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิต และภาษาและภูมิหลังของผู้ศึกษา Gadama (1976 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการเปลี่ยนความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายของคำประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้วยถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

#### ระยะที่ 3 French phase

นักปรากฏการณ์วิทยาในระยะนี้ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) Merleau-Ponty (1905-1984) Sartre (cited in Hollway and Wheeler, 1996) กล่าวถึงการศึกษาระยะนี้ว่าเป็นการศึกษาที่มุ่งอธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (Somethings) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (Embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (Being-in-the-world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก

เราจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก ความคิด การสัมผัส รับรู้ ได้ ยิน และการมีสติ

การศึกษาด้วยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในศาสตร์สาขาต่างๆ เช่น สังคมวิทยา จิตวิทยา ในสาขาวิชาการพยาบาลได้มีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ ซึ่งพบว่ามีความเหมาะสมเนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการวินิจฉัยปัญหา และให้การดูแลตอบสนองของบุคคลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะเฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล (Swanson-Kauffman and Schonwald) การศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตขณะมีความเจ็บป่วย จึงช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย และพัฒนาศาสตร์ทางการพยาบาลได้

### หลักการและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแนวใหม่ เป็นนักปรัชญา และนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน Cartesian (Koch, 1995) ว่าบุคคลไม่สามารถ แยกร่างกายและจิตออกจากกันได้ (Dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบาย ว่าจิตใจกระทำอย่างไร (Relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มี ประสบการณ์ต่อสิ่งนั้นๆ (To the thing themselves) (Drew, 1993)

หลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ประกอบไปด้วยวิธีการ ที่สำคัญที่นิยมใช้ (Stuerubert and Carpenter 2003; จอนณะจ พึ่งจาด, 2546) คือ

1. การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้น (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Description) โดยปราศจากการเดาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ

การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านบททวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (Essences)

การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2. การสืบแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การทอนความคิด (Reduction) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยจัดกรอบ (Bracket) ความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้

ได้ประสบการณ์เดิมนี่แยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมใช้คือ การหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูล

### ประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงสามารถศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery and Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ตามความหมายของผู้มีประสบการณ์ จึงมีความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต และในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจำเป็นต้องจะทำความเข้าใจกับคำว่า ประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ต้องอธิบายปรากฏการณ์ หรือการปรากฏของสิ่งต่างๆ ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายแนวคิดดังนี้

Schutz (1970 cited in Streubert and Carpenter, 2003) กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง ทุกๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบในชีวิตประจำวัน

Streubert and Carpenter (2003) ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่แสดงความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริงในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคล

Lived experience (Erlebnis) คือการให้ความหมายต่อโลกซึ่งเป็นสิ่งรอบตัวและเหตุการณ์ที่บุคคลได้รับและมีปฏิสัมพันธ์ภายใต้การรู้ตน (Kohak, 1978 cited in Omery and Mack, 1995)

โดยสรุป ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งรอบตัว โดยใช้ความรู้ตนให้ความหมายต่อสิ่งที่มากระทบหรือเกิดขึ้นกับตน โดยใช้ปัจจัยภายในและภายนอกตน ซึ่งเป็นความหมายเฉพาะบุคคลนั้น และเป็นจริงสำหรับบุคคลนั้น

### ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegelberg (1965, 1975 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ได้แบ่งลำดับขั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์เชิงวิทยาไว้ดังนี้

1. Descriptive phenomenology คือ การสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์ และการพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับยอมรับความไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

2. Phenomenology of essences คือ การสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (Theme) หรือแก่นแท้ (Essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

3. Phenomenology appearance คือการให้ความตั้งใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็น โครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ ได้



4. Constitutive phenomenology คือ การตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏการณ์เป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (Consciousness)

5. Reductive phenomenology คือ การทอนปรากฏการณ์เป็นการจัดความเชื่อส่วนบุคคล จัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

6. Interpretive or hermeneutic Phenomenology คือ การค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences และ Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวปรัชญาของ Husserl คือ Descriptive phenomenology และ Phenomenology of essences

#### ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (2003) สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อให้รับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินและให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2. การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติคือมีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยได้ และสมัครใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and richness of the information) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยน ไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา

(Benoliel, 1988 cited in Streubert and Carpenter, 2003) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้หน้าหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Question) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังอย่างตั้งใจ (Listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใช้ แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert and Carpenter, 2003)

4. วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ เมื่อใดข้อมูลต้องอ่านสนทนาซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจวิเคราะห์ที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบ และเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมแนวคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ หรือข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) กล่าวคือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้ระยะเวลาอันยาวนานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่ดีที่สุดและควรเลือกใช้คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมารวมวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ต้องการศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูลแทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของผู้ให้ข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใดขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยมากที่สุด

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ (Essence or element or constituents or common themes) หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงขององค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (Dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน (Brackets it or sets it a side) ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นกระทำโดยการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ ทำการจำแนก และดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกในบัตรดัชนี (Index card) แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบเมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และเสนอ โดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

7. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาใช้เป็นวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ประกอบด้วย การเลือก ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษา การได้รับข้อมูลอย่างชัดเจนจากผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยพิจารณาสภาพการณ์ที่เกิดปรากฏการณ์วิทยา และผลการวิจัยได้รับการยอมรับว่าน่าเชื่อถือจากผู้อ่านว่าทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์วิทยาและยอมรับว่าเป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ในวงเล็บ (Bracketing) ผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุดคือผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้ (Letting the facts speak for themselves)

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมศักดิ์ วิวัฒน์อนันต์ (2532) ได้ศึกษาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกกรณีศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรอบ 10 ปี (ตั้งแต่ 2523 – 2532) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประมาณ 10 กรณีศึกษา พบว่าประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยส่วนรวม ซึ่งจากกรณีศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่เกิดภัยพิบัติมีความไม่พร้อมเกี่ยวกับนโยบายและแผนที่ชัดเจน การประสานงานและความร่วมมือ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สุพรรณิ โรจนทัฬพะ (2543) ได้ศึกษาแนวทางการฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัยของกรมประชาสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบสาธารณภัย หรือครอบครัวยังคงประสบปัญหาความเดือดร้อนทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ ปัญหาด้านครอบครัว ด้านจิตใจ ซึ่งมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมทางด้านคำแนะนำปรึกษา ให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ

ด้านทุนการศึกษา ด้านการฝึกอาชีพ ในบางส่วนของการทำงานในด้านการสงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัยของกรมประชาสงเคราะห์ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง พบว่าทุกหน่วยงานได้แบ่งขั้นตอนการทำงานออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ก่อนการเกิดสาธารณภัย จะจัดทำแผนงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ 2) ขณะเกิดสาธารณภัย ทุกหน่วยงานจะให้ความสำคัญ และระดมทรัพยากรที่มีอยู่ไปให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก 3) ระยะสิ้นสุดสาธารณภัย จะให้การช่วยเหลือภายหลังจากที่สิ้นสุดสาธารณภัยตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน และแนวทางการฟื้นฟูผู้ประสบภัยที่ควรจัดให้ตามการศึกษามี 5 ด้าน คือ การฟื้นฟูด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านการศึกษา และด้านการแพทย์ ในการนี้กรมประชาสงเคราะห์ควรมีแนวทางในการฟื้นฟูผู้ประสบภัย คือ 1. แนวทางการดำเนินงานด้านนโยบายให้มีความชัดเจน 2. ส่งเสริมบทบาทขององค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัย 3. ส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครให้เป็นตัวแทนของหน่วยงานในการปฏิบัติงาน 4. ส่งเสริมบทบาทของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไข

กนกพร อัมพวัน (2545) ได้ศึกษาระบบสารสนเทศด้านอุบัติเหตุ: กลไกสำคัญในการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กรณีศึกษาเฉพาะกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ผลการศึกษาวิเคราะห์ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จึงมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อให้ระบบสารสนเทศด้านอุบัติเหตุสามารถนำไปใช้เป็นกลไกตัวหนึ่งในการดำเนินการด้านการบริหารจัดการป้องกันอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนชาวไทยมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปลอดภัย

วิจนา จริยเวชวัฒนา (2546) ได้ศึกษาโครงสร้างการจัดการสาธารณภัยในประเทศไทย ศึกษาเฉพาะกรณีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ มีกลุ่มผู้บริหารระดับสูง กลุ่มผู้บริหารระดับกลาง และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 21 คนเป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในปัจจุบันมีความเหมาะสมแล้ว ไม่จำเป็นต้องมีสำนักงานในจังหวัด แต่ทั้งนี้กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในส่วนกลาง และศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขตสามารถทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมีศักยภาพในการจัดการสาธารณภัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การจัดการสาธารณภัยดำเนินไปในทิศทางประสานสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ และมุ่งสู่เป้าหมายในอันที่จะป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยให้แก่ประชาชนในทุกพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

พรพิมล รักษาแก้ว (2548) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 431 คน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 21 แห่ง ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มี 9 ตัวประกอบ ดังนี้ 1) ตัวประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะบทบาทผู้นำทางการพยาบาล 2) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารจัดการทั่วไป 3) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการวางแผนเตรียมการปฏิบัติการ 4) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตใจ 5) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสบสาธารณสุข 6) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรค 7) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการเข้าถึงประชาชน(ผู้ประสบภัย) ในชุมชน สังคมที่เกิดสาธารณสุข 8) ตัวประกอบสมรรถนะด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บ 9) ตัวประกอบสมรรถนะด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

Margalit (2002) ได้ศึกษาการแนะนำความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามของฐานทัพอากาศของอิสราเอลเมื่อครั้งที่เกิดแผ่นดินไหว เมื่อเดือนสิงหาคม 1999 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลและแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลสนามมีการทำงานที่ยาวนานกว่าจะเปลี่ยนเวร มากกว่าพยาบาลในโรงพยาบาลปกติ ซึ่งอุปสรรคที่พบได้แก่ ภาษา ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และการเผชิญกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาและการวิเคราะห์ มีข้อเสนอแนะ ประการแรกคือ ควรมีการจัดพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการยากที่จะทำนายเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยอนาคต พยาบาลต้องมีความสามารถเฉพาะ และสามารถหมุนเวียนได้เพียงพอ ประการที่สอง ภาษาและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคที่ไม่ควรถูกมองข้าม และสุดท้ายพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานะของโรงพยาบาลสนาม

Sander (2003) ได้ทำการศึกษา การสอนการพยาบาลสาธารณสุขโดยใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลสาธารณสุข Jennings ซึ่งเป็นมาตรฐานการพยาบาลสาธารณสุขที่ช่วยในการศึกษาด้านสุขภาพของชุมชนให้กับนักเรียนพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาลถูกจัดออกเป็น 4-5 กลุ่ม และใช้รูปแบบการจัดการการพยาบาลสาธารณสุขของ Jennings ช่วยให้การวางแผนการพยาบาลในการจัดการด้านสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้น ในอนาคต อาจารย์พยาบาลจึงควรเตรียมความพร้อมด้านการให้ความรู้ในการจัดการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในเหตุการณ์สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Rivera and Char (2004) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขของแผนกฉุกเฉิน : ด้านอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้บริหารในศูนย์อุบัติเหตุของ St.Louis & Missouri จำนวน 170 คน พบว่า แผนกฉุกเฉินเป็นแผนกแรกของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยมีหลายๆอุปสรรคที่มีข้อจำกัดในแผนกอุบัติเหตุในการจัดเตรียมการพร้อมรับสาธารณสุขประเด็นสำคัญในแผนกได้แก่ การขาดอุปกรณ์พิเศษ และการฝึกในเหตุการณ์เฉพาะด้านนิวเคลียร์ชีวเคมี ส่วนภายนอกแผนกได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับกลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

Sander, Frisch and Wing (2005) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้ของนักเรียนพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยใช้แบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์อย่างละเอียดโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนพยาบาลจำนวน 51 คน พบว่า 1) ความรู้เรื่องคำจำกัดความเรื่องของการพยาบาลสาธารณสุขมีความไม่สมบูรณ์ 2) ขาดความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับทรัพยากรชุมชน แบบฝึกหัดสมมติสถานการณ์ และรูปแบบการวางแผนเรื่องสาธารณสุข 3) ขาดความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุขในเชิงปริมาณไว้จำนวนหนึ่ง หากแต่ยังไม่มีการศึกษาถึงประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเชิงคุณภาพ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อแสวงหาความจริงในบุคคล โดยเฉพาะส่วนที่เป็นนามธรรม ซึ่งไม่สามารถศึกษาในรูปแบบของตัวเลขหรือปริมาณได้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เป็นการสืบค้นเพื่อจะอธิบายและให้ความหมายกับชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลและบริบทพื้นที่ที่ศึกษา

##### 1.1 ผู้ให้ข้อมูล (Informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ
2. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการ สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย
3. ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัยในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้ข้อมูลจากสมุดรายนงานการประชุม สมุดบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน และขอความช่วยเหลือในการแนะนำโครงการวิจัยและตัวผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจในเบื้องต้นและความไว้วางใจในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสนามการวิจัย เพื่อทำการติดต่อกับผู้ให้ข้อมูล โดยตรง ผ่านทางโทรศัพท์หรือจดหมายเพื่อขอให้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและการ

ติดต่อกับผู้วิจัยอย่างละเอียด ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลขณะทำการติดต่อสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามผู้วิจัยขณะทำการติดต่ออย่างอิสระ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เปิดเผย เป็นความจริง ผู้วิจัยตระหนักและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ

5. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอนัดพบกับผู้ให้ข้อมูลในวัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกเพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การคุ้มครองสิทธิ และขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวก โดยคำนึงถึงความสงบ เป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล และความปลอดภัยของผู้วิจัย

6. ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่ที่นัดหมาย เมื่อผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ

7. ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ

8. ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยแก่ผู้วิจัย และขอความร่วมมือให้ช่วยแนะนำให้ผู้วิจัยได้พบกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นดำเนินการวิจัยตั้งแต่ข้อ 4 – 8 ต่อไปจนได้ข้อมูลครบถ้วนหรือข้อมูลอิ่มตัว

## 1.2 บริบทพื้นที่ที่ศึกษา

เนื่องจากจังหวัดพังงาเป็นจังหวัดหนึ่งที่เกิดเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิ พบบาดเจ็บและสูญหายจำนวนมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ธรณีพิบัติภัย ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดพังงา ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ 4 อำเภอ นอกจากนี้ ยังมีประชากรในเขตติดต่อจากจังหวัดใกล้เคียงมาใช้บริการด้วย โรงพยาบาลทั่วไปนี้มีขนาด 177 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 115 ราย ระบบการบริการในภาวะปกตินั้น โรงพยาบาลมีการจัดบริการ 2 แผนก คือ แผนกบริการผู้ป่วยนอก และแผนกบริการผู้ป่วยใน โดยแผนกบริการผู้ป่วยนอกประกอบด้วยบริการด้านอายุรกรรม จิตเวช ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช จักษุ หู คอ จมูก นรีเวช สูติกรรม ทันตกรรม วางแผนครอบครัว ภูมิคุ้มกันโรค ฝากครรภ์ หลังคลอด และกายภาพ ส่วนแผนกบริการผู้ป่วยในประกอบด้วยบริการด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช จักษุ หู คอ จมูก นรีเวช สูติกรรม และทารกแรกคลอด

แผนรับอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาลมีการวางแผนโดยพิจารณาจากความรู้และจำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมดเป็นหลัก มีการระบุรหัสเพื่อความสะดวกในการประกาศแผน และ



กำหนดให้มีการซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง โดยแผนรับอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- แผนเล็ก หมายถึงอุบัติภัยที่มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตไม่เกิน 25 คน ปฏิบัติหน้าที่โดยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

- แผนใหญ่ หมายถึงอุบัติภัยที่มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต เกินกว่า 25 คนขึ้นไป ใช้ทุกกลุ่มหน่วยงานมาช่วยกันทั้งหมดโรงพยาบาล

เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยมากเกินกำลังเจ้าหน้าที่ที่จะรับได้ในภาวะปกติ ให้ประกาศใช้แผนอุบัติภัยหมู่ ระดมกำลังเจ้าหน้าที่เพื่อบริการผู้ป่วยให้รวดเร็วที่สุด ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บัญชาการฉุกเฉิน สั่งการในพื้นที่ ถ้าเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล ให้ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลข้างเคียงในจังหวัดเดียวกัน มีการกำหนดให้มีการจัดแบ่งพื้นที่ปฏิบัติงานและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ โดยห้องบัญชาการ ใช้พื้นที่ภายในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน คัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยใช้พื้นที่หน้าอาคาร ปฏิบัติงานโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก มีคนงานเปลนำผู้ป่วยไปยังบริเวณที่เตรียมรับผู้ป่วยที่มีอาการระดับต่างๆ แบ่งเป็น พื้นที่ผู้ป่วยอาการเบา – เดินมา (สีเขียว) พื้นที่ผู้ป่วยอาการปานกลาง – หามมา รู้สึกตัวดี (สีเหลือง) พื้นที่ผู้ป่วยอาการหนัก – ต้องกู้ชีพ หามมา ไม่รู้สึกตัว (สีแดง) และห้องเก็บศพ (สีดำ)

## 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที เริ่มสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2550 โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลรวม 19 ราย และสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2550 โดยทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์กับผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจำนวน 6 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมเครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

### 2.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ตามกระบวนการวิจัย และผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตนเองดังนี้

2.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางพยาบาลจำนวน 3 หน่วยกิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับการที่ผู้วิจัยศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับ

ขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นอาจารย์รับผิดชอบรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล

2.1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามที่สามารถหาคำตอบในระดับลึก และให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการแปลความ การให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนักรู้ (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้า โดยไม่ทำตัวเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด และเป็นจริงตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิดความเชื่อ นั้นไว้ (Bracketing) และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้น โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ผู้วิจัยฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักและจริยธรรมในการวิจัย

2.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

## 2.2 การเตรียมเครื่องมือช่วยวิจัย

1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews) โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ โดยการรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามต่างๆไปเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ แล้วจำแนกเป็นหัวข้อกว้างๆเป็นคำถามปลายเปิด อย่างไม่มีการกำหนดจำนวนคำถาม หรือลำดับคำถามอย่างตายตัว ส่วนคำถามในการสัมภาษณ์จริงจะมีความยืดหยุ่นเพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาแนวทางการสัมภาษณ์

ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (Transcript) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของ

ข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ ภายหลังจากสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า มีข้อคำถามบางข้อที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสม และเพิ่มข้อคำถามที่ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งเพิ่มข้อคำถามเจาะลึก เพื่อต้องการข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้น หรือไม่แน่ใจคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจดข้อคำถามหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจบางประการไว้ แล้วกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดความกระจ่าง (Clarifying) จากนั้นผู้วิจัยกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเดิมเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

3) การบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไข และผลการแก้ไขที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ตลอดจนพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

### 2.3 การเตรียมการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการเตรียมการ 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

#### 2.3.1 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้ คือ

1) ทำความเข้าใจกับประเด็นคำถาม และจุดมุ่งหมายของคำถามทุกข้อ เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์อยู่ในเรื่องที่ต้องการ

2) แนะนำตัวเอง อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัย อธิบายเหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเทป ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการรักษาความลับของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

3) เมื่อผู้วิจัยประเมิน ได้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

4) เลือกสถานที่ที่เหมาะสม เป็นส่วนตัว เพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนหรือเปิดเผยจนเกินไป

#### 3.3.2 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

ผู้วิจัยแบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็นสองส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุข แนวคิดเกี่ยวกับการบริหารจัดการทางการแพทย์ แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนว

คำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่จะศึกษา

ส่วนที่ 2 หลังการสัมภาษณ์หากผู้วิจัยพบว่า บางคำถามไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยปรับคำถามให้เหมาะสมสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไปจนได้ข้อมูลที่มีความอุ่มตัว ซึ่งใช้เวลาการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที แนวการสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มสนทนา ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์ และขั้นปิดการสนทนา แนวทางการสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักที่นำเข้าสู่ประเด็นที่ทำการศึกษา และคำถามรองที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดและสะท้อนประสบการณ์ แต่ไม่มีการกำหนดคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสัมภาษณ์จึงมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

### วิธีการสัมภาษณ์

1. ขั้นเริ่มการสนทนา พுகคุย และซักถามเรื่องทั่วไป และสร้างสัมพันธภาพ และความรู้สึกที่ดีในการสัมภาษณ์ อธิบายระยะเวลาและเป้าหมายการสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์ และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล

2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

คำถามหลัก เป็นคำถามที่เชื่อมโยงกับเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งใช้แนวคิดของ Gulick and Urwick (1937) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ และข้อคำถามจะปรับเปลี่ยนไปตามคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

คำถามรอง เป็นคำถามที่สร้างขึ้นเพิ่มเติมจากเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความคิด และบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง

3. ขั้นปิดการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ตกลงไว้กับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มด้วยการค่อยๆ เปลี่ยนหัวข้อการสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป เพื่อให้อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลผ่อนคลาย ผู้วิจัยสอบถามผู้ให้ข้อมูลถึงความต้องการในการกล่าวถึงสิ่งอื่นๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถาม หรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการซักถามผู้วิจัย บอกย้ำเกี่ยวกับการรักษาความลับ กล่าวขอบคุณในการเสียสละเวลาของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายของผู้วิจัย รวมทั้งหากข้อมูลใดยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยอาจขอนัดสัมภาษณ์ซ้ำ จากนั้นจึงบอกผู้ให้ข้อมูลหลักถึงการปิดการสัมภาษณ์

### 3. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการลบทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ทำการปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลเอกสารการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

### 4. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้นี้มีความตรง เชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ คือ เข้าไปสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล ก่อนที่จะเข้าประเด็นในการสนทนา มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน คือ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความ ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้ง โดยการฟังเทปซ้ำ รวมทั้งรวบรวมบันทึกสั้นๆที่ผู้วิจัยกระทำภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยนำสิ่งที่วิเคราะห์ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ (Member checking) ว่ามีความถูกต้องหรือไม่ และเข้ากันได้กับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะถ้าหากข้อมูลที่ได้นี้ไม่ถูกต้องตามความคิดของผู้ให้ข้อมูล

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผู้วิจัยนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกรณีปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในลักษณะสังคมและบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นๆ

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียด ครบถ้วน ครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็น

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ผู้วิจัยจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำเสนอข้อมูล และมีการนำภาพสรุปของประเด็น การให้รหัส code, category ต่างๆมาปรึกษาทบทวนกันระหว่างผู้วิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลในเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการของ โคลไลซี (Colaizzi, 1987) โดยมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ถอดข้อความเทปการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนแบบคำต่อคำ (Verbatim) อ่านบทสนทนาร่วมกับฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลักหลายๆครั้งเพื่อให้เข้าใจในเนื้อหา หรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ

2. จัดแยกข้อความที่สำคัญหรือดึงข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุการณ์สึนามิ โดยขีดเส้นใต้ หรือแยกคำ หรือข้อความสำคัญนั้นไว้

3. จัดกลุ่มความหมายเป็นหัวข้อ เป็นหมวดหมู่ หรือนำข้อความหรือประโยคสำคัญๆ มากำหนดความหมายในแต่ละประโยค

4. นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่กำหนดความหมายแล้ว นำมาจัดรวมเป็นหัวข้อ (Themes) ที่ได้พบบ่อย หัวข้อใหม่ที่พบจะถูกนำมาเพิ่มเติม จนไม่มีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น

5. ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จะถูกนำมาผสมผสาน อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เข้าไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกันและกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยายามลดทอนข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวม หรือจัดหัวข้อย่อยไปอยู่รวมกันกับหัวข้อที่มีลักษณะประเภทเดียวกัน หรือเป็นเรื่องที่อยู่ในหมวดเดียวกัน

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ พ.ศ.2547 จากโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา ซึ่งได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 19 ราย แบ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 8 ราย โดยปฏิบัติงานในหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 2 ราย หอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 1 ราย หอผู้ป่วยกุมารเวชจำนวน 1 ราย หอผู้ป่วยสูติกรรมจำนวน 1 ราย แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 1 ราย และแผนกอุบัติเหตุจำนวน 1 ราย และเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 11 ราย โดยปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 2 ราย หอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 2 ราย หอผู้ป่วยสูติกรรมจำนวน 1 ราย หอผู้ป่วยกุมารเวชจำนวน 1 ราย แผนกอุบัติเหตุจำนวน 4 ราย และแผนกห้องผ่าตัดจำนวน 1 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 2003) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ และประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิแบ่งเป็นสองส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ แบ่งเป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1. การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่

ประเด็นที่ 2. การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ พ.ศ.2547 แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1. การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ

1.1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน

1.2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย

1.3 ข้อมูลสับสนอลหม่าน

1.4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย

1.5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น

1.6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข

1.7 มีอะไรใช้ไปก่อน

1.8 ระบบสื่อสารล่ม ระดมล่ามช่วยแปล

ประเด็นที่ 2. การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

2.1 หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง

2.2 กลัว แต่ถึงคนไข้ไม่ได้

2.3 ช่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

ประเด็นที่ 3. ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

3.1 ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง

3.2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

### ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ

การพยาบาลสาธารณสุขนั้นมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือ เป็นการให้บริการแก่คนหมู่มากพร้อมๆกัน โดยใช้วิธีการจำแนกผู้บาดเจ็บ การให้การพยาบาลฉุกเฉิน และเป็นการทำงานร่วมกันของทีมดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ความฉับไว มีความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี สามารถประเมินปัญหาได้ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถปฏิบัติงานได้ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข เพื่อป้องกัน และลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย และญาติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพไว้ 2 ประเด็นคือ การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

#### ประเด็นที่ 1 การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขว่าเป็นการดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่ กล่าวคือเป็นการให้บริการแก่คนจำนวนมากที่ประสบภัยโดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยปฏิบัติงานตามแผนบรรเทาอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการใช้ความรู้และทักษะทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยร่วมมือกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการให้บริการเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดจากสาธารณสุข มุ่งเน้นหนักด้านการพยาบาลฉุกเฉินในระยะเกิดภัย การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์สาธารณสุขโดยจัดทำแผนอุบัติภัย



หมู่ของโรงพยาบาล และจัดให้มีการซ้อมแผนเป็นระยะๆ มีกำหนดวิธีการเคลื่อนย้ายลำเลียง การ จำแนกคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ บุคคล อุปกรณ์อย่างเพียงพอ และแนวทางการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งการจัดการสาธารณภัยในครั้งนี้เป็น การจัดการตามแผนเดิมที่ได้รับการฝึกซ้อมเป็นประจำในโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ ข้อมูล ดังนี้

“ก็คือการปฏิบัติงานจะปฏิบัติงานตามแผนอุบัติเหตุหมู่ที่เรามีอยู่เดิม ก็จะมีแผนรองรับอยู่แล้วว่าจะต้องมีรถพยาบาลคันแรกคือ รถพยาบาล EMS ออกไปก่อน เราต้องทำไปตามบทบาทที่เราทำงานอยู่เดิม ก็คืออันที่หนึ่งมัน แล้วแต่หน่วยงานที่จะต้องทำก็คือหน้าที่ความรับผิดชอบของเราตอนนั้นก็ คือเป็นเรื่องของ EMS แล้วก็ปฏิบัติหน้าที่ตาม Job งานที่มีอยู่เดิมเป็นการ บริหารเรื่องของอุบัติเหตุหมู่ตามนั้น ซึ่งจะต้องแบ่งชุดกันตามแผนเดิม ชุด คนที่ปฏิบัติงาน EMS ก็ต้องออกไปยังจุดเกิดเหตุ ส่วนหนึ่งอยู่ทางนี้ก็ต้อง รายงานเวรตรวจการณ์ ลักษณะการจัดการก็คือจัดการเหมือนอุบัติเหตุหมู่ ทั้งหมด เพราะว่าตอนนั้นเราจะไม่ทราบว่ามีคนล้มหรือเปล่านั้น เป็น เหตุการณ์ที่คนไข้ขนาดไหนอะไรอย่างเงี้ย เราก็จะใช้เหมือนตามแผน อุบัติภัยหมู่ที่เราใช้กันอยู่” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“ถ้าเป็นที่นี้ในภาวะปกติก็จะเป็นแผนอุบัติเหตุที่เราใช้กันเป็นประจำ ซึ่ง แผนรับอุบัติเหตุชุมชนมันมีอยู่แล้ว ทุกอย่างก็จะ run ไปตามแผนตามนั้น เราจะมีแผนที่เป็นแผน A แผน B แผน A ก็คือว่าคนไข้ช่วยจัดการตัวเอง ภายในเวร ถ้าภายในเวรช่วยตัวเองไม่ได้ก็ช่วยกันในเวร แต่ถ้าเป็นแผน B จะใช้รถหอบเปิดในโรงพยาบาลแล้วก็เรียกคนทั้งหมดเข้ามาช่วย ถ้าถามว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์แล้วเราทำอะไร เราก็จะทำตามแผน บริหารจัดการในเรื่อง ของสถานที่รับคนไข้ เรื่องคน เรื่องอาหาร ทุกอย่างเลย ทุกอย่าง..ตั้งแต่ ประสานงาน เรื่องรถ เรื่องการส่งต่อ เรื่องของอาหาร เรื่องทุกอย่างที่เค้าขอ เข้ามา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ถ้าในลักษณะของบทบาทที่อยู่ในโรงพยาบาล.. สิ่งที่ต้องจัดการก็คือ เหมือนกับการเกิดเหตุทั่วไปทุกครั้งในบทบาทของเราว่าเออ!..ทำยังไง อย่างเช่น ถ้ามีคนไข้อยู่ต้องพยายามเคลียร์พื้นที่ให้เร็ว แล้วก็เตรียมรับ ถ้าใน ลักษณะบทบาทก็ควรทำแผนอุบัติเหตุทั่วไป..ที่มีลักษณะของการรับ อุบัติภัยหมู่ในทุกเรื่อง ก็มีทั้งบทบาทหลักในที่เกิดเหตุจริง ในเวลานั้น..เรา

ต้องเป็นทั้งผู้ที่ให้ เป็นผู้ประทับประคอง ผู้ให้การรักษาพยาบาล ประคับประคองในที่นี้หมายถึง ทั้งด้านครอบครัวของเค้า ด้านภาวะจิตใจ ทุก ๆ เรื่อง ที่เค้าเกิดเหตุคือเค้าจะมีภาวะที่คุกคามในหลาย ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องของด้านจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านคนที่ครอบครัวสูญเสีย แล้วที่อยู่อาศัยที่จมหายไปแล้ว ซึ่งเป็นมากในตอนนั้นที่มีภาวะ เราก็ต้องจัดการที่ละเอียดแล้วก็แยกในลักษณะของการทำงาน ถ้าในเรื่องของสาธารณสุขก็พูดถึงบทบาทของเรามี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“พยาบาลสาธารณสุขในส่วนที่เป็นวิชาชีพ..บริหารจัดการเรานึกถึงหนึ่งคือ เรื่องของการรับคนไข้ออกจากที่เกิดเหตุนะคะ..ว่าเราจะหาวิธียังไงถ้าคนไข้คนนั้นเค้าประสบอยู่ในสาธารณสุข..อะไรก็แล้วแต่ที่เป็นสาธารณสุขเนี่ย..เราจะเอาคนไข้คนนี้ออกมาจากที่เกิดเหตุก่อน..แล้วมาให้การพยาบาลต่อไป บริหารจัดการในเรื่องของคน เรื่องอุปกรณ์ คัดกรองคนไข้ เอ่อ..ทำตามแผน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ก็เหมือนแผนอุบัติเหตุทั่ว ๆ ไปค่ะ มีการประเมินสถานการณ์ มีการตั้งรับ มีการจัดสถานที่ยังไงเนี่ย ในขณะที่เราเป็นพยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าเวรมีการจัดสถานที่เตรียมอุปกรณ์ เพื่อตั้งรับ เตรียมอุปกรณ์สำหรับสาธารณสุข มีออกซิเจน มีอะไรต่าง ๆ อุปกรณ์ช่วยชีวิตอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“เป็นการให้การดูแลคนไข้ที่ประสบภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงสังคมที่เค้าจะต้องอยู่ต่อไปด้วย แล้วก็ด้านของเราก็ต้องเตรียมความพร้อมในการพร้อมรับภัยพิบัติทุกอย่าง แล้วก็มีการซ้อมรับตามแผนอุบัติภัยอะไรอย่างนี้ หน้าที่ของพยาบาลที่ว่าต้องเตรียมรับแผน พอประกาศใช้แผนอุบัติเหตุภัยหมู่..พอเรารับทราบปั๊บ..เราก็เตรียมความพร้อมของตนเอง เตรียมเครื่องมือ เตรียมอะไรให้เรียบร้อย เตรียมนับเตรียมสกินคนไข้ก่อนที่จะเข้ามาเลย คัดกรองคนไข้ว่านี่ประเภท 1 ประเภท 2 ประเภท 3 ไปสินั่นสินั่น เราจะสกรีนได้หมดว่านี่ไม่หนัก นี่หนัก คนที่มีความชำนาญ ICU OR ก็ต้องไปอยู่ตรงคนไข้วิกฤต อย่างเราอยู่ตึกพิเศษไซ้ใหม่..ก็ไปอยู่คนไข้ที่ปานกลางอะไรเนี่ย ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“สาธารณสุข ก็คือ ภัยทางธรรมชาติทุกชนิด ที่เกิดกับคนจำนวนมาก เมื่อได้รับแจ้งเมื่อเกิดสาธารณภัยนั้นๆ ก็เออ..ในฐานะผู้บริหารก็ส่งคนไปช่วย ณ จุดเกิดเหตุ ไปไว้ใกล้บริเวณจุดที่ปลอดภัยนั้นๆ บริเวณจุดที่ปลอดภัย ช่วยผู้ป่วยบริเวณใกล้จุดที่เกิดเหตุ แล้วก็ตั้งรับที่หน่วยงาน โดยเตรียมพร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ และก็อุปกรณ์ สถานที่ แล้วก็ต้องประกาศแผนเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่ให้ดำเนินการได้..ก็ดำเนินการตามแผน” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่13: พยาบาลประจำการ)

## ประเด็นที่ 2 การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

การจัดการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน รู้แนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากสาธารณภัยทันกับการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงสาธารณภัยคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นว่า เป็นสาธารณภัยที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมาก บุคลากรขาดประสบการณ์ในการจัดการสาธารณภัยชนิดนี้ และขาดความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถหยั่งรู้ถึงสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์หรือคาดการณ์ในสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สถานการณ์สาธารณสุขทำให้บุคลากรพยาบาลเผชิญปัญหาในขณะที่ปฏิบัติงานมากมาย ต้องอาศัยการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ถูกต้องและสมเหตุสมผล แต่บางครั้งก็มีการลองผิดลองถูก ทั้งนี้เพื่อลดความรุนแรงของปัญหา การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพว่า เป็นการบริการและให้บริการตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เมื่อเกิดภัยพิบัติหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ บุคคลที่สำคัญที่สุด คือ พยาบาล ที่จะมีบทบาทมากในการที่จะบริหารจัดการเรื่องของผู้ป่วยที่ประสบภัย ในแง่ของการให้บริการทางด้านสาธารณสุข พยาบาลสามารถที่จะ Manage ได้ในเรื่องอาคารสถานที่ที่จะรับผู้บาดเจ็บ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และในเรื่องของการบริหารจัดการในการอำนวยความสะดวกให้คนไข้ได้รับบริการที่รวดเร็วที่สุดโดยการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือการตัดสินใจโดยสัญชาตญาณ ต้องประสานงานทุกอย่างทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในเรื่องของการจัดคนไปดูแลคนไข้ที่ E.R. หรือว่าต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น ประสานงานในเรื่องของ Volunteer ที่เข้ามาช่วย ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารซึ่งมีผู้มาติดต่อเรื่องของผู้บาดเจ็บ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“หมายถึงเราต้องบริหารคน บริหารสิ่งแวดล้อม บริหารทรัพยากร เครื่องมือ เครื่องใช้ อะไรทั้งหมด โดยทั่ว ๆ ไปคือ เราต้องบริหารอยู่ใน 3 ด้าน แล้วก็ ลงมือปฏิบัติด้วย..ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า..เราเห็นคนไข้มา เป็นอะไร เนี่ย..มีแผลเราก็ทำแผลก่อน เราก็จะเลือกเฉพาะ CASE ที่หนักๆมาทำก่อน.. อะไรอย่างนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่14: พยาบาลประจำการ)

“สาธารณสุข หมายถึง เป็นเรื่องอุปถัมภ์อะไรพวกนี้ ก็คือ การบริหารใน บทบาทวิชาชีพเชิงหัวหน้าเวรก็บริหารจัดการตั้งแต่สถานที่แล้วก็คืออุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ทางยาอะไรทั้งหมดเลย แม้กระทั่งเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อะไรทุกอย่าง เรื่องอาหารต้องดูแลหมด ต้องแก้ไขปัญหา เฉพาะหน้า ต้องดูแลทุกด้านในวันที่เกิดเหตุ ปฏิบัติงานในแต่ละอย่างเนี่ย.. โดยสัญชาตญาณ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่16: พยาบาลประจำการ)

“พยาบาลวิชาชีพมีการจัดการในเรื่องบริหาร..จัดการในเรื่องบุคลากร ภายในเวรวันนั้น การจัดการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดภัยพิบัติเนี่ยจะมีการ จำแนกประเภทยังไง หรือจัดการยังไงที่จะทำให้คนไข้จำนวนมากคลี่คลาย ไปในทางที่ดีขึ้นหรือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในระยะตรงนั้นให้ดีขึ้นได้ แล้วก็อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ มีอะไรที่มีความจำเป็นที่ต้องใช้ในคนไข้ ประเภทนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ถ้ามองในแง่ของการบริหาร อันดับแรกก็คือคน..คนนะ..ความเพียงพอ ณ. วันนั้นที่มันสมมติว่าถ้ามีเหตุการณ์แบบนี้ต้องดูคน ความเพียงพอ พอไป ดูคนเสร็จ..ก็ต้องดูเรื่องเกี่ยวกับอุปกรณ์สิ่งของที่จะใช้ เพราะคนไข้มา จำนวนหมูก่มาก ถ้าหากเราไม่พอจะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างไร..จะไป หยิบยืม..บริหาร..ประสานงานจากจุดไหน..แล้วก็สถานที่ที่จะรับคนไข้ เพราะว่าเตียงเรา.. สมมติมาโถมอย่างนั้น..ไม่พออยู่ละ เราต้องประสานงาน ยังไง ว่าจะต้องรับคนไข้ประมาณไหน พอหรือเปล่า..มันแล้วแต่ว่า สาธารณภณณ์นั้น ๆ มันมากน้อยแค่ไหน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

## ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ

ประสิทธิภาพการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ พ.ศ.2547 จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าม็องค้ประกอบที่เป็นลักษณะสำคัญ 3 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ

- 1.1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน
- 1.2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย
- 1.3 ข้อมูลสับสนอลห่ม่าน
- 1.4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย
- 1.5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น
- 1.6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไ้ใจ
- 1.7 มีอะไรใช้ไปก่อน
- 1.8 ระบบสื่อสารล้ม ระคมล้มาช่วยแปล

ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ้ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

- 2.1 หน้าทีมาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง
- 2.2 กลั้ว แต่ท้ังคนไข้ไม่ไ้
- 2.3 ชม้ใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

ประเด็นที่ 3 ผลทีไ้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

- 3.1 ช่วยคนอื่นจนล้มเรื่องตนเอง
- 3.2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดท้ังกันยามกับมา

### ประเด็นที่ 1 การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ

การจัดการสาธารณสุขเป็นการดำเนินงานทุกชั้นตอนตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อกำเนินงานที่ดีในทุกระยะของการเกิดภัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงการสูญเสียชีวิต ปกป้องทรัพย์สินให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการสาธารณสุขไว้ 8 ประเด็นย่อย ได้แก่ คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลสับสนอลห่ม่าน คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไ้ใจ มีอะไรใช้ไปก่อน และระบบสื่อสารล้ม ระคมล้มาช่วยแปล

### ประเด็นย่อยที่ 1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บในเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นว่า บุคลากรพยาบาลไม่สามารถจัดการจำแนกประเภทหรือคัดกรองผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาธารณภัยมีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ระบบการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บตามแผนอภิปัญญ์ที่มีอยู่เดิมไม่สามารถรองรับกับจำนวนผู้บาดเจ็บ สถานที่สำหรับคัดกรองผู้ป่วยและอัตรากำลังพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบาก และก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด บุคลากรพยาบาลจึงต้องปรับวิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยการประเมินสภาพอย่างคร่าวๆ และเลือกให้การพยาบาลในรายที่มีภาวะวิกฤติและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนก่อน มีการประสานงานเพื่อระดมกำลังเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ทุกคนต่างปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาด้านอัตรากำลัง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงแม้จะมีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่การคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บก็ยังไม่มีความมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากสถานที่และอัตรากำลังไม่เพียงพอกับสภาพความรุนแรงของปัญหา ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกภายหลังการแก้ไขปัญหาว่า ภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันก็รู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างทั่วถึง มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คนไข้ทะลักเข้ามามาก การ Screen คนไข้ไม่เป็นไปตามระบบ คือทุกคนจะวิ่งเข้าไปข้างในหมด แล้วศพในนี้ก็เยอะมาก คือมันไม่ไหว มันไม่ได้ Screen ไปตามระบบอะไรอย่างนี้ ที่ไปอยู่ตรง Screen ก็คือต้องใช้วิธีการ Screen คนไข้ Screen ก็หมายถึงว่าจะได้ไม่มากก็แล้ว อืม รถทยอยขึ้นมาเรื่อยๆ ตอนนั้นเหมือนจะเป็นรถติดอยู่ข้างหน้าเลย ที่นี้วิธีการ Screen ก็ได้แค่บอกว่า ก็ต้องชะโงกหน้าเข้าไปในรถแล้วบอกว่า ใครที่พอเดินได้ มีคนเจ็บหนักบ้างไหม ถ้าเผื่อว่าบาดเจ็บไม่มากเล็กน้อย เดินได้ ไม่มีใครมีแผลถลอก คือให้ไปตักโน้นเลย ก็คือบทบาทตรงนั้นก็คือการบริหารจัดการดูว่าปัญหาอยู่ตรงไหนก็ไปแก้ไขตรงจุดนั้น การ Screen มันรองรับสถานที่ที่ไม่ไหวแล้วก็ต้องดูในเรื่องสถานที่..รถเยอะมากและทุกคนก็จะวิ่งเพื่อที่จะเข้ามาที่ห้องฉุกเฉินตลอด เราจะกันได้ยากมาก รวมทั้งญาติจะมามุงด้วย เพราะฉะนั้น โชนที่เราแบ่งไว้ว่าด้านหน้าเป็นโชนที่ผู้บาดเจ็บไม่มาก..ก็คือค่อนข้างที่จะจัดการได้ไม่ดี คือไม่เป็นระเบียบก็คือไม่สามารถที่จะแยกแยะคนไข้ได้มากคือทุกคนจะทะลักเข้ามา 24 ชั่วโมงแรกไม่สามารถที่จะไป

ไหนได้เลย คืออยู่ที่นี้จนสว่างทั้งคืน เพราะคนไข้จะมาเรื่อย ๆ งานมันจะไม่หยุด..จะต้อง Stand by อยู่ตรงนั้น ช่วงวันแรกนี้เรายังไหวอยู่” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“คนไข้ตอนแรกที่รับมายอมรับว่าการคัดกรองเบื้องต้นมีปัญหา เพราะยังไม่ได้คัดกรองว่าคนไข้ไหนที่ต้อง Admit หรือว่าคนไข้ไหนที่ไม่ต้อง Admit ส่วนมากคนไข้มีบาดแผลทั้งหมดก็นำเข้าไปพักข้างในโรงพยาบาลก่อน แผนเดิม จะมีการแยกจุด Screen จุดสีแดง สีเหลือง สีเขียว แต่ตอนหลังจุด Screen ไม่สามารถจะกันคนไข้ได้เลยเพราะคนไข้จะทะลักเข้ามา จากจุดสีแดง สีเหลือง สีเขียวที่แยกไว้มันไม่สามารถที่จะคัดกรองคนไข้ได้ ต่างคนต่างจะเข้ามาหาหมอ คนเข้ามาใช้บริการเป็นร้อยเป็นพัน จะมีปัญหา ตอนนั้นรู้สึกสงสารคนที่ประสบภัย เห็นฝรั่งที่นอนอยู่บนรถกะบะก็สงสาร ไม่รู้จะหยิบคนไหนมาช่วยก่อน..มันเยอะมาก..ก็ต้องคัดกรองเอาคนที่บาดเจ็บเล็กน้อยออกไปก่อน..แล้วเอาคนไข้ที่หนักเข้าไปช่วยเหลือก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“คนไข้มันเยอะนะกะ มันเยอะทั้งคนเจ็บ ทั้งผู้ประสบเหตุ ทั้งคนตาย ก็เข้ามาที่โรงพยาบาล จะเริ่มสับสนเพราะตรงนั้นมันเต็ม อากาศตอนนั้นก็แยกไม่ค่อยได้ เพราะต่างคนก็จะขึ้นไปขอความช่วยเหลือ จะแยกประเภทไม่ได้ คนไข้มากขึ้น ๆ ER ก็ทะลักแล้ว แยกประเภทไม่ได้เลยตอนนั้น เพราะเราไม่มีคนพอ คือคนที่ช่วยเหลือเค้าไม่รู้ เหมือนกับว่าพอช่องมันว่างก็เอารถขึ้น ๆ ๆ คนไข้หนักไม่หนักก็ไม่รู้ เพราะเค้าถือว่าเค้าถึงโรงพยาบาลแล้ว screen แล้วส่งต่อเข้าออร์ค คือว่า..ถ้าเราไม่ screen คนไข้มันจะทะลักไปหมดเลย แล้วเราจะทำยังไงกับคนไข้กลุ่มนี้..ที่มันมีทั้งเจ็บมากเจ็บน้อย หรือว่าปานกลาง ก็เลยต้องหาคนไข้ที่เจ็บมาก ๆ เราก็ต้องช่วยกันห้ามช่วยกันแบก ถ้าคนไหนเดินมาได้แสดงว่าคงไม่มาก..ก็ดูโดยสายตา..ต้องใช้วิธีอย่างนี้ละ ไม่พร้อมในเรื่องของคนที่จะเข้ามาช่วย เรื่องของพยาบาลที่จะเข้ามา..ในตอนนั้นไม่มีใครมาเปลี่ยนมือเลย พยาบาลจะอยู่ 24 ชม. 48 ชม. 72 ชม. วันนั้นถามว่ารู้สึกยังไง..คือรู้สึกเหมือนเราสูญเสียเอง รู้สึกหดหู่ มันบอกไม่ถูก..มันสงสาร..ก็คิดตรงนั้นว่าช่วยให้ได้มากที่สุด..ให้ดีที่สุด ตรงหน้านี้จะมีแต่คนเจ็บ..คนที่ประสบเหตุ..คนไข้ก็ร้องระงมให้ช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“บอกไม่ถูกเลย ทำไมมันเต็มไปหมด แน่นไปหมดเลยนะ ตั้งแต่หน้าปากทางเข้า มีทั้งป่วยและก็ไม่ป่วย ออกันเต็มสนามหญ้า ข้างหน้าก็เต็มหมด อู๊ย ..แยะแล้ว จะทำยังไงดีนี่ จะเริ่มต้นยังไงล่ะ มันไม่รู้จะจัดระบบยังไง..ว่าจะสกรีนคนไข้ยังไงก็ลำบาก สกรีนไม่ได้ไง..คนไข้เต็มหมด..ปนกันหมด บางคนที่นั่งแบบ..ห่อตัวไว้..เลยไม่รู้ว่าคุณเจ็บตรงไหนบ้าง คนที่จะมากอย สกรีนมันก็ไม่มี พี่ก็เริ่มสกรีนคนไข้หนัก แต่มันก็พลาดเรื่องคนไข้หนัก ไม่ได้รับการดูแลก่อน..เพราะว่าเขาไปนั่งซุกอยู่..เข้าไม่ถึง..ที่นี้คนมันน้อย เจ้าหน้าที่จะน้อย ก็ต้องช่วยคนไข้ที่หนัก ๆ ก่อน..เรื่องสภาพจิตใจนี่บอกตรง ๆ ว่าไม่ค่อยได้ดูแลเขา เพราะว่าต้องรีบมาก..มันต้องรีบไปหาคนที่อาการหนักก่อน พี่อยากให้คุณไข้ได้ดีที่สุด ถ้าเขามาอยู่ในหมู่เรานะ เขาอดสำห้มา พี่งเรา..แต่เราทำไม่ได้นะ คือสงสารเขา..สงสารมากเลยตอนนั้น..ตายแล้ว..ไอ้พวกที่ว่าไม่ไหวก็ไม่ไหว.. Death ต่อหน้าต่อตาก็มี อยู่ที่มือเรา ทั้งนั้นเลย บางทีเราเข้าไป..บางทีก็ไม่น่าจะเข้าไปสำหรับบางคน..ก็รู้สึกว่ามี..แต่ไม่รู้จะทำยังไง เพราะว่าเจ้าหน้าที่มันไม่พอที่จะดูแลเขาได้ คิดว่ามาถึงแล้วยังต้องตายอีก มันช่วยอะไรไม่ได้ ไม่รู้จะทำยังไง..ปกติคนไข้ 1 ต่อ 5..1 ต่อ 10..นี่เป็น 1 ต่อ 100 มันก็ไม่ค่อยไหว..มันก็ไม่ทัน ใครก็ช่วยไม่ได้หรอก จะไปร้องขอตรงไหนมันก็ไม่ได้ในตอนนั้น..ใครจะมาช่วยเราได้..ใน 2 ชั่วโมงแรก ต่างจังหวัดใครจะมาทัน คนไข้ก็ชนมาภายใน 2 ชั่วโมงแรก เต็มโรงพยาบาลเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

## ประเด็นย่อยที่ 2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บในเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นว่า จากเหตุการณ์สาธารณภัยในครั้งนี้มีผู้ป่วยเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเกินกว่าโรงพยาบาลจะให้บริการได้ จึงต้องมีการส่งต่อผู้ประสบภัยไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และช่วยลดความสูญเสียที่จะเกิดแก่ผู้ประสบภัย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บในเหตุการณ์นี้ว่าการเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บไม่สามารถดำเนินไปได้โดยมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดพาหนะสำหรับส่งต่อผู้ป่วยเจ็บ ขาดอัตรากำลังพยาบาลในการนำผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น และขาดคนขับรถ ส่งผลให้การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บเป็นไปอย่างล่าช้า เหตุการณ์นี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียด แต่ก็พยายามหาวิธีแก้ไขโดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อขอการสนับสนุนในเรื่องพาหนะสำหรับใช้ส่งต่อผู้ป่วยเจ็บ คนขับรถ และพยาบาลประจำรถ รวมทั้งมีการจัดลำดับผู้ป่วยเจ็บในการส่งต่อ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงซึ่งทางโรงพยาบาล



ไม่มีศักยภาพพอที่จะให้การรักษายาบาลได้ จะได้รับการส่งต่อก่อนผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่า ถึงแม้จะดำเนินการแก้ไขดังกล่าวแล้วแต่ผู้ให้ข้อมูลกลับรู้สึกว่าการจัดการส่งต่อผู้บาดเจ็บยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากความยุ่งยากในการส่งการกับคนขับรถที่เป็นอาสาสมัครจากหน่วยงานอื่นที่ต้องรอการอนุมัติคำสั่งการออกรถจากหัวหน้าหน่วยงานที่เป็นเจ้าของรถเท่านั้น อีกทั้งมีการส่งต่อโดยขาดการบันทึกข้อมูลการส่งต่อที่ชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถส่งการกับคนขับรถได้โดยตรงและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้ข้อมูลการส่งต่อแก่ญาติของผู้ประสบภัยได้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อย่างรถพยาบาลมีปัญหาเหมือนกัน..คือรถเค้ามาจอดเต็มหมดเลย โดยที่เราไม่รู้ เพราะเราไม่มีการจัดการว่าจะต้องมีศูนย์รับแจ้งรถพยาบาล บางครั้งเราต้องการ Refer คนไข้..เราต้องไปเคาะประตูรถบอกว่าเราขอ Refer นะ.. บางครั้งเค้าบอกว่าเค้าเพิ่งเดินทางมาถึง เค้าเหนื่อย เค้ายังไม่ไปไม่ได้ แล้วส่วนใหญ่คนที่เข้ามาเค้าจะรับคำสั่งกับหัวหน้าทีมที่มา เค้าจะไม่ค่อยเชื่อเรา ก็คือเค้าบอกว่าผมต้องไปถามหมอก่อน ซึ่งจริง ๆ แล้วมันไม่น่าจะใช้ ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้า..ต้องการรถ..ก็หารรถกันตอนนั้น และบางครั้งเรารู้แค่ว่าคนนี้ส่งต่อไปแล้ว..แต่เราก็บอกไม่ได้ว่าส่งไปที่ไหน คืออันนี้จะเป็นปัญหามากเลยทีเดียวนะ บางทีมันมีชื่อ..แต่เราบอกไม่ได้ว่าคนไข้คนนี้ไปไหนแล้ว เราก็รู้สึก guilty มาก ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลญาติได้ ซึ่งมันก็มีจริง ๆ เพราะบางทีเรา Refer คนไข้ไป..ข้อมูลตรงนี้เราไม่ครบ..อย่างวันแรกคนไข้ที่หนักมาก..คนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว..เราก็ไม่มีวิธีจัดการว่าคนที่ไม่รู้สึกตัวคนนี้ชื่ออะไร..ไม่รู้แต่ส่งไปแล้ว คือเราไม่ได้มีการจัดการตรงนี้ค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“คนไข้เยอะ..ห้องผ่าตัดเรามีจำกัด บุคลากรก็จำกัด คุณแล้วว่าถ้าไม่ Refer คนไข้อาจจะเกิดการติดเชื่อได้ ก็ต้องมาบริหารจัดการเรื่องส่งต่อ..ก็จะมีอุปสรรคคือโรงพยาบาลที่จะส่งต่อเป็นโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและภูเก็ต.. ซึ่งก็เต็ม..ไม่สามารถรับได้แล้ว ต้องส่งต่อนอกพื้นที่ เช่น ชุมพรบ้าง นครศรีธรรมราชบ้าง ระนองบ้าง ในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ประสบภัย ปัญหาที่เจอมีเยอะ คือเรื่องของรถที่จะ Refer เรื่องของพยาบาลที่จะทำการ Refer รถที่จะ Refer มีไม่พอ..ต้องมีรถสนับสนุนจากที่อื่น ใกล้เคียง ๆ เช่น จาก นครปฐม จักราชบุรี หลายแห่ง แต่มีคนขับรถเพียงคนเดียว พอมาถึงก็ต้อง

พักแต่เราต้องใช้รถตลอดเวลา นี่คือปัญหา เรื่องพยาบาลที่จะทำการ Refer..  
จับพยาบาลคนไหนได้ก็ให้ไปนะ..ตอนนั้น ช่วงนั้นใช้รถประมาณ 3 คัน  
รายที่อาการไม่หนักมากก็ต้องรอช่วงเช้า..เพราะเราก็ไม่มีรถจริง ๆ ก็รู้สึก  
เครียดว่าจะทำอะไรต่อ แต่ภาวะที่จำเป็นอย่างนั้นการที่เรียกคนอื่นมาช่วย  
ช่วงคึกๆคั้นๆตอนนั้นคงจะเป็นไปไม่ได้ โรงพยาบาลใกล้เคียงนะนะคะ  
บางที่เราไปออกคำสั่งกับคนขับรถก็ไม่ได้ เค้าก็ต้องรอคำสั่งจากคนที่  
เป็นหัวหน้าที่มาด้วยกัน จะบอกให้ไปส่งที่ชุมพร นครศรีธรรมราช เค้าบอกก็  
ต้องรอรายงานหัวหน้าเค้าก่อน ซึ่งเป็นปัญหาพอสมควรเหมือนกัน เพราะ  
มันยิ่งล่าช้า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“คนไข้ที่อาการหนักๆก็ Refer เพราะเตียง ICU รับได้ 10 ห้อง ช่วงแรก  
Refer ไปสุราษฎร์ฯ นครฯ พังสง ชุมพร พอวันที่ 2 ไปหาดใหญ่ พอวันที่ 3  
ไปกรุงเทพ เอา ฮอ. บ้างรถพยาบาลบ้างผสมกัน แต่ก็มีปัญหาเหมือนกัน  
ระบบ Refer ไม่ดี ถ้าพูดถึงปัญหา เราไม่รู้ว่คนไข้ที่เข้ามาชื่ออะไรบ้าง แล้ว  
ก็ Refer ไปไหน ไม่รู้จริงๆ ก็ส่งสารเค้านะ เค้ามาตามหากัน อีกเรื่อง..สมมติ  
ว่ามีรถ EMS เข้ามาช่วยในพื้นที่ คนในพื้นที่ต้องคุม ไม่ใช่ให้เจ้าของรถเป็น  
คนคุม เราสั่งการไม่ได้.. พอเราสั่งการให้ออก..ต้องถามหัวหน้าก่อน รถ  
EMS ที่เข้ามามีเกือบ 60 – 70 คัน แต่ว่าเวลาเรียกใช้..ต้องไปหาหัวหน้าก่อน  
รถเยอะ..แต่ใช้ไม่ได้ ก็จะมีปัญหา..จริง ๆ แล้วเราต้องเป็นเจ้าของรถเอง..เรา  
จะสั่งการได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

### ประเด็นย่อยที่ 3 ข้อมูลสับสนอลหม่าน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บในเหตุการณ์สาธารณภัย  
ที่เกิดขึ้นว่าบุคลากรพยาบาลขาดการบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก  
สาธารณภัยมีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ผู้บาดเจ็บมีจำนวนมาก อัตราค่าส่งพยาบาลไม่  
เพียงพอ รวมทั้งบุคลากรพยาบาลต่างมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาการบาดเจ็บทางร่างกาย  
ทำให้ละเลยการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์และการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้บาดเจ็บ ชนิดของ  
การบาดเจ็บ อาการ ลักษณะของผู้บาดเจ็บ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูล  
การส่งต่อผู้บาดเจ็บโดยสรุป ทำให้เกิดความสับสนของญาติผู้ประสบภัยที่มาติดต่อสอบถามข้อมูล  
ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียด อึดอัด และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลอัน  
เป็นประโยชน์แก่การตามหาผู้ประสบภัย บุคลากรแก้ไขปัญหามาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังให้มาก  
ที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ แต่การเก็บข้อมูลย้อนหลังไม่สามารถบันทึกได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจาก

บุคลากรสามารถบันทึกข้อมูลได้เพียงบางส่วน และบันทึกได้เพียงข้อมูลของผู้บาดเจ็บที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีอีคอดีเรื่องข้อมูล เป็นจุดบอดใหญ่คือข้อมูลของคนไข้ ชื่ออะไร สัญชาติอะไร มาจากไหน ตอนนี้อยู่ที่ไหน ข้อมูลเราจะขาด คนไข้ที่มา 900 กว่าคน ในวันเดียว เรื่องของสารสนเทศเราจะไม่แน่นเลย เป็นข้อบกพร่อง พอมีโทรศัพท์มาถามว่าคนนี้อยู่ที่ไหน มีรายชื่อนี้หรือเปล่า เราจะให้คำตอบไม่ได้ มันไม่ Complete บางครั้งเรารู้แล้วว่าคนนี้ส่งต่อไปแล้ว แต่เราก็บอกเค้าไม่ได้ว่าส่งไปที่ไหน อันนี้จะเป็นปัญหามากเลย..ว่าจะต้องจัดการข้อมูลให้แน่น ถ้ามันมีรายละเอียด..เราก็ไม่ยุ่งยากที่จะตอบ สามารถที่จะตอบได้ แต่พอเค้าถามแล้วเราตอบไม่ได้..เราก็รู้สึก Guilt มาก ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คือเราไม่ได้มีการจัดการตรงนี้จะ บางทีเรามีรูปโชว์ไว้..เค้าก็บอกว่ามาโรงพยาบาลนี้..แต่คนไข้ไม่อยู่..ไปไหน พอเราตอบเค้าไม่ได้เราจะรู้สึกไม่ดีทันทีเลย ก็ได้แต่บอกเค้าว่า..เราขอโทษ เราไม่สามารถที่จะให้ความกระจ่างตรงนี้ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“ระบบไม่ดี..เราไม่รู้ว่าคนไข้ที่เข้ามาชื่ออะไรบ้าง..ถ้าลงทะเบียนข้างหน้าคงจะไม่ได้ กรณีของสีนามิเรามัวแต่ซักประวัติอยู่มันไม่ได้..มันทำไม่ทัน คนไข้จะเดินกันว่อน..หาไม่เจอ.. ซักประวัติกันไม่ค่อยรู้เรื่องมันเสียเวลา เวลาลงทะเบียนเราก็ลงแล้ว..ส่งเข้าไปก็คน ผู้หญิงหรือผู้ชาย ไม่จำเป็นต้องรู้ชื่อแซ่ ก็ลงทะเบียนว่าส่งไปเป็นผู้ชาย 5 ผู้หญิง 5 แต่เราไม่รู้ว่าชื่ออะไร สัญชาติอะไร เราจะไม่รู้ ที่เวิร์คเองก็ไปลงว่า มีผู้ชายเข้ามา 50 คน ผู้หญิงเข้ามา 50 คน ชื่อนี้ สัญชาตินี้ แล้วส่งกลับไปรักษาที่กรุงเทพฯ เพราะถ้าเรามัวแต่นั่งทำตามระบบที่เราเคย set ไว้ทำไม่ได้ มันทำไม่ได้ ทำยังไงก็ทำไม่ได้ เพราะว่า หนึ่งเลยสื่อภาษาถิ่นไม่รู้เรื่อง สอง ไม่มีสภาพที่พร้อม เวลาที่ไม่พอ ก็ทำอะไรไม่ได้ ก็บอกว่าระบบทะเบียนอันนี้ต้องแก้ไข เวลาญาติเข้ามาถาม เอรูปรมาให้ดู เราก็ถ่ายรูปเค้าไว้แต่เราไม่รู้ว่าส่งไปที่ไหนแล้ว ก็มีเท่าที่นอนอยู่ตรงนั้น ไม่รู้ไปไหน ไม่รู้จริงๆ ก็ส่งสารเค้านะ เค้ามาตามหา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“มันจะ Lost ไปตั้งหลายอย่างเพราะว่าคนไข้จำนวนเยอะ เจ้าหน้าที่ห้องบัตรอะไรก็น้อย บางทีก็ไม่ได้ทำประวัติอะไรไปเลยนะ พอช่วงเย็นก็มีรถ

จากที่อื่นมาช่วย แล้วก็มีสื่อ.มีอะไรมาขนย้าย บางที่เราไม่ได้ทำประวัติ คนไข้ไปเลย พอญาติมาตามหาหมอก็ Lost ตรงจุดนี้ไป หากันไม่เจอ ชื่ออะไรกันมั่ง เอาไปไหนมั่ง เออ..บางคนก็ Lost ประวัติไปนะ พอวันหลังห้องบัตรเขาก็เรียกทีมของเขามา ของเราก็มีผู้ช่วยมาช่วยทำให้ วันหลังๆ ก็คือตามประวัติ วันหลัง..วันที่ 2 นะ..วันแรกแค่ช่วยชีวิต คือเอาคนให้รอดชีวิตก่อน..วันแรก ก็ทำเกี่ยวกับเรื่องบรรเทาอาการเจ็บปวด ตอนเย็นก็เริ่มทำประวัติกันบ้างแล้ว..แต่ว่าซักเฉพาะชื่อ-นามสกุล..แล้วก็มีแพ้ยอะไรก็เขียนเป็น Flow chart..ไม่ได้ซักถึงรายละเอียดอื่น..ไม่ได้ทำเป็นชาร์ท..คือทำเป็น Flow chart” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“เราประเมินสถานการณ์ไม่ได้ว่ามันเป็นยังไง คือว่าแถวนี่ก็ไม่เคยมีภัยพิบัติไม่เคยรู้จัก ก็ไม่คิดว่าเขาจะตายแบบว่ามากมายขนาดนี้ บางครั้งมันจะมีโทรศัพท์จากต่างประเทศโทรมาถามคนนั้นอยู่ที่ไหนยัง admit อยู่ไหม อะไรแบบนี้ หรือสูญหาย คือว่าตอนนั้นคิดอย่างเดียวรีบ move คนไข้ให้เร็วเพื่อที่จะรับใหม่ โดยที่ว่าไม่ได้ถ่ายรูป ลงชื่ออะไร เราก็จะไม่ข้อมูลตรงนี้ ข้อมูลจะหายไป..ไม่มีเลย มันก็จะมีบางคนที่เขาใส่ไว้ใน Internet มันก็เป็นหน้าที่เจ้าหน้าที่ห้องบัตร..เขาจะใส่ย้อนหลังให้ แต่รู้สึกจะได้ไม่ครบ อย่างเช่นว่า คนไข้ที่เข้ามาถึง Refer ต่ออะไรแบบนี้ เราจะไม่ได้จดไว้ บาง case ก็จดไว้ บาง case ก็หลุดค่ะ ข้อมูลตรงนี้ก็จะมี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9: พยาบาลประจำการ)

“ศูนย์ข้อมูล คือ ทะเบียนผู้ป่วย..ที่ที่บริหารจัดการมีอุปสรรคมาก อย่างทะเบียน..ผู้ป่วยเข้ามาถึง..คนที่รับลงทะเบียน ณ จุดตรงนั้นมันไม่มี คือ ทุกคนมุ่งไปช่วยอย่างเดียว คือ บางทีญาติมาถามเรา ให้คำตอบเขาไม่ได้ ทันท่วงทีไง คืออย่างข้อมูลตรงเวชระเบียนข้างหน้า มันก็หลุดมา Ward มั่ง เขาก็ไม่ได้เก็บข้อมูลจนแบบปะ..มันก็ได้ไม่เต็มที่ เขาก็รีบส่ง ๆ เข้า ward กันก่อน ก็ไม่ได้เก็บหมด สมมุติว่าคนไข้เข้ามาอนที่ตึกประมาณร้อยคน อย่างนี้ เราไม่ได้ช่วยทั้งร้อยไง เวลาญาติมาถามหรือว่าใครมาถามเราบอกเขาไม่ได้ ว่าอยู่ตรงไหน อยู่ตึกไหน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16: พยาบาลประจำการ)

“การบริหารจัดการในช่วงนั้นที่คิดว่า 60% สำเร็จนะ..มันก็คลี่คลายไปได้ แต่อีก 40% คุณภาพมันไม่มา.. มันไม่ได้ตั้งใจที่เราหวัง เพราะว่า การมีคนไข้ 70 กว่าคนในระยะแรก..เจ้าหน้าที่มีอยู่ 4-5 คน เนี่ย คุณภาพมันไม่เกิดอยู่แล้ว อันแรกที่เราพบก็คือทะเบียนมันไม่ครอบคลุม เวลาชาวต่างชาติเขาโทรศัพท์มาถามข้อมูล เราก็ไม่รู้ว่ามีคนไข้กี่คน 40% เนี่ย..คุณภาพของการลงข้อมูล เราไม่มีเวลาลง ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหา..ชัดเจน การบันทึกข้อมูล เห็นชัดมาก เวลาใครขอข้อมูลมา..เราไม่มีให้ ตอนนั้นเราคิดมุ่งแต่ช่วยเหลือคนไข้ก่อน ซึ่งข้อมูลการบันทึกมันก็สำคัญ ทำให้หลุดตรงนั้น ตอนหลังที่ทีมอื่นเริ่มเข้ามาช่วยเหลือ..เราก็เริ่มได้มีการลงบันทึก..24 ชั่วโมงแรกไม่ได้บันทึกอะไรเลย..ไม่มีโอกาสได้คุย อย่างดีได้แค่ซักประวัติ นิด ๆ หน่อย ๆ มีลักษณะอาการบาดเจ็บตรงไหนที่เราต้องเข้าไปช่วยเหลือเร่งด่วน..แค่นั้น ไม่มีเวลา..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

#### ประเด็นย่อยที่ 4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดอัตรากำลังว่า เหตุการณ์สาธยายในครั้งนี้มีผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ระบบบริการด้อยประสิทธิภาพลงเนื่องจากอัตรากำลังที่มีอยู่ไม่เพียงพอ อีกทั้งเป็นบริการที่ต้องให้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ผู้ให้บริการอยู่ในภาวะที่เหนื่อยล้าทั้งทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากภาระงานมากและไม่มีอัตรากำลังสับเปลี่ยน ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงความรู้สึกท้อแท้ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างหนักและไม่รู้จุดสิ้นสุด สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขโดยวิธีการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือในด้านอัตรากำลังแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลในและนอกพื้นที่ การขอความช่วยเหลือด้านอัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นเช่นตำรวจและทหารเพื่อช่วยขนย้ายลำเลียงผู้บาดเจ็บรวมทั้งประชาสัมพันธ์ขอความช่วยเหลือจากประชาชนเพื่อเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยในด้านต่างๆเช่น ล่าม หน่วยกู้ภัย เป็นต้น ภายหลังการแก้ไขปัญหาขาดแคลนอัตรากำลังด้วยวิธีการดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกประทับใจที่ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครที่สามารถแบ่งเบาภาระงานได้มาก ทำให้บุคลากรในหน่วยงานได้มีเวลาพักมากขึ้น และทำให้การบริการในด้านต่างๆสะดวกรวดเร็วขึ้น และผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงการมีกำลังใจในการทำงานเพิ่มขึ้นจากความช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงานและอาสาสมัครที่เข้ามาช่วย แต่ยังมีอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดระบบอาสาสมัคร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ายังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครได้อย่างเต็มศักยภาพเนื่องจากขาดการจำแนกคุณสมบัติและความถนัดในงานของอาสาสมัคร ผู้ให้ข้อมูลทุกราย กล่าวถึงการขาดแคลนอัตรากำลัง และการจัดอัตรากำลัง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เหตุการณ์มันเกิดตรงที่ว่า..คนไข้มันเยอะ..เราดูแลได้ไม่ทั่วถึง เพราะว่าจริง ๆ แล้วโรงพยาบาลเราจะรับคนไข้ได้ 177 เตียง ในภาวะปกติ แต่วันที่ 26 วันแรกคนไข้ทั้งหมดมัน 900 กว่าคนที่มา..ปัญหาที่เจอวันนั้นก็คือเรื่องของคน..ส่วนใหญ่จะโดยสัญชาตญาณก็ต้องขึ้นมาช่วยเหลือกันอยู่แล้ว ที่ E.R. นี้..น้องเค้าก็จะจัดการเวรกันเลยว่าจะอยู่กันกี่คน สลับอย่างไรที่จะอยู่ได้ เค้าจะอยู่กันเข้าป่วย เข้าคิก จะไม่อยู่เวรเดียว ก็คืออย่างน้อย 1 คน ต้องอยู่ 2 เวร ปัญหาพยาบาลขาด พอมีตัววิ่งอยู่บนทีวีก็มาตาม พอจะมาก็จะมาจนล้น ในช่วงที่ขาดก็ขาด ตอนนั้นจะเป็นช่วงปีใหม่พอดี หยุด 4 วัน เพราะฉะนั้นช่วง 4 วันที่เป็นวันหยุดก็จะมากันเยอะ พี่หัวหน้าฝ่ายต้องแจ้งไปว่า..ตอนนี้หยุดไปก่อนนะ..ยังไม่ต้องมา..เค้าก็เสียน้ำใจไป..แต่ที่ประทับใจในตอนนั้น เหมือนสามารถแก้ไขปัญหาได้ลุล่วงส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งก็ประทับใจในทีมที่ว่าทุกคนไม่มีการเกี่ยงกัน โดยเฉพาะพยาบาลอย่างทีติกพีเนี่ย..พี่แทบไม่ต้องมาดูแล..ไม่มีใครหงุดหงิดว่าต้องมาขึ้นเวรอะไรเลย..ทุกคนช่วยกันทั้งหมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“สภาพใน ER แบบไม่มีทีมีแต่ทางเดินนิดเดียว คือคนไข้จะนอนเต็มเลย..นอนรอ จะมีหมอยุ่ไม่กี่คน รู้สึกว่าเป็นวันอาทิตย์ ในโซน CPR จะมีหมอ 3-4 คน ปัญหาตอนนั้นก็คือเรื่องของบุคลากร คนที่ประจำอยู่ ER เดิมจะตามมาหมดทุกคนเลย จากคิกข้างในก็มาช่วย แต่ว่าตอนนั้นมันไม่พอกับคนไข้ คือพยาบาลน้อย คนไข้เยอะกว่า ประมาณ 1 คน / 15 คนได้มั้ง ตอนนั้นบุคลากรที่จะมาช่วยน้อยเพราะเป็นวันหยุด..ส่วนใหญ่คนที่อยู่ในโรงพยาบาลเค้าจะเข้ามาก่อนเลย..มาช่วยกัน ในระยะ 24 ชม.แรกก็มีเกี่ยวกับบุคลากรก็คือไม่พอ ของหนอยู่ 48 ชม. ของวันที่ 26 กับวันที่ 27..พอช่วงหลังจาก 24 ชม.แรกจะมีคนเข้ามา มีอาสาสมัครเข้ามาช่วย เรื่องบุคลากรก็มีคนจากโรงพยาบาลอื่นเข้ามา มีหลายจังหวัดมาก ในช่วงวันแรก รู้สึกแย่มาก พอวันที่ 2 รู้สึกค่อยยังชั่วขึ้นมาหน่อย ก็รู้สึกดีขึ้นนะพี่ พอช่วงที่ว่า มีพวกพี่ ๆ ที่มาจากที่อื่นเข้ามาช่วยก็รู้สึกอุ่นใจ ดีใจ เออ ! ยังมีคนมาช่วยเรา คือคนในโรงพยาบาลก็เหนื่อยเต็มทีแล้ว เหนื่อยเยอะมากนะ พอมีคนมาช่วยก็รู้สึกว่าคนไทยยังไม่เล้งน้ำใจ ก็รู้สึกดี” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“ วันแรกขึ้น 24 ชม. พอ 24 ก็ตามด้วย 16 16 16 ตลอดเลย เดินจนแบบ..ขา มันแตกเป็นน้ำ เป็นตุ่มน้ำหมดเลย ใส่รองเท้าอื่นไม่ได้ต้องใส่แต่รองเท้าแตะ เพราะเดินกันตลอดไม่ค่อยได้วาง วันหนึ่งนอนประมาณ 3 ชม. แล้วก็ทำงานต่อตลอด ตอนแรกต้องอยู่กันแบบนี้ คนไข้ทุกคนต่างมีความต้องการพยาบาล เรารู้ว่าทุกคนต่างต้องการที่จะให้เราเข้าไปดู แต่คนที่เราจะไปก็ต้องประเมินว่าคนนั้นวิกฤตกว่า..จะไปดูคนอื่นก็ต้องให้เป็นไปตามขั้นตอน ต้องพูดว่าเข้าใจ..ทุกคนต่างต้องการตรงนี้ แต่ขอความกรุณาไป..ว่าขอช่วยคนที่เค้าอาจจะถึงแก่ชีวิตก่อน..มีปัญหามาก่อน เดียวคนอื่นจะตามมาช่วยทีหลัง ต้องพยายามอธิบายให้เค้าเข้าใจ หมอก็จะน้อยในวันแรก พยายามทำอะไรก็ได้ที่เราแทนได้ในบทบาทของแพทย์ เรื่องกำลังคนไม่พอก็ประสานขอไปก็มีมาจากโรงพยาบาลอื่นมาช่วยก็เข้ามาเป็นทีมสำรอง ให้มี RN ของตึก 1 คนกับของเค้าอีก 2 – 3 คน หรือ 4 คน แล้วแต่เค้าจะจัดให้ จะมีหน่วยศูนย์กลาง คือคนประสานงาน มีพยาบาลมาปั๊บก็ติดต่อมายังโรงพยาบาล แล้ว ER เป็นผู้จัดว่าจะลงไปตึกหรือว่าหน่วยงานไหน สมมติว่าให้หน่วยงานนี้มา 10 คน ก็มาจัดเวรร่วมกับทีมพยาบาลของที่นี่ แล้วก็จัดอัตรากำลังต่อเวรขึ้นมา..ก็สามารถอยู่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“วันที่ 2 ที่ 3 ขาที่จะเป็น Cellulitis มั้ยเนี่ย มันร้อนมาถึงขาอ่อน มันร้อนหมดเลยนะ ความที่เราใส่แล้วรองเท้าก็ใส่แบบมีสันกัน ปาไปเลย ถอดออกมายืนกับพื้น ไม่พร้อมในเรื่องของคนที่เข้ามาช่วย เรื่องของพยาบาลที่จะเข้ามาในส่วนที่เราทำอยู่ในตอนนั้น เพราะไม่มีใครมาเปลี่ยนมือเลย พยาบาลจะอยู่ 24 ชม. 48 ชม. 72 ชม.แล้วมันล้า พี่ว่าถ้าเกิดเหตุใหญ่ ๆ อย่างนี้..เจ้าหน้าที่ของเราที่ไม่ไหว 3 – 4 วันเนี่ย เจ้าหน้าที่ของเราไม่ได้พัก ใครที่อยู่บ้านก็เอามาช่วยกัน อย่างมีสามก็มาช่วยเงินเพราะเวรเปลเราก็มีแค่ 3 คน เออสามมีมาโรงพยาบาลก่อน เงินรถได้ก็พอแล้ว เงินเปลได้เหมือนกัน ลูกหลานอะไรที่อยู่ที่บ้านก็เอามาช่วยกันที่โรงพยาบาล ที่นี่ 13 คนขึ้นมากันหมดเลย ทั้งน้อง Aid ด้วยก็ 14 คน ปริมาณคนไข้มันเป็นเรื่อง มันบอกไม่ถูกเลย ถามว่าเป็นร้อยเป็นพันมัย มันเยอะ มันบอกไม่ถูก เพราะว่าคนไข้มันอยู่ในมืออยู่ตลอด วันแรกจะใช้พยาบาลจากคนในโรงพยาบาลทั้งหมดเลย เพราะว่าจากที่อื่นเค้ายังมากันไม่ทัน ยังมากันไม่ถึง เรื่องของบุคลากร เรื่อง

จำนวนคนที่จะมาช่วย ตอนนั้นกรูกันมา เราไม่มีคนบริหารจัดการในเรื่องนี้  
ต่างคนต่างก็มา หอม เกลี่ วิสัญญี มากันหมดเลยที่นี้...ไม่รู้ว่าใครจะเป็นคน  
จัดตรงนี้..เพราะไม่รู้ว่าจะให้ใคร ไปอยู่ตรงไหน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7:  
หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ระบบการจัดการเราไม่สามารถที่จะเป็นไปได้ตามที่เราเคยซ้อมกันไว้ จะ  
มั่วไปหมด เนี่ยๆ ก็คือปัญหา แต่ยอมรับว่าไม่มีใครสามารถหรอก มันเยอะ  
มาก ปกติคนไข้ Admit ได้ 177 เตียงไข้ไหม วันนั้น admit เข้ามา 500 กว่า  
มันทำไม่ทัน บุคลากร อัตรากำลังไม่พอ..ไม่พอเลย ที่มองตรงนี้ ที่นี้คนมัน  
น้อยไปหน่อย เจ้าหน้าที่จะน้อย ก็ต้องช่วยคนไข้ที่หนัก ๆ ก่อน ที่เองมาแต่เช้า  
กลับไปประมาณ 4 ทุ่ม ไม่ไหวแล้ว..นี่ตาปลายยังมีอยู่เลยนะ..ที่เท่า เพราะ  
สวมรองเท้าแตะมาทำงาน..ตลอดเดินอยู่ตลอดกะ เท่าแตก พองน้ำ เจ็บเท้า  
หลายๆ 12 ชั่วโมงยืนตลอด เคี้ยวเดิน เคี้ยวยืน เคี้ยววิ่งเนี่ย เข้าออก เข้าออก  
อย่างนี้ตลอด ตอนนั้นมีความรู้สึกเหนื่อย ความรู้สึกว่าร่างกายเราไม่พร้อม  
แล้ว ต้องไปพักแล้ว แต่ช่วงนั้นพอมีข่าว..คนที่รู้ตัวว่าเป็นพยาบาลก็กลับกัน  
มาหมด แต่ถึงมากันหมด คนก็ยังไม่พอในช่วงนั้นได้ประสานงานขอกำลัง  
จากศุภราษฎร์ พังงา ระนอง..เขาก็มาหมด..นครอะไรก็มา” (ผู้ให้ข้อมูลราย  
ที่ 10: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

**ประเด็นย่อยที่ 5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น**

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นสาธารณสุข  
มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก มีผู้ประสพภัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมาก  
บุคลากรในโรงพยาบาลประสบปัญหาภาวะขาดแคลนยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆตลอดจน  
เครื่องอุปโภคบริโภคเพื่อใช้ในการบรรเทาทุกข์และการสงเคราะห์ผู้ประสพภัย รวมทั้งความแออัด  
เนื่องจากความไม่เพียงพอของอาคารสถานที่ ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความล่าช้าและ  
ยากลำบาก ผู้ประสพภัยไม่ได้รับการบริการที่มีคุณภาพเท่าที่ควร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกอัด  
อัด ความวิตกกังวล และความรู้สึกเครียดที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่สะดวกซึ่งมีสาเหตุมาจากความคับ  
แคบของอาคารสถานที่และภาวะขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มี  
จำนวนมาก หน่วยงานได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือด้าน  
เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ขอการสนับสนุนด้านของ  
ใช้ที่จำเป็นจากหน่วยงานอื่นๆ มีการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนเพื่อรับบริจาคสิ่งของ เครื่อง  
อุปโภคบริโภค บุคลากรมีการคัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆเพื่อใช้ในการบริการ กำหนดให้หน่วยย่อย



กลางทำงานตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งเปิดศึกที่ว่างอยู่เพื่อเพิ่มพื้นที่สำหรับรองรับผู้บาดเจ็บ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวทำให้การปฏิบัติงานผ่านไปได้ แต่ยังไม่ดีพอเมื่อเทียบกับบริการที่ผู้ประสบภัยทั้งหมดควรจะได้รับ ถึงแม้จะมีการเปิดศึกที่ว่างอยู่เพิ่ม เพื่อให้มีสถานที่เพียงพอต่อการให้บริการ แต่ก็ยังมีสภาพแออัด นอกจากนี้ของบริจาคที่ได้รับมีจำนวนมาก แต่ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากขาดระบบการคัดแยกสิ่งของบริจาค อีกทั้งสิ่งของบริจาคจำนวนมากมีสภาพหมดอายุการใช้งาน หรือเป็นของที่ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ประสบภัยได้ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกประทับใจในความมีน้ำใจของคนไทยที่ช่วยบริจาคสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพของผู้ประสบภัย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้และอาคารสถานที่ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ปัญหาที่เจอวันนั้นก็คือ เรื่องของสถานที่..เรื่องของอุปกรณ์สิ่งของ เรื่องเสื้อผ้า พวกนี้ค่ะ..เราต้องไปเปิดวอร์ดเพิ่มอีก..เหตุการณ์มันเกิดตรงที่ว่า (1) คนไข้มันเยอะ (2) ห้องผ่าตัดเราไม่สามารถที่จะ debride แผลได้ทั้งหมด เพราะฉะนั้นถ้าเอาไว้เราจะดูแลได้ไม่ทั่วถึง โรงพยาบาลเรารับคนไข้ได้ 177 เตียงในภาคปกติ แต่วันที่ 26 วันแรก..คนไข้ทั้งหมดมัน 900 กว่าคนที่มาวันนั้น..ต้องนอนหน้าระเบียบหมด ในห้องต้องนอนแออัดกันหลายคน ต้องเปิดห้องประชุม ห้องกายภาพบำบัด คือห้องไหนที่ว่างต้องทำเป็นวอร์ดหมดเลย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ตอนนั้นไม่พอ ตอนนั้น Supply ก็ต้องขึ้นมาทั้งหมด แล้วก็จะมีจากโรงพยาบาลใกล้เคียงที่มา..ก็จะมีโรงพยาบาลชุมพร โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เค้าก็จะมาเร็ว เค้าจะไม่มาตัวเปล่า อุปกรณ์เครื่องใช้จะมีมาด้วย โดยเค้าจะรู้ตัวเองหมดเลยคะว่า..เครื่องมือเครื่องใช้จะต้องมี เรื่องอาหารการกิน..เรื่องของการกินง่ายอยู่ง่าย จะต้องดูแลตัวเองทั้งหมดก่อนที่จะไปช่วยเหลือคนอื่น เค้าก็จะมีของที่เค้า Pack มาเลย เอากันมาพร้อมเป็นทีมเลย คือภาพวันนั้นก็ตามที่บอกละคะ คือว่าจะมีรถเยอะมาก และทุกคนก็จะวิ่ง เออ! วิ่งเพื่อที่จะเข้ามาที่ห้องฉุกเฉินตลอด เราจะกันได้ยากมาก รวมทั้งญาติจะมามุงด้วย เพราะฉะนั้นโซนที่เราแบ่งไว้จะจัดการได้ไม่ดี คือไม่เป็นระเบียบ คือทุกคนจะทะลักเข้ามา แค่ขอลงจากรถแล้วมีที่ว่างให้คนไข้นอนก็ O.K.แล้ว ตอนนั้นสภาพตรงนี้ก็เพิ่มเติมไปหมดไม่สามารถที่จะนอนได้เลย..ต้องนอนบนพื้น..ระเบียบ เรื่องของบริจาค..มันเกิดปัญหาตรงที่ว่า..เราไม่รู้เลยว่าเค้าให้อะไรมา เราไม่มีแผนว่าเราจะจัดการกับของบริจาคอย่างไร ใครรับผิดชอบ เราจะเอาไปไว้ตรงไหน เราจะจัดสรรยังงั้วว่าอันนี้ของบริจาค อันนี้เป็นอาหาร อันนี้เป็นของใช้ เครื่องกิน

เครื่องนุ่งห่ม อันนี้เป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ แล้วบางอย่างมันจะเป็นภาระ  
 อีกต่างหาก บางครั้งของที่เค้าบริจาคมา มันไม่มีประโยชน์เลย ของหมคอายุ  
 ก็มี ไม่ว่าจะคนไทย ไม่ว่าจะฝรั่งก็ขอให้ได้ให้ บางทีเค้าส่งของมา..เราก็มารู้ว่า  
 ของมันมีอยู่ตรงไหน..เราไม่มีระบบตรงนี้ ยอมรับเลยเรื่องการจัดการกับ  
 สิ่งของที่เค้าบริจาค พอถึงที่..มันก็ไปสุ่มตรงห้องเก็บของ พอตอนหลังเรา  
 ไปดู ก็กลายเป็นว่า ของมันก็มีทั้งดีและไม่ดี ซึ่งของไม่ดีก็เยอะมาก เป็น  
 ภาระเรา วุ่นวาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“สภาพใน ER แบบ..ไม่มีที่..มีแต่ทางเดินนิดเดียว คือคนไข้จะนอนเต็มเลย  
 โชน CPR คือ Stretcher เข้าไปได้แค่ 2 – 3 ตัว แล้วก็ที่เหลือจะนอนพื้นกัน  
 เพราะว่าเงินเข้าไปไม่ได้..ข้างนอกนอนเรียงอยู่เต็ม ตอนนั้นคนที่นอนใส่  
 Tube ที่นอนอยู่บน Stretcher ก็พยายาม move เข้า ICU แล้วก็มีการ refer ..ที่  
 เหลื่อนอนอยู่ตรงนี้..ก็ต้องนอนรอเพราะว่าที่นี่จะมีหมอยุ่ เรื่องอุปกรณ์ คือ  
 ประเมินคนไข้ไม่ได้ว่าจำนวนคนไข้เท่าไร แล้วอุปกรณ์ที่ไข้ก็ไม่พอ ก็จะ  
 ยืมตามวอร์ดอื่น ๆ Endotrachial tube มันก็ไม่พอ ก็จะมีแต่ห้องยานอกเวลา  
 จะไม่มีห้องยาในเวลา อุปกรณ์ไม่ค่อยพอ..IV, Normal Saline อุปกรณ์ไม่  
 พอ ไม้ค้ำแขน ขาก็ไม่พอ เราประสานกับพี่รองหัวหน้า..เราก็บอกพี่เค้าว่า  
 อุปกรณ์อะไรไม่พอ..แล้วเค้าก็ประสานต่อไป ตอนนั้นรู้สึกทำอะไรได้ไม่  
 เต็มที่ เหมือนกับว่าบางทีจะใส่ tube..endro ก็ไม่พอ..จะทำยังไงดี..ก็วิ่งหา  
 ก่อน รู้สึกมันจิตใจจะพี่ Cathlon แขนง IV ก็ไม่มี..อะไรก็ไม่มี จะทำอะไรก็  
 ต้องวิ่งไปหาก่อน..ทำไม่ถนัด รู้สึกว่าจะแขนง IV แต่ละครั้งก็ต้องวิ่งหา เรื่อง  
 อุปกรณ์หลังจาก 24 ชม. ก็มี support จากโรงพยาบาลอื่น วันที่ 2 วันที่ 3  
 รู้สึกว่าดีขึ้นกว่าวันแรกๆ เพราะว่าวันแรกมันจะชุลมุนเรื่องอุปกรณ์ พอ  
 มาวันที่ 2 วันที่ 3 จะมีคนมาช่วยเรา อุปกรณ์ก็ถือว่าเพียงพอสำหรับการใช้  
 งาน ยามอร์ฟีน ตอนแรกก็จะไม่พอ พอช่วงหลังที่เราขอความช่วยเหลือจาก  
 เกสซ์..เค้าก็มา Support ให้เรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นข้างหลุมมุนมากคือตั้งตัวไม่ทัน คนไข้ที่มีอยู่ก็ต้องรีบ  
 เคลียร์ เพื่อที่จะฝากเตียงอื่น แต่พอถือว่ามันมาก ในวันนั้นบอกได้เลยว่าทุก  
 เตียงเต็มไปหมด มีทุกพื้นที่ ห้องนี้ที่เคยเป็นห้อง Treatment นะ..บุหมคเลย  
 กระจายหนังสือพิมพ์ ทั้งถุงพลาสติกที่มันตัดได้..เสื่อคนไข้..เสื่อตามบ้าน  
 ของหมคก็ดึงมา เติงก็จัดชิดกัน เสื่อที่เค้านอนกันเล่น ๆ ก็ดึงมา กระจาย

หนังสือพิมพ์มีก็จับเอามาหมด ปุหมดเลย ทำเตียงชิดกันหมดทุกเตียง เพราะมันไม่มีพื้นที่ ใต้เตียงก็มีคนไข่นอน ข้างบนก็มีคนไข่นอน ระหว่างทางเดิน..ระเบียบ..ด้านหน้ามี ด้านหลังมี ด้านข้างมีหมดทุกตำแหน่ง ในห้อง Treatment ก็มี นอนแถวหน้าห้องน้ำก็มี ใกล้กับที่เก็บแท็งก์ออกซิเจนก็มีนะ ยกเว้นในห้องน้ำเพราะเรากันพื้นที่ไว้..มันเข้าไปไม่ได้ แล้วก็เป็นอะไรที่ยากลำบากมากที่จะต้องบริหารจัดการ แล้วทุกเตียงเป็นอย่างนี้หมด..ของที่มีมันไม่พอใช้..เราจะต้องบริหารจัดการเพิ่ม ซึ่งในวันแรก โรงพยาบาลที่จะพอช่วยเราได้มีน้อยมาก ที่พีทราบ admit เข้ามาเกือบประมาณ 500 คนในวันแรก เตียงที่รับไปประมาณ 60 กว่าคน..เดิมจะรับได้ 25 เตียง เสริมสูงสุดทั้งผ้าใบไม่เกิน 33 แต่มันรับมาประมาณ 70 คน ของนะ..คิดว่าเราสำรองไว้ แต่มันก็ไม่พอ ต้องพยายามดัดแปลงสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้มากที่สุด..ทุกอย่างเลย เสาหน้าเกลือ ไม่พอ มันมีประมาณ 11 เสา ตะขอข้างหน้าต่างเนี่ย..แหวนหมดเลย ถ้ามีญาติก็ให้ญาติถือไว้ก่อน อย่างนี้จริง ๆ มันวุ่นวายขนาดนั้นนะ ..มันเกินกำลังรับจริง ๆ แต่ที่ว่ามันน่าเอ็งใจอนาถที่ว่า แต่ละคน..มาสภาพแบบแย่ กระดูหัก ของที่จะคามขาที่ไม่เพียงพอ ต้องหาวัสดุที่มันพอจะทำให้ได้ ทุกอย่างเลย..ที่มี..ดิงหมดเลย..ดิงมาเพื่อจะใช้ในเหตุการณ์นี้ ก่อนข้างจะแย่ วันนั้น supply เค้า standby 24 ชั่วโมง คือเบิกได้ทันที จริง ๆ ณ วันนั้นในวันแรกต้องการการสนับสนุนก่อนข้างเยอะในเรื่องของเวชภัณฑ์ แต่เราหลังจากประสานไปแล้ว..ของก็ก่อนข้างจะเข้ามาเยอะ เยอะในที่นี้..ทุกคนตามตรงก็..มีของที่จะ Expire กลายเป็นว่า..ของที่ใช้ไม่ได้ก็ก่อนข้างเยอะ ไอ้ที่ใช้ได้ก็เยอะ หน่วยงานต่างๆเข้ามาสนับสนุนในเรื่องของเวชภัณฑ์ เรื่องของยา เรื่องของอาหาร เครื่องดื่ม มันจะเยอะ..ตั้งเป็นเหมือน โกดังเลย..ข้างหลังโรงพยาบาล ชาวบ้านเค้าช่วยเหลือเราดี..เค้าจะเข้ามามีส่วนร่วมในทุก ๆ ส่วน..ก็เลยค่อยยังชั่วหน่อย..ไม่ถูกทอดทิ้ง ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“ปัญหาที่เจอตอนนั้นก็มี ความพร้อมของสถานที่ สถานที่น้อย แล้วก็มันจะมีอุปกรณ์ในการช่วยคนไข้ไม่พอ คือว่าคนไข้จะนอนหมดเลยนะ ไม่มีเตียงจะนอน นอนบนพื้น จะใช้ผ้าปูที่นอนรอง ผ้าปูที่นอนก็ไม่พอ ตอนหลังคนไข้ก็จะหนาวเพราะเสื้อผ้าก็จะไม่มีเลย มีแค่ผ้าปูนอน ผ้าห่มจะให้เขาก็ไม่มี แล้วก็นอนเรียงๆนอนแบบว่า..ถ้าเราจะเดินไปช่วยคน โน้น เราก็

จะก้าวข้ามเค้า ข้ามแล้วก็ไปหาที่วางเท่านั้นหนึ่ง...ข้างๆก็จะเป็นคนไข้หมดเลย ต้องแหวกคนไข้ คนไหนที่ไม่มี Fracture ก็ให้เขายกแขนยกขาให้ ของไม่พอก็ต้องใช้..อย่างเช่นผ้าก๊อช ก็ต้องแกะจากถุง set ทำแผลไม่มีก็ต้องใส่ถุงมือ Sterile แล้วก็เอาน้ำราด..ก็หยิบก๊อช แล้วก็เช็ด ๆ เลย เพราะ set ไม่มีวันนั้นคนไข้ประมาณ 1,000 คน ยังไงก็ไม่พอ ก็ต้องทำเท่าที่มี ก็คือล้าง ๆ ๆ ๆ ๆ แล้วก็ใช้ ก๊อช ที่อยู่ใน pack แล้วก็มาแกะ..แล้วใส่ถุงมือ Sterile มันก็ค่อนข้าง Sterile ก็ set ทำแผลมันไม่มี.. ตอนนั้นสนุกนะ..อยู่เวรกันหลาย ๆ คนก็สนุกดี ทุกคนจะมาอยู่ที่นี้กันหมดเลย ไม่มีใครอยู่บ้านเลย..จะอยู่กันทุกคน จะนอนก็นอนที่นี่ กินกันที่นี่ ยกเว้นไปอาบน้ำกันวันละครั้ง..อยู่ด้วยกันตลอด รู้สึกว่าประทับใจความช่วยเหลือของโรงพยาบาลอื่น ๆ เขามาแล้วแบบว่า..อย่างเช่น บอกว่าช่วยไป refer ให้หน่อย..เขาก็จะเต็มใจนะ..จะให้ไปช่วย ward โน้น ward นี้..เขาก็ไปนะ เขาก็ active กันทุกคนนะที่มา..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9: พยาบาลประจำการ)

“บอกไม่ถูกเลย ทำไม่มันเต็มไปหมด แน่น..แน่นไปหมดเลยนะ ตั้งแต่หน้าปากทางเข้าคนก็มีทั้งป่วยและก็ไม่ป่วย ออกันเต็ม..สนามหญ้าข้างหน้าก็เต็มหมด แบบคนเจ็บเล็ก ๆ น้อย ๆ เขาก็มานั่งรอ..นอนรออยู่ที่สนามหญ้า แล้วพอขึ้นมาถึง ER และที่ OPD นะ..คนไข้ก็เต็มหมดเลย ไม่มีที่ที่จะเดินเลยนะ แหวกทางเดิน..เดินข้ามเขาไปด้วย เดินข้ามเท้า..เดินข้ามเขาไป เพราะเขาก็ขยับไม่ได้เราก็ไม่รู้จะไปเดินผ่านทางไหน ก็ขอข้ามเขาไป..ก็เดิน นั่งเหยียดขา นอนเหยียดขา ก็เดินข้ามเขาเขา ระบบการจัดการเราไม่สามารถที่จะเป็น ไปได้ตามที่เราเคยซ้อมกันไว้ จะมั่วไปหมด เนี่ยๆ ก็คือปัญหา แต่ยอมรับว่าไม่มีใครสามารถหрок มันเยอะมาก ปกติคนไข้ Admit ได้ 177 เตียงไข้ใหม่ วันนั้น admit เข้ามา 500 กว่า ไม่รู้จะเอาไปไว้ตรงไหน แล้วคนไข้ข้างนอกอีกเป็นพัน ไม่รู้จะทำยังไง คือตอนแรกที่เขาขนย้ายคนไข้มา มันก็คิอยู่หрокนะ มันยังน้อยใจ แต่พอการขนส่งการเคลื่อนย้ายคนไข้ได้รับการช่วยเหลือมากขึ้นจากที่เกิดเหตุ มันมาเร็วมากขึ้น มันไม่ทันแล้ว..มันไม่ทัน set ทำแผลช่วงแรกมันไม่พอ..คือ set หนึ่งคุณสามารถทำได้ คนไข้ 4 – 5 คน ถ้าไม่ต้อง Suture อะไรนะ..ก็เปิด Dressing ก็ก็แน่นนอนอยู่แล้วเรื่องของ..มันไม่ได้คนต่อคน ก็ขอจากโรงพยาบาลข้างเคียงนะ ผู้บริหารนะ..ขอมาจากโรงพยาบาลข้างเคียงจากโรงพยาบาลต่างจังหวัดใกล้

ๆ เขาส่งคนมาพร้อมกับของ..เป็น Set Dispos บ้าง..อะไรบ้าง ส่งมาให้หมดเลย ได้รับการช่วยเหลือดีมาก..ดีมาก ..ส่งมา ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

### ประเด็นย่อยที่ 6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติงานว่ามีสาเหตุมาจากสภาวะรุนแรงของปัญหาในระหว่างปฏิบัติงาน ความเหนื่อยล้าที่ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องยาวนาน การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรต่างวิชาชีพต่างหน่วยงานที่มีแนวคิดไม่ตรงกันและมีแนวทางปฏิบัติงานแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดเมื่อต้องเผชิญความขัดแย้ง ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงความรู้สึกสับสนกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมแพทย์พยาบาลจากหน่วยงานสังกัดอื่น บุคลากรพยาบาลจะแก้ไขปัญหาโดยจัดประชุมพูดคุยถึงปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันเพื่อลดข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น รวมทั้งการอดทนและให้อภัยกันเพื่อลดความรุนแรงของความขัดแย้ง การแก้ไขปัญหาดังกล่าวทำให้บุคลากรรับทราบและเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกัน การอดทนและการให้อภัยต่อกันทำให้ความรุนแรงของความขัดแย้งลดลง เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยความสบายใจมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการความขัดแย้งดังนี้

“มีปัญหาเรื่องความคิดเห็น ไม่ตรงกัน บางทีก็มีความขัดแย้งที่เกิดในการทำงาน...แต่ก็ไม่ควร ไปรื้อฟื้นในสิ่งที่เราตัดสินใจไปแล้ว ไม่ต้องมาคุยแล้ว เพราะได้ตัดสินใจไปแล้ว ช่วงนั้นเนี่ย..การตัดสินใจของคนใดคนหนึ่งอย่าไปโทษว่าผิดหรือถูก..อย่าไปคิดว่าถูกหรือผิด..เพราะว่าตัดสินใจไปแล้ว ผิดหรือถูกก็มาแก้ไขปัญหากันอีกที ไอ้จะมาโทษกันเนี่ย..ไม่ได้หรอก..จะเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตในการทำงานนะ ในเรื่องการประสานงาน..เกี่ยวกับการตัดสินใจในระหว่างที่อีกคนไม่อยู่ พอกลับมาที่โทษว่าตัดสินใจได้ อย่างไร อย่างเช่นเรื่องการส่งต่อ จะมีรถเวียนไปรับตามตึก..แล้วไปส่งที่เฮลิคอปเตอร์ คิดว่ามันเกิดความล่าช้ากับเฮลิคอปเตอร์ที่เค้ามาคอย แต่ถ้าอีกมุมมอง..ถ้ารับคนไข้ที่เดียวกัน..ก็สามารถส่งคนไข้หลาย ๆ คน ได้ ก็ไม่มีใครผิดใครถูก เป้าประสงค์ก็คือให้คนไข้ได้รับการส่งต่อ แต่ธรรมดา..ทำงานก็ต้องเกิดความขัดแย้งกันได้ ปวดหัวเลย..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“เค้าไม่ได้ว่าเราโดยตรง..แต่ว่ามีคนมาบอกว่าพี่เค้าว่าเราทำเรื่องอีกแล้ว แต่เค้าไม่ได้มาพูดกับเรา รู้สึกว่าเราอุตสาหไป..เราตัดสินใจที่จะมากับรถคันอื่น..มันผิดด้วยหรือ แล้วเรารู้สึกแย่ว่า..ทำไมพี่ไม่ฟังเราบ้าง ไม่ฟังเหตุผลของเรา เค้าพูดต่อหน้าอีกคน แต่เค้าน่าจะถามเราก่อนว่าทำไมเราขอไปกับรถอีกคัน หนูก็บอกว่าหนูไม่ผิดนะที่ตัดสินใจไปอย่างนั้น..แต่ทำไมเค้าไม่ฟังบ้าง หนูก็เล่าให้พี่อีกคน วันนั้นพี่เค้าอยู่เวร..เป็นหัวหน้าเวร พี่ก็บอกว่าไม่เป็นไรหรอกน้อง..ไปพักผ่อนเถอะ หนูก็บอกว่าหนูไม่ผิดนะที่ตัดสินใจไปอย่างนั้น..แต่ทำไมเค้าไม่ฟังบ้าง ก็เรามีความรู้สึกไม่ดี ทำไมไม่ฟังเราก่อน อยากให้พี่เค้ามาคุยกับเรา แต่ตอนนั้นเห็นเค้ายุ่ง ๆ..ไม่ยอมเข้าไปเดี๋ยวจะเหมือนว่าเราเข้าไปแก้ตัวอีก..เค้าคงคิดอย่างนั้น เราก็เลยไม่เข้าดีกว่ารอสักระยะ..แล้วก็ไม่ได้คุย รู้สึกเสียใจร้องไห้วันนั้น แล้วก็หาย อีกวันตื่นขึ้นมาทำงานต่อ แต่ว่ามันก็รู้สึกแย่ ทำไมพี่เค้าไม่ฟังเรา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“จะมีการขัดแย้งกับห้องโภชนาการ..เกี่ยวกับเรื่องอาหาร เพราะว่าเวลาเค้ามาขออาหาร..เหมือนพี่เจ้าหน้าที่จากที่อื่นมาขออาหารที่ ER เพราะคิดว่า..ไม่ว่าที่ไหนเค้าก็มาวางอาหารไว้ที่นี้ ก็บอกว่าตอนนี้ไม่มีนะ ช่วงเช้าที่เราอยู่เวรกันเราจะขออาหาร..ขอเป็นข้าวต้มสำหรับเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร..แล้วก็อาสานะ ขอข้าวต้มสัก 2 – 3 หม้อ โภชนาการเค้าบอกว่า “ข้าวจะมี..แต่มาต้มเองซิ” พูดอย่างนี้ โอ้โฮ ! นี่ถ้าไปต้มเองได้จะไปต้มแล้ว คือใคร ๆ ก็จะมาที่ ER มาขอข้าวต้ม บางทีเค้าไปส่งแต่ก็ไม่ถึงวอร์ด ไม่รู้ว่าเค้าเหนื่อยหรืออย่างไร ..แต่จริง ๆ แล้วห้องโภชนาการไม่ต้องทำอาหารให้กับที่ไหน เพราะว่าจะมีอาหารจากเทศบาลมาส่ง Support ให้เรา บางทีไม่ได้ส่งตามตึก..แต่เค้ามาวางไว้ที่ ER แล้ววอร์ดข้างในก็จะมาเอาที่ ER แล้วคราวนี้เรื่องข้าวต้มเนี่ย..เราขอให้กับเจ้าหน้าที่ที่มาจากที่อื่นแล้วก็พวกอาสาชาวต่างชาติ อาสาจากญี่ปุ่น คือไม่ได้เอามากินเอง เอามาวางไว้ให้คนอื่น ก็ขอแค่นั้น..ก็บอกว่าพี่ช่วยทำข้าวต้มให้หน่อย หนูไม่รู้ว่าโภชนาการเค้าทำอะไรบ้างหรือเปล่า แต่เค้าบอกว่าข้าวจะมี..แต่มาต้มเอาเองซิ..ฟังแล้วอึ้ง..ฟังแล้วไม่กล้า กว่าจะได้ข้าวมาแต่ละหม้อต้องทะเลาะกับเค้าอีก พี่เค้าก็เจอเหมือนกัน..แต่เค้าก็ทำมาให้ชนะคะ แต่ว่าต้องว่าก่อน ไม่แน่ใจว่าพี่คนไหนบอกเค้า เออ..ทำมาให้

น้อย แต่เค้าก็ทำมาให้ หรือว่าเราไปเจอคนที่ว่าเค้ากำลังวุ่น ๆ อยู่ก็ไม่รู้เหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“ช่วงนั้นเจอความขัดแย้งบ้าง.. ระหว่างคนไข้ก็อย่างที่บอก..เค้าจะมีภาวะ Aggressive บ้างในบางรายที่ต้องการมาก..ที่เค้าสูญเสียมาก..ก็มี..แต่ว่ามันสามารถจัดการตรงนั้นได้..ไม่ถึงกับเป็นเรื่องราวใหญ่โต คือเค้าเห็นว่าเราทำงาน ส่วนใหญ่ก็เห็นว่าเราไม่ได้อยู่นิ่ง ทำงานจนเราไม่มีเวลาแม้แต่จะกลับมาทานข้าวหรือจะมาดื่มน้ำ จะเข้าห้องน้ำยังไม่มีเวลาเลย ซึ่งบางทีรู้สึกปวดนะ..อยากเข้าห้องน้ำ..ที่ยังต้องกลั้นไว้นานหลายชั่วโมงจนลืมว่าตัวเองจะเข้าห้องน้ำ นอนแป๊บเดียวก็กลับมาอยู่เข้าต่ออีก แล้วก็มีคนที่เข้ามาว่า..อย่างนี้ซี..ไม่น่าจะอย่างนั้นนะ..ไอนี่น่าจะเป็นอย่างนี้นะ..คนนี้น่าจะลงจากเตียงได้..แต่เค้าไม่ลง ก็บอก..พี่ช่วยมาจัดการให้หน่อยได้ไหม พุดแล้วนะ ทำอย่างนี้แล้วนะ เค้าก็ยัง ไม่ยอมลง คือพยายามดึงส่วนอื่นเข้ามาช่วยแล้วนะ เค้าก็ต้องมาประจบเองว่า..จริงนะ..เค้าไม่ยอมลง มันเป็นอย่างนี้นี่นะ มีความขัดแย้งกับผู้บริหารอยู่บ้าง..แต่ก็ไม่มาก เพราะว่าสามารถเคลียร์กันได้..เวลาเค้ามาเห็นปัญหาจริง ๆ ก็คือที่พี่บอกไงว่า..คนไม่ยอมลงจากเตียงเลย ทำยังไงก็ไม่ลง มีทางเดียวคืออุ้มลง จะอุ้มลงก็ตัวใหญ่ เค้าคิดว่าตัวเองเป็นมาก แต่ที่จริงมีคนอื่นที่เป็นมากกว่าเค้าอีก..มันขัดแย้งกันตรงนั้น เค้าไม่เชื่อว่าสิ่งที่เราบอกคือความจริง ปัญหาที่เราเจอตรงนี้ก็มันเต็ม..แล้วเค้าก็ไม่เชื่อ ก็ตามมาดูสภาพตึกเพราะเค้าอยู่แต่ข้างหน้า..กรุณาเข้ามาตีก่อนนะคะ..เพราะไม่สามารถ..ก็คือลคอขัดแย้งโดยการตามเค้าให้เข้ามาดูเหตุการณ์..เป็นยังไง..ถึงไม่สามารถจัดการได้ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“มันก็มีบ้างนะ..ขัดแย้งกัน มันมีคนสั่งการใช้ใหม่..มันก็มีผู้บริหารบอกว่า อ้าว..ทำไมคุณทำอย่างนั้น คุณทำไมไม่เหมาะสม..อะไรอย่างนี้ มันก็มีบ้างแหละ..พี่ว่า..น่าจะมี..มีบ้าง อย่างที่บอก..พี่จำเป็นจะต้องทำอย่างนี้นะ..อะไรอย่างนี้แหละ ก็ต้องยอม..ก็ต้องได้..ก็มีเล็กน้อย ก็บอกว่า เออ..เธอบริหารจัดการเองไม่ต้องมาบอก..บริหารจัดการเอาเองเลย..คิดว่าอะไรเหมาะสมก็ทำไปเลย ตอนนั้นก็ต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตัวเอง มีความสามารถแค่ไหน..อะไรก็ควักออกมา คุณต้องบริหารจัดการตัวเอง ต้องบริหารให้ได้ ตามความรู้ความสามารถที่ตัวเองคิดว่าน่าจะเป็นไปได้ในสถานการณ์ตอน

นั่น มันก็ไม่ค่อยมีอะไรหรอก..พอรุ่งเช้าเขาก็ประจำ Ward เขาก็ Clear ของเค้าได้ แต่คืนนั้นก็ไม่ได้ทำอะไรหรอก..คืนนั้น..ยังงี้ก็ไม่มีใครทำอะไรได้ เพราะทุกคนต้องเป็นอย่างนี้..ไม่มีใครสามารถทำอะไรได้ เออที่..คนนั้นเอาคนนั้นไว้อย่างนี้..ไม่สามารถทำอะไรได้..คุณต้องรับหมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“คือการทำงาน..ดูเรื่องการทำงานนะ คือว่ามันมีหลายหน่วยที่เขาเข้ามาช่วยการทำงานที่เห็นนะ พี่เห็นจากการทำงานภายในนะ..ว่าคนโน้นก็สั่งอย่างโน้น คนนี้ก็สั่งอย่างนี้ อันนี้ก็..คือสั่งไปเรื่อยเลย..มันมั่ว ผู้ปฏิบัติ..ปฏิบัติไม่ถูก มันน่าจะมีผู้จัดการสักคนหนึ่ง..นี่มันหลายคน..ที่เข้ามาช่วยนะ ไอ้คนโน้นไปโน้น ไอ้คนนี่ไปนี่ รู้สึกวันแรกมันจะมั่ว ๆ อยู่ แต่พอวันหลังเขาก็จับจุดได้ เขาก็ต้องมาคุยกัน ต้องมา Conference กันว่า..ที่เมื่อวานนี้..ที่มีปัญหาอย่างนี้นะ เอ้า..วันนี้เราจะทำอย่างนี้นะ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหา แต่ก็ไม่ได้อุ่นแรงนะ ปัญหาละ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12: พยาบาลประจำการ)

“ก็มีการเถียงกันบ้างเพราะว่าเราไม่ได้ตามที่เราต้องการ คนไข้เรา 60 คนเราก็ต้องใช้ 60 เซต อย่างนี้ แต่ปรากฏว่าไม่มี ไม่มีให้แล้วเราจะทำยังไง ก็ขอไม่พออะไรอย่างนี้ ก็มีทะเลาะกันบ้าง เถียงกันบ้างเป็นธรรมดา บางครั้งก็แบบ..บางคนไม่ได้นอนเลย เหมือนพี่ผู้ช่วยพยาบาล..แกนอนแค่ ชั่วโมงเดียว วันที่ 26 , 27 นอนวันละชั่วโมง พี่เขาบอกให้เราทำอย่างนั้น..เราก็กังไม่เข้าใจ..เขาก็..บอกแล้วทำไมไม่ทำ เราก็..เอ๊ะ..เราก็เหนื่อยอยู่นะอะไรอย่างนี้ ก็มีบ้าง หลังจากเหตุการณ์ผ่านไปก็ปกติ เพราะว่าช่วงนั้นเรารู้สึกว่า เฮ้ย..เราก็เหนื่อยอยู่นะ...ทำไมต้องมาใส่อารมณ์..มันก็มีบ้างค่ะที่ใส่อารมณ์กัน แต่ว่าก็ไม่รุนแรงมากนะคะ แค่รู้สึกหงุดหงิดแล้วก็ผ่านไป”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

#### ประเด็นย่อยที่ 7 มีอะไรใช้ไปก่อน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าบุคลากรพยาบาลขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เนื่องจากสาธารณสุขมีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ผู้ขาดเจ็บมีจำนวนมาก บุคลากรพยาบาลต่างมุ่งเน้นการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทำให้ละเลยเรื่องความสะอาดและการควบคุมเฝ้าระวังการติดเชื้อ อีกทั้งบุคลากรพยาบาล



พร้อมความรู้และประสบการณ์การดูแลแผลจากสาขารศีกษาสรีรศาสตร์ ทำให้ขาดแนวทางการดูแลแผลที่ถูกต้อง ผู้ประสบภัยจำนวนมากที่มีบาดแผลจะมีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงและต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อ บุคลากรพยาบาลแก้ไขปัญหามาโดยการขอความร่วมมือจากญาติผู้ประสบภัยเพื่อช่วยดูแลความสะอาดของร่างกายผู้บาดเจ็บเพื่อช่วยลดปัจจัยส่งเสริมภาวะติดเชื้อ การแก้ไขดังกล่าวไม่สามารถทำให้จำนวนผู้บาดเจ็บและมีแผลติดเชื้อลดลงได้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อว่าเป็นจุดอ่อนของหน่วยงานเนื่องจากบุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์การดูแลแผลจากสาขารศีกษาสรีรศาสตร์ ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นบทเรียนสำคัญสำหรับการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรและปรับแก้จุดอ่อนให้เข้มแข็งขึ้นในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อดังนี้

“การปฏิบัติงานที่มันต่างจากภาวะปกติคือเรื่องของ IC จะไม่ค่อยได้ เรื่อง IC แทบจะไม่ได้เลยละ บางครั้งก็เหมือนว่าใน set ทำแผล 1 set นะ จะต้องใช้ 2 คนลักษณะเนี่ยะ เรื่องของความสะอาดแทบจะไม่ได้เลย เพราะว่าอย่างพื้นนอนกันไม่รู้ว่าเป็นใคร เราจะทำความสะอาดตอนนั้นเลยก็ไม่ได้ จะมาได้ก็พื้นเช็ดพื้นในวันรุ่งขึ้น ซึ่งก็รู้ว่าบนพื้นใครจะนอน แทบจะไม่ได้เลย แล้วอีกเรื่องหนึ่งก็คือ อยากจะล้างตัวคนไข้มาก อยากจะมีน้ำฉีดเลย..แต่เราก็ทำไม่ได้ในตอนนั้น เราไม่มีเวลาที่จะจัดการตรงนั้น..แค่ขอให้ได้ระบาย..ให้มีที่ออก การดูแลไม่ดี ข้อบกพร่องคือเรื่องของ IC” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“พอดีที่ทำ IC อยู่ด้วย มันก็มีความรู้สึกแล้วทำไมเลือดไม่แข็ง เสีย ทำไมถึงไปกองอยู่บนกองเลือด เพราะทุกแห่งจะเต็มไปด้วยคนไข้แรก ๆ ก็มีฝ้าปูหลังๆก็มีมั้งไม่มีมั้ง เพราะฝ้ามันซักไม่ทัน เรื่องการดูแลบาดแผล..น่าจะยังไม่ทั่วถึง เพราะว่า..ส่วนหนึ่งเป็นทักษะของพยาบาลมากกว่า..ที่ว่า คือนึกไม่ถึงว่าจะต้องทำอะไรก่อน อย่างเช่น กรณีที่ว่าบางคนต้องรอผ่าตัด เคื่อก็จะรอผ่าตัดไปเลยโดยไม่ได้ทำแผล พอ 2 วันก็บวม ถ้าเรานึกถึงตรงนี้..ถ้ายังผ่าตัดไม่ได้ก็น่าจะทำแผลไปก่อน ให้แผลสะอาดก่อนส่วนหนึ่ง เท่าที่เห็นแผลนิดเดียว แต่มันก็มี Infection นะ Sepsis นะ ไข้สูงปี่ด 40 เราประสบการณ์ไม่พอ เห็นแผลนิด ๆ หน่อย ๆ เราจะไม่ค่อยสนใจ ไอ้คนที่กลับบ้านไปอาบน้ำได้ไม่ค่อยมีปัญหา แต่ไอ้คนที่อยู่โรงพยาบาลนี่สิ เช็ดตัวก็ไม่ค่อยได้เช็ด ไม่ทั่วถึง ปกติที่นี่พยาบาล 2 คน Nurse aid 1 คนต่อคนไข้

ประมาณ 20 คน แต่วันนั้นทั้งวอร์ดคนไข้ 60 แล้วเป็นคนไข้ที่ต้องดูแลทั้งหมด เรื่องของการ Care hygiene อาจจะดูไม่ทัน แต่ส่วนหนึ่ง คือไม่ได้ aware มันเท่าที่ควร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“คนไข้เยอะ..ตอนนั้นมองแค่ว่า..จะให้การพยาบาลคนไข้ยังไงให้ได้เยอะที่สุด และก็ให้คนที่ได้รับการปฐมพยาบาล ให้ได้ทำแผลสะอาดที่สุด ก็ไม่ได้มองส่วนอื่น ก็แค่ทำตรงนั้นให้ได้ดีที่สุด หมายถึงแต่ละคนที่เราทำ..ก็อยากให้คนไข้ได้รับอะไรที่มันสะอาด..สำหรับในขณะนั้น แต่ว่าเครื่องมือเราไม่พอใช้ ก็กังวลว่าสิ่งที่คนไข้ได้รับ..อาจจะไม่สะอาดเพียงพอ..ที่เราทำให้ไป..มันก็คง Contaminate บ้าง พยายามทำแบบ..คืออาจจะไม่ถึงกับ Sterile แค่ Semi เพราะว่าเครื่องมือก็ถูกแบ่ง ก็หมายถึงว่า set ใหนใช้เสร็จแล้วเวลาที่ใส่อุปกรณ์มันไม่เปื้อนมาก..เราก็จะเอาอุปกรณ์ใส่เข้าไปอีกครึ่งหนึ่ง ก็ set หนึ่งก็ใช้กันประมาณ 2-3 คน ก็คือต้องทำไปก่อน เพราะว่าเครื่องมือตอนนั้นมันยังไม่พอ..วันแรกนะ ตอนช่วงที่ว่ามีคนไข้เยอะแบบนี้ ห้อง OR เราที่แบบสะอาดๆ มันจะไม่ค่อยสะอาด พื้นอะไรมันจะมีแบบ..คือลื้อรถ..รถเข็นมันเข้าออกๆ ไร รถเข็นเราบางทีมันก็ไม่พอบ้าง แล้วก็พอดีช่วงที่รถเข็นเปลมารับผู้ป่วยนะ..ตรงนี้ก็เข้าสามารถเดินเข้ามาได้ ไร ไม่ได้เปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้น..บางทีมันลากก็เอาละอองเข้าไปห้องผ่าตัด มันก็อาจจะไม่ค่อยสะอาดสักเท่าไร แล้วก็เครื่องมือก็เข้าไปเยอะด้วย ก็เอาไปไว้ในห้องผ่าตัด เพราะฉะนั้นเครื่องมือจากที่อื่นก็ทยอยเข้าไป บางทีก็เอาเข้าไปตั้งในนั้นเลย อาจจะมีฝุ่นมีอะไรติดเข้าไป..ก็ไม่ค่อยสะอาด แต่มันก็สุดวิสัยนะคะ เพราะว่าแต่ละตึกจะมีคนไข้เยอะ เอาไปเก็บอะไรก็ได้ไม่ได้ เพราะฉะนั้น เครื่องมือห้องผ่าตัดก็ต้องไว้ในห้องผ่าตัด บางครั้งประตูเปิด-ปิดอะไรมันไม่ค่อยจะรัดกุม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15: พยาบาลประจำการ)

#### ประเด็นย่อยที่ 8 ระบบสื่อสารล้ม ระดมล่ามช่วยแปล

ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารจัดการภัยพิบัติ ระบบสื่อสารหลัก ได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร วิทยุสื่อสาร อินเทอร์เน็ต เสียงตามสาย เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยพิบัติที่มีความรุนแรง ทำให้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์การสื่อสารหลักของหน่วยงานขาดข้อง ใช้การไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อ การสั่งการ การประสานงาน การรายงาน และการประชาสัมพันธ์ ทำให้การปฏิบัติงานดำเนินไป

ตามแผนการที่วางไว้ด้วยความล่าช้าและยากลำบาก นอกจากปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสารแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงปัญหาระบบการสื่อสารที่เกิดจากภาษา เนื่องจากผู้ประสบภัยเป็นชาวต่างชาติจำนวนมาก การสื่อสารด้วยภาษาที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเข้าใจผิด หรือเข้าใจไม่ตรงตามความต้องการของผู้สื่อภาษา ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสารขัดข้อง ทำให้เกิดความไม่สะดวกในขณะที่ปฏิบัติงาน และรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ประสบภัยด้วยภาษาที่ถนัด บุคลากรแก้ไขปัญหเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสาร โดยติดตั้งเครื่องโทรศัพท์ให้มากขึ้น และประสานงานขอสนับสนุนช่องทางการสื่อสารอื่นเพิ่ม เช่น อินเทอร์เน็ต แก้ไขปัญหาสื่อสารภาษากับชาวต่างชาติโดยใช้ล่ามอาสาสมัคร ภายหลังการแก้ไขปัญหา บุคลากรปฏิบัติงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น แต่อาสาสมัครล่ามยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ประสบภัยชาวต่างชาติที่มีจำนวนมาก บุคลากรในหอผู้ป่วยที่ไม่มีล่ามช่วยสื่อสารกับชาวต่างชาติยังคงประสบปัญหาความยากลำบากในการดำเนินงานอยู่ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนที่เกิดสึนามิ.. พี่ได้รับข่าวจากเวรตรวจการ.. ปกติเวรตรวจการจะต้องรายงานกับหัวหน้า E.R. พี่ก็ได้รับรายงานจากเวรตรวจการว่าเกิดคลื่นยักษ์ที่แหลมปะการัง หลังจากนั้นสัญญาณโทรศัพท์ก็ตัดขาดติดต่อไม่ได้.. ได้แต่ดูทางทีวี ช่วงนั้นโทรศัพท์ภายในบางจุดก็สามารถติดต่อได้ รู้สึกค่อนข้างสับสนและเครียด ๆ มีเรื่องเข้ามาติดต่ออยู่เรื่อย.. ตั้งแต่เรื่องของการติดต่อกับต่างชาติที่โทรมาตอนดึก.. ประมาณตี 2 – 3 จะมีสายจากต่างชาติเข้ามาถามว่าคนไข้ขึ้นชื่ออะไร การสื่อสารนั้นสำคัญมากเพราะภาษาอังกฤษที่พูดกับเค้าฟังไม่รู้เรื่อง พอพูดมากก็พอฟังได้.. แต่ตอบไม่ได้ก็จะตอบในเรื่องของชื่อคนที่จริงควรจะมีล่าม.. เพราะมีความชำนาญในการสื่อสารเพื่อความคล่องตัว.. เป็นประเด็นหนึ่ง ตอนนั้นถ้ามองโดยสัญชาตญาณ มันอึดโน้มนะ.. แก้ปัญหาคือ.. อย่างช่วงหลังในเรื่องการสื่อสาร.. เราขอเบอร์โทรศัพท์ของล่าม มีปัญหาที่ติดต่อล่ามที่อยู่กับศูนย์ประชาสัมพันธ์ให้เค้ามาพูด ในช่วง 3 วันหลังจะมีมาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่เข้ามาช่วยกันผลัดเปลี่ยนในการสื่อสารกับชาวต่างชาติ เรื่องการติดต่อทางโทรศัพท์ก็ช่วยแบ่งเบาภาระตรงนั้นได้ ส่วนเรื่องอื่น ๆ ส่วนมากช่วงนั้นไม่รู้อะไร.. เป็นช่วงที่มีงานอะไรไม่รู้เข้ามาเรื่อย ๆ ยังไม่เป็นระบบ ต้องประสานงานเรื่องของวิทยุด้วย.. อยู่ตรงนี้ประสานงานหลายเรื่องรวมทั้งเรื่องวิทยุ.. ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“เรื่องการสื่อสาร..สื่อภาษาเป็นปัญหา ก็ต้องคุยกันจนกว่าจะรู้เรื่องแหละ รู้บ้างไม่รู้บ้าง ความจริงก็มี..ล้ามนะ แต่เราก็ยังจัดการไม่ตัวเอง มีล้ามาเยอะนะ..อาจจะเป็นข้อผิดพลาดก็ได้ที่เราปฏิเสธล้ามน..เพราะคิดว่าใช้ที่ OPD ไม่ก็คน แต่จริง ๆ ในเวิร์คก็จำเป็นต้องใช้..มันก็เลย..คนที่เหลือในเวิร์คก็พูดอังกฤษไม่เก่ง แต่เค้าก็สื่อกันไป..รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง พยาบาลก็พอจะคุยได้บ้าง..ไม่ถึงกับเป็นปัญหา แต่ก็มีปัญหาเรื่องการสื่อสารนั่นแหละ ..อย่างเรื่องล้ามน..ความจริงแล้วเราก็ปฏิเสธไปเยอะเหมือนกัน เพราะล้ามันเข้ามาเยอะมาก เรานึกไม่ถึงว่าในเวิร์คก็ต้องการใช้ก็เลยรับไว้แค่ 4 – 5 คน พอที่จะช่วยเราตรงนั้น แต่จริง ๆ แล้วที่สำคัญคือล้ามน สายต่างประเทศมาเนี่ย..กลัวชิบเป๋งเลย..กลัวพูดไม่รู้เรื่อง โทรมาตอนตี 3 ตี 4 เข้าที่บ้านเขา แต่เราตี 3 ตี 4 เข้านอนกันหมดแล้ว แต่เรายังอยู่ที่ War Room ได้แต่ Slowly please..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ในระยะแรก..ช่วงระยะการเกิดเรื่อง การประสานงานอะไรอย่างนี้มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับชาวต่างชาติอะไรอย่างนี้ก็มีปัญหาเหมือนกัน เพราะว่าในช่วงที่ว่เกิดระยะแรกเนี่ย การสื่อสารพวกโทรศัพท์ก็ติดต่อไม่ได้ในช่วงนั้น โทรศัพท์ติดต่อเพื่อนก็ไม่ได้ พยายามโทรหาเพื่อน..ยังไงก็โทรไม่ติดของพี่ติดมัย..หนูยิ้มหน่อย..โทรไม่ติด..ตอนนั้นเครือข่ายล่มหมดเลย ปัญหาเหมือนกัน..เรื่องการสื่อสาร พอวันที่ 2 จะมีของ TT&T ค่ะ พวกเกี่ยวกับโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต เค้าก็มาวางไว้ให้ตรงนั้น คือก่อนหน้านั้น ได้คุยกับพี่ ๆ หลายคนที่มาอยู่ ER ด้วยกัน คุยกันบอกว่าเนี่ย..น่าจะมีโทรศัพท์..น่าจะมีอะไรมาสำรองตรงนี้ เพราะว่าเค้ามาตามหาญาติเราก็จะบอกเขาได้แค่บางส่วนไม่สามารถสื่อสารให้เค้าเข้าใจได้..แล้วก็จะมีความปัญหาเรื่องการสื่อสารส่วนใหญ่..กับชาวต่างชาติ คือเค้าไม่ได้พูดภาษาอังกฤษโดยตรง บางที่เป็นสวีเดน นอร์เวย์ ก็สื่อภาษา บางทีก็ใช้มือ บางทีก็พูดภาษาอังกฤษให้เขาฟังซ้ำ ๆ ให้เค้าเข้าใจ ฝรั่งเศสบางที่เขา Complain เยอะ..ค่อนข้างยากหน่อย ล้ามนก็ไม่มี..เกี่ยวกับการสื่อสารกับชาวต่างชาติ แต่พอช่วงหลังจาก 24 ชม.แรก จะมีคนเข้ามา มีอาสาสมัครเข้ามาช่วย..วันที่ 2 จะมีล้ามาช่วย เป็นอาสาสมัครช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“มันเกินกำลังรับจริง ๆ โทรศัพท์ก็ล่มหมด ต้องวิ่งตาม ปกติถ้าเปิดสัญญาณฉุกเฉินอย่างนี้เค้าจะได้ยิน บางคนก็จะเห็นรถฉุกเฉินที่จะเปิดสัญญาณก็ครั้ง

ๆ เกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นเค้าก็จะมา ก็เปิดสัญญาณฉุกเฉินว่าทางนี้เปิดแผนแล้วนะ คนที่รู้ที่อยู่ใกล้ ๆ ก็จะเข้ามา คนอื่นที่ไม่รู้ก็จะรู้จากการสื่อสารจากคนนอก ที่ว่าเกิดเหตุอย่างนี้แล้วเค้าก็เข้ามา มือถือใช้ได้เฉพาะของ DTAC ยี่ห้ออื่นล้มหมดเลย ภาวะมันจะรุนแรงมาก จะมีชาวต่างชาติค่อนข้างเยอะแล้วก็เป็นปัญหาของโรงพยาบาลมีความอ่อนทางด้านภาษาอังกฤษ จะสื่อสารกับเค้าพอจะเข้าใจได้บ้าง แต่ถ้าได้คัมมินน้อย จะสื่อสารให้เค้าเข้าใจได้ไง..จะเกิดข้อขัดข้องในตรงนี้..มีหลายชาติหลายภาษามาก บางชาติภาษาไม่สามารถสื่อได้ด้วยภาษาอังกฤษ ซึ่งก็จนปัญญาที่ต้องใช้การสื่อสารด้วยท่าทางตามบุญตามกรรม” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“โทรศัพท์ติดต่อไม่ได้เลยในตอนนั้น ไอ้คนที่รู้ คือรู้จากการบอกเล่า หรือว่าใครอยู่แถบน้ำเค็มผ่านมาทางโรงพยาบาล..เค้าเห็นรถเนี่ย..เค้าจะสื่อตรงนั้นได้ว่าเกิดอะไรขึ้น..ก็พูดต่อ ๆ ไป แต่ถ้าเลยจากน้ำเค็มตรงนี้ไป..จาก รพ. ไปทางสุราษฎร์หรือว่าไปทางระนองจะไม่ค่อยรู้..ว่าเกิดอะไรขึ้น ข่าจะเข้าที่นี้พวกเราพยาบาลก็เป็นวันหยุด กระจัดกระจาย..บางคนไปต่างจังหวัด สื่อทางโทรศัพท์ก็โทรไม่ได้ ของพี่ก็รู้เพราะว่าพี่ออกไปซื้อหนังสือพิมพ์ มันมีปัญหาในเรื่องการประสาน วิทยุสื่อสาร..ถ้าเครือข่ายมันล่มเมื่อไหร่ก็แจ้งกันหมด..ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกัน ตรงนี้ไม่รู้ว่าจะเกิดเหตุแล้วการสื่อสาร..วิทยุ..โทรศัพท์มันล่ม..จะให้ทำยังไงกัน ให้เราประสานกับทางตำรวจหรืออย่างไร เพราะการสื่อสาร ถ้าเราจะใช้ในการ refer จะประสานขอรถ..ก็ไม่รู้จะติดต่อกันได้ไงในตอนนั้น คือว่าโรงพยาบาลมี Internet มีคอมพิวเตอร์อยู่ โชคดีไป..วันหลังๆ พวกเกี่ยวกับโทรคมนาคมเข้ามาตั้งระบบให้ฟรีหมดเลยนะ เอมาวางไว้ในโรงพยาบาล แต่ว่าวันแรก ๆ เรามีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เราประสานกับใครไม่ได้เลย ขอความช่วยเหลือไม่รู้จะติดต่อสื่อสารยังไง ล่มหมดเลย..โทรศัพท์..ล่มหมด เราทุกคนรู้จากการบอกเล่า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“กว่าจะต้องติดต่อหัวหน้าตึกอะไรได้มัน..โอ้ย..โกลาหลมากเลย พี่ก็โทรมาทางตึก โทรศัพท์มันก็ไม่ติดนะ พอมารโรงพยาบาลก็โทร..โทร..พยายามโทรติดต่อหัวหน้าตึกให้รีบ ๆ เข้ามาให้ได้หัวหน้าตึก ปัดโอ ติดต่อก็ไม่ได้อีก การประสานงานช่วงนั้นมันค่อนข้างจะช้านะ..ประสานงานระหว่าง LAB บางทีจะเอาเลือดเอาอะไร คือ อุปกรณ์พวกโทรศง..โทรศัพท์..เรามันน้อย อย่างที่

ตึกมีเครื่องเดียว คนโน้นก็จะโทร คนนี้ก็โทร ซ้ำต้องวิ่งไปเอา ก็เสียเวลา อีกนั่นแหละ อย่างการประสานไปยังหัวหน้าพยาบาล จะโทรติดต่อ มันจะ ซ้ำไป เราอุปการณการสื่อสารเรามีน้อย การสื่อสารมีปัญหา..วิ่งเอา..วิ่ง แล้ว มือถือนะเครื่องขยับล้มหมด..วันนั้น เครื่องขยับล้มหมดเลย..ยัง GSM เนี่ยนะ โทรออกไม่ได้เลย ก็ประมาณวิ่ง..วิ่งก็หาเจอซะที่ไหน..ก็ไม่ได้อยู่ที่เดียวถูก ไหม วันเกิดเหตุ 2 วันแรก..มีปัญหาอีกอันหนึ่ง..ลืมบอก เรื่องภาษา เพราะ เป็นชาวต่างชาติเยอะ การสื่อสารกับเขานะ แก่ปัญหาก็คือ..เอาพอพูดได้..แต่ จะมีล่ามมา..ล่ามมา เมื่อกี้เขากลับมาอะไร..เราก็พยายามจำไว้ว่าคนไหนถาม เติงไหน..ก็ให้ล่ามไปคุยให้..ก็มีล่ามมาเยอะ การประสานงานมันค่อนข้าง จะขลุกขลัก ก็พยายามสื่อให้ได้มากที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16: พยาบาล ประจำการ)

## ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ

อารมณ์เป็นภาวะจิตใจของมนุษย์ กระบวนการเกิดอารมณ์นั้นค่อนข้างซับซ้อน อารมณ์ ของมนุษย์อาจแบ่งแยกประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ อารมณ์ที่ให้ความสุข และอารมณ์ที่ ให้ความทุกข์ ในชีวิตของมนุษย์ทุกคนนั้น จะต้องดำเนิน ไปภายใต้อิทธิพลของอารมณ์และความรู้สึก อารมณ์จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งส่งผลต่อผู้อื่นด้วย การจัดการกับอารมณ์ตนเองได้ หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ สามารถแสดงออกไป ได้อย่างเหมาะสมกับกาลเทศะ การควบคุมอารมณ์ทางลบให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม ถือเป็นพัฒนาตนเองให้มีความสามารถทางอารมณ์ที่มีความจำเป็นในการใช้ชีวิต และ ส่งผลต่อความสำเร็จในการทำงานด้วย การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับอารมณ์ ของพยาบาลวิชาชีพไว้ 3 ประเด็นคือ หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง กลัว แต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ และ ข่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

### ประเด็นย่อยที่ 1 หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง

การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงสาธรรณภัยคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นว่าเป็น สาธรรณภัยที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมาก ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนทำให้ขาดประสบการณ์การรับ สาธรรณภัยชนิดนี้ และบุคลากรขาดความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถหยั่งรู้ถึง สถานการณ์ต่างๆ สถานการณ์สาธรรณภัยทำให้บุคลากรพยาบาลต้องเผชิญภาวะเครียด ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึงความรู้สึกเครียดจากการเป็นห่วงครอบครัวตนเองเนื่องจากมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในเขต พื้นที่ประสบภัย ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องสูญเสียบุคคลภายในครอบครัวและญาติพี่น้องไปกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสูญเสียดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดในขณะปฏิบัติหน้าที่ ภาวะคุกคามที่

เกิดขึ้นทำให้บุคคลพยายามปรับตัวอย่างเต็มที่เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับความรู้สึกเครียดโดยการติดต่อพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวด้วยโทรศัพท์ และพยายามคิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในทางบวก ผู้ให้ข้อมูลที่จัดการกับความรู้สึกเครียดได้ จะรู้สึกสบายใจขึ้นและสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเครียดได้จะยังคงมีความเครียดต่อไปและส่งผลให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆช้าลงกว่าปกติ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง การจัดการกับความรู้สึกเครียดที่มีสาเหตุจากความเป็นห่วงครอบครัวตนเองดังนี้

“ครอบครัวเราก็คือที่อยู่ใกล้กับที่เกิดเหตุเหมือนกัน คือเขาก็ต้องอพยพกันเหมือนกันค่ะ มีญาติพี่น้องที่ประสบอุบัติเหตุค่ะ ก็เป็นห่วงค่ะ แต่ก็ต้องมาทำงาน เพราะคิดว่าเขาก็จะช่วยเหลือตัวเองได้ เราก็ต้องมาช่วยในจุดนี้ของเรา..ซึ่งคิดว่ามันสำคัญกว่า แต่มันทำให้เราแบบว่า..กังวล..พะวัคพะวง..คิดเป็นห่วงค่ะ แต่เราก็ช่วยจุดนี้ แต่ยังสบายใจเขายังช่วยตัวเองได้ แบบว่ายังช่วยกันหนีได้ ะไรอย่างนี้ค่ะ แต่ใจก็ยังเป็นห่วง..เป็นห่วงค่ะ แต่ว่ามันก็ไม่สำคัญเท่ากับจุดที่โรงพยาบาลค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11: พยาบาลประจำการ)

“เกิดเหตุ 10 โมงใช่ไหม แต่พี่ทราบบ่ายโมง บ่ายโมงที่ก็ออกมาเลยนะ เอาลูกไปฝากเขา..ลูกก็ยังเล็กอยู่ ลูกที่ประมาณ 2 ขวบกว่าๆ..ไปฝากญาติ ทุกคนก็ฝากกันหมดแล้ว เราก็เออ..ฝากลูกก็เป็นห่วงลูกอีก พี่ก็เอาลูกไปฝากญาติไว้ก่อน บอกว่าเดี๋ยวยังไงนะ..อย่าเพิ่งพาไปไหน ..ปล่อยให้อยู่ตรงนี้ก่อนเพราะตรงนี้ปลอดภัยที่สุด..เพราะเป็นที่สูง คือบ้านที่อยู่เป็นที่สูง คือยังไม่ได้ Move ไปไหน พี่ก็เข้ามาตักก่อน เข้ามาคิดว่าจะมาสักช่วงแล้วจะแวะไปดูลูก ปรากฏว่าติดพันยาวไปถึงตี3..ไม่ได้กลับเลย ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์จะเป็นแบบนี้ คือไม่เชื่อ..ตั้งคำถามตัวเองอยู่ตลอด..เกิดได้ยังไง ใจก็คิดแต่มีก็ทำไป คือมันอยู่ในภาวะตะลึงแล้วก็สับสน บอกไม่ถูก ห่วงลูก ห่วงคนที่บ้าน ห่วงน้องที่ตึกที่ยังหาไม่เจออีก จิตใจตอนนั้นมันหดหู่ มันสลด มันทั้งเศร้า ทั้งอะไร บอกไม่ถูก ปนกันหมด การตัดสินใจมัน... รู้สึกว่าตัดสินใจแบบ..ช้ามาก ๆ..ช้า..มันมีอะไรอยู่ในใจ มันหมกมุ่นอยู่ มันยังคิดอยู่ จะทำให้ลุ่มลุ่มๆ..มันช้า..ตานี้เห็นอยู่แต่ก็มีก็ทำไปอย่างนี้ แต่ว่าใจเรามันไม่ได้ตัดสินใจเหมือนภาวะปกติ คือมันเกิดตัวเอง มันกังวล มัน

สับสน กว่าจะปกติได้ก็ตอน 2-3 ทุ่ม คือใจมันค่อยมา ก็ทำงานปกติ..ก็ยังห่วงแต่ลูก แต่คิดว่าสามีอยู่..คงไม่เป็นไร แต่ก็คิดนะเพราะเขาอพยพกันใจจะไปอยู่กันยังไงที่บนเขา ลูกเราก็ยังเล็ก ไม่ได้มีนม มีน้ำ มีอะไร ไฟฟ้า เสื้อผ้า มันอยู่ในภาวะสับสน คือ เบลอๆ ไป ทำงานในตึกมันก็ชา ทำด้วยความสมองซาๆยังงีบบอกไม่ถูก.. ในภาวะตอนนั้น แล้วพี่ก็มีโทรศัพท์เข้ามาบอกว่า..เนี่ยที่บ้านตัวเองก็โดน..พูดอย่างนี้ หาแม่ไม่เจอ..แม่ไม่รู้ที่อยู่ไหน.. แต่แม่ไม่ได้ไปเที่ยวชายทะเลเราก็รู้..แต่ว่าคงหาไม่เจอ ประมาณว่าออกไปตลาดอะไรหรือเปล่า ก็ชะงักไปช่วงหนึ่ง วิ่งออกไปโทรศัพท์ พี่ก็โทรไปที่บ้าน พ่อก็บอกอ้อ..คลื่นมันสูงตลบ สะพานเลย พี่ชาย น้องชายอยู่ภูเก็ทหมดเลย แล้วอยู่ป่าตองอีก นึกอยู่นะ..ยังนึกบ้าง แต่ก็แว็บขึ้นมาเออ..ก็ไม่ได้ข่าวอะไรนะ..ก็คิดว่ามันคงไม่เป็นอะไร แต่โทรศัพท์ตอนนั้นก็ติดต่อไม่ได้ เขาก็โทรมาไม่ได้ คือใจมันสับสน มีแต่ความกังวลอยู่ แต่พยายามจะทำงาน แต่ใจมันคิด..ไม่รู้อะไร..สมอมมันสับสนไปหมด ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16: พยาบาลประจำการ)

“เผชิญญาติพี่ที่โดนไปด้วย 6 คน..เสียชีวิตหมดเลย ตอนนั้นก็ใจนึกห่วงน้ำกับห่วงหลาน แต่ว่าก็คือหน้าที่เราต้องทำที่นี่ เราไม่สามารถไปทำอะไรไปช่วยอะไรกับน้ำหลานได้ น้ำกับหลานจะอยู่ตรงชายทะเล ตรงตำแหน่งที่เกิดพอดิ ตรงแถวหาดบางทองเลยเข้าไปข้างใน ขณะที่เราทำงานอยู่โรงพยาบาลก็มีคิดไปแว็บ ๆ เหมือนที่บอก..คิดถึงน้ำกับหลานที่เขาอยู่ชายทะเล แต่ว่าก็พยายามตัดความคิดนั้น..ไม่เป็นไรหรอก..คิดว่าเขาคงไม่มีอะไรมา..เขาน่าจะหนีทัน..เราก็คิดอย่างนั้น..คิดว่าน่าจะหนีทัน แต่ก็ไม่ได้นึกว่าเขาจะเสียชีวิตไปจริง ๆ กลับบ้านไปตอนกลางคืนแม่ก็บอกว่าเนี่ย..น้ำยังหาไม่เจอเลย หลานก็หาไม่เจอเลย รู้สึกหดหู่เพราะว่าเราก็สนิทกันมาก ไปมาหาสู่กันตลอด..วันเสาร์ – อาทิตย์เราก็ไป พอวันที่ 3 เขาก็บอกยังไม่เจอ ก็ความรู้สึกหดหู่..รู้สึกว้าเหว..สงสัยไม่เจอแล้วละ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

นอกจากความรู้สึกเครียดจากการเป็นห่วงครอบครัวตนเองแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการทำงานเนื่องจากบุคลากรทุกคนในหน่วยงานต้องทำงานอย่างหนักภายใต้สถานะที่รุนแรงของปัญหา ถ้าปัญหานั้นยังมีอยู่ต่อไปและไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงขึ้น ส่งผลให้การทำงานไม่ประสบความสำเร็จ และอาจนำไปสู่



ความขัดแย้งกับบุคคลในหน่วยงานหรือผู้ร่วมงานได้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการทำงาน โดยการหาเวลาพักผ่อนเป็นระยะๆ มีการพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์ และปัญหาที่พบกับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งช่วยกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความเครียด และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะรู้สึกสบายใจขึ้นและสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้จะยังคงมีความเครียดต่อไปและส่งผลให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ช้าลงกว่าปกติดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ปัญหาตอนนั้นก็คือเรื่องของบุคลากร ตอนนั้นมันไม่พอกับคนไข้ คือพยาบาลน้อย คนไข้เยอะกว่า การประสานงานอะไรอย่างนี้ก็มีปัญหา โทรศัพท์ก็ติดต่อไม่ได้ในช่วงนั้น ล่ามก็ไม่มี อุปกรณ์ที่ใช้ก็ไม่พอ รู้สึกอึดอัด..ทำอะไรได้ไม่เต็มที่นะที่ เหมือนกับว่าบางทีจะใส่ Tube..Endo ก็ไม่พออะไรอย่างนี้ ก็จะทำยังไงดี เออ ! ก็วิ่งแบบหาก่อน เราก็มีอุปกรณ์ Stock ไว้ ก็เยอะแล้วเหมือนกัน อย่างน้อยที่มันจำเป็นต้องใช้ หนูว่ามันก็เยอะแล้ว แต่พอมาเจอคนไข้เยอะจริง ๆ ก็ไม่พอ รู้สึกมันขัดใจนะที่ Cathlon แทง IV ก็ไม่มี อะไรก็ไม่มี จะทำอะไรก็ต้องวิ่งไปหาก่อน มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติมันไม่พอนะ ทำไม่ถนัด รู้สึกว่าจะแทง IV แต่ละครั้งก็ต้องวิ่งหา..” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“ช่วงแรก ๆ จะมีปัญหาว่าขาด เสื้อผ้าก็ไม่มีใช้ เสื้อผ้าก็ขาด หลัง ๆ ก็ใช้ผ้าขวงกะ กางเกง ผ้าถุงไม่พออะไรอย่างนี้ รู้สึกว่ามันไม่สะดวก มันมีปัญหา ช่วงที่ไม่พอก็คือต้องตัดแปลงกะ ก็ถ้ามีผ้าขวงก็ต้องใช้ผ้าขวง เพราะช่วงนั้นมันก็ถูกสะหูกกันหมด ช่วงแรก..รู้สึกว่ามันไม่สะดวก มันมีปัญหาเหมือนกับเรา..เราไม่ทัน ได้ตั้งตัวเหมือนเรา..เราไม่ได้มีการวางแผน เตรียมรับในเรื่องของอุบัติเหตุที่ใหญ่อย่างนี้ ส่วนใหญ่เราก็รับอุบัติเหตุหุ่หุ่อะไรอย่างนี้.. คือคนไม่เยอะถึงขนาดนี้ เราไม่เคยเจอเหตุการณ์แบบนี้มาก่อน ก็รู้สึกกดดันและก็เครียด..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11: พยาบาลประจำการ)

“สภาพในเวลานั้นหรือ ก็คือ..มันเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน แล้วก็ไม่คาดคิดว่ามันจะเกิดขึ้น มันทั้งเครียด ทั้งตกใจ ทั้งกังวลใจ อะไรอย่างนี้ ว้าย..ตาย คนไข้เยอะๆ แบบนี้เครื่องมือเราจะพอไหม เราจะทำยังไง ถ้าไม่พอแล้วเราจะทำยังไง ดี 2 ดี 3 ที่บอกว่าเราไปนอนเนี่ย คือไปพักผ่อน ไปยืด

..ไป..ไป คือมันไม่หลับ ทั้งใจ ทั้งกาย..มันไม่หลับกะ มันกังวล มันบอกไม่ถูก มันหลับไม่ลง มันเห็นภาพทั้งคนตาย ทั้งคนเจ็บ มันสารพัดเข้ามา วันแรกๆจะมีคนบาดเจ็บ มีญาติ มีนักร้องอะไรมา ห้องมันไม่พอ เครื่องมือมันก็ไม่พอ เจ้าหน้าที่ก็ไม่เพียงพอ เราก็ไม่รู้จะทำยังไง มีแต่เสียงร้องไห้ เสียงเอ่อ.. วุ่นวายนะ..มันเป็นความวุ่นวายปนความเสียใจ ความเศร้าโศก ทุกคนก็มาค้นหา บางคนพอรู้ว่าญาติตัวเอง เจอศพแล้วญาติเป็นลม มีหลายรูปแบบ เราก็มีความทุกข์กับเขาด้วย ..มันเครียด มันบอกไม่ถูก มันหลายๆอย่าง แล้วเจอคน โน้มนำร้องไห้ คนนี้เลือดครึ่งมา หน้าแตก คิ้วแตก ทุกๆอย่าง เวลาพักผ่อนใหญ่ก็จะมาทานน้ำกัน นอนก็นอนไม่หลับ แบบว่าเรามานอนๆคุยกัน มาแค่..มาพักให้เราหายเหนื่อย หายล้าซักหน่อย แล้วเราจะได้อะไรบ้างไปทำต่อ อะไรแบบนี้ ก็มาคุยกัน มันเป็นอย่างไง มันโหย..คุยกันแต่ละเรื่อง..เหมือนมาระบายให้กันฟัง ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14: พยาบาลประจำการ)

“มันอยู่ในภาวะสับสน คือมันเครียด..ยังงบอกไม่ถูก ในภาวะตอนนั้น เพราะว่าคนไข้มันเยอะมาก เยอะจนแบบว่าเรา..เราช่วยเขาไม่ทัน เขาจะต้องการทุกอย่าง อย่างฝรั่ง..เขา Need มาก ๆ เลย คือ เดี่ยวเขาขอนี้ เดี่ยวก็ขออี ประมาณแข่งงาหัก มันเดินไม่ได้ใจ คือคนที่จะช่วยเหลือเขาตอนนี้มันน้อย..เราต้องทำทุกอย่าง มันไม่ทัน ช่วยเขาได้น้อย อย่างเขาจะฉี บางทีเราไม่ทันก็ต้องฉีรดไปอย่างนี้ ไหนจะมีแผลอีก คือทำตามสภาพ รู้สึกอยากจะช่วย..อยากจะช่วยอย่างเดียว..ไม่ได้คิดถึงอื่นเลยนะ มีแต่เสียงร้องครวญคราง มีความรู้สึกที่เราช่วยเขาได้ไม่เต็มที่..ยังช่วยได้ไม่เต็มที่ เรายังไม่ได้ช่วยเขาอีกเยอะ แต่ว่าก็ทำสุดความสามารถแล้ว สุดแล้ว..แบบไม่มีเวลาให้ทำแล้ว คือมันไม่ทัน แต่ว่าพยายามเต็มที่แล้ว ยังเสียใจในบางจุดที่ว่าเราทำไม่ทัน แต่เราก็ไม่รู้จะทำยังไง คนไข้รายล้อม..ร้องครวญคราง ความเจ็บปวดเขามีเยอะ อย่างที่บอกครั้งแรก มันเกิดอะไรขึ้น..มันเกิดอะไรกัน..เกิดได้ยังไง เราจะช่วยชีวิตเขาได้หมดทุกคนไหม คือคิดอยู่อย่างนั้น มองเห็นภาพมันสลด คือเหตุการณ์ มันสับสน วันนั้นนะ..ที่สับสน แต่พยายามจะทำงาน ..แต่ใจมันคิดไม่รู้จะไร..สมองมันสับสน..มันเครียดไปหมด ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16: พยาบาลประจำการ)

“เครียดจริงๆ..ยอมรับว่าเครียดมาก..เครียดเพราะว่ามันจะจัดการยังไง..อะไรก็ไม่มี คนไข้ก็ปวดอยู่..อะไรประมาณนี้ เราจัดการอะไรไม่ได้เลย เราก็ไม่เคยเจออะไรที่มันเยอะขนาดนี้ แบบว่าเราจะจัดการยังไง จะทำยังไง ความเครียดเราก็จัดการไม่ได้ จะโทรมาหาคนงานว่าไปช่วยทำความสะอาดห้องน้ำให้หน่อย จี้อะไรก็เลอะเทอะไปหมดเลย เขาบอกว่าไม่มีคน ทุกศึกจะต้องช่วยตัวเอง เชื้อใหม่คนไข้นอนทุกพื้นที่ที่มีอยู่ ตั้งแต่ทางเดิน เราก็ใส่รองเท้าของเราไปเพราะถอดรองเท้าก็ไม่ได้..มันสกปรก คนไข้ก็นอนอยู่บางที่เราก็สงสารนะ เราคิดว่ามันก็ไม่ถึงกับถูกต้อง แต่มันก็มันลำบาก ในการจะเข้าถึงคนไข้..มันก็เต็มแน่นแหละ เราก็แหวกๆ ไปนั้ง..” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 17: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ในช่วง 2 วันแรกนี้ความช่วยเหลือมันยังน้อยไข้ใหม่..ก็เครียดกันนะสิ ทำไม่ไหวใจ คุณภาพมันคือตกลงไปเลย ครั้งแรกเรายังกังวลอยู่..พอล้ำมากก็หยิบเฉพาะคนไข้ที่วิกฤตจริงๆ ไอ้คนไข้ที่พี่ว่าเที่ยวเดินตามหาญาตินั่น..ไม่ได้ไปสนใจเลย เขาเดินไปเดินมา เราไม่ได้ทำผลให้..หลุดไปวัน เขาก็โวยวายว่าเราให้การดูแลไม่ดี..มันเครียดกับสถานการณ์คนไข้ที่เราเห็นเครียดกับภาวะที่..คนไข้มันจะร้องลั่นตึกเลยนะ นึกก็โอย..นั่นก็โอย..ฝรั่งก็ please ใดๆ มีแต่เสียงร้องขอความช่วยเหลือ พวกฝรั่งมันขอผ้าเช็ดตัว ไม่มีให้ มันว่า Very bad ๗ มันว่าเลยนะ Very bad มันว่าใส่หน้าเราเลย...ฉันก็ทำได้แค่นี้ เวลาที่พี่เครียดๆนี้..ก็หาเรื่องหัวเราะกัน...หาเรื่องหัวเราะกัน...หาเรื่องจกกันบ้าง...เปลี่ยนมุมมองมัน...เปลี่ยนมุมมองกัน คุยกันใน ward...เปลี่ยนมุมมองกันบ้าง เปลี่ยน..เปลี่ยนเป็นตลกบ้าง ไม่งั้นมันเครียด กินข้าวไม่ลงเลยนะ อืม..มันค้างเลย..สติค้างไปเลย หาเรื่องจกกันมาคุยกัน มองโลกในแง่ดี กลับมุมมอง...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“มันเครียด..เพราะว่าจะไปเอาผ้าก๊อชก็ เอ๊ย..เขาบอกว่าไม่พอ ไปเอาเสื้อผ้า คนไข้ก็ไม่พอ ไปเอาผ้าห่ม ก็ไม่พอ คือทุกอย่างเป็นการบริหารจัดการของ Ward หมด จะไปเอาที่นอนมาให้คนไข้ต้องเป็น Ward จัดการ ก็เราต้องจัดการเองหมด เครียดว่าเราจะมีเตียงให้คนไข้นอนไหมเนี่ย เราจะทำกันทันไหมเนี่ย แล้วคนไข้จะเกิดอันตรายมากไหม คือเราคิดแต่ว่าอันตรายจะเกิดขึ้น คนไข้ต้องเสียชีวิต คือเราไม่อยากจะให้คนไข้เสียชีวิตไงคะ ทำยังไงก็ได้ที่ให้คนไข้ของเราตอนนั้นไม่เสียชีวิต และก็ได้รับการดูแล ได้รับการ

รักษาเพียงพอ เพราะว่ายาเนี่ย คนไข้บางคนก็ได้ยา บางคนก็ไม่ได้ยา เราจะ  
ทำยังไงให้คนไข้ของเราปลอดภัย..แล้วตอนนี้ของไม่มีเราจะทำยังไง..”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

## ประเด็นย่อยที่ 2 กลัวแต่ทิ้งคนไข้ไม่ได้

เนื่องจากสาธารณสุขคลื่นยักษ์สึนามิ เป็นสาธารณสุขที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อน บุคลากรต่างขาดความรู้ และขาดประสบการณ์ในการรับมือกับสาธารณสุขประเภทนี้ ไม่สามารถ ประเมินสภาพปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ ได้ อีกทั้งเป็นสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และมีความ รุนแรงมาก การที่บุคคลขาดความรู้และประสบการณ์จะส่งผลให้บุคคลเกิดความกลัว ซึ่งเป็นกลไก ทางจิตอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ซึ่งบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่ออันตราย หรือการเผชิญกับอันตรายโดยตรง การรู้สึกลัวว่าตนเองขาดความปลอดภัยอาจทำให้บุคคลไม่สามารถ ปรับตัวตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม อาจหาทางหลีกเลี่ยงสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัว และอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยที่มีความรุนแรง มาก สภาพความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินทำให้บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกกลัว และ การออกปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่ประสบภัยมีความเสี่ยงและอาจเกิดอันตรายได้ ความไม่มั่นใจใน ความปลอดภัยทำให้บุคลากรเกิดความกลัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความกลัวโดยการคิด ทบทวนและประเมินสถานการณ์ความเป็นไปได้ รวมทั้งการตั้งสติให้มั่นคงไม่หวั่นไหวต่อข่าวลือ ต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลที่จัดการกับความกลัวได้จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์และ ปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ และสำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับความกลัวได้ จะส่งผลให้สภาพจิตใจแย่ลง บางรายร้องไห้ บางรายวิงหนี ก่อให้เกิดความระส่ำระสาย วุ่นวายยิ่งขึ้นดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“กลัวค่ะ เพราะว่าเราไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น พอเห็นก็ขนลุกหมดเลย คนวิงก็ บอกว่า คลื่นมา ๆ เค้าก็วิงตะ โทนบอกว่าคลื่นมา ๆ รีบไปเร็วคลื่นมาอะไร อย่างนี้ วิงร้องไห้..บางคนก็พูดแบบว่าไม่รู้เรื่องเลยด้วยความตกใจก็วิง ใน น้ำเค็มมันจะอยู่เข้าไปลึก เขาก็จะวิงออกมาจากน้ำเค็มเยอะมาก แถวบาง ม่วงก็จะวิงหนีกัน แล้วก็จะมึนที่วิงสวนทางกันมาก็เยอะเหมือนกัน เพราะ เขาก็ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นเหมือนกัน ตอนนั้นตำรวจก็แจ้งเราไม่ได้ว่าเกิด อะไรขึ้น นึกในใจว่าจะมาอีกไหมเนี่ย บอกพี่กลับเถอะๆ EMS คันแรก เค้าก็อ.มาบอกว่าให้รีบกลับเพราะว่าเราประเมินสถานการณ์ไม่ได้ว่าเกิด อะไรขึ้น และความรุนแรงของเหตุการณ์เป็นอยู่ในระดับไหน นี่ยังขนลุกอยู่

เลย กลัวจะ กลัวว่านี่ถ้าเกิดมาอีกลูกเหมือนที่หนูบอก หนูต้องตายแน่ ๆ เพราะเราประเมินไม่ได้ว่ามาหรือไม่มา พอเราไปเห็นตรงนั้น ยังไม่รู้ว่าเป็นคลื่นนะกะพี ที่ซัดขึ้นมาบนฝั่งเพราะมันมีโคลนเต็ม ก็ถามพี่เค้าว่า พี่นี่อะไร เกิดอะไรขึ้น ยังไม่แน่ใจว่าเกิดอะไรขึ้น ตัวสั่น ใจสั่นหมดเลย ประมาณว่าชนลูก.. พี่นี่เกิดอะไรขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5: พยาบาลประจำการ)

“ไอ้กลัวก็กลัว..แต่กลัวแบบทำใจ..ก็คือปริมาณคนมันเยอะ.. เยอะมาก ถ้าเกิดก็คือทุกคนตายหมด ถ้ารอดก็คือรอด แต่ที่ว่ารอดคงน้อยนะถ้ามีซ้ำสอง เคื่อบอกว่าเกือบถึงเราแล้ว แค่กโลกว่าๆ.. ไม่รู้ว่าพม่าไปได้ยินมาจากไหน ความที่กลัวก็วิ่งกระเจิงเลยวันนั้น.. วุ่นวายที่สุด พยาบาลบางคนพยายามโทรศัพท์ก็โทรไม่ออก มีคนร้องไห้ออกมาว่าทำไมต้องเกิดอย่างนี้ด้วย ทำไมต้องเกิดกับเรา ลูกอยู่ที่ไหน ผัวอยู่ที่ไหน พยาบาลก็มีเหมือนกัน.. ก็ร้อง ทุกคนก็เริ่มร้อง.. น้ำตาไหล เสียงของญาติ.. คนไข้.. ร้องระงม.. มันรู้สึกกดดันมาก.. พี่บอกตรงๆ.. ว่ามาก..แต่ต้องพยายามทำใจ พี่พยายามคิดว่า.. ถ้าเกิดก็ต้องเกิด ถ้าจะตายก็ตายตรงนี้ ทำหน้าที่ตรงนี้ต้องมีจิตใจที่มั่นคงหน่อย ต้องสงบ มีความสงบให้ได้มากที่สุด แต่สภาพที่เราเห็นมันมาแบบ ร้องโอดโอย ระงมกันทั่วหมดเลย คือสภาพแย่มาก มันทำให้จิตใจของคนที่ทำให้การพยาบาลก็แย่ลง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“มีปล่อยข่าวว่า ตอนนี้น้ำมาอีกมาลูก 2 ลูก 3 น้ำถึงหน้าโรงพยาบาลแล้วนะ ถึงเราเป็นพยาบาลแต่สัญชาตญาณความมีชีวิตรอดมันก็ยังมียู่ ก็เอาความจริงมาบอกหลบหักล้างกัน..ถ้ามันถึงโรงพยาบาล คิดว่าที่อื่น ๆ คงจะไม่เหลืออะไร ก็พยายาม Support คนไข้ บอก ไม่มีอะไรนะ.. ไม่มีอะไรนะ แต่ใจก็กลัว..กลัวนะ ถ้าเกิดมันมาจริงเราก็ต้องไปด้วย เราก็ต้องตาย กลัว..กลัวชะมัดเลยในความจริงนะ..เราก็ก้าว มันมาเราก็ต้องตายอยู่แล้ว อีกใจก็นึกห่วงคนไข้..ถ้าเราไป..คนไข้ก็ต้องไป..ถูกไหม ไม่รู้ใครปล่อยข่าว ดูแล้วมันเสียบ มันส่งคนนะ มองไปตรงถนนมันก็เสียบ..อ่าวว่างยังงิไม่รู้ พี่ยอมรับ ไปยืนมองตรงถนน ไปยืนมองตรงถนน รถก็ไม่มีผ่าน มันจะเข้าเค้าหรือเปล่า.. ใจนึกกลัว ก็โทรไปที่บ้าน ดูแลลูกให้ตื่นนะ..ดูแลลูกบ้าง แฟนเขาก็รับสาย ก็ใจขึ้นหน่อย คิดต่อได้นะ..ก็สบายใจ ก็มาอยู่กับน้อง 2-3 คน ในห้องที่ตึกแต่ก็เดินออกไปดูอยู่นะ มันมืด มันเสียบ แล้วก็มันดูเหมือนเป็ยก ๆ ยังงิไม่

รู้ ถนนมันดำๆ..กลัว คือเราก็ต้อง..คือคิดว่า ถ้ามันมาจริง ๆ นะ..ที่อื่นคงไม่  
เหลือแล้ว..อย่างนี้ พี่ต้องคิดอย่างนั้นเพราะตรงนี้มันที่สูง พี่คิดว่า ยังไงละ..  
เกิดอยู่ตรงไหนมันก็ตาย พี่คิดอย่างนั้น..คิดว่าอยู่ตรงไหนก็ตาย แต่อีกใจก็  
คิดว่ามันเป็นไปได้..แต่ถ้ามันมากก็ต้องตาย..พี่ว่ามันต้องตาย..ไม่คิดหนี..  
ถ้าจะหนี..พี่ก็ต้องหนีตั้งแต่ตอนแรก คือ ยังมีสติอยู่บ้าง..” (ผู้ให้ข้อมูลราย  
ที่ 16: พยาบาลประจำการ)

### ประเด็นย่อยที่ 3 ชมใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

สภาพความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สินที่เกิดจากสาธารณภัยนั้นเป็นเหตุการณ์ที่บุคลากร  
พยาบาลต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด การสูญเสีย ความ  
ตาย ล้วนแล้วแต่เป็นแรงผลักดันและก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น การอยู่ท่ามกลางความกดดัน  
เหล่านี้อาจทำให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ เศร้าโศก เสียใจ หดหู่ใจ สงสาร บุคลากรพยาบาลต้อง  
พยายามปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้น และควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ เนื่องจาก  
ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานได้ ดังนั้น คุณสมบัติที่สำคัญสำหรับพยาบาล  
ที่ต้องปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยคือการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีสติ เข้มแข็ง อดทน และต้อง  
มีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ควบคู่กับความสามารถด้านการจัดการสาธารณภัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณภัยสึนามิที่เกิดขึ้น เป็นภัยที่มีความ  
รุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยจำนวนมากทั้งที่บาดเจ็บและเสียชีวิต สภาพความบาดเจ็บที่รุนแรง ความ  
เศร้าโศกเสียใจกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพลัดพรากจากกัน เสียงร้องไห้ เสียงร้องขอ  
ความช่วยเหลือของผู้ประสบภัย ส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลรู้สึกสะเทือนใจ เศร้าใจ สงสาร  
และหดหู่ การปฏิบัติงานท่ามกลางภาวะที่กดดันต่อความรู้สึกดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลต้องจัดการกับ  
ความรู้สึกเศร้าสะเทือนใจ โดยการช่วยผู้ประสบภัยให้ได้มากที่สุด ท่วมเทแรงกายใจในการช่วยเหลือ  
ผู้ประสบภัยอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นภายในใจตนเอง  
พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อบรรเทาทุกข์ให้ผู้บาดเจ็บหายจากการเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ  
ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับความทุกข์เศร้าสะเทือนใจ ดังนี้

“วันนั้นถามว่าพี่รู้สึกยังไง คือรู้สึกเหมือนเราสูญเสียเอง รู้สึกหดหู่ มันบอก  
ไม่ถูก มันสงสาร พอเห็นคนไข้แล้วเทียบว่าถ้าเป็นญาติเราไม่รู้ว่าจะทำยังไง  
กัน แต่ละคนดูน่าสงสาร ก็คิดตรงนั้นว่า..ช่วยให้ได้มากที่สุด ให้ดีที่สุด คือ  
ช่วยในส่วนที่เป็นชีวิต ช่วยเค้า..กลัวเค้าจะเป็นอะไรมาก กลัวเค้าจะตาย  
มากกว่า แต่ส่วนที่เป็นการสูญเสียก็แบบว่าหดหู่ เพราะว่ามันสูญเสียเอามาก  
ตรงหน้านี้จะมีแต่คนเจ็บ..คนที่ประสบเหตุ คนไข้ก็ร้องระงมิให้ช่วย ฝรั่งก็

ร้อง Help ให้เราไปช่วย คนไทยเค้าก็ร้อง มันคงจะเพราะว่าเค้าสูญเสีย เราไม่ได้ไปดูทุกคน ไม่รู้ว่าเค้าพลัดพรากกันยังไง เค้าสูญเสียอะไร แต่ละคน.. มันทั้งตระหนก..ทั้งตกใจ แม้เราไม่ได้ไปอยู่ในที่เกิดเหตุ..แต่ก็มีความรู้สึก ว่าเราสูญเสีย เหมือนกับญาติคนหนึ่ง เหมือนพี่เหมือนน้องเราคนหนึ่งที่เค้าตายจากเราไปจากการประสบเหตุตรงนี้ มีความรู้สึกเหมือนกับว่าเราสูญเสียไปด้วย เข้ามาเราก็ช่วยหมด..จะให้ช่วยอะไรก็บอก พลังไม่รู้ว่ามีมาจากไหน เหมือนกัน ไม่เหน็ดไม่เหนื่อย คงเป็นที่เราเห็นคนที่ประสบเหตุ..ดูแล้วเค้า รุนแรงกว่าเรา..เค้าสูญเสียมากกว่าเรา ถ้าถามว่าเหนื่อยไหม..ก็ไม่รู้สึก เหนื่อย ถามว่าใครเหนื่อยบ้าง..ก็บอกว่าไม่เหนื่อย..พี่ไม่เหนื่อย ทุกคนจะยังไม่กลับบ้านกัน มันกลับไปไม่ได้..คนไข้อยู่ตรงหน้าไง รู้ว่าที่บ้านก็มีคนคอยอยู่ มีลูกคอย มันเป็นความรู้สึกที่ว่า..เราละทิ้งไม่ได้ เราต้องทำหน้าที่ ตรงนี้ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“มันคาดไม่ถึงว่ามันจะรุนแรงถึงอย่างนี้ แบบว่า..สภาพเหมือนกับคนไข้ ร้องโหยหวน ต่างคนต่างร้องหาพ่อหาแม่นะ วันแรกที่เจอมันก็รู้สึกแย้ไป ด้วย แต่ที่เราที่ต้องฝืนใจทำเหนื่อย ความรู้สึกตรงนั้นก็สงสารเขานะ คือ สงสารเขาที่เจอเหตุการณ์อย่างนี้..ก็มีบางคนเขาก็หาลูก หาแฟน หาญาติเขา แต่ว่าส่วนมากนะเป็นที่สะเทือนใจ ส่วนมากก็เขาจะร้องหาลูกเขา เขาบอกว่าลูกเขาหายไปต่อหน้าต่อตาอะไรอย่างนี้ เขาบอกเขาช่วยลูกไม่ได้ เขาบอก ลูกเขาตาย เราก็สะเทือนใจ เพราะว่าเราก็มีลูก..ลูกเราก็มี บางทีเราจะไป ปลอบเขา..มันก็ไม่ทัน คือคนจำนวนน้อย มันเกิดกับข้อใจนะ บางทีคนไข้ ต้องการให้ช่วยทางใจ บางคนปัญหาทางจิตใจมันมากกว่าทางร่างกาย ก็อยากให้มีคนไปปลอบ..ไปอะไร แต่ว่าเราก็ไม่สามารถทำตรงจุดนั้นได้ คนไข้ที่เข้ามาเขาบอกว่าปวดกายนี้ไม่เป็นไร แต่ว่าเขาปวดใจ ที่เขาช่วยชีวิต ลูกหลานเขาไม่ได้ เขาบอกเขาตายซะดีกว่า ถ้าจะให้ลูกเขาตาย..สงสารเค้า สงสารคนที่เจอเหตุการณ์อย่างนี้ละ มีการพลัดพราก มีการสูญเสีย ทำให้ ได้รับความทุกข์ทรมาน มันมีความรู้สึกหดหู่ แต่เราก็คิดว่า..เรายัง โชคดีที่ ไม่ได้เจอเหตุการณ์อย่างนั้น ที่รอดชีวิตมาได้..ไม่ได้ไปเป็นอะไรที่ตรงนั้น ช่วงนั้นเราคิดว่า..เป็นหน้าที่ของเราที่ต้องช่วยเขาให้ได้มากที่สุด..เราก็คิดว่า เรายัง โชคดีที่เราไม่เจอสีนามินะ เรายังมีชีวิตรอดอยู่ เรายังได้ช่วยคนอื่นนะ เห็นคนอื่นสูญเสียมากกว่าเราเยอะ เราเหนื่อยแค่พักก็หายแล้ว แต่ว่าคนอื่นที่

มีการสูญเสีย..ลูกเขาไปแล้วไปเลย คือเราได้พักเดียวมันก็หายแล้ว” (ผู้ให้  
ข้อมูลรายที่ 8: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“เห็นสภาพตอนนั้น พี่แบบ..เราก็ไม่อยากจะเชื่อตัวเอง นึกว่าฝันไป ก็คือไม่คิด  
ว่ามันเกิดในบ้านเรา ตอนนั้นรู้สึก..เราบาดเจ็บใจด้วย เพราะว่าเราก็มี  
ความรู้สึกสูญเสียด้วย โห...มันบอกไม่ถูกว่ามันเป็นยังไง ทั้งตกใจ ทั้งเสียใจ  
อะไรทั้งหมดเลย..ระคนกัน มันกังวล มันบอกไม่ถูก มัน..เห็นภาพ..มันหลับ  
ไม่ลง..มันเห็นภาพทุกคนตายทุกคนเจ็บทั้งอะไรอย่างนี้..มันสารพัดเข้ามา มี  
แต่ความหดหู่ เอ้อ..คือจิตใจแย่มาก ขนาดว่าเรา..พี่สูญเสียหลายคน..  
หลายคนชาย ขนาดว่าเราสูญเสียคนเดียวนะ เรายังรู้สึกว่ามันแย่มากๆ แล้วคน  
ที่ไปทั้งครอบครัวเนี่ย..เหลือเขาคนเดียวเนี่ย..จะขนาดไหน..พี่ก็นึก แต่เรามี  
หน้าที่ต้องทำ..เราต้องทำ..ต้องใจแข็งให้ได้จะไรอย่างนี้..มีแต่เสียงร้องไห้  
เสียงเอ้อ.. วุ่นวายนะ ความวุ่นวายทั้งหมด แต่เป็นความวุ่นวายในแบบ..  
ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เขาก่อขึ้นมา มันเป็นความวุ่นวายปนความเสียใจ ความเศร้า  
โศก ทุกคนมาค้นหา บางคนพอรู้ว่าญาติตัวเอง เจอศพแล้วญาติเป็นลม  
อะไรอย่างนี้ มีหลายรูปแบบ มันก็...มันก็เสียใจ..เราก็มีความทุกข์กับเขาด้วย  
มันมีแต่ความหดหู่ คือจิตใจแย่มาก ตอนนั้นความรู้สึก มันบอกไม่ถูก มัน  
ตื่น มันตัน มันแน่น มันจุก ถึงเวลาทานข้าวไม่หิวเลย เศร้าใจ มันกดคัน...  
มัน...มันอึดอัด แต่ว่าเราก็ไม่รู้จะทำยังไง เพราะว่าเราย้อนอดีตไปไม่ได้เรา  
ก็ต้องทำปัจจุบันและอนาคตให้ดีที่สุด ต้องดูไอ้กลุ่มที่มาหาเราให้ดีที่สุด..  
ตรงนั้นเหนื่อยมันก็เหนื่อยนะ ล้ามันก็ล้า แต่ว่าคนที่เข้ามาเรื่อยๆ เนี่ย..มัน  
ทำให้เราล้าไปเลย พอหลังจากนั้นพี่มาคิดว่า เราอยู่ได้ยังไง เรายืนอยู่ได้  
ยังไง เราทำได้อย่างไร ห้องน้ำไม่เข้าเลย ถึงเวลาทานข้าว ก็มาทานคนละคำ 2  
คำ มันทานไม่ลง มันเหนื่อย มัน..มันบอกไม่ถูก มันหลายๆอย่าง แล้วเจอคน  
โน้นร้องไห้ คนนี้ เลือดกรังมา หน้าแตก คิ้วแตก มันทุกอย่าง..มันก็ทาน  
กันไม่ลง คนไข้จะเข้ามาเรื่อยๆ แม้ว่าดึกคืน 4 หุ่ 5 หุ่ก็ยังมีมา ก็ต้อง  
ผลัดเปลี่ยนกัน เอ้า..คนนี้ไปอาบน้ำก่อน..ไป...ไป...ไป..ไปอาบน้ำก่อน ซัก  
2 คน 3 คน แล้วก็ค่อยขึ้นมาใหม่ สับเปลี่ยนกัน ทรหอดอดทน นอนกินนอนไม่  
หลับ มานอนคุยกัน มาแค..มาพักให้เราหายเหนื่อยหายล้าซักหน่อยจะได้มี  
กำลังไปทำต่อ ก็มาคุยกัน..มันเป็นยังไง..โอ้ย..คุยกันแต่ละเรื่อง..มันหดหู่ใจ  
มันเศร้าโศก ก็มาระบายให้กันฟัง ตอนนั้นเนี่ย คิดว่าร่างกายเราคือ เรา



เหนื่อยเราล้า..เราพักก็หาย เราไม่ได้บาดเจ็บเหมือนเค้า แต่ว่าจิตใจเราก็บอบ  
ซ้ำไม่แพ้กัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14: พยาบาลประจำการ)

“มันเป็นภาพที่น่าสลดใจ รื่อง โอดครวญ ทูรันทุราย สายตาของเขา..คือมัน  
ขาดนะ เหมือนกับคนที่เกิดเหตุการณ์พลัดที่ พลัดเพื่อน พลัดครอบครัว  
สายตาเขาน่าสงสาร ตอนนั้นพอเราเห็นเขาเนะ เราก็ต้องยอมเหนื่อย  
เพราะว่าเราไม่ได้มีการสูญเสียอะไร..ยังงี้ๆกำลังใจเราจะดีกว่าเขาอยู่แล้ว  
เพราะฉะนั้นมันก็ทุ่มไปเต็มตัวแหละ สงสารเขา บางคนขาดหมด บ้านแตก  
สาแหรกขาด พ่อแม่ตายหมด เหลือตัวคนเดียว ไอ้ที่รู้ว่าตายยังคินะ ไอ้ที่ไม่รู้  
หายไปไหนยังหาอยู่ประมาณนี้ น่าสงสาร นอนไม่หลับไปเป็นอาทิตย์มั้ง..  
ตาค้าง ตอนแรกพอนึกถึงจะร้องไห้ พักนี้ทำใจได้แล้ว เหตุการณ์ เดือนแรก  
นี่พูดถึงร้องไห้เลยนะ พอใครมาสัมภาษณ์ร้องไห้ทุกที ขนาดที่ว่าเราไม่มี  
ใครสูญเสีย สายตาบางคนนี่แห้งไปเลยนะ อย่าง 7 คนในบ้านเหลือเขาอยู่  
คนเดียว จากคนที่มีเงิน กลายเป็นมีหนี้สิน นึกถึงเรานะ ถ้าเป็นชีวิตเรา..  
สงสาร ความรู้สึกสงสารตรงนั้นทำให้เราทุ่มไปเต็มตัว คืออยู่ได้ 3 วัน 3 คืน  
ไม่ได้นอน นึกว่าเออ..เหมือนการบุญไปในตัว อย่างน้อยเหมือนเราเป็นที่พึ่ง  
คนพลัดท้อง พลัดถิ่นมาอย่างนี้เนะ..น่าสงสาร มีอะไรก็แบ่งกันกิน สงสาร  
เขา ความสูญเสียของชาวบ้านทำให้ที่มีพลังมากที่จะทำงานในตอนนั้น  
เพราะเห็นแล้วเราสลดใจมาก ก็คิดว่าในบทบาทของเรา ณ. ตอนนั้น สิ่งที่ดี  
ที่สุดที่จะเป็นกำลังใจให้เขาเนะ คือทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด..แค่นั้น ตรงนี้  
คือ..เราอยู่กันหามรุ่งหามค่ำ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

### ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานเมื่อเกิดสาธารณสุข การพยาบาล  
สาธารณสุขนั้น มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือเป็นการให้บริการ  
พยาบาลแก่คนหมู่มากพร้อมๆกัน โดยใช้ทักษะการจัดการสาธารณสุขหลายด้าน เพื่อป้องกันและลด  
ความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของ  
ผู้ประสบภัย ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุขนั้น มีทั้งผลที่เกิดกับผู้ประสบภัย และผลที่เกิดกับตัว  
ผู้ให้บริการเอง จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกที่เป็นผลจากการจัดการ  
สาธารณสุขไว้ 2 ประเด็น ได้แก่ ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง และประทับใจในการร่วมใจกัน  
ทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

### ประเด็นย่อยที่ 1 ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง

เหตุการณ์สาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและมีปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย พยาบาลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตและความตายของผู้ประสพภัย ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน นอกจากมีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลสาธารณสุขแล้ว พยาบาลควรมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง อดทน สามารถฟันฝ่าอุปสรรค มุ่งมั่นที่จะทำงานและมีความรับผิดชอบในหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง และสิ่งสำคัญคือความเสียสละเพื่อประโยชน์สุขของผู้อื่น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความเสียสละ และความสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลที่ยอมเสียสละเวลาและความสุขส่วนตัวมาปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ประสพภัยอย่างเข้มแข็ง และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ถึงแม้งานจะหนัก แต่ทุกคนต่างมีจิตสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง ทดมเทแรงกายแรงใจเพื่อช่วยเหลือผู้ประสพภัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเต็มกำลังความสามารถ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความเสียสละ และความสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ ดังนี้

“ช่วงเกิดเหตุคืนนั้น คือ 24 ชั่วโมงแรกไม่สามารถที่จะไปไหนได้เลย อยู่ที่นี่จนสว่างทั้งคืน เวิร์ดเปลี่ยนก็มี แต่ก็ถือว่าโดยสัญชาตญาณ..เราไม่สามารถที่จะผลัดเปลี่ยนได้ เพราะไม่ทราบว่าจะมีมาอีกหรือไม่ คนไข้จะมาเรื่อยๆ งานมันจะไม่หยุด จะต้อง Stand by อยู่ตรงนั้น ส่วนใหญ่จะโดยสัญชาตญาณ..คือต้องขึ้นมาช่วยเหลือกันอยู่แล้ว พี่ไม่ทราบข้างในนะคะ แต่สำหรับที่ E.R.เองเนี่ย น้องเค้าจะจัดการเวรกันเองเลย..ว่าจะอยู่กันกี่คน สลับอย่างไรที่จะอยู่ได้ ทุกคนจะบอกว่า..ถ้ากลับไปนอนก็นอนไม่หลับเหมือนกัน พี่ก็เหมือนกัน พี่ดูข่าวก็นอนไม่หลับ ที่กลับไปบ้านก็คือกลับไปแค่ยกปลายเท้าให้สูง คือขามันไม่ไหวอย่างเดียว..ถึงจะเลิกได้ เพราะส่วนใหญ่อะ..มันบอกไม่ถูก..ความรู้สึกในตอนนั้น ความรู้สึกมันต้องอยู่ ต้องดูแลตรงนี้ ความเหนื่อยล้า..ปัญหาของความเหนื่อยล้าจะไม่มี ไม่รู้นะ..ความรู้สึกมันไม่น่าจะมีความเหนื่อยล้า ส่วนใหญ่จะเป็นแรงกระตุ้นที่เราจะต้องทำงานซะมากกว่า ทุกคนจะไม่บ่นเรื่องความเหนื่อยล้า ทุกคนไม่มีการเกี่ยงกัน โดยเฉพาะพยาบาล อย่างที่ดึกพี่เนี่ย พี่แทบไม่ต้องมาดูแล ไม่มีใครหงุดหงิดว่าต้องมาขึ้นเวรอะไรเลย..ทุกคนช่วยกันทั้งหมด” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“ช่วงที่เกิดนั้น..ถึงยังไงเราก็ต้องทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุด อาจจะมี  
 ขลุกขลักบ้าง ถ้ามองว่าเหนื่อยไหม..ก็ลืมไปเลย..เพราะถ้าทำหน้าที่ตรงนั้น มัน  
 ไม่รู้ว่าคน ไขจะหมดเมื่อไหร่..รู้สึกสับสนวุ่นวายพอสมควร มันยังไม่เป็น  
 ระบบ ตอนนั้นเราคิดว่าเราทำดีที่สุดแล้วในสภาวะการณ์อย่างนั้น คิดว่าทำดี  
 ที่สุดตามที่เรามีอัตรากำลังเท่านี้ สถานที่เพียงแค่นี้ ทุกคนทำงานด้วยใจเต็ม  
 ร้อยทุกคน ไม่มีใครคิดว่าไม่อยากทำงานนี้..ทุกคนขึ้นมาทำงาน ตอนนั้นจะ  
 ลืมนึกถึงตัวเองไปเลย ทั้งที่พ่อพี่เพิ่งเสียได้ 2 วัน พี่ต้องไปงานศพด้วย แล้ว  
 ก็ต้องมาช่วยตรงนี้ตลอด ตั้งศพอยู่ 7 วัน ศพอยู่ที่บ้าน เห็น โลงส่นก็เอาไฟ  
 ฉายไปส่อง..ก็เห็นพ่อนอนหลับปกติ ก็นึกว่าเกิดอะไรขึ้น แผ่นดินไหว  
 เหรอ อีกสักครู่ก็ได้รับแจ้งจากเวรตรวจการณ์ว่าเกิดคลื่นยักษ์ ก็ไม่ได้คิดว่า  
 เป็นยังไง พอเกิดเหตุการณ์อย่างนั้นเราก็ต้องไปปฏิบัติงาน งานศพก็ไม่มี  
 ใครไปบ้าง เพราะว่าเรามาทำงานที่นี่ ทำต่อเนื่องไปจนถึงวันที่ 11 แล้วพี่  
 ต้องไปหาหมอ เพราะว่าพี่เป็น CA ต้องไปฉายแสง ลืมนึกถึงตัวเองไปเลย..  
 ลืมนึกถึงไปเลยจริงๆ..เพราะพ่อเสียใช้ใหม่..แล้วตัวเองก็เพิ่งผ่าตัดมาใหม่ ๆ  
 นื่อง ๆ ก็ให้พี่ไปนอนพักบ้าง ก็นอนได้ประมาณ 4 ตี 5 ชั่วโมงเดียวก็ตื่น  
 มาทำต่อ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ประมาณ 10 โมงมีคนไปเคาะประตูเรียกบอกว่ามีคลื่นยักษ์เกิดขึ้น เป็นไป  
 ได้ไง เสร็จแล้วก็มีคนบอกว่ามีคนเยอะเลยเป็นร้อยเข้ามายัง โรงพยาบาลนะ  
 เค่าบอกให้พี่หนี พี่ก็บอกว่าให้พี่หนีพี่ทำไม่ได้ เพราะพี่ต้องเข้ามาที่นี่  
 เพื่อที่จะมาช่วยเหลือเค่า เค่าก็บอกว่าลูกพี่ยังเล็กอยู่ประมาณขวบกว่าเอง พี่  
 บอกไม่เป็นไรนะ..ฝากลูกไว้แล้วค่อยพากลับ บ้านพี่อยู่กระซังอยู่ห่างจาก  
 ที่นี่กว่า 10 กิโลเมตร เสร็จแล้วก็เข้ามาที่นี่ จากสภาพที่เราเห็นมันมาแบบ..ร้อง  
 โอด โอย ระงมกันทั่วหมดเลย คือสภาพแย่มาก ทำให้จิตใจของคนที่นี่ให้การ  
 พยาบาลก็แย่ลง แต่ทำยังไงที่เราจะดีขึ้น ก็คือเราก็ต้องพยายามคุมให้ได้ ทั้ง  
 เรื่องหนึ่งเราเป็นห่วงนะ เป็นห่วงทั้งคนทางบ้าน เป็นห่วงทั้งคนไข้ เป็นห่วง  
 ทุกอย่าง ทุกสิ่งแวดล้อม เป็นห่วง..แต่เราจะทำอะไรได้ ตรงนี้เราก็อยู่พื้นที่  
 สูงแล้ว เออ! ถ้าเกิดมันก็คือเกิด ถ้าจะตายก็คือตายทั้งหมด แล้วแต่บุญแต่  
 กรรมก็ต้องทำตรงนั้นให้ดีที่สุด พี่นะ..วันแรกขึ้น 24 ชม. พอ 24 ก็ตามด้วย  
 16 16 16 ตลอดเลย เดินจนแบบขามันแตกเป็นน้ำ เป็นตุ่มน้ำหมดเลย เพราะ  
 เดินกันตลอด..ไม่ค่อยได้ว่าง วันหนึ่งนอนประมาณ 3 ชม. แล้วก็ทำงานต่อ

ตลอด ไม่คิดว่าเหตุการณ์อย่างนี้นั้นจะเกิดขึ้นกับที่นี่ ซึ่งมันไม่มีเลย ไม่เคยปรากฏตั้งแต่ที่ที่เกิดมา ดูแล้วค่อนข้างมันยากกับความรูสึกของคน บังเอิญว่าในครอบครัวที่ไม่มีผู้สูญเสีย ไม่มีใครที่สูญเสีย แต่เราสัมผัสได้ เนื่องจากเราอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เค้าสูญเสียจากตรงนี้ ในทุก ๆ เรื่องในทุก ๆ ด้าน ทางที่เราสามารถช่วยทำได้ก็คือ ช่วยปลอบใจ ช่วยให้กำลังใจเค้าใน การที่จะมีชีวิตต่อ ช่วยให้คนอื่นมีกำลังใจที่จะอยู่ต่อ พี่พยายามทำเพื่อให้เค้า รุสึกดีขึ้น คือเรารู้สึกหุดหู่ที่ว่า..สภาพอย่างนี้..เกิดอย่างนี้..คนไข้ยอะอย่างนี้ ..แล้วมีอาการอย่างนี้..แล้วก็มีการสูญเสียคนที่รัก มันก็รุสึกท้อแท้ใจ รุสึก สะท้อนว่าทำไมมันเกิดอย่างนี้ได้ สิ่งที่เราต้องทำในขณะนั้นคือ..มันเป็น หน้าที่ที่ต้องทำให้ดีที่สุด ไม่รุ้ซิ..ต้องทำให้เค้าสามารถฟื้นตัวเร็วที่สุดเพราะ ยังมีอีกตั้งไม่รู้เท่าไรที่ว่าจะเข้ามา ต้องทำตรงนั้น..ทำงานจนเราไม่มีเวลา แม้แต่จะกลับมาทานข้าวหรือจะมาคัมน้ำ จะเข้าห้องน้ำยังไม่มีเวลาเลย บาง ทีรุสึกปวดนะ..อยากเข้าห้องน้ำ พี่ยังต้องกลั้นไว้นานหลายชั่วโมงจนลืมน้ำ ตัวเองจะเข้าห้องน้ำ มันไม่มีเวลาที่จะกลับมาทำธุระส่วนตัวของตัวเอง กว่า จะได้ทานข้างก็ลงเวรดิค ยังไม่ได้กินอะไร พี่เหมือนกับว่าเข้าดิคมาแล้วจาก วันก่อน มาเหมือนกับเข้า ปาย ดิค ไปทานอีกที่ตอนตี 2 กลางคืนทานแป็บ เดียว นอนแป็บเดียวก็กลับมาอยู่เช้าต่ออีก ก็ได้นอนแป็บเดียว” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 6: พยาบาลประจำการ)

“ดูจากหน้าตาของคนไข้ที่เข้ามารับบริการ ทั้งสูญเสียทั้งตกใจอะไรอย่างนี้ พลังเนี่ย..ไม่รู้ว่ามาจากไหนเหมือนกัน ไม่เหน็ดไม่เหนื่อย รู้แต่เพียงว่าวันที่ 2 ที่ 3 ขาพี่จะเป็น Cellulitis มั้ยเนี่ย มันร้อนมาถึงขาอ่อน มันร้อนหมดเลย นะ ความที่เรายืน..แล้วรองเท้าก็ใส่แบบมีสันกัน ปาไปเลย ถอดออกมามี กับพื้น ถามว่ามีพลังไฉ่ยังงั้น..คงเป็นที่เราเห็นคนที่ประสบเหตุ..ดูแล้วเค้าจะ รุนแรงกว่าเรา..เค้าสูญเสียมากกว่าเรา ถ้าถามว่าเหนื่อยมั้ย..ก็ไม่รุสึกเหนื่อย ถามว่าใครเหนื่อยบ้างมั้ย..ก็ไม่รุสึกเหนื่อย บอกว่าไม่เหนื่อย..พี่ไม่เหนื่อย ทุกคนจะยังไม่กลับบ้านกัน เค้าก็จะทำเพราะมันกลับไปไม่ได้ คนไข้อยู่ ตรงหน้าใจ คือรู้ว่าข้างหลังที่บ้านก็มีคนคอยอยู่ มีลูกคอย มันเป็นอาชีพ..มัน ต้องทำ..และมันเป็นความรู้สึกด้วยนะ..ที่ว่าอยู่ตรงหน้า..เราคงจะละทิ้ง ไม่ได้ เราต้องทำหน้าที่ตรงนี้ก่อน โดยสำนึก โดยความรู้สึก เราต้องมาช่วย ไม่ใช่หน้าที่นะ ที่จริงเลี้ยงที่จะไม่มาก็ได้ในวันนี้ ใครไม่มาก็ได้ถือว่าไม่มี

ใครรู้ แต่ความรู้สึกว่าเราอยู่ตรงนี้ แล้วเราเข้าใจในเรื่องของการเจ็บป่วย การสูญเสีย อะไรที่เราช่วยได้ก็ช่วย ไม่ใช่ด้วยความเป็นอาชีพ แต่ด้วยความรู้สึกว่าเราช่วยได้เราก็คือช่วย เพราะว่าเค้าประสบทุกข์มา..แล้วเราก็คำตรงส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล คนที่มาโดยที่ไม่ใช่วิชาชีพเองเค้าก็ทำไม่ค่อยถูก เราก็คือต้องขึ้นมาทำเอง ยิ่งไงก็ต้องมา สำนักในหน้าที่ส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งเห็นเค้าสูญเสียยิ่งใหญ่กว่าเรามาก เราก็คือพอจะช่วยเค้าได้บางส่วน ” (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“ข่าวควน ตอนแรกก็คือจะไม่มีภาพ แค่ว่าประกาศว่ามีสินามิ เราก็คือไม่รู้ว่ามีสินามิ มันคืออะไร แต่เขารายงานว่ามีคนบาดเจ็บ มีคนตายอะไรอย่างนี้ เราก็คือเอ๊ะ..เราทำงานอยู่ตรงนี้นะ.. ไม่ได้แล้ว เราจะอยู่บ้านอย่างเดียวไม่ได้แล้ว เราต้องมา..ต้องมาในที่ตรงนี้ ก็เลยต้องบริหารตัวเอง จัดการตัวเอง มาอยู่ประจำตรงนี้โดยที่ไม่ต้องให้ใครสั่งการ เราสั่งตัวเอง เราต้องผันตัวเอง Manage ตัวเองให้มาลงตรงจุดนี้ มาที่ทำงานก่อน ตอนแรกนะ เราก็คือไม่อยากเชื่อตัวเอง นึกว่าฝันไป ไม่คิดว่ามันจะเกิดในบ้านเรา เข้ามาเนี่ย..เราก็คือรู้สึกเราบาดเจ็บใจด้วย..มีความรู้สึกสูญเสียด้วย มันบอกไม่ถูกว่ามันเป็นยังไง ทั้งตกใจ ทั้งเสียใจอะไรทั้งหมดเลยระคนกันไป อีกส่วนหนึ่งในฐานะที่ว่าเราเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เรามีอีกบทบาทหนึ่งด้วย คือมันจะ 2 บทบาท ใจเราก็คือต้องช่วย..ช่วยเขาก่อน ก็ทำ..มันก็ต้องทำให้ได้ น้องสาวพี่ไปทำงานอยู่ที่นั่นเหมือนกัน ใจก็เป็นห่วงนะ แต่ว่าพอคนไข้เริ่มเยอะ..เราก็คือลืมไปเลย ว่าทางบ้านเป็นไง ตอนนั้นไม่รู้เลยนะเวลา ทำโดยที่..ไม่รู้เลยว่าเที่ยง ว่าบ่าย ว่าค่ำ อยู่ตรงนี้ตลอด 24 ชั่วโมง ก็กว่าจะเคลียร์คนไข้ ให้ไปนอนอะไร เรียบร้อย เข้าตึก เข้าอะไรก็ 2 ตี 3 ทุกคืน 5-6 วัน อยู่ตรงนี้ตลอด กลับไปบ้านอย่างเดียวคืออาบน้ำ เปลี่ยนผ้าแล้วกลับมาอีก บ้านนี้เหมือนบ้านร้างเลยละ ก็คือหมายถึงว่าเราต้องมาอยู่ตรงนี้ตลอด พอดี 2 ตี 3 ไปพักผ่อน ไปยี้ด..คือมันไม่หลับ ทั้งใจ ทั้งกาย มันไม่หลับละ มันกังวล มันบอกไม่ถูก มันหลับไม่ลง มันเห็นภาพทั้งคนตาย ทั้งคนเจ็บ มันสารพัดเข้ามา มัน..มันจิตสำนึก มันไม่ใช่ว่าเราต้องมารอให้ใครสั่ง มันอยู่ในจิตวิญญาณของเราว่าเราต้องทำ เราต้องทำ ต้องทำอะไรอย่างนี้ คนไข้จะทยอยมาเยอะมากเลย มาจนมีค้ำ หกโมงทุ่มนึง ไม่รู้เรื่องเลย เพราะว่าไฟมันเปิดสว่างหมด เราไม่รู้ เราไม่ได้ดูเลยข้างนอกนะ ตึกๆ เราก็คือยังอยู่นะ ก็ยังมีคนไข้มาด้วย จนตี 2 ตี 3

นั่นแหละ กว่าจะเอ่อ.. บางคนก็ทยอยกลับบ้านแต่ที่ว่าจะอยู่ตลอดจะอยู่ 24 ชั่วโมง ตอนนั้นนี่เรารู้สึกว่าเรามีความเครียดเป็นของตัวเองอยู่ แล้วเราเจอความเครียดคนอื่นนี่มันยิ่งกว่า มันสามัญสำนึก ด้วยว่าจิตวิญญาณของเราไปอยู่ตรงนั้นมากกว่า.. อยู่สิ่งที่เราเห็นมากกว่า.. ใจความเครียดของตัวเองนี่มันไม่รู้มันหายไปตอนไหนนะ มันลืมนี่ไปหมดเลย คือ..มันมาเรื่อยๆ ต่อมาเรื่อยๆ จนเราไม่มีวันพัก ไม่มีเวลาพัก ความรู้สึกเครียดของตัวเองมันสูญหายไปตอนไหนไม่รู้ เวลาที่ยุ่งวุ่นวายขึ้นมาเนี่ย เราจะนึกถึงคนอื่นมากกว่าตัวเอง ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14: พยาบาลประจำการ)

## ประเด็นย่อยที่ 2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขภัยที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยที่มีความรุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยจำนวนมากที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณสุขภัยสึนามิว่า เป็นงานที่หนัก และมีความซับซ้อนของปัญหา มาก แต่ถึงแม้จะเป็นลักษณะงานที่หนักในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติที่มีความคาดหวังสูง ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตและความตายของผู้ประสบภัย ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายจากภัยที่ยังไม่สงบและอาจเกิดขึ้นซ้ำ พยาบาลต้องอดทน เสียสละความสุขส่วนตัว เนื่องจากต้องทำงานต่อเนื่องยาวนาน ภายใต้สภาพหน้าที่ความรับผิดชอบที่หนัก แต่ในส่วนลึกของความเป็นพยาบาลไม่ได้ต้องการสิ่งตอบแทน แต่มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ของผู้ประสบภัย และถึงแม้จะเหนื่อยล้า แต่ความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจของทีมบุคลากรพยาบาล ทำให้ทุกคนเสียสละ ท่วมเทแรงกายแรงใจปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกประทับใจ และความภาคภูมิใจ ดังนี้

“ประทับใจในทีมที่ว่าทุกคนไม่มีการเกี่ยงกัน โดยเฉพาะพยาบาล หมายถึงว่า อย่างที่ดึกที่เนี่ย พี่แทบไม่ต้องมาดูแลไม่มีใครหงุดหงิดว่าต้องมาขึ้นเวรอะไรเลยทุกคนช่วยกันทั้งหมด และจะมีน้องบางคนซึ่งเขาหนีคลื่น แล้วหมายถึงว่าบ้านเขาอยู่หมื่นหมื่นที่ จะ โคนคลื่น และวันนั้นเค้าอยู่เวรบ่าย แล้วเค้าหนีหมื่นหมื่นที่ จะ โคนคลื่น แล้วหนีไปถึงเขาสกเพราะว่ามันสูง แล้วสุดท้ายเค้าก็ขึ้นมาขึ้นเวรบ่ายด้วย ความรู้สึกที่ว่าถ้าเค้าหนีไปคนข้างหลังจะทำยังไงอะไรอย่างเงี้ย ประทับใจในความร่วมแรงร่วมใจมากกว่า ถ้าเราแก้ปัญหาไปในส่วนหนึ่ง เราก็รู้ว่า เออ มันเป็นความรู้สึกที่น่าภูมิใจ ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1: พยาบาลประจำการ)

“ถ้าถามว่าภูมิใจ ประทับใจ ก็ในส่วนที่การทำงานในวันนั้น ในโรงพยาบาล ทุกคนช่วยกัน ร่วมมือกัน เราสังเกตเพราะเราเป็นคนบริหารจัดการ ก็คิดว่า ทีมไหนเป็นยังไง ความรู้สึกนะว่าทุกคนจะช่วยกันหมด รู้สึกร่วมแรงร่วมใจกันหมดเลย ทุกคนเหมือนกับเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการทำงานเป็นทีม เกิดความสามัคคี งานใหญ่ก็เลยไม่ใช่ปัญหา เพราะพี่ดูแลตั้งแต่คนงาน พนักงานแปล จนมาถึงช่าง ใครทำอะไรตรงส่วนไหน ได้หมดเลย แล้วถ้าญาติ ๆ สามียของเจ้าหน้าที่ที่เข็น ได้ก็ช่วยกัน ลูกผู้ชายที่ทำคอมพิวเตอร์ได้ให้ ลูกมาช่วยทำ เอามาทั้งครอบครัว ถ้าลูกยังเล็ก ๆ ก็ฝากคุณย่า คุณยายไว้ แต่ว่าสามียของเจ้าหน้าที่ในนี้ก็ต้องช่วยกันเพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งเหมือนกัน ของโรงพยาบาลที่เป็นแบบนี้ ถ้าเกิดอะไรขึ้นทุก ๆ คน ทุก ๆ หน่วยจะ ช่วยกันแบบนี้ ตรงนี้เป็นจุดเด่นของ โรงพยาบาล มาร่วมมือกัน มาช่วยกัน พวกเค้าต่างคนต่างก็ขึ้นกันมาเอง ได้ยินข่าวเค้าก็มากันทั้งนั้น..เราไม่ต้องไป ลังเค้า เค้าขึ้นมาเอง ไปดูตามวอร์ดเค้าก็บริหารจัดการภายในกันเองหมด ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

“รู้สึกประทับใจคนไทย ที่มีน้ำใจช่วยเหลือกันดินะ นึกไม่ถึงว่าคนมันจะมา ช่วยกัน ได้ถึงขนาดนี้ แล้วพี่เองก็..ครั้งแรกนึกไม่ถึงว่า เราจะช่วยคนไข้ได้.. อัตรากำลังเราก็แค่นี้ไข้ใหม่ แล้วก็จำนวนเตียงเราก็มีแค่นี้ แต่ว่าไม่รู้ทำไม เพราะเราสามารถดูแลคนไข้ได้เป็นพัน รู้สึกพี่ก็ประทับใจ พอใจว่า เรา โรงพยาบาลเล็ก ๆ ก็สามารถบริหารจัดการดูแลคนไข้ได้ ทุกคนนี่ถึงจะง่วง นะ อदनอนก็ทำด้วยความเรียบร้อย ไม่มีปัญหาเรื่องการทำงานนะ แต่ว่ามัน อदनอน..มันเปลี่ย..มันง่วงนอน แต่ละคนนี่สู้นะ..สู๊ ลงเวรดึกนี่ยังช่วยได้อีก พักหนึ่งนะ แล้วค่อยกลับไปนอน ..พี่บอกว่าให้กลับไปพักผ่อนนะ..แล้วเดี๋ยว ค่อยมากันใหม่ ผลลัพธ์..อืม..พี่ว่าทุกคนก็พอใจนะ ได้ระดับหนึ่งนะพูดถึง.. ได้ระดับที่ว่าโรงพยาบาลเราดูแลได้นะ เพราะว่าชาวต่างชาติเค้ากลับไปแล้ว เค้ายังขอบคุณเลยนะ ก็ยังกลับมาอีกนะ”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12: พยาบาล ประจําการ)

“ความสามัคคี ความรักกัน เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คือเหมือนกับว่าทุกคนมีจิตสำนึก รู้ว่าตัวเองคือใคร แล้วก็มารวมกันทำงาน พี่ว่าพี่ก็ภูมิใจนะ..ขอบคุณเหตุการณ์นั้นที่มันทำให้เราเออ..ได้รู้จักผู้ร่วมงาน ทุกคนแล้วก็ได้ร่วมกัน อยู่กินกันหมายถึงว่า ทุกคนก็ไม่ได้กลับบ้าน ก็..

ก็ ตรงนั้นที่รู้สึกว่ามีภาคภูมิใจว่าเอ่อ..เจ้าหน้าที่เรารักกันดี..สามัคคีกันดี ที่รู้สึกภาคภูมิใจในกลุ่มของเรามาก พวกเราช่วยเหลือกันดี ไม่มีใครที่เห็นแก่ตัว ตรงนั้นที่ว่ามันเป็นจุดเด่น จุดดีของหน่วยงาน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14: พยาบาลประจำการ)

“น้องเค้าใจมาอยู่แล้วแหละ..ไม่ต้องอ้าปากว่าพี่ขอร้อง..เธอมาอยู่แรวนะ..ช่วยกันหมด..น้องเค้าจะจัดสรรเลย เออวันนี้ตัวเองยังอยู่ไหนนะ..เข้าบาย..คือในทีมก็จะช่วยเหลือกันนะ ว่าตัวเองยังสู้ไหวไหม ลักษณะการขึ้นควบแรว เพราะบางน้องบางคนก็มีลูกอ่อน คนที่มีลูกอ่อนก็อยู่แรวห่างหน่อย กระทบใจความสามัคคี ณ จุดเวลานั้นนะ ความสามัคคีของน้อง ความเสียสละ ทุกคนไม่ได้คิดว่า เป็น OT นะ..ตอนนั้นไม่ได้คิด คือทุกคนเสียสละ มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน แบ่งกัน ไม่ได้เกี่ยงว่าฉันอยู่แรวหนักไม่หนักอะไรประมาณนี้ คือน้องทุกคนให้ความช่วยเหลือโดยไม่ต้องร้องขอ..มาด้วยใจของเขา เสียสละ ห้ามรู้ ห้ามคำเหมือนกัน ไอ้คนมีครอบครัวก็ห้ามรู้ ห้ามคำเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18: หัวหน้าหอผู้ป่วย)

### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดการสาธารณสุขเป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเกิดสาธารณสุขที่มีความรุนแรง เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก บุคลากรทางการพยาบาลที่ขาดความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการจัดการสาธารณสุข จะส่งผลให้การดำเนินงานเพื่อบรรเทาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบากเนื่องจากขาดความพร้อมหลายๆด้าน จากการศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 19 ราย ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดพังงาในการบอกเล่าประสบการณ์จริงในการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ โดยแบ่งเป็นการให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุข และประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ จากการวิเคราะห์ข้อมูลกล่าวสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขไว้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1) การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการใหม่ และประเด็นที่ 2) การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพได้กล่าวถึงประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิไว้ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1) การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ 1) คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน 2) การจัดการไม่เป็นระบบขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย 3) ข้อมูลสับสนอลหม่าน 4) คนทำงานจนหมดแรง แจ็ง



โรงพยาบาลอื่นมาช่วย 5) เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น 6) หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข 7) มีอะไรใช้ไปก่อน และ 8) ระบบสื่อสารล้ม ระดมล่ามช่วยแปล ประเด็นที่ 2) การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง 2) กลัว แต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ และ 3) ช่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง ประเด็นที่ 3) ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง และ 2) ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

จะเห็นได้ว่าในเหตุการณ์สาธารณสุขคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นนั้น การปฏิบัติงานตามบทบาทที่มีอยู่เดิม หรือการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการหมู่ของโรงพยาบาลนั้น ถึงแม้จะมีการซ่อมแผนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่ในสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น แผนรับอุบัติภัยของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมไม่สามารถรองรับสภาพความรุนแรงของสาธารณสุขและสภาพปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยที่มาใช้บริการจำนวนมากพร้อมๆกัน อีกทั้ง เป็นสาธารณสุขที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อน บุคลากรในหน่วยงานต่างขาดความรู้ และขาดประสบการณ์การรับมือกับสาธารณสุขประเภทนี้ ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของสาธารณสุขที่เกิดขึ้นได้ แผนรับสาธารณสุขของโรงพยาบาลเป็นแผนที่สร้างไว้สำหรับการรับอุบัติภัยขนาดกลาง เป็นภัยที่มีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตไม่เกิน 100 ราย ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อบรรเทาสาธารณสุขคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้น จึงเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบากเนื่องจากขาดความพร้อมหลายๆด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านอัตรากำลัง ความพร้อมด้านอาคารสถานที่ ความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ในการรักษาพยาบาล ความพร้อมของระบบการสื่อสาร และอื่นๆอีกมาก บุคลากรพยาบาลต้องทำงานอย่างหนักและต่อเนื่องยาวนานภายใต้สภาวะรุนแรงของปัญหา ทำให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้า ส่งผลให้บริการต่างๆที่จำเป็นต้องให้กับผู้ประสบภัยด้อยประสิทธิภาพลง

อีกทั้งการพยาบาลสาธารณสุขมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วยคือ เป็นการให้บริการแก่คนหมู่มากพร้อมๆกัน โดยใช้วิธีการจำแนกผู้บาดเจ็บ การให้การพยาบาลฉุกเฉิน และเป็นการทำงานร่วมกันของทีมดูแลช่วยเหลือ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณสุข มีความฉับไว และตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี สามารถประเมินปัญหาได้ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งมีทักษะในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน สามารถปฏิบัติงานได้ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข คุณสมบัติเหล่านี้จะทำให้การจัดการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งเป็นวิธีวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้มีประสบการณ์นั้น ในที่นี้คือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขกรณีพิบัติภัย ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของจังหวัดพังงา มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการวิจัยที่ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลและการบันทึกภาคสนาม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการของ Robbins and Coulter (1999) เป็นแนวทางการสร้างคำถามเบื้องต้นในการสัมภาษณ์ โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 19 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1978 cited in Streubert and Carpenter, 2003) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีการนำเสนอโดยแบ่งออกเป็นสองส่วน คือความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิและประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่

ประเด็นที่ 2 การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ

1.1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน

1.2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย

1.3 ข้อมูลสับสนอลหม่าน

1.4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย

1.5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น

1.6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข

1.7 มีอะไรใช้ไปก่อน

1.8 ระบบสื่อสารล่ม ระดมคำถามช่วยแปล

ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

2.1 หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง

2.2 กลัว แต่ทิ้งคนไข้ไม่ได้

2.3 ช่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ

3.1 ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง

3.2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

## อภิปรายผล

### การให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ

การให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพไว้ 2 ประเด็นหลักดังนี้ ประเด็นที่ 1) การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่ และประเด็นที่ 2) การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า

#### ประเด็นที่ 1 การดำเนินการตามแผนอุบัติภัยหมู่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นการจัดการตามแผนเดิม ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามแผนบรรเทาอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่คนจำนวนมากที่ประสบภัยโดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการใช้องค์ความรู้และทักษะทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยร่วมมือกับวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นการให้บริการเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดจากสาธารณสุข มุ่งเน้นหนักด้านการพยาบาลฉุกเฉินในระยะเกิดภัย การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์สาธารณสุขโดยจัดทำแผนอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาล และจัดให้มีการซ้อมแผนเป็นระยะๆ มีกำหนดวิธีการเคลื่อนย้ายลำเลียง การจำแนกคัดกรอง การส่งต่อผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ บุคคล อุปกรณ์อย่างเพียงพอ และแนวทางการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุขไว้ว่าเป็นการพยาบาลที่ต้องนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปและทักษะด้านการพยาบาลฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณสุขทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข เพื่อป้องกัน และ / หรือลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Carter (1991) ได้ให้ความหมายของการจัดการสาธารณสุขไว้ว่า เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง แต่เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ครอบคลุมการดำเนินงานทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ การประสาน

ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดำเนินงานที่ดีในทุกๆระยะของการเกิดภัย

## ประเด็นที่ 2 การแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความหมายของการจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า กล่าวคือเป็นการให้บริการแก่คนจำนวนมากที่ประสบภัย โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยปฏิบัติงานตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าที่ถูกต้องและมีเหตุผลเพียงพอ บางครั้งอาจมีการลงผิดลองถูกบ้าง เนื่องจากสาธารณสุขภัยคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นเป็นสาธารณสุขภัยที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมาก บุคลากรขาดประสบการณ์การรับสาธารณสุขภัยชนิดนี้และขาดความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถหยั่งรู้ถึงสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์สำหรับประกอบการคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลสาธารณสุขไว้ดังนี้ 1) มีความรู้ทางการพยาบาลและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤติ และด้านการรักษาขั้นต้น 2) มีความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณสุขภัยชนิดต่างๆได้ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุขภัย 3) มีทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีภาวะการณ์เป็นผู้นำ และสามารถแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 4) มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน 5) มีวุฒิภาวะ มีสติ จิตใจเข้มแข็ง รอบคอบอดทน และต้องมีสุขภาพการและจิตที่แข็งแรง จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการที่ดีและการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ภัยได้สภาพการณ์ที่ปกติเป็นเรื่องยาก เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน อีกทั้งยังส่งผลเสียต่อระบบสุขภาพของประชาชนที่ประสบเหตุการณ์อีกด้วย ดังนั้นการบริหารจัดการการพยาบาลในภาวะที่เกิดสาธารณสุขภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการบริหารทั่วไป การควบคุมสถานการณ์และฝูงชนให้อยู่ในขอบเขตของการพยาบาล การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้ใช้ได้อย่างเพียงพอและคุ้มค่า การแก้ไขปัญหาลเฉพาะหน้า การเข้าใจสังคม ชุมชนและวัฒนธรรมที่เกิดสาธารณสุขภัย การประสานงาน การทำงานเป็นทีม และการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องสามารถจัดการให้ได้อย่างเป็นระบบเนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีผลต่อความปลอดภัยของผู้ที่ประสบภัยทั้งสิ้น

### ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นที่ 1) การจัดการสาธารณสุขภัยของ

พยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 8 ประเด็นย่อย คือ 1) คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน 2) การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย 3) ข้อมูลสับสนอลหม่าน 4) คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย 5) เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น 6) หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข 7) มีอะไรใช้ไปก่อน และ 8) ระบบสื่อสารลุ่ม ระดมล่ามช่วยแปล ประเด็นที่ 2) การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ 1) หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง 2) กลัว แต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ และ 3) ข่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง ประเด็นที่ 3) ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณสุข แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง และ 2) ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

### **ประเด็นที่ 1 การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ**

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการสาธารณสุขไว้ 8 ประเด็นย่อย คือ 1) คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน 2) การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย 3) ข้อมูลสับสนอลหม่าน 4) คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย 5) เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น 6) หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข 7) มีอะไรใช้ไปก่อน และ 8) ระบบสื่อสารลุ่ม ระดมล่ามช่วยแปล

#### **ประเด็นย่อยที่ 1 คัดกรองไม่ทันเพราะคนไข้มาเป็นพัน**

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บในเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่า บุคลากรพยาบาลไม่สามารถจัดการจำแนกประเภทหรือคัดกรองผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาธาณภัยมีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ระบบการคัดกรองและแผนการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บตามแผนอุบัติภัยหมู่ของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมไม่สามารถรองรับกับจำนวนผู้บาดเจ็บ สถานที่สำหรับคัดกรองผู้ป่วยและอัตรากำลังพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบาก และก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด บุคลากรพยาบาลจึงต้องปรับวิธีการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยการประเมินสภาพอย่างคร่าวๆ และเลือกให้การพยาบาลในรายที่มีภาวะวิกฤติและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนก่อน มีการประสานงานเพื่อระดมกำลังเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือ เจ้าหน้าที่ทุกคนต่างปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาด้านอัตรากำลัง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ถึงแม้จะมีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีดังกล่าวแล้วก็ตาม แต่การคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บก็ยังไม่มีความมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากสถานที่และอัตรากำลังไม่เพียงพอกับสภาพความความรุนแรงของปัญหา

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเกิดสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก ส่งผลให้การบริหารจัดการด้านการคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากความไม่พร้อมเกี่ยวกับนโยบายและแผนการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่ชัดเจน

กล่าวคือไม่สามารถคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก เขา ใได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ไม่สามารถจัดการหมุนเวียนผู้บาดเจ็บไปรับการช่วยเหลือยังจุดต่างๆ ได้อย่างไม่สับสน วุ่นวาย ไม่สามารถคัดแยกผู้บาดเจ็บไปยังพื้นที่ที่กำหนดไว้ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งไม่สามารถบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรองผู้บาดเจ็บได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับอิสระ สุวรรณกุล (2540) ที่กล่าวถึงการบริหารจัดการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในขณะนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถบรรเทาความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนได้ เหนืออื่นใดยังขาดสมรรถนะที่จะรองรับการเกิดสาธารณภัยขนาดใหญ่ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ วิวัฒน์นันต์ (2532) ที่ได้ศึกษาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยได้คัดเลือกกรณีศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรอบ 10 ปี (ตั้งแต่ 2523 – 2532) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลประมาณ 10 กรณีศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยส่วนรวม ซึ่งจากกรณีศึกษาพบว่า ทุกครั้งที่เกิดภัยพิบัติมีความไม่พร้อมเกี่ยวกับนโยบายและแผนที่ชัดเจน การประสานงานและความร่วมมือ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นในการคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์และอาคารสถานที่เพื่อให้ระบบการคัดแยกประเภทผู้บาดเจ็บเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เช่นเดียวกับคำกล่าวของเอมอร์ ชินพัฒนพงษ์ และ อธิศา ซึ่งกมลพิสุทธิ์ (2548) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบของระบบการจำแนกผู้ประสบภัย 5 ด้าน คือ 1) บุคลากรหรือผู้ที่ทำหน้าที่จำแนกควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะในการตรวจร่างกาย สามารถคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม 2) สถานที่ในการจำแนกผู้ประสบภัยควรจะต้องอยู่ในบริเวณใกล้สถานที่ที่เกิดสาธารณภัยให้มากที่สุดและต้องปลอดภัยที่สุดด้วยเช่นกัน ควรเลือกสถานที่ที่มีความกว้างเพียงพอสำหรับการรับผู้ประสบภัย มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดีและสามารถแบ่งพื้นที่การปฏิบัติงานออกเป็นส่วนๆ ได้อย่างเหมาะสม ควรมีการจัดระเบียบการเข้าออกให้ลื่นไหลสะดวก และควรจัดบริเวณแยกเฉพาะเขตสะอาดและเขตสกปรก 3) เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นจะต้องมีสำรองไว้โดยจะต้องรู้ปริมาณและประเภทของอุปกรณ์ที่ต้องจัดไว้ ทั้งนี้ อุปกรณ์และเครื่องมือเหล่านี้จะต้องมีความพร้อมที่จะนำไปใช้ได้ตลอดเวลา 4) ระบบการบันทึกข้อมูล โดยอย่างน้อยจะต้องมีข้อมูลอาการของผู้ประสบภัย การวินิจฉัยและการให้ปายัญลักษณะ 5) ระบบการติดต่อสื่อสาร การจำแนกที่ดีต้องประกอบด้วย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจำเป็นที่จะใช้เพื่อติดต่อเจ้าหน้าที่ภายในบริเวณเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษา

ดังกล่าวพบว่าการคัดแยกผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นกลุ่มตัวแปรหนึ่งที่ใช้อธิบายตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 5 นั่นคือตัวประกอบสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสพภัย

## ประเด็นย่อยที่ 2 การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บในเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นว่า จากเหตุการณ์สาธารณภัยในครั้งนี้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากเกินกว่าความสามารถที่โรงพยาบาลจะให้บริการได้ จึงต้องมีการส่งต่อผู้ประสพภัยไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และช่วยลดความสูญเสียที่จะเกิดแก่ผู้ประสพภัย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บในเหตุการณ์สึนามิว่า การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้บาดเจ็บไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดพาหนะสำหรับส่งต่อผู้บาดเจ็บ ขาดอัตรากำลังพยาบาลส่งต่อและคนขับรถ ส่งผลให้การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้บาดเจ็บเป็นไปอย่างล่าช้า ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดกับภาวะปัญหาและหาวิธีแก้ไขโดยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อขอการสนับสนุนในเรื่องพาหนะสำหรับใช้ส่งต่อผู้บาดเจ็บ คนขับรถ และพยาบาลประจำรถ รวมทั้งมีการจัดลำดับผู้บาดเจ็บในการส่งต่อ โดยผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงและโรงพยาบาลไม่มีศักยภาพพอที่จะให้การรักษาพยาบาลได้ จะได้รับการส่งต่อก่อนผู้บาดเจ็บที่มีอาการรุนแรงน้อยกว่า ถึงแม้จะดำเนินการแก้ไขดังกล่าวแล้วแต่ผู้ให้ข้อมูลกลับรู้สึกว่าการจัดการส่งต่อผู้บาดเจ็บยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากความยุ่งยากในการมอบหมายงานกับคนขับรถที่เป็นอาสาสมัครจากหน่วยงานอื่นที่ต้องรอการอนุมัติคำสั่งการออกรถจากหัวหน้าหน่วยงานที่เป็นเจ้าของรถเท่านั้น อีกทั้งมีการส่งต่อโดยขาดการบันทึกข้อมูลการส่งต่อที่ชัดเจน

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าการจัดการด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญในการรักษาชีวิตผู้ประสพภัย เนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บที่ถูกต้องตามหลักวิธีย่อมสามารถลดการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่สาธารณภัยที่มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมากส่งผลให้การบริหารจัดการด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดการวางแผนและขาดการเตรียมความพร้อมทั้งด้านอัตรากำลัง อุปกรณ์ที่ต้องใช้ในระหว่างการส่งต่อผู้บาดเจ็บ ยานพาหนะ ซึ่งสอดคล้องกับวิโรจน์ อารีย์กุล และคณะ (2548) กล่าวว่า การส่งต่อผู้บาดเจ็บเป็นวิธีการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากพื้นที่ไปยังโรงพยาบาลระดับสูงโดยเร็วหลังจากที่ได้รับการพิจารณาแล้วว่า การส่งต่อผู้บาดเจ็บไปนั้นจะไม่ทำให้อาการของผู้บาดเจ็บทรุดหนักลง ซึ่งความล่าช้าในการส่งต่อเป็นปัญหาสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งถ้าไม่ได้พิจารณาให้เหมาะสมแล้ว ไม่เพียงแต่จะทำให้การส่งต่อเกิดความล่าช้ามากขึ้น หน่วยแพทย์เองที่ต้องรับผู้บาดเจ็บไว้ก็ขาดความคล่องตัว สภาพผู้บาดเจ็บเองก็มักจะอันตรายมากขึ้นเพราะไม่สามารถที่จะเข้ารับการักษาพยาบาลตามที่ต้องการได้ทันเวลา สาเหตุต่างๆของความล่าช้าได้แก่ การขนส่งผู้บาดเจ็บที่ขาดประสิทธิภาพ

การหยุดเดินทางเพื่อให้การรักษาระหว่างทาง ระบบการติดต่อสื่อสารในการร้องขอการส่งต่อขาดประสิทธิภาพ สภาพถนน ภูมิประเทศและลม ฟ้า อากาศ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณภัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บเป็นตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 8 ดังนั้นในการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บจะต้องมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตต่างๆ ยานพาหนะ และสถานบริการพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อให้การจัดการด้านการส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับคำกล่าวของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงการส่งต่อผู้ประสบภัยในงานสาธารณภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาพยาบาล และเพื่อกระจายจำนวนผู้ป่วยเจ็บไปตามโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อความคล่องตัวในการรักษาพยาบาล โดยเมื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแล้วพบว่าเกินกำลังความสามารถที่โรงพยาบาลจะดูแลได้ ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า ซึ่งมีความพร้อมและมีขีดความสามารถสูงกว่า

### ประเด็นย่อยที่ 3 ข้อมูลสืบสวนอหฺมาน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการข้อมูลผู้ป่วยเจ็บในเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นว่าบุคลากรพยาบาลขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเจ็บอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาธารณภัยมีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ผู้บาดเจ็บมีจำนวนมาก อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ รวมทั้งบุคลากรพยาบาลต่างมุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาการบาดเจ็บทางร่างกาย ทำให้ละเลยการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์และการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บ อาการ ลักษณะของผู้บาดเจ็บ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเจ็บโดยสรุป ทำให้เกิดความสับสนของญาติผู้ประสบภัยที่มาติดต่อสอบถามข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียด อึดอัด และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การตามหาผู้ประสบภัย บุคลากรแก้ไขปัญหาคโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ แต่การเก็บข้อมูลย้อนหลังไม่สามารถบันทึกได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจากบุคลากรสามารถบันทึกข้อมูลได้เพียงบางส่วนและบันทึกได้เพียงข้อมูลของผู้บาดเจ็บที่เหลืออยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ในกรณีที่เกิดภัยพิบัติขนาดใหญ่ขึ้น กำลังของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานไม่เพียงพอส่งผลให้การจัดการข้อมูลผู้ประสบภัยยังขาดประสิทธิภาพ สังคมสับสนวุ่นวาย และอาจเกิดความขัดแย้งในหมู่ประชาชนผู้ประสบภัย ทำให้เกิดความสับสนของญาติผู้ประสบภัยที่มาติดต่อสอบถามข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การตามหาผู้ประสบภัย ดังนั้นการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์และการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้ป่วยเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บ



อาการ ลักษณะของผู้บาดเจ็บ การรักษาพยาบาลที่ได้รับและรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลการส่งต่อ ผู้บาดเจ็บโดยสรุปเป็นอีกหนึ่งบทบาทของพยาบาลที่สำคัญที่ต้องมีการจัดระบบเพื่อให้การบันทึก ข้อมูลและการรายงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับวรรณคดี อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยในระยะหลังเกิดสาธารณภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งหวังให้ผู้ประสบภัยรวมทั้งญาติของผู้ประสบภัยสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งประกอบไปด้วยการจดทำบันทึกรายงานรวมถึงการจัดทำบัญชีรายชื่อผู้บาดเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บต่างๆ โดยสรุปจำนวนผู้บาดเจ็บ คนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พิการ ตาย หายเป็นปกติ รวมทั้งการสรุปรวมจำนวนผู้เข้ารับบริการทั้งหมด

#### ประเด็นย่อยที่ 4 คนทำงานจนหมดแรง แจ้งโรงพยาบาลอื่นมาช่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดอัตรากำลังว่า เหตุการณ์สาธารณภัยในครั้งนี้ มีผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากส่งผลให้ระบบบริการด้อยประสิทธิภาพลงเนื่องจากอัตรากำลังที่มีอยู่ไม่เพียงพอ อีกทั้งเป็นบริการที่ต้องให้อย่างต่อเนื่องยาวนาน ผู้ให้บริการอยู่ในภาวะที่เหนื่อยล้าทั้งทางกายและทางจิตใจ เนื่องจากภาระงานมากและไม่มีอัตรากำลังสับเปลี่ยน ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงความรู้สึกท้อแท้ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างหนักและไม่รู้จุดสิ้นสุด สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขโดยวิธีการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือในด้านอัตรากำลังแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลในและนอกพื้นที่ การขอความช่วยเหลือด้านอัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นเช่นตำรวจและทหารเพื่อช่วยขนย้ายลำเลียงผู้บาดเจ็บ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ขอความช่วยเหลือจากประชาชนเพื่อเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ประสบภัยในด้านต่างๆเช่น ล่าม หน่วยกู้ภัย เป็นต้น ถึงแม้ว่าจะมีอาสาสมัครที่เข้ามาช่วย แต่ยังมีอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดระบบอาสาสมัคร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่ายังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครได้อย่างเต็มศักยภาพเนื่องจากขาดการจำแนกคุณสมบัติและความถนัดในงานของอาสาสมัคร

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การบริหารจัดการสาธารณภัยด้านการจัดอัตรากำลังยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนผู้ประสบภัย การจัดทำแผนสาธารณภัยที่ดีจะต้องมีการปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ โดยทำการสำรวจข้อมูลต่างๆ เช่นกำลังคน ชนิดของภัยที่มีโอกาสเกิด จัดฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงาน รวมทั้งจัดให้มีการฝึกซ้อมเพื่อประเมินผลของแผนปฏิบัติการและความพร้อมของบุคลากรตามระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นการวางแผนการบริหารจัดการสาธารณภัยจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (2548) ที่ได้กำหนดจุดเน้นสำหรับการพัฒนาการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนของประเทศไทยในอนาคต ประกอบด้วย 1) การป้องกัน 2) การมีส่วนร่วม 3) ความเป็น

เอกภาพในการบริหารจัดการ 4) การสร้างระบบบริหารจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นฐาน 5) ระบบการเตือนภัยที่มีประสิทธิภาพ 6) ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 7) การสร้างระบบเครือข่าย 8) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 9) การเรียนรู้จากบทเรียน 10) การสร้างระบบประกันภัย 11) การสร้างระบบอาสาสมัคร โดยการสร้างระบบอาสาสมัครรองรับไว้เป็นการล่วงหน้า ควรมีการกำหนดจำนวนของอาสาสมัครเป็นร้อยละต่อสัดส่วนประชากรของประเทศ การมีกฎหมายรองรับ การกำหนดต้นสังกัดของอาสาสมัคร การกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัคร การจำแนกความถนัดของอาสาสมัคร และการกำหนดสิทธิประโยชน์ของอาสาสมัคร เป็นต้น

นอกจากนั้นจากการศึกษาของสุพรรณิ โรจนทัฬพะ (2543) ได้ศึกษาแนวทางการฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัยของกรมประชาสงเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบสาธารณภัย หรือครอบครัวยังคงประสบปัญหาความเดือดร้อนทางด้านเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ ปัญหาด้านครอบครัว ด้านจิตใจ ซึ่งมีความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมทางด้านคำแนะนำปรึกษา ให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ ด้านทุนการศึกษา ด้านการฝึกอาชีพ ในบางส่วนของงานดำเนินงานในด้านการสงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัยของกรมประชาสงเคราะห์ และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทุกหน่วยงานได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) ก่อนการเกิดสาธารณภัย จะจัดทำแผนงาน เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ 2) ขณะเกิดสาธารณภัย ทุกหน่วยงานจะให้ความสำคัญและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ไปให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก 3) ระยะสิ้นสุดสาธารณภัย จะให้การช่วยเหลือภายหลังที่สิ้นสุดสาธารณภัยตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน และแนวทางกาฟื้นฟูผู้ประสบภัยที่ควรจัดให้ตามการศึกษามี 5 ด้าน คือ การฟื้นฟูด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านการศึกษา และด้านการแพทย์ ในการนี้กรมประชาสงเคราะห์ควรมีแนวทางในการฟื้นฟูผู้ประสบภัย คือ 1) แนวทางการดำเนินงานด้านนโยบายให้มีความชัดเจน 2) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัย 3) ส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครให้เป็นตัวแทนของหน่วยงานในการปฏิบัติงาน 4) ส่งเสริมบทบาทของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไข นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นหนึ่งในกลุ่มตัวแปรที่ใช้อธิบายตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 2 นั่นคือตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารจัดการทั่วไปของพยาบาลสาธารณสุข

#### ประเด็นย่อยที่ 5 เครื่องมือไม่พอ ต้องขอจากโรงพยาบาลอื่น

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นสาธารณสุขมีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเป็น

จำนวนมาก บุคลากรในโรงพยาบาลประสบปัญหาภาวะขาดแคลนยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนเครื่องอุปโภคบริโภคเพื่อใช้ในการบรรเทาทุกข์และการสงเคราะห์ผู้ประสบภัย รวมทั้งความแออัดเนื่องจากความไม่เพียงพอของอาคารสถานที่ ส่งผลให้การปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบาก ผู้ประสบภัยไม่ได้รับการบริการที่มีคุณภาพเท่าที่ควร ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกอึดอัด ความวิตกกังวล และความรู้สึกเครียดที่ต้องปฏิบัติงานโดยไม่สะดวกอันมีสาเหตุจากความคับแคบของอาคารสถานที่และภาวะขาดแคลนเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่มีจำนวนมาก หน่วยงานได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือด้านเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลใกล้เคียง ขอการสนับสนุนด้านของใช้ที่จำเป็นจากหน่วยงานอื่นๆ มีการประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนเพื่อรับบริจาคสิ่งของ เครื่องอุปโภคบริโภค บุคลากรมีการคัดแปลงอุปกรณ์ต่างๆเพื่อใช้ในการบริการ กำหนดให้หน่วยจ่ายกลางทำงานตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งเปิดตึกที่ว่างอยู่เพื่อเพิ่มพื้นที่สำหรับรองรับผู้บาดเจ็บ การแก้ไขปัญหาดังกล่าวทำให้การปฏิบัติงานผ่านไปได้อย่างดี แต่ยังไม่ดีพอเมื่อเทียบกับบริการที่ผู้ประสบภัยทั้งหมดควรจะได้รับ ถึงแม้จะมีการเปิดตึกที่ว่างอยู่เพิ่ม แต่ก็ยังมีสภาพแออัด ของบริจาคที่ได้รับมีจำนวนมาก แต่ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากขาดระบบการคัดแยกสิ่งของบริจาค อีกทั้งสิ่งของบริจาคจำนวนมากมีสภาพหมดอายุการใช้งาน หรือเป็นของที่ไม่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ประสบภัยได้

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การบริหารจัดการสาธารณสุขด้านการจัดการเครื่องมือเครื่องใช้และอาคารสถานที่ซึ่งไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรและส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนผู้ประสบภัย จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ในการจัดการสาธารณสุขที่สำคัญคือการจัดทำแผนสาธารณสุข ซึ่งรวมไปถึงการวางระบบการจัดการเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจการสาธารณสุขโดยทำการสำรวจ จัดหาสะสมทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขในระยะก่อนเกิดภัย เพื่อให้การจัดการสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อีกทั้งแผนสาธารณสุขที่ดีจะต้องมีการปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ ดังคำกล่าวของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงหน้าที่ของคณะกรรมการวางแผนแม่บทของโรงพยาบาลอันประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลต่างๆได้แก่ สถานที่ กำลังคน อุปกรณ์เวชภัณฑ์ เครื่องมือสื่อสาร ยานพาหนะ ชนิดของภัยที่มีโอกาสเกิด จัดทำแผนสาธารณสุขของโรงพยาบาลให้ครอบคลุมการเกิดสาธารณสุขในระยะต่างๆตามองค์ประกอบที่สำคัญของแผนสาธารณสุข ต้องระบุนุคคลและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดสาธารณสุข เช่นกลุ่มพยาบาลมีหน้าที่เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น จัดฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงาน รวมทั้งจัดให้มีการฝึกซ้อมเพื่อประเมินผลของแผนปฏิบัติการและความพร้อมของบุคลากรตามระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นการวางแผนการจัดการสาธารณสุขด้านการจัดการเครื่องมือเครื่องใช้และอาคารสถานที่จึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง

ต่อการบริหารจัดการภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการบริหารทรัพยากรด้านการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ อันเป็นทรัพยากรในการส่งเสริมและสนับสนุนให้กับหน่วยงานเป็นหนึ่งในกลุ่มตัวแปรที่ใช้อธิบายตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 2 นั่นคือตัวประกอบสมรรถนะด้านการบริหารจัดการทั่วไปของพยาบาลสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rivera and Char (2004) ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขของแผนกฉุกเฉิน : ด้านอุปสรรค กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้บริหารในศูนย์อุบัติเหตุของ St.Louis & Missouri จำนวน 170 คน พบว่า แผนกฉุกเฉินเป็นแผนกแรกของโรงพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขที่เกิดขึ้น โดยมีหลายอุปสรรคที่มีข้อจำกัดในแผนกอุบัติเหตุในการจัดเตรียมการพร้อมรับสาธารณสุขประเด็นสำคัญในแผนกได้แก่ การขาดอุปกรณ์พิเศษและการฝึกในเหตุการณ์เฉพาะด้านนิวเคลียร์ชีวเคมี ส่วนภายนอกแผนกได้แก่ด้านความรู้เกี่ยวกับกลุ่มผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจำนวนมากและการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ

#### ประเด็นย่อยที่ 6 หลายพวกหลายกลุ่ม ประชุมกันแก้ไข

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานว่ามีสาเหตุมาจากสภาวะรุนแรงเรื้อรังของปัญหาในระหว่างปฏิบัติงาน ความเหนื่อยล้าที่ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่องยาวนาน การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรต่างวิชาชีพต่างหน่วยงานที่มีแนวคิดไม่ตรงกันและมีแนวทางปฏิบัติงานแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดเมื่อต้องเผชิญความขัดแย้ง ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวถึงความรู้สึกสับสนกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลจากหน่วยงานอื่น บุคลากรพยาบาลแก้ไขปัญหาโดยจัดประชุมพูดคุยถึงปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อลดข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้น รวมทั้งการอดทนและให้อภัยกันเพื่อลดความรุนแรงของความขัดแย้ง

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า การทำงานภายใต้สถานการณ์สาธารณสุขซึ่งเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน สร้างความกดดันและความเครียดอย่างมาก ส่งผลให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขจะต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและความสามารถในการทำงานสูง โดยเฉพาะความสามารถในด้านภาวะผู้นำ กล่าวคือ มีอุดมการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความอดทนและเสียสละต่อการปฏิบัติงาน พยาบาลสาธารณสุข มีความยืดหยุ่นในการทำงาน มีการสั่งการอย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน มีความยุติธรรมในการให้คืนและให้โทษแก่ผู้ร่วมงาน มีความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติงาน พยาบาลสาธารณสุข มีความรับผิดชอบต่องาน สามารถดูแลทุกข์สุขและสวัสดิการต่างๆ

ให้กับเพื่อร่วมงานในหน่วยงานของตนได้อย่างทั่วถึง สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้ความกดดันและความยุ่งยากของเหตุการณ์ สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานได้ สามารถแสดงบทบาทผู้นำได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ได้ขณะปฏิบัติงานพยาบาลสถานการณ์ และสามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์ซึ่งนอกจากจะมีคุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาลทั่วไปแล้ว ควรจะต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลและมีประสบการณ์ การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤติ และด้านการรักษาขั้นต้น ควรมีความรู้ด้านสถานการณ์ มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสถานการณ์ชนิดต่างๆ ได้ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสถานการณ์ มีทักษะในการตัดสินใจที่ดีและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน มีวุฒิภาวะ มีสติจิตใจเข้มแข็ง รอบคอบ อดทน และมีภาวะการเป็นผู้นำ ดังนั้นการจัดการความขัดแย้งจะถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา ดังจะเห็นได้ว่าการทำงานของพยาบาล นอกจากจะทำงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองแล้ว บางครั้งอาจจะต้องร่วมรับผิดชอบในภาระหน้าที่ของผู้อื่นด้วยเนื่องจากงานพยาบาลไม่สามารถทำงานได้เพียงคนเดียวแต่ต้องอาศัยทีมที่เข้มแข็งในการปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวให้ได้รับความปลอดภัย

### ประเด็นย่อยที่ 7 มีอะไรใช้ไปก่อน

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อในเหตุการณ์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าบุคลากรพยาบาลขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เนื่องจากสถานการณ์มีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก ผู้บาดเจ็บมีจำนวนมาก บุคลากรพยาบาลต่างมุ่งเน้นการดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทำให้ละเลยเรื่องความสะอาดและการควบคุมเฝ้าระวังการติดเชื้อ อีกทั้งบุคลากรพยาบาลขาดความรู้และประสบการณ์การดูแลแผลจากสถานการณ์สึนามิ ทำให้ขาดแนวทางการดูแลแผลที่ถูกต้อง ผู้ประสบภัยจำนวนมากที่มีบาดแผลจะมีภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงและต้องเข้าพบแพทย์ชดเชยชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาภาวะติดเชื้อ บุคลากรพยาบาลแก้ไขปัญหาโดยการขอความร่วมมือจากญาติผู้ประสบภัยเพื่อช่วยดูแลความสะอาดของร่างกายผู้บาดเจ็บเพื่อช่วยลดปัจจัยส่งเสริมภาวะติดเชื้อ การแก้ไขดังกล่าวไม่ทำให้จำนวนผู้บาดเจ็บและมีแผลติดเชื้อลดลง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อว่าเป็นจุดอ่อนของหน่วยงานเนื่องจากบุคลากรขาดความรู้และประสบการณ์การดูแลแผลจากสถานการณ์สึนามิ

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่าในเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นยังขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อเนื่องจากบุคลากรพยาบาลยังขาดความรู้ความสามารถในการวางแผนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคต่างๆให้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุข ซึ่งการเฝ้าระวังโรคเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับการดูแลและช่วยเหลือผู้ประสบภัย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังจากการเกิดสาธารณสุขไปแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่อาจเกิดขึ้นได้โดยมีแผนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคต่างๆให้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุขได้ ปฏิบัติการจัดการทำให้เกิดภูมิคุ้มกันและหายจากโรคที่เกิดหลังจากการเกิดสาธารณสุขได้ สามารถประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมที่พ้ออาศัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ดำเนินการควบคุมโรค สามารถประสานงานการเฝ้าระวังโรคไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และดำเนินการเรื่องสุขอนามัยของผู้บาดเจ็บและญาติรวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการควบคุมและการเฝ้าระวังโรคเป็นสมรรถนะหนึ่งของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข และเป็นตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 6

#### **ประเด็นย่อยที่ 8 ระบบสื่อสารล้ม ระดมล่ามช่วยแปล**

ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารจัดการภัยพิบัติ ระบบสื่อสารหลัก ได้แก่ โทรศัพท์ โทรสาร วิทยุสื่อสาร อินเทอร์เน็ต เสียงตามสาย เป็นต้น จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยพิบัติที่มีความรุนแรง ทำให้โทรศัพท์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์การสื่อสารหลักของหน่วยงานขาดข้อง ใช้การไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อ การสั่งการ การประสานงาน การรายงาน และการประชาสัมพันธ์ ทำให้การปฏิบัติงานดำเนินไปตามแผนการที่วางไว้ด้วยความล่าช้าและยากลำบาก นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสารแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงปัญหาระบบการสื่อสารที่เกิดจากภาษา เนื่องจากผู้ประสบภัยเป็นชาวต่างชาติจำนวนมาก การสื่อสารด้วยภาษาที่แตกต่างกันทำให้เกิดการเข้าใจผิด หรือเข้าใจไม่ตรงตามความต้องการของผู้สื่อภาษา ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกเครียดเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสารขาดข้องทำให้เกิดความไม่สะดวกในขณะที่ปฏิบัติงาน และรู้สึกอึดอัดที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ประสบภัยด้วยภาษาที่ถนัด บุคลากรแก้ไขปัญหเกี่ยวกับอุปกรณ์การสื่อสาร โดยติดตั้งเครื่องโทรศัพท์ให้มากขึ้น และประสานงานขอสนับสนุนช่องทางการสื่อสารอื่นเพิ่ม เช่น อินเทอร์เน็ต แก้ไขปัญหาสื่อสารภาษากับชาวต่างชาติโดยใช้ล่ามอาสาสมัคร ภายหลังการแก้ไขปัญห บุคลากรปฏิบัติงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น แต่อาสาสมัครล่ามยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ประสบภัยชาวต่างชาติที่มี

จำนวนมาก บุคลากรในหอผู้ป่วยที่ไม่มีล่ามช่วยสื่อสารกับชาวต่างชาติยังคงประสบปัญหาความยากลำบากในการดำเนินงานอยู่

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า สาธารณภัยทำให้มีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก เมื่อเกิดสาธารณภัย การสื่อสารส่วนมากจะเป็นการส่งข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยเหลือและประสานงานเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย สำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารต้องมีคุณภาพดีเพื่อป้องกันการสื่อความหมายที่ผิดพลาด หากช่องทางการสื่อสารถูกทำลาย แนวทางในการกู้ภัยที่จำเป็นอีกด้านหนึ่งคือ การจัดตั้งเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารที่จำเป็น เช่น วิทยุ โทรศัพท์ โทรสาร เพื่อประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารด้วย พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความสะดวกในด้านการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร อัมพวัน (2545) ได้ศึกษาระบบสารสนเทศด้านอุบัติเหตุ: กลไกสำคัญในการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กรณีศึกษาเฉพาะกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ผลการศึกษาวิเคราะห์ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จึงมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อให้ระบบสารสนเทศด้านอุบัติเหตุสามารถนำไปใช้เป็นกลไกตัวหนึ่ง ในการดำเนินการด้านการบริหารจัดการป้องกันอุบัติเหตุ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนชาวไทยมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปลอดภัย

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าอุปสรรคของการสื่อสารในเหตุการณ์สาธารณภัยนั้นนอกจากสาเหตุจากช่องทางการสื่อสารถูกทำลายแล้วยังมีอุปสรรคเกี่ยวกับภาษา เนื่องจากการสื่อสารด้วยภาษาที่แตกต่างกันอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดหรือไม่ตรงตามความต้องการของผู้สื่อภาษาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Margalit et al (2002) ได้ศึกษาการแนะนำความต้องการการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามของฐานทัพอากาศของอิสราเอลเมื่อครั้งที่เกิดแผ่นดินไหว เมื่อเดือนสิงหาคม ปี ค.ศ.1999 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลและแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ด้านสาธารณภัย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลสนามมีการทำงานที่ยาวนานกว่าจะเปลี่ยนเวรเมื่อเทียบกับการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลปกติ ซึ่งอุปสรรคที่พบได้แก่ ภาษา ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และการเผชิญกับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาและการวิเคราะห์ มีข้อเสนอแนะ ประการแรกคือ ควรมีการจัดพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นการยากที่จะทำนายเกี่ยวกับจำนวนและชนิดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ โดยอนาคต พยาบาลต้องมีความสามารถเฉพาะ และสามารถหมุนเวียนได้เพียงพอ ประการที่สอง ภาษาและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคที่ไม่ควรถูกมองข้าม และสุดท้าย พยาบาลควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสถานะของโรงพยาบาลสนาม ดังนั้นถ้ามีการจัดการระบบการสื่อสารที่ดี มีการกำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารไว้ในแผนสาธารณภัยจะส่งผลให้การจัดการสาธารณภัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยลดความรุนแรงของสาธารณภัยลงได้

เช่นเดียวกับคำกล่าวของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวว่า การจัดการสาธารณสุขที่ดีจะต้องมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการสื่อสารนั้นจะต้องใช้ได้ดีทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดสาธารณสุข การใช้ระบบการสื่อสารที่รวดเร็วและมีคุณภาพต้องมีทั้งระบบสื่อสารหลักและระบบสื่อสารรอง ระบบสื่อสารที่ใช้เช่น โทรศัพท์ โทรสาร วิทยุสื่อสาร อินเทอร์เน็ต เสียงตามสาย เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องใช้เพื่อการสั่งการ การประสานงาน การประชาสัมพันธ์ให้เป็นไปทันกับเหตุการณ์ การสื่อสารที่รวดเร็วจะช่วยลดความสูญเสียได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านการช่วยชีวิตผู้ประสบภัย

## ประเด็นที่ 2 การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพไว้ 3 ประเด็นย่อย คือ 1) หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง 2) กลัว แต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ และ 3) ช่มใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

### ประเด็นย่อยที่ 1 หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง

การศึกษานี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงสาธารณสุขภัยคลื่นยักษ์สึนามิที่เกิดขึ้นว่าเป็นสาธารณสุขภัยที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมาก ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนทำให้ขาดประสบการณ์การรับมือกับสาธารณสุขชนิดนี้ ทำให้บุคลากรขาดความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถหยั่งรู้ถึงสถานการณ์ต่างๆ สถานการณ์สาธารณสุขทำให้บุคลากรพยาบาลต้องเผชิญภาวะเครียด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล ยังกล่าวถึง ความรู้สึกเครียดจากการเป็นห่วงครอบครัวตนเอง เนื่องจากมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ประสบภัย ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องสูญเสียบุคคลภายในครอบครัวและญาติพี่น้องไปกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสูญเสียดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในขณะปฏิบัติหน้าที่ ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลพยายามปรับตัวอย่างเต็มที่ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการจัดการกับความรู้สึกเครียดโดยการติดต่อพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวด้วยโทรศัพท์ และพยายามคิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในทางบวก ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถจัดการกับความรู้สึกเครียดได้ จะรู้สึกสบายใจขึ้นและสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเครียดได้ จะยังคงมีความเครียดต่อไป และส่งผลให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ซ้ำลงกว่าปกติ

จากผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า เหตุการณ์สาธารณสุขไม่ได้ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ประสบภัย เท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความเครียดต่อพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในเหตุการณ์สาธารณสุขด้วยเช่นกัน เนื่องจากสาธารณสุขที่เกิดขึ้นเป็นสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และรุนแรงมาก ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทำให้ขาดประสบการณ์การรับสาธารณสุขชนิดนี้ บุคลากรพยาบาลขาดความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถหยั่งรู้ถึงสถานการณ์ต่างๆ การขาดความรู้และทักษะในการ



ปฏิบัติงานก่อให้เกิดความมั่นใจ อีกทั้งการจัดการสาธารณสุข มีลักษณะงานที่ต้องอาศัยความรับผิดชอบสูง เนื่องจากปริมาณงานและภาระงานมาก เป็นงานที่ต้องเผชิญกับอาการของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงปฏิกิริยาของผู้ช่วยเหลือผู้ประสบภัยระหว่างดำเนินการ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทันที ได้แก่ ความวิตกกังวลซึ่งอาจเนื่องมาจากมีเวลาจำกัด ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม โกรธ/ขัดแย้งซึ่งอาจเนื่องจากการช่วยเหลือมีปริมาณน้อยหรือมาช้า สับสน เหนื่อยล้า มีความยุ่งยากใจในการแก้ปัญหา คลื่นไส้ อาเจียน มีกลิ่นเหม็น หงื่อออกมาก และปวดศีรษะ 2) ปฏิกิริยาในระยะหลัง ได้แก่ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิด ต่ำหนืดตัวเอง หลีกหนีจากสังคมและผู้ร่วมงาน โกรธง่าย จุนเจียวง่าย มีความรู้สึกต่อต้าน ขาดความตั้งใจ สับสน หลงลืม นอนไม่หลับ ฝันร้าย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร และอ่อนล้ายาวนาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Luckmann and Soresen (1987) ที่กล่าวถึงความเครียดจากการทำงานสามารถจำแนกได้ 3 ประการคือ 1) ความเครียดในบทบาท เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการแสดงบทบาท ได้แก่ ความคลุมเครือในบทบาท ความขัดแย้งในบทบาท และบทบาทที่มากเกินไป 2) ความเครียดจากคุณลักษณะของงาน เช่นความรับผิดชอบในงานสูง การทำงานที่ต้องติดต่อกับประชาชนกับผู้ป่วย งานที่ต้องยืนเป็นเวลานานๆ และงานที่ต้องใช้การตัดสินใจ และ 3) ความเครียดจากรูปแบบของงาน เช่นงานที่ต้องใช้ความสามารถพิเศษหรือทักษะในการปฏิบัติงาน

บุคลากรพยาบาลบางรายต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียจากสาธารณสุขเองซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาความบกพร่องทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ปฏิกิริยาความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละคนต่อเหตุการณ์เดียวกันจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสบการณ์ การรับรู้ ความเข้มแข็งของบุคลิกภาพ ระบบประคับประคองภายในบุคคลและที่บุคคลได้รับจากภายนอก เช่นจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และองค์กร เป็นต้น สำหรับพยาบาลที่ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเครียดได้จะยังคงมีความเครียดต่อไปและส่งผลให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆช้าลงกว่าปกติ สอดคล้องกับ สุวรรณ อนุสันติ (2542) ที่กล่าวถึงความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตึงเครียดโดยอัตโนมัติ ซึ่งเกิดได้บ่อย เมื่อบุคคลนั้นรับรู้ถึงความไม่พึงพอใจ ทำให้เกิดความกังวลใจ เมื่อเกิดปัญหาเคร่งเครียด บุคคลจะรู้สึกกดดันมากขึ้น และถ้าปัญหานั้นยังมีอยู่ต่อไปและไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บป่วยเหล่านี้จะนำไปสู่ชีวิตที่ไม่สุขสบาย ไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษาและการทำงานหรือแม้แต่นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานได้ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเหตุการณ์สาธารณสุข สามารถปรับตัวคืนสู่ภาวะปกติได้นั้น จำเป็นต้องใช้กลวิธีการลดความเครียดซึ่งใช้วิธีแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่นการจัดเวลาสำหรับพักผ่อน จัดสถานที่

สำหรับผ่อนคลายในสถานที่ทำงาน หมุนเวียนผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้กลุ่มอาสาสมัครในการช่วยเหลือ ถ้ามีลักษณะของความเครียดมากควรมีผู้ให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อนร่วมงานจึงควรให้การยอมรับในสิ่งที่บุคคลแสดงออกโดยยอมรับและให้เกิดริ้วในการเป็นบุคคล ยอมรับในพฤติกรรม การแสดงออกทุกๆด้านทั้งที่พึงพอใจและไม่พึงพอใจ ต้องเข้าใจถึงพฤติกรรมต่างๆที่อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความกดดันทางด้านร่างกายและจิตใจที่ได้รับ นอกจากนั้นควรรับฟังเรื่องต่างๆด้วยความเข้าใจ ตั้งใจ และแสดงออกถึงความจริงใจ การให้กำลังใจ รวมทั้งแสดงท่าทีอบอุ่น เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับตัวภายใต้ภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ประเด็นย่อยที่ 2 กลัวแต่ทิ้งคนไข้ไม่ได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยที่มีความรุนแรงมาก สภาพความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สินทำให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรู้สึกกลัวและการออกปฏิบัติหน้าที่ในเขตพื้นที่ประสบภัยมีความเสี่ยงและอาจเกิดอันตรายได้ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยทำให้บุคลากรเกิดความกลัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความกลัวโดยการคิดทบทวนและประเมินสถานการณ์ความเป็นไปได้ รวมทั้งการตั้งสติให้มั่นคงไม่หวั่นไหวต่อข่าวลือต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลที่จัดการกับความกลัวได้จะสามารถเผชิญกับสถานการณ์และปฏิบัติงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ และสำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่สามารถจัดการกับความกลัวได้ จะส่งผลให้สภาพจิตใจแย่ลง บางรายร้องไห้ บางรายวิงวอน ก่อให้เกิดความระส่ำระสาย วุ่นวายยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากสาธารณสุขคลื่นยักษ์สึนามิเป็นสาธารณสุขที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อน บุคลากรต่างขาดความรู้และขาดประสบการณ์การรับมือกับสาธารณสุขประเภทนี้ ไม่สามารถประเมินสภาพปัญหาและสถานการณ์ต่างๆได้ อีกทั้งเป็นเหตุการณ์สาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก ปัญหาดังกล่าวมีอิทธิพลต่อภาวะสมดุลของชีวิต พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะนี้ เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อสิ่งคุกคามโดยแสดงออกในลักษณะของความกลัว ซึ่งเป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดขึ้น เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ซึ่งบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่ออันตรายหรือการเผชิญกับอันตรายโดยตรง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายคือ ใจสั่น ตัวสั่น มือเกร็งแน่น กล้ามเนื้อเกร็ง พร้อมทั้งจะสู้หรือหนี ในรายที่มีปฏิกิริยารุนแรงจะมีอาการตื่นตระหนก กลัวสุดขีด งุนงง สับสน และอาจทำสิ่งต่างๆไปโดยไม่รู้ตัว จะเห็นได้ว่า การรู้ขีดความสามารถ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม อาจหาทางหลีกเลี่ยงสิ่งทีก่อให้เกิดความกลัวและอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้นซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเหตุการณ์สาธารณสุขจะต้องมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ในขณะ

ปฏิบัติงานพยาบาลสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้ความกดดันและความยุ่งยากของเหตุการณ์ สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงคุณสมบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งนอกจากจะมีคุณสมบัติพื้นฐานของพยาบาลทั่วไปแล้ว ควรจะต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลและมีประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤติ และด้านการรักษาขั้นต้น ควรมีความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณสุขชนิดต่างๆ ได้ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณสุข มีทักษะในการตัดสินใจที่ดีและสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการสื่อสาร และการบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วน ชัดเจน มีภาวะผู้นำ และมีวุฒิภาวะ มีสติ จิตใจเข้มแข็ง รอบคอบ อดทน นอกจากนี้การปรับตัวให้กลับคืนสู่ภาวะปกติได้นั้นต้องอาศัยเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นบุคคลสำคัญสำหรับการให้ความช่วยเหลือ การรับฟังและแสดงความสนใจ แสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นเพื่อน ให้เกิดความมั่นใจ การกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ที่ประสบมาจะก่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปรับตัวภายใต้ภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

### ประเด็นย่อยที่ 3 ชมใจ สงสาร ทำงานจนหมดแรง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขสิ้นนามิที่เกิดขึ้น เป็นภัยที่มีความรุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยจำนวนมากทั้งที่บาดเจ็บและเสียชีวิต สภาพการบาดเจ็บที่รุนแรง ความเศร้าโศกเสียใจกับการสูญบุคคลอันเป็นที่รัก การพลัดพรากจากกัน เสียงร้องไห้ เสียงร้องขอความช่วยเหลือของผู้ประสบภัย ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์รู้สึกสะเทือนใจ เศร้าใจ สงสารและหดหู่ การปฏิบัติงานท่ามกลางภาวะที่กดดันต่อความรู้สึกดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลต้องจัดการกับความทุกข์เศร้าสะเทือนใจโดยการช่วยผู้ประสบภัยให้ได้มากที่สุด ทดมเทแรงกายใจในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นภายในใจตนเอง พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อบรรเทาทุกข์ให้ผู้บาดเจ็บหายจากอาการเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

จากผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้สึกเศร้าสะเทือนใจที่เกิดขึ้นนั้น มีสาเหตุมาจากการปฏิบัติงานท่ามกลางสภาพความสูญเสียของชีวิตและทรัพย์สินที่เกิดจากสาธารณสุข สภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด การสูญเสีย ความตาย ล้วนแล้วแต่เป็นแรงผลักดันและก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น สอดคล้องกับวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2548) ที่กล่าวถึงภาวะเศร้าโศกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เป็นอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียชีวิตบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง สูญเสียการทำหน้าที่ สูญเสียภาพลักษณ์ หรือสูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลางความสูญเสียจากสาธารณสุขสร้างความกดดันต่อผู้ปฏิบัติงานซึ่งอาจก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ เศร้าโศก เสียใจ หดหู่ใจ สงสาร บุคลากร

พยาบาลต้องพยายามปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการช่วยผู้ประสบภัยให้ได้มากที่สุด ทุ่มเทแรงกายใจในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นภายในใจตนเอง พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อบรรเทาทุกข์ให้ผู้บาดเจ็บหายจากอาการเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Frederich (1995) ที่อธิบายถึงปฏิกิริยาตอบสนองในระยะแรกเมื่อได้รับภัยว่า คนส่วนใหญ่ในระยะนี้จะแสดงออกอย่างเข้มแข็งเข้าไปช่วยเหลือดูแลทรัพย์สินและชีวิตของผู้อื่นและของตนเอง โดยจะรู้สึกว่าตนเองมีพลังมากมาย ทำงานไม่อยู่นิ่ง การที่มีพลังมากมายและทุ่มเทชีวิตช่วยเหลือซึ่งกันและกันนี้ เป็นเพราะความวิตกกังวลภายในเปลี่ยนรูปออกมาเป็นกิจกรรมสร้างสรรค์แทน ซึ่งจากกลไกนี้ช่วยให้ผู้นั้นไม่เกิดความรู้สึกซึมเศร้า ดังนั้นคุณสมบัติที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยคือการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีสติ เข้มแข็ง อดทน และต้องมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ควบคู่กับความสามารถด้านการจัดการสาธารณภัย

### **ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการจัดการสาธารณภัย**

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความรู้สึกที่เป็นผลจากการจัดการสาธารณภัยไว้ 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง และ 2) ประทับใจในการร่วมใจกันทำงานไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา

#### **ประเด็นย่อยที่ 1 ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง**

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความเสียสละ และความสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลที่ยอมเสียสละเวลาและความสุขส่วนตัวมาปฏิบัติงานเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างเข้มแข็งและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ถึงแม้งานจะหนักแต่ทุกคนต่างมีจิตสำนึกรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง ทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเต็มกำลังความสามารถ

จากผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า ในเหตุการณ์สาธารณภัยที่มีขนาดใหญ่ และมีความรุนแรงมาก เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตและทรัพย์สินเป็นอย่างมาก การทำงานในสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละหน้าที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อีกทั้งมีอุดมการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ ความอดทนและความเสียสละในการทำงานเป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณภัยพึงมี เนื่องจากเป็นงานที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักและมีปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตและความตายของผู้ประสบภัย ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาในการทำงานยาวนานกว่าปกติ ดังนั้นนอกจากมีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลสาธารณภัยแล้ว พยาบาลควรมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง อดทน สามารถฟันฝ่าอุปสรรค มุ่งมั่นที่จะทำงาน มีความรับผิดชอบในหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง และสิ่งสำคัญ

คือความเสียหายในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยไม่เลือกเชื้อชาติ ศาสนา ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยโดยไม่หวังผลตอบแทน สามารถให้การพยาบาลด้วยความบริสุทธิ์ใจตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อปกป้องชีวิตและทรัพย์สินให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล รักษาแก้ว (2548) ที่ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 9 ตัวประกอบ 143 ตัวแปร จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความเสียหาย ความรับผิดชอบต่องานในการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุขเป็นกลุ่มตัวแปรหนึ่งที่ใช้อธิบายตัวประกอบสมรรถนะที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับ 1 นั่นคือตัวประกอบสมรรถนะด้านคุณลักษณะบทบาทผู้นำทางการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

### **ประเด็นย่อยที่ 2 ประทับใจในการร่วมใจกันทำงาน ไม่ทอดทิ้งกันยามภัยมา**

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นว่าเป็นภัยที่มีความรุนแรงมาก มีผู้ประสบภัยจำนวนมากที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณสุขสื่อนามิว่า เป็นงานที่หนัก และมีความซับซ้อนของปัญหาอย่างมาก แต่ถึงแม้จะเป็นลักษณะงานที่หนักในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติที่มีความคาดหวังสูง ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตและความตายของผู้ประสบภัย ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายจากภัยที่ยังไม่สงบและอาจเกิดขึ้นซ้ำ พยาบาลต้องอดทน เสียสละความสุขส่วนตัว เนื่องจากต้องทำงานต่อเนื่องยาวนาน ภายใต้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่หนัก แต่ในส่วนลึกของความเป็นพยาบาลไม่ได้ต้องการสิ่งตอบแทน แต่มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ของผู้ประสบภัย และถึงแม้จะเหนื่อยล้า แต่ความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจของทีมบุคลากรพยาบาล ทำให้ทุกคนรู้สึกประทับใจและความภาคภูมิใจ พร้อมทั้งจะเสียสละ พุ่มเทแรงกายแรงใจปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถ

จากผลการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานด้านการพยาบาลในเหตุการณ์สาธารณสุขเป็นงานที่หนัก มีความซับซ้อนของปัญหาและเป็นงานที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิตและความตายของผู้ประสบภัย ต้องเผชิญความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติหน้าที่ อีกทั้งยังเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน ความอดทนและความเสียหายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขโดยไม่หวังสิ่งตอบแทนนั้นสร้างรู้สึกประทับใจและความภาคภูมิใจแก่ตนเองและบุคคลอื่น เป็นความสุขใจที่ส่งผลให้เกิดแรงกระตุ้นในทางสร้างสรรค์ กล่าวคือ บุคลากรในหน่วยงานทุกคนต่างพร้อมที่จะเสียสละพุ่มเทแรงกายแรงใจปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็มกำลังความสามารถเพื่อปกป้องชีวิตและทรัพย์สินให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุดซึ่งสอดคล้องกับ

Scanlon (1991) ที่กล่าวถึงพยาบาลประจำการว่าต้องรับภาระการทำงานที่หนักมาก การบริหารจัดการเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมาก การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยี การปฏิบัติตามแผนการรักษาที่มีมากมายในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ในส่วนลึกของความเป็นวิชาชีพพยาบาลไม่ได้ต้องการสิ่งตอบแทนนอกจากความสุขใจเมื่อได้ดูแลผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิโดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลส่วนมากได้รับการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการสาธารณสุขที่เป็นอุปถัมภ์ทั่วไป เช่น อุบัติเหตุบนถนน แต่ไม่ได้รับการฝึกหรือมีประสบการณ์การจัดการอุบัติภัยร้ายแรงเช่นสึนามิมาก่อน เมื่อมีเหตุการณ์อุบัติภัยรุนแรงเกิดขึ้น จึงไม่สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความไม่เพียงพอของบุคลากรและเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการฝึกอบรมการจัดการสาธารณสุขขนาดปกติและขนาดใหญ่ให้กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรมีการฝึกซ้อมการจัดการสาธารณสุขเป็นระยะๆ เป็นการทบทวนความรู้ ทักษะและความสามารถในการจัดการสาธารณสุข เพื่อเตรียมพร้อมในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ตลอดเวลา

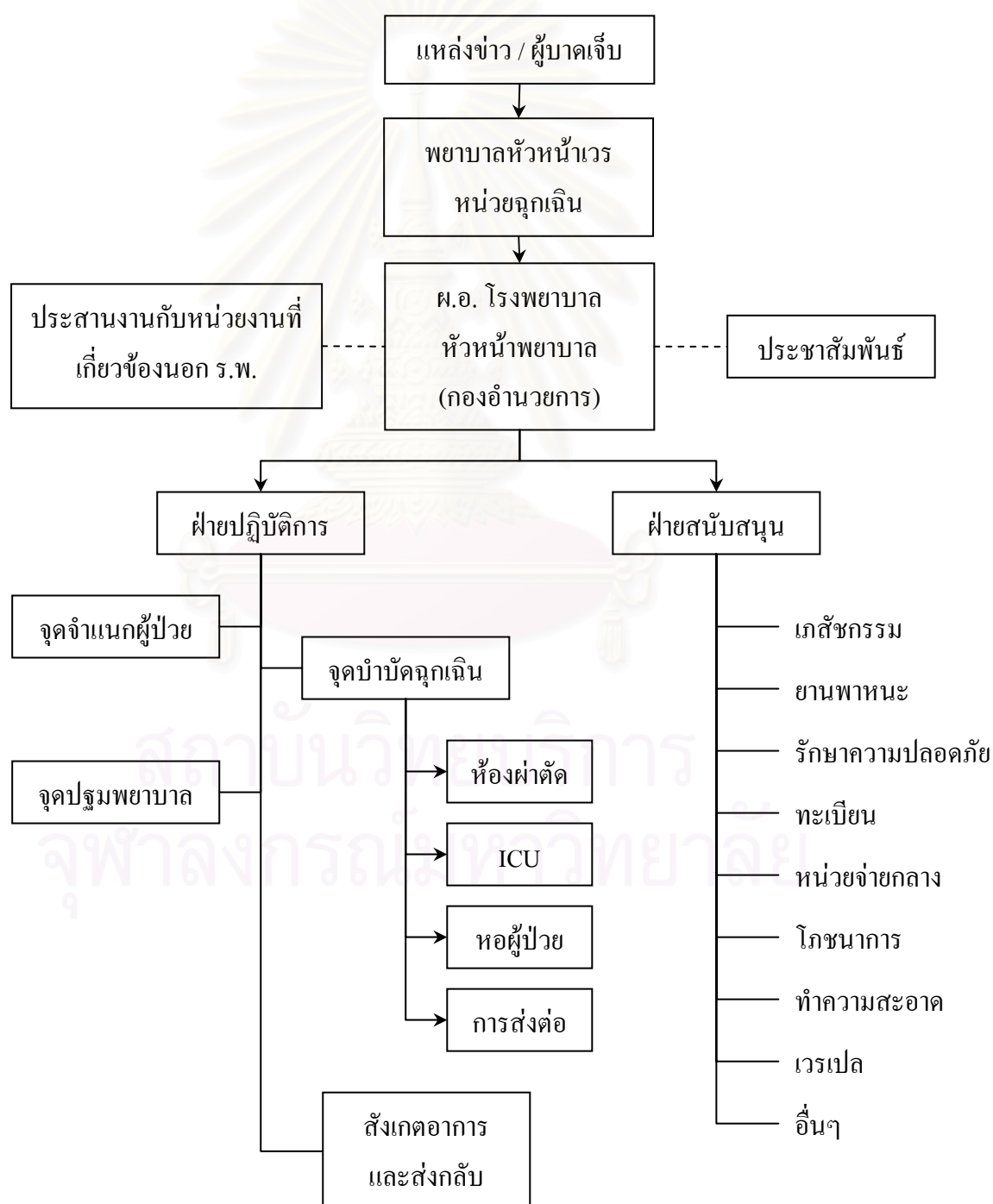
2. ผู้บริหารทางการศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลในเรื่องการจัดการพยาบาลสาธารณสุข เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง

### จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติภัยหมู่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เมื่อเกิดอุบัติภัยหมู่เกี่ยวกับโรงพยาบาล พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานในหน้าที่ และเป็นกลุ่มที่จะถูกคาดหวังว่าจะสามารถมีส่วนร่วมช่วยในการปฏิบัติงาน แก้ไขปัญหา แบ่งเบาผู้บริหารได้มาก ดังนั้น การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินที่เป็นอุบัติภัยหมู่จะต้องมีแผนการเตรียมรับที่ดี มีการซ้อมแผนเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจและจะได้แก้ไขข้อบกพร่อง มีการอบรมบุคลากรเป็นระยะๆ การเขียนแผนจะต้องยึดความสามารถในการทำงานของแต่ละโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยจะต้องตั้งคณะกรรมการสร้างแผน การวางแผนจะต้องมีการกำหนดสถานที่และจุดปฏิบัติงาน พื้นที่จะต้องเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยที่คิดว่าจะรับได้ บอกรูปวิธีการทำงาน กำหนดสายการบังคับบัญชา ระบุหน้าที่ของบุคลากรต่างๆ ให้เหมาะสม ชัดเจน จัดระบบการรักษาให้คล่องตัว วิธีการสำรอง

เวชภัณฑ์ เครื่องสาธารณูปโภค อาหาร เสื้อผ้า และยานพาหนะ การจัดระบบการสื่อสาร ได้แก่ ระบบเตือนภัย การกรองข่าว การให้ข่าว และวิธีการสื่อสารในภาวะต่างๆ มีการกำหนดเส้นทางคมนาคม สถานที่หลบภัย สถานที่อันตราย มีการทดสอบแผนโดยการสมมติเหตุการณ์และประเมินผล และมีการแก้ไขปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

### ตัวอย่างโครงสร้างแผนรับอุบัติเหตุในโรงพยาบาลและสาขางาน



### ตัวอย่างการกำหนดหน้าที่ตามสายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์อุบัติภัย

ในแผนการรับอุบัติภัย หน้าที่ต่างๆที่มีความสำคัญในการตัดสินใจและสั่งการ จะต้องถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า และการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบนั้น ควรกำหนดตามตำแหน่งหน้าที่มากกว่า กำหนดเป็นตัวบุคคล และควรจะมีการกำหนดตัวสำรองไว้ให้ชัดเจนด้วย สิ่งสำคัญคือ ผู้ที่ปฏิบัติในแผนทุกคนจะต้องทราบขอบข่ายความรับผิดชอบของตน และมีการปฏิบัติตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายโดยไม่เกี่ยงเรื่องอาวุโส ดังตัวอย่างการกำหนดหน้าที่ตามสายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์อุบัติภัย ดังนี้

1. หน่วยฉุกเฉิน (หัวหน้าพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน / พยาบาลหัวหน้าเวร) เป็นด่านหน้าในการรับผู้ป่วย มีหน้าที่แจ้งข่าวที่ชัดเจนและเชื่อถือได้ให้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลทราบ

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล (กองผู้อำนวยการ) ทำหน้าที่ประเมินความรุนแรงของภัยและประกาศใช้แผนที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของอุบัติภัย และทำหน้าที่ประสานสัมพันธ์และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆเพื่อเสริมกำลังในภาวะวิกฤติ เช่น แหล่งที่จะขอบริจาคเลือด เครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ กลุ่มเจ้าหน้าที่ต่างๆที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอาสาสมัคร รวมทั้งจัดให้อาสาสมัครเข้าช่วยเหลืองานตามจุดต่างๆตามความถนัดของอาสาสมัครอย่างเหมาะสม

3. ฝ่ายปฏิบัติการ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล / พยาบาลหัวหน้าเวร (หน่วยฉุกเฉิน) ทำหน้าที่ประสานงานภายในจุดที่รับผิดชอบ และประสานงานกับกองผู้อำนวยการเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขัดข้อง ขอบเขตที่รับผิดชอบ ได้แก่

3.1 จุดจำแนกผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ พยาบาลประจำการ (หน่วยฉุกเฉิน) ทำหน้าที่คัดกรอง แยกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการ เพื่อจัดลำดับการรักษา และส่งต่อไปยังจุดต่างๆที่จัดเตรียมไว้ตามแผนได้ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้ง โดยทั่วไปนิยมแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท โดยใช้บัตรที่มีแถบสีผูกข้อมือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการสื่อสาร

3.2 จุดปฐมพยาบาล ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ พยาบาลประจำการ (หน่วยฉุกเฉิน) ทำหน้าที่สังเกตอาการ ให้การรักษาพยาบาลในขั้นต้นตามอาการสำคัญของผู้ป่วย และส่งกลับในรายชื่ออาการปลอดภัย

4. จุดบำบัดฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล / พยาบาลหัวหน้าเวร (หอผู้ป่วยใน)

4.1 ห้องผ่าตัด ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล / พยาบาลหัวหน้าเวร (ห้องผ่าตัด) ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด



4.2 ICU ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล / พยาบาลหัวหน้าเวร (ห้อง ICU) ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ อาการเจ็บป่วยรุนแรง อาจต้องกู้ชีพ

4.3 หอผู้ป่วยใน ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล / พยาบาลหัวหน้าเวร (หอผู้ป่วยใน) ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด

4.4 การส่งต่อ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ พยาบาลประจำการ (หน่วยฉุกเฉิน) ทำหน้าที่ประสานงานกับกองอำนวยการเพื่อติดต่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลใกล้เคียงที่ไม่อยู่ในเขตพื้นที่ประสาธน์ และฝ่ายยานพาหนะ เพื่อทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า พร้อมข้อมูลการรักษาและให้การดูแลในระหว่างการส่งต่ออย่างถูกต้องและปลอดภัย

5. ฝ่ายสนับสนุน ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงานต่างๆ ได้แก่

5.1 เกสซ์กรรม ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เกสซ์กร ผู้ช่วยเกสซ์กร หรือเจ้าหน้าที่ห้องยา ทำหน้าที่จ่ายยา วัสดุ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์แก่หน่วยงานที่ต้องใช้เพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งประสานงานกับกองอำนวยการเพื่อติดต่อขอปรึกษา วัสดุ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจากโรงพยาบาลใกล้เคียง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

5.2 ยานพาหนะ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยยานยนต์ ทำหน้าที่กำหนดและควบคุมเส้นทางจราจร และประสานงานกับกองอำนวยการเพื่อติดต่อขอขานพาหนะ ได้แก่ รถพยาบาลฉุกเฉิน รถบรรทุก รถดับเพลิง รถจ่ายน้ำและเครื่องกำเนิดไฟฟ้า เป็นต้น

5.3 รักษาความปลอดภัย ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล ทำหน้าที่จัดระบบรักษาความปลอดภัย ซึ่งในสถานที่ที่มีภาวะฉุกเฉิน มักจะมีผู้ไม่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งเข้ามาดูมั่วและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่ และอาจเกิดปัญหาความไม่ปลอดภัยต่อทรัพย์สินของผู้ประสาธน์อีกด้วย อาจมีการประสานงานกับกองอำนวยการขอกำลังเสริมจากหน่วยงานทหาร หรือตำรวจ

5.4 ทะเบียน ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน หรือเจ้าหน้าที่ห้องบัตร ทำหน้าที่จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดตามความจำเป็นให้ครบถ้วน อาจมีการประสานงานกับกองอำนวยการขอกำลังเสริมจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น นักเรียน นักศึกษามหาวิทยาลัย

5.5 หน่วยจ่ายกลาง ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง ทำหน้าที่สำรองเวชภัณฑ์ เสื้อผ้า รวมทั้งคัดแยกสิ่งของบริจาคให้เป็นหมวดหมู่ และลำเลียงเพื่อแจกจ่ายแก่ผู้ประสาธน์ตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาล อาจมีการประสานงานกับกองอำนวยการขอกำลังเสริมจากประชาชนทั่วไป

5.6 โภชนาการ ผู้รับผิดชอบ ได้แก่ โภชนากร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการ ทำหน้าที่ผลิตอาหารให้แก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาล รวมทั้งประสานงานกับกองอำนาจการเพื่อติดต่อขอบริจาคอาหาร ทั้งอาหารสดและอาหารแห้งและแจกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

5.7 ทำความสะอาด ผู้รับผิดชอบ ได้แก่พนักงานทำความสะอาด ทำหน้าที่ดูแลความสะอาดตามจุดต่างๆที่มีผู้ป่วยและผู้ประกอบอาชีพอาศัยอยู่เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค อาจมีการประสานงานกับกองอำนาจการขอกำลังเสริมจากประชาชนทั่วไป

5.8 เวรเปล ผู้รับผิดชอบ ได้แก่เจ้าหน้าที่เวรเปล ทำหน้าที่ขนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทันที อาจมีการประสานงานกับกองอำนาจการขอเปลสนาม และกำลังเสริมจากหน่วยงานทหาร ตำรวจ หรือประชาชนทั่วไปเพื่อช่วยขนย้ายลำเลียงผู้ป่วย ให้ได้รับบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิมีการจัดการที่หลากหลายด้าน ได้แก่ การคัดกรองและการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ การส่งต่อผู้บาดเจ็บ การจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บ การจัดอัตรากำลัง การจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้และอาคารสถานที่ การจัดการความขัดแย้ง การควบคุมและการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการจัดการระบบการสื่อสาร ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการจัดการสาธารณสุขอื่นๆ เช่น วัคซีน อุทกภัย เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในปรากฏการณ์อื่นๆด้วย

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคลากรพยาบาลไม่สามารถจัดการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากสาธารณสุขที่เกิดขึ้นนั้นมีขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก บุคลากรพยาบาลต่างมีความรู้ความเข้าใจจำกัดในการจัดการสถานการณ์สาธารณสุขขนาดใหญ่ รวมทั้งไม่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการสาธารณสุขชนิดนี้ เนื่องจากเป็นสาธารณสุขที่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยมาก่อน ระบบการจัดการตามแผนอุบัติภัยหมู่ที่มีอยู่เดิมไม่สามารถรองรับกับสภาพปัญหาส่งผลให้การจัดการทุกด้านเป็นไปด้วยความล่าช้าและยากลำบาก อีกทั้งสภาวะอารมณ์ของบุคลากรพยาบาลในขณะปฏิบัติหน้าที่ในเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นความเครียด ความหวาดกลัว หรือความเศร้า การปฏิบัติหน้าที่ภายใต้อิทธิพลของอารมณ์และความรู้สึก จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของตนเอง ทำให้การตัดสินใจในเรื่องต่างๆช้าลงกว่าปกติ และส่งผลให้การจัดการสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพเพื่อปรับปรุงระบบการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกพร อัมพวัน. ระบบสารสนเทศด้านอุบัติเหตุ: กลไกสำคัญในการบริหารจัดการด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กรณีศึกษาเฉพาะกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- มหาดไทย, กระทรวง. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. สำนักเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน. แผนการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ.2548: การป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนด้านความมั่นคง (ภาคการพิทักษ์พื้นที่ส่วนหลัง). กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2548.
- มหาดไทย, กระทรวง. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. สำนักเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน. แผนการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ.2548: ภาคการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, 2548.
- จอนพะจง เฟิงจาด. ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15(2546): 1-9.
- ตุลา มหาพสุชานนท์. หลักการจัดการ หลักการบริหาร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พ.ศ.พัฒนา.2545.
- ประณีต ส่วงวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. ความเหมือนและความต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. วารสารสภาการพยาบาล 152(เมษายน – มิถุนายน 2543): 12 – 24.
- ปัทมาพร รุ่งพิพัฒน์พงศ์ และเสาวลักษณ์ คำของ. ประสบการณ์ชีวิต: พยาบาลฉุกเฉินกับภัยพิบัติ สีนามิในภาคใต้ เมื่อ 26 ธันวาคม 2547. รวมารับดีพยาบาลสาร 11(มกราคม-เมษายน 2548): 53-59.
- ฟาริดา อิบราฮิม. สาระการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, 2537.
- พนม เกตุมาน. คู่มือการช่วยเหลือความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย [Online]. 2548. แหล่งที่มา: [http:// www.psyclin.co.th](http://www.psyclin.co.th) [2551, May 10]
- พรพิมล รักษาแก้ว. การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน สาธารณภัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

- พิเชษฐ อุคมรัตน์. ปัญหาสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ โรคที่ควรรู้จักและการป้องกันในระยะยาว  
[Online]. 2548. แหล่งที่มา: <http://medipe2.psu.ac.th/~disaster/mentalhealth.htm>  
[2551, May 10]
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ. การพยาบาลสาธารณสุขภัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุภา,  
2548.
- วิจิตร จริยเวชวัฒนา. โครงสร้างการจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย ศึกษาเฉพาะกรณีกรม  
ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชา  
รัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- วัชร จามจุรีรักษ์. มหันตภัย TSUNAMI: เราเรียนรู้อะไร. ในรายงานการประชุมวิชาการ  
โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต, หน้า 1-172. กุมภาพันธ์ 2548 ณ โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต  
จังหวัดภูเก็ต.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. 9 in 1 รู้เพื่อเรื่องศัพท์การบริหารธุรกิจ / การบริหารรัฐกิจ.  
กรุงเทพมหานคร: ชีระฟิล์มและไซเท็กซ์, 2542.
- สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- สมศักดิ์ วิวัฒน์อนันต์. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,  
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ ศูนย์กู้ชีพ  
“นเรนทร”โรงพยาบาลราชวิถี. เติร์ยม ER รั้งภัยใหม่ในสิบปีหน้า. ในรายงานการประชุม  
วิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 5, หน้า 179-211. 29 สิงหาคม-2 กันยายน 2548 ณ ห้อง  
ประชุมชั้น 12 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย และ ศูนย์กู้ชีพ  
“นเรนทร”โรงพยาบาลราชวิถี. ทำอย่างไรให้แผนฉุกเฉินดีขึ้น. ในรายงานการประชุม  
วิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 6, หน้า 30-126. 19-23 กุมภาพันธ์ 2550 ณ โรงพยาบาล  
ราชวิถี กรุงเทพมหานคร.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการบริหารจัดการงานสาธารณสุข.  
กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- สุดาพรรณ ชาญจิรา และ วนิตา ออประเสริฐศักดิ์. การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, 2546.

สุพรรณิ โรจนทัฬพะ. แนวทางการฟื้นฟูผู้ประสบสาธารณภัยของกรมประชาสงเคราะห์.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สุวรรณอนุสันติ. Managing stress for nursing student. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย 11(2542): 1-10.

อะเคื่อ อุณหเลขกะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เจ.ซี.ซี.การพิมพ์,  
 2542.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. (ม.ป.ท.), 2546.

อิสระ สุวรรณบด. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณภัย. กรุงเทพมหานคร:  
 สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2540.

### ภาษาอังกฤษ

Akbari, F. & Asadi, L. The devastation of bam: an overview of health issues 1 month after the  
 earthquake. Journal of The Royal Institute of Public Health 118 (2004): 403-408.

Bettina, M.S. The national disaster medical system-America's medical readiness force. Disaster  
management & response 11 (April 2005): 53-56.

Drew, N. The interviewer's experience as data in Phenomenological research. Western  
Journal of Nursing Research 11 (April 1989): 431-439.

Ghee, S.L. & Richard, L.D. The leadership experience in Asia. Singapore: Thomson, 2004.

Holloway, I. & Wheeler, S. Qualitative research for nurse. Great Britain: Blackwell Science,  
 1996.

Jasper, M. A. Issues in phenomenology for researchers of nursing. Journal of Advanced  
Nursing 19(1994): 309-314.

Koch, T. Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger.  
Journal of Advanced Nursing 21(1995): 827-836.

Langan, J.C. & James, D.C. Preparing nurses for disaster management. Canada: Pearson  
 Prentice Hall, 2005.

Leonard, V. W. A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of person.  
Journal of Advanced Nursing 11(1989): 40-45.

Mana, L.H.& Robert, J.T. Medical reserve corps: Strengthening public health and improving  
 preparedness. Disaster management & response 11 (April 2005): 48-52.

- Margalit, G., et al. Recommendations for nursing requirements a field hospital, based on the Israel defense forces field hospital at the earthquake disaster in Turkey-August 1999. Accident and Emergency Nursing [Online]. 2002. Available from: <http://www.sciencedirect.com> [2004, Nov 26]
- Mary, P.C.; Angela, M.& Roberta, P. L. The national response plan: Health and human services the lead for emergency support. Diaster management & response 11 (April 2005): 34-40.
- Omery, A. Phenomenology: A method for nursing research. Advances in Nursing Science 5(1983): 49-63.
- Omery, A., and Mark, C. Phenomenology and science. Search of Nursing Science. Thousand Oaks: Sage, 1995.
- Rivera, A.F. and Char, D. M. Emergency department disaster preparedness: identifying the barriers. Annal of Emergency Medicine [Online]. 2004. Available from: <http://www.sciencedirect.com> [2004, Nov 11]
- Sanders, A. J. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. Nurse Education in Practice [Online]. 2004. Available from: <http://www.sciencedirect.com> [2004, Nov 10]
- Sim & Mackie. The Asian Tsunami remembered. Journal of The Royal Institute of Public Health. 119 (2005): 345-346.
- Sharon, S.C. Field observations: Disaster medical assistance team response for hurricane Charley, Gorda, Florida, August 2004. Diaster management & response 11 (January 2005): 22-27.
- Stephen, C.W. & Bruce, J.B. The treat of communicable diseases following natural disaster: A public health response. Diaster management & response 11 (April 2005): 41-47.
- Streubert, H. J. and Carpenter, D. R. Qualitative research for nurse: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- WHO. Three months after the Indian Ocean earthquake-tsunami [online]. 2005. Available from: [http://www.who.int/hac/crises/international/asia\\_tsunami/3months/report/en/index.html](http://www.who.int/hac/crises/international/asia_tsunami/3months/report/en/index.html) [2005, june10]



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ

### เรื่อง

### ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ

แนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์ และผู้ให้ข้อมูล มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

#### 1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

- 1.1 บอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูล
- 1.2 พுகุยซักถามถึงเรื่องต่างๆ ไปก่อนเพื่อสร้างความคุ้นเคย
  - 1.2.1 ปัจจุบันคุณปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย / หน่วยงานไหน...หน่วยงานนี้เป็นอย่างไร
  - 1.2.2 พักที่ไหน ถามเกี่ยวกับความสะดวกสบาย
  - 1.2.3 ความสะดวกในการเดินทางมาปฏิบัติงานเป็นอย่างไร
- 1.3 ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการทำการบันทึกเทป และจดบันทึกอย่างย่อ

#### 2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยเข้าสู่ประเด็นคำถามเกี่ยวกับความหมายและประสบการณ์การจัดการสาธารณสุข ดังนี้

##### คำถามหลัก

2.1 ถ้าพูดถึงการจัดการสาธารณสุขในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ คุณคิดถึงอะไร / คิดว่าพยาบาลวิชาชีพมีการจัดการสาธารณสุขอย่างไร อะไรบ้าง

2.2 กรุณาเล่าให้ฟังว่าในเหตุการณ์ธรณีพิบัติคลื่นสึนามิ คุณมีการจัดการสาธารณสุขอย่างไร คุณทำอะไรบ้าง

##### คำถามรอง

2.2.1 แต่ละระยะของการเกิดสาธารณสุข คุณจัดการ / ปฏิบัติงานมีความแตกต่างกันหรือไม่...(ถ้าแตกต่าง) มีความแตกต่างกันอย่างไร

2.2.2 เมื่อเล่าถึงสิ่งที่ทำ ทำไมคุณจึงตัดสินใจปฏิบัติอย่างนั้น เพราะอะไร ทำแล้วเกิดอะไรขึ้น และรู้สึกอย่างไรหลังจากทำเสร็จแล้ว

##### คำถามหลัก

2.3 ในฐานะที่คุณได้จัดการสาธารณสุขในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ กรุณาเล่าถึงความคิด / ความรู้สึกของคุณว่า คุณคิด / คุณรู้สึกอย่างไรกับการจัดการสาธารณสุขที่เกิดขึ้น



### คำถามรอง

- 2.3.1 เพราะเหตุใดคุณถึงคิด / รู้สึกอย่างนั้น...
- 2.3.2 คุณคิดว่าความคิด / ความรู้สึกที่คุณกล่าวถึงมีผลต่อการจัดการสาธารณสุขของคุณหรือไม่ อย่างไร...
- 2.3.3 (ถ้าส่งผลดี / เสีย) ควรได้รับการสนับสนุนอย่างไร...และจากใคร.../ แล้วได้แก้ไขหรือไม่ อย่างไร...

### 3. ขั้นตอนการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถาม หรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม มีแนวคำถามดังนี้

- 3.1 คุณต้องการจะเล่าถึงการจัดการสาธารณสุขในเรื่องอื่นๆที่คิดฉัน (ผู้วิจัย) ไม่ได้ถามหรือไม่ อย่างไร...
- 3.2 คุณต้องการซักถามฉัน (ผู้วิจัย) หรือไม่...

ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนาครั้งนี้  
นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยให้คำชี้แจงแก่พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขในเหตุการณ์สึนามิ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพังงา ดังนี้

1. แนะนำตัว สถานภาพการเป็นนิสิต การวิจัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
2. อธิบายวัตถุประสงค์ เหตุผลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับเลือกเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูล และความสำคัญของการได้ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย
3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประเด็นที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา สถานที่ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์โดยประมาณ การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
4. อธิบายข้อความในคำพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล
5. สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จึงให้เซ็นต์ยินยอม และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวปรารถนา ขามานนท์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล ขณะนี้กำลังทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการ สาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา และคาดว่าผล การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารการศึกษา และผู้บริหารการพยาบาลที่จะเตรียม ความพร้อมในการจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ

ท่านเป็นบุคคลที่สามารถให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีจะ เป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการจัดการ สาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ จึงขอ อนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่ เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะอธิบายให้เข้าใจ ท่านมี สิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิก ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

.....  
(นางสาวปรารถนา ขามานนท์)

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....



### แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../..... เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.

สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	การให้รหัส

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ	สถานภาพสมรส	ตำแหน่งพยาบาล	หน่วยงาน	ประสบการณ์การทำงาน(ปี)	ระดับการศึกษา
รายที่ 1	36	โสด	ประจำการ	ฉุกเฉิน	14	ปริญญาตรี
รายที่ 2	29	โสด	ประจำการ	ฉุกเฉิน	7	ปริญญาตรี
รายที่ 3	46	โสด	หัวหน้าหอ	ฉุกเฉิน	24	ปริญญาโท
รายที่ 4	54	โสด	หัวหน้าหอ	สูติกรรม	32	ปริญญาตรี
รายที่ 5	24	โสด	ประจำการ	ฉุกเฉิน	2	ปริญญาตรี
รายที่ 6	36	คู่	ประจำการ	ศัลยกรรม	14	ปริญญาตรี
รายที่ 7	54	คู่	หัวหน้าหอ	ผู้ป่วยนอก	32	ปริญญาตรี
รายที่ 8	49	คู่	หัวหน้าหอ	กุมารฯ	27	ปริญญาตรี
รายที่ 9	36	คู่	ประจำการ	ฉุกเฉิน	14	ปริญญาตรี
รายที่ 10	52	คู่	หัวหน้าหอ	พิเศษรวม	30	ปริญญาตรี
รายที่ 11	38	โสด	ประจำการ	ศัลยกรรม	16	ปริญญาตรี
รายที่ 12	38	คู่	ประจำการ	อายุกรรม	16	ปริญญาตรี
รายที่ 13	40	โสด	ประจำการ	สูติกรรม	18	ปริญญาตรี
รายที่ 14	36	คู่	ประจำการ	กุมารฯ	14	ปริญญาตรี
รายที่ 15	35	โสด	ประจำการ	ห้องผ่าตัด	13	ปริญญาตรี
รายที่ 16	41	คู่	ประจำการ	อายุกรรม	19	ปริญญาตรี
รายที่ 17	51	คู่	หัวหน้าหอ	อายุกรรม	29	ปริญญาตรี
รายที่ 18	50	คู่	หัวหน้าหอ	ศัลยกรรม	28	ปริญญาตรี
รายที่ 19	48	โสด	หัวหน้าหอ	ศัลยกรรม	26	ปริญญาตรี

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวปรารถนา ยามานนท์ เกิดวันที่ 18 เมษายน พ.ศ.2518 ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด เพชรบุรี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำเร็จเมื่อปีการศึกษา 2540 หลังจากนั้นเข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพระดัด 3 ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่ประจำตึกอายุรกรรมชาย 1 เป็นระยะเวลา 5 ปี จากนั้นย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ประจำตึกอายุรกรรมพิเศษ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพพระดัด 6ว (ด้านการพยาบาลทั่วไป)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย