

การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ



นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT FOR THE ELDERLY

Miss Nittaya Choketaweepanich



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับ
ผู้สูงอายุ

โดย

นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์

สาขาวิชา

การบริหารการพยาบาล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นิตยา โชคทวีพานิชย์ : การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ.
(A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT FOR THE ELDERLY) อ.ที่
ปริญญาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 188 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 คน อาจารย์พยาบาล 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน และผู้ที่มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 รอบ รวมจำนวน 161 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติคือ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย การจัดการ 4 ระยะ 13 ด้าน จำนวนทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด 38 ข้อรายการ และระดับมาก 9 ข้อรายการ การจัดการดังกล่าวระบุได้ ดังนี้

1. ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ จำนวน 3 ด้าน 13 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ และด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ จำนวน 3 ด้าน 11 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร และด้านการเตรียมความพร้อมชุมชน
3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ จำนวน 5 ด้าน 15 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการควบคุมการติดเชื้อ ด้านการประเมินและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่าย ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ
4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ จำนวน 2 ด้าน 8 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477171136 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: DISASTER / NURSING MANAGEMENT / THE ELDERLY

NITTAYA CHOKETAWEEPANICH: A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT FOR THE ELDERLY. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D.. R.N., 188 pp.

The purpose of this research was to study disaster nursing management for the elderly. A Delphi technique was applied. Twenty experts including 4 nursing administrators, 5 staff nurses, 4 nurse instructors, 4 medical physicians and 3 stakeholders were participated in this research. The instruments were developed by the researcher, including (1) semi-open ended form of questionnaires/ interview, the experts were asked to describe the disaster nursing management for the elderly. (2) and (3) a questionnaire with 5-scale rating scores. The data was collected 3 times within 161 days. The content analysis was used. The statistics were median and inter-quartile range.

The results revealed that the disaster nursing management for the elderly, according to the congruent opinion of the experts, included 4 phase, 13 domains, 47 items. Only 38 items were evaluated as the most essential, while the rest 9 items as essential. It can be indicated as follows:

1. Prevention and Mitigation Phase: included 3 domains, composed of 13 items. The domains are to educate the elderly and / or caregiver to deal with the disaster, to assess the risk of disaster and to promote and restore the health of the elderly.

2. Preparedness Phase: included 3 domains, composed of 11 items. The domains are preparedness the nursing personnel, preparedness and distributing resources, and preparedness community.

3. Response Phase: included 5 domains, composed of 15 items. The domains are controlling the infection, assessing and systeming the elderly data, coordinating and referral network, primary care and assessing disaster situations.

4. Recovery Phase: included 2 domains, composed of 8 items. The domains are physical and mental health rehabilitation and environmental management.

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้คำแนะนำ และ ข้อคิดเห็น อันเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้แนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์ได้มอบให้ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย และสำนึกในพระคุณครั้งนี้เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เป็นอย่างสูงที่ กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือ เป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะต่างๆตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่อนุญาติให้เข้ารับ การศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาสับสนุนทุนการ วิจัยบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. แผนนโยบายภัยพิบัติระดับชาติ.....	11
2. ภัยพิบัติ.....	14
3. การจัดการภัยพิบัติ.....	21
4. การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ.....	34
5. เทคนิคเดลฟาย.....	44
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	51
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	61
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	64
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	74
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	75

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
สรุปผลการวิจัย	82
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	97
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	97
รายการอ้างอิง	98
ภาคผนวก.....	112
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ.....	113
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	135
ภาคผนวก ค หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ	148
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	154
ภาคผนวก จ การบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม กับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1	161
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญใน รอบที่ 1-3.....	168
ภาคผนวก ช ตัวอย่างการคำนวณค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัย	176
ภาคผนวก ซ ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ.....	179
ภาคผนวก ฌ ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ	186
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	188

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การคัดกรองผู้สูงอายุ โดยใช้ SWiFT.....	38
ตารางที่ 2	การลดลงของขนาดความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ	46
ตารางที่ 3	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม.....	48
ตารางที่ 4	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ	63
ตารางที่ 5	จำนวนร้อยละของคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านวุฒิ การศึกษาสูงสุด และหน่วยงานที่สังกัด	63
ตารางที่ 6	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยรวม.....	76
ตารางที่ 7	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	77
ตารางที่ 8	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ .	78
ตารางที่ 9	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ.....	79
ตารางที่ 10	ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ.....	80

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 60



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 แสดงวงจรวัฏจักรของภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติ (Disaster cycle and Disaster management) (ที่มา: กระทรวงมหาดไทย, กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2548; 3) 33



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันภัยพิบัติมักเกิดขึ้นบ่อยทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ภัยพิบัติตามธรรมชาติ หรือภัยพิบัติที่มนุษย์เป็นผู้ก่อขึ้น (Bistaraki, Waddington, & Galanis, 2011) ศูนย์ลดภัยพิบัติแห่งเอเชีย (Asian Disaster Reduction Center: ADRC) ระบุว่า ทวีปเอเชียเกิดภัยพิบัติสูงกว่าทวีปอื่นๆ โดยมากถึงร้อยละ 73 เนื่องจากมีภูมิประเทศตั้งอยู่บริเวณวงแหวนแห่งไฟ (ring of fire) ทำให้แผ่นดินไหวและพายุไต้ฝุ่นมีความรุนแรงมากขึ้น สถิติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทวีปเอเชียเกิดภัยพิบัติธรรมชาติโดยเฉลี่ย 160 ครั้งต่อปี (Sanker, Nakano, & Shiomi, 2007; Jean-Michel, Olivier, Regina, Debarati, & Sylvain, 2008 และ ESCAP & UNISDR, 2012) เช่น พ.ศ. 2545 เกิดภัยแล้งที่ประเทศอินเดีย พ.ศ. 2546 เกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศอิหร่านและเกิดน้ำท่วมที่จีน พ.ศ. 2547 เกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศอินโดนีเซีย ญี่ปุ่นและศรีลังกา พ.ศ. 2548 เกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศปากีสถาน อินโดนีเซีย เกิดน้ำท่วมที่จีนและอินเดีย พ.ศ. 2550 เกิดแผ่นดินไหวที่ประเทศญี่ปุ่นและน้ำท่วมที่จีน และพ.ศ. 2551 เกิดพายุที่ประเทศพม่าและแผ่นดินไหวที่จีน พ.ศ. 2554 เกิดพายุที่ประเทศฟิลิปปินส์ โรงไฟฟ้านิวเคลียร์ระเบิดสารกัมมันตรังสีรั่วไหลที่ประเทศญี่ปุ่น เกิดแผ่นดินไหวที่กัมพูชา ญี่ปุ่น และน้ำท่วมที่ประเทศไทย ซึ่งในแต่ละครั้งก่อให้เกิดความสูญเสียราวหมื่นล้านถึงแสนล้านเหรียญสหรัฐ (EM-DAT, 2009 A) และมีประชาชนเสียชีวิตหลายหมื่นแสนคน โดยพบว่าในทวีปเอเชียมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากภัยธรรมชาติเพิ่ม ขึ้นจากเกณฑ์เฉลี่ยพ.ศ. 2544-2553 ที่ร้อยละ 62.48 เป็นร้อยละ 89.20 ในปีพ.ศ. 2554 ขณะที่ทวีปอื่นมีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง และจากสถิติยังพบว่าเกิดน้ำท่วมบ่อยกว่าภัยชนิดอื่น (ISDR, USAID & CRED, 2011)

ประเทศไทยเกิดภัยพิบัติถี่ขึ้นเช่นกัน ทั้งภัยพิบัติที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติและมนุษย์สร้างขึ้น ดังเช่นปีพ.ศ. 2547 เกิดคลื่น tsunami พ.ศ. 2549 เกิดอุทกภัยและดินโคลนถล่ม พ.ศ. 2550 ไฟไหม้สถานบันเทิง พ.ศ. 2551 เกิดเหตุการณ์วางระเบิดในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2553 เกิดความไม่สงบทางการเมือง จากสถิติ พ.ศ. 2549-2554 มีภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตรายเกิดขึ้น 32, 36, 28, และ 75 ครั้งตามลำดับ มีอุทกภัยเกิดขึ้น 6, 13, 6 และ 5 ครั้งตามลำดับ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2553 ก) โดยเฉลี่ย พ.ศ. 2532-2554 เกิดอุทกภัย 60 จังหวัดในแต่ละปี และเพิ่มถึง 74 จังหวัดในพ.ศ. 2553 มูลค่าความเสียหาย 16,338 ล้านบาท (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2553 ข) โดยพบว่าสาเหตุของภัยพิบัติเกิดจากภัยแล้งบ่อยที่สุด แต่ที่ทำให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตมากที่สุดคือจากแผ่นดินไหวในปีพ.ศ. 2547 ส่วนที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจมากที่สุดคือน้ำท่วมใหญ่ในปี 2554 คิดเป็นมูลค่ากว่าพันล้านเหรียญสหรัฐ (EM-DAT, 2009 B) ส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกเพศวัยรวมทั้งผู้สูงอายุด้วย

ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติมีความเปราะบาง ต้องสนใจและดูแลเป็นพิเศษเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ (National Center for Health Statistics, 2005) ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ การเจ็บป่วย การใช้ยา ข้อยกจำกัดทางสังคม เศรษฐกิจ และการปรับตัว เป็นจุดอ่อนของผู้สูงอายุที่ทำให้ไม่สามารถเตรียมป้องกันภัยพิบัติได้เพียงพอ (Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002) และส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าจะต้องเตรียมตัวรับภัยพิบัติอย่างไร (Rosenkoetter,

Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich, 2007) ทำให้ได้รับการบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (AARP, 2006) เข้าไม่ถึงการช่วยเหลือและถูกเลือกปฏิบัติ (วิริยะ นามศิริพงศ์พันธ์, 2554) อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาไม่มีรายได้ประจำ (HelpAge International, 2004 b) ขาดอาชีพและรายได้ เมื่อเกิดภัยพิบัติ ทำให้ตกอยู่ในสภาพวิโหฬาร ความเป็นอยู่ยากลำบาก ขาดผู้ดูแล การช่วยเหลือไม่ทั่วถึง (เดลินิวส์, 2554; HelpAge International, 2002) ไม่มีที่พักที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (Hutton, 2008) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคเมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในวัยชรา ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติต้องการการวางแผน การเตรียมเครื่องมือ เตรียมความพร้อม และกลยุทธ์การป้องกันร่วมกับการจัดบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติได้ (Aldrich & Benson, 2008) โดยแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรมีการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการระบุความต้องการของผู้สูงอายุ ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ คำนึงถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การเข้าถึงการบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงคำนึงถึงด้านสังคม จิตใจและความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุ (HelpAge International, 2000) จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สนับสนุนการทำงานเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ส่งเสริมครอบครัวเข้มแข็งและศักยภาพชุมชน (HelpAge International & UNHCR, 2012) จึงควรมีการพัฒนากระบวนการเตรียมความพร้อมที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบที่พัก การเคลื่อนย้าย การจัดการความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการละเมิดต่อผู้สูงอายุ การฝึกอบรมพยาบาล การประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนเกิดภัยพิบัติและหลังเกิดภัยพิบัติ รวมถึงพยาบาลควรเป็นผู้นำการพัฒนา นโยบายการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีโอกาสเกิดภัยพิบัติในระดับชุมชน (Cloyd, & Dyer, 2010) มีการแปลงแผนงานหลักสู่การปฏิบัติ การเตรียมตัวผู้สูงอายุ เตรียมทรัพยากร เตรียมเครือข่ายอาสาสมัคร มีแผนที่ชุมชน ผูกซ่อมแผนอพยพ การรักษาพยาบาล การประเมินผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ จัดหาอาหารเหมาะสม ที่พัก เป็นสัดส่วน ระบบการสื่อสารและติดตาม การประเมินเพื่อปรับแผนเป็นระยะ ตลอดจนการควบคุมการติดเชื้อ (Gibson, & Hayunga, 2006) มีการวางแผนสำหรับผู้สูงอายุก่อนเกิดภัยพิบัติ แนะนำผู้สูงอายุให้เตรียมความพร้อมทรัพยากรของใช้ ยา ให้เพียงพอพร้อมใช้ มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รวมถึงชุมชนสามารถร่วมดูแลผู้สูงอายุได้ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ช่วยอพยพ ป้องกันการละเมิดต่อผู้สูงอายุ และมีการติดตามที่เหมาะสม (Banks, 2013)

ผลกระทบจากภัยพิบัติทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2004; HelpAge International, 2004 b และ Saliba, Buchanan, & Kington, 2004) มีแนวโน้มที่จะแสวงหาความช่วยเหลือทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (Adams, Ford, & Dailey, 2004) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ การหาแหล่งช่วยเหลือขณะเกิดภัยพิบัติ และปัญหาด้านเศรษฐกิจหลังจากประสบภัยพิบัติ (Pekovic, Seff, & Rothman, 2007) ระบบการบริการ การเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการจัดการที่พิกให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการประเมินที่เฉพาะกับผู้สูงอายุ (Vest & Valadez, 2006) ผู้สูงอายุมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ เป็นปอดบวม และมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถอพยพออกจากพื้นที่เกิดภัยพิบัติได้ (Kumaresan, 2011) ได้รับการบาดเจ็บจากภัยพิบัติทำให้มีความพิการ (CDC, 2004)

ปัญหาจากการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติคือ หลักการคัดกรอง แผนดำเนินการช่วยเหลือ ทรัพยากรที่มีจำกัด ประกอบกับการเลือกปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ที่เน้นให้การช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสรอดสูงสุดก่อน และการช่วยเหลือไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ (Adams, Ford, & Dailey, 2004) การช่วยเหลืออพยพที่ล่าช้า ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการตื่นกลัวและสับสน (Lach, Langan, & James, 2005) และมีภาวะเครียดหลังประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติ (post-traumatic stress disorder: PTSD) (เจน บัญไพรัตน์สกุล, 2552 และ Langer, 2004) ทำให้อัตราการตายใน 1 ปีต่อมาสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (Adams, Kaufman, Hattum, & Moody, 2011) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เต็มใจที่จะย้ายออกจากพื้นที่เสี่ยงภัยหากได้รับคำแนะนำข้อมูลเรื่องความเสี่ยงอันตรายอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการเตรียมการเรื่องอาหาร น้ำและที่พักที่เหมาะสมปลอดภัยไว้ (Smith, 2006 และ Gray-Graves, Turner, & Swan, 2011) ได้รับทราบข้อมูลที่เพียงพอประกอบกับมีความไว้วางใจและความเชื่อถือต่อเจ้าหน้าที่ (Rosenkoetter, Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich, 2007)

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหรือรูปแบบอย่างชัดเจน เป็นการจัดการแบบโดยรวม แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยใช้ประสบการณ์ตรงเป็นหลัก ประกอบกับใช้ประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติ จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือ และเกิดความสับสนระหว่างบุคลากรซึ่งรวมถึงพยาบาล (พุลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์, และนิลกุล รุจิระประเสริฐ, 2555) ละเลยการป้องกันก่อนเกิดภัยในระดับจังหวัดและท้องถิ่น การเตือนภัยล่าช้า ไม่ให้ข้อมูลที่แท้จริง ประชาชนขาดความรู้ในการป้องกันตนจากภัยพิบัติ และไม่ตระหนักถึงวัฒนธรรมความปลอดภัย ไม่นำข้อมูลเดิมมาวิเคราะห์เพื่อดำเนินการป้องกันและวางแผนแก้ไขปัญหาล่วงหน้า ไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการภัยพิบัติที่แน่นอนตายตัว จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินการจัดการภัยพิบัติ แก้ไขปัญหาไม่ตรงกับความต้องการของผู้ประสบภัยพิบัติ (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2553; สศช., 2554; ทวีดา กมลเวช, 2554 และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2555 ข) อีกทั้งมีข้อจำกัดที่ไม่มีการวางแผนการช่วยเหลือ ไม่มีการจัดระบบการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรของใช้จำเป็น และบุคลากรพยาบาล ไม่มีการเตรียมตัวผู้สูงอายุและชุมชน เมื่อเกิดภัยพิบัติไม่ได้ใช้การประเมินผู้สูงอายุโดยเฉพาะ พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาและอุปสรรคในทุกระยะของภัยพิบัติ กล่าวคือ แผนรับมือภัยพิบัติของรัฐบาลและองค์กรทางสังคมที่มีอยู่ยังสะท้อนความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุไม่มากพอ ขาดการเตรียมความพร้อมด้านนโยบายและโครงการเพื่อรองรับประชากรวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาและดำเนินการตามแผนการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติไม่ได้ตระหนักถึงผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง ไม่มีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้มแข็ง รวมถึงปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องการการเอาใจใส่เป็นพิเศษในช่วงเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ จากเหตุการณ์อุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุจำนวนมากปฏิเสธการอพยพจากบ้านแม้มีอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากเป็นห่วงทรัพย์สิน กังวลว่าจะสูญเสียบ้านที่อยู่อาศัยและชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพและการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือช่วยเหลือตนเองได้ จึงเสียชีวิตขณะเกิดภัยพิบัติ แม้กระทั่งหลังเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงแหล่งช่วยเหลือ ไม่มีรายได้ที่แน่นอน ไม่มีความมั่นคงในชีวิต ไม่สามารถกู้ยืมเงินจากแหล่งการเงินได้ ส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (มุลนิธิศุณย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย, 2556) พบปัญหาการขาดแคลนน้ำ อาหาร ยา การคมนาคมถูกตัดขาด ผู้สูงอายุไม่สามารถออก

จากพื้นที่ได้ ประกอบกับการเจ็บป่วยและความจำกัดด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องการพาหนะและการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (ศูนย์ข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย, 2554) หรือกลายเป็นผู้ถูกทอดทิ้ง (อำนาจ ตรีนารัตน์, 2554) บาดเจ็บจากถูกสัตว์มีพิษที่หนีน้ำมาทำร้าย (กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุก แก้วเจริญตา และทิมวิจิัย คปสอ.ลับแล, 2550) พลัดหลงจากถิ่นที่อยู่ (มูลนิธิกระจกเงา, 2554 และ WHO, 2010) ในขณะที่ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ต้องการออกจากพื้นที่เนื่องจากมีความผูกพันกับชุมชน ห่วงทรัพย์สินและสัตว์เลี้ยง จึงไม่ต้องการให้ช่วยย้ายออกจากที่พัก แต่ต้องการให้ช่วยสนับสนุนให้สามารถปรับตัวอยู่ในพื้นที่ประสบภัยพิบัติได้ (ยุกติ มุกตาวิจิตร, 2555) หรือบางพื้นที่เกิดเหตุเป็นประจำจนเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (สุวรรณภรณ์ โพธิ์รัมย์, 2555) ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือที่เฉพาะจากผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาล การจัดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองได้สอดคล้องตรงกับความต้องการที่เฉพาะของผู้สูงอายุ พยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการจัดการพยาบาลทุกระยะของการเกิดภัยพิบัติ แต่ไม่ค่อยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับภาวะภัยพิบัติ มีแต่เพียงการฝึกซ้อมรับอุบัติเหตุหมู่ในหน่วยงานซึ่งก็จำกัดอยู่เพียงหน่วยงานด้านฉุกเฉินเท่านั้น ไม่มีการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลทั่วไป (พูลสุข ศิริพูล และ สุพัฒน์นา ศักดิชฐานนท์, 2555) เมื่อพิจารณาด้านหลักสูตรการศึกษาของพยาบาลไทย พบว่า การเตรียมพยาบาลในระบบการศึกษาของประเทศไทย มีการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติเพียงบางสถาบัน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการรองรับการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และเมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไประดับปริญญาตรีตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในประเทศไทยกับสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัยของสภาพยาบาลสากล (International Council of nurses : ICN, 2009) พบว่า สภาการพยาบาลมีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไปที่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะภัยพิบัติของ ICN ทั้ง 4 ระยะ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ (พูลสุข ศิริพูล, สุพัฒน์นา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลุบล รุจิระประเสริฐ, 2555) การที่พยาบาลไม่รู้ถึงการจัดการการพยาบาล การวางแผนและการบริหารทรัพยากร ไม่ทราบบทบาทของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ย่อมส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณภรณ์ โพธิ์รัมย์ (2555) ที่ศึกษาเรื่องวิกฤติมหาอุทกภัยกับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าของในดูยังชีพไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กล่าวคือ อาหารแข็ง รสเค็ม ของบางอย่างไม่ได้ใช้ เช่น ผ่าอนามัย รวมทั้งสวมลายน้ำทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเวียนศีรษะ การศึกษาของ Saliba, Buchanan, & Kington (2004) พบว่าแผนภัยพิบัติในสถาน พยาบาลไม่มีความชัดเจน ไม่มีแผนการย้ายกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ขาดยานพาหนะเคลื่อนย้าย ขาดบุคลากรและอุปกรณ์การช่วยเหลือ มีอุปสรรคด้านการขนส่งลำเลียงยา การรักษา การสื่อสารฉุกเฉิน รวมถึงน้ำและเชื้อเพลิงเครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่เพียงพอ ในลักษณะเดียวกับการศึกษาของ Klima, et al. (2012) ที่ศึกษาการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในโรงพยาบาล ผลพบว่าไม่มีโรงพยาบาลใดเลยที่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ พบปัญหาหลายด้าน ซึ่งรวมถึงการสื่อสาร การปนเปื้อน ขาดระบบและเครื่องมือที่ใช้ติดตามทรัพยากร ขาดความรู้ในการทำงานร่วมกัน บุคลากรไม่เพียงพอ โครงสร้างระบบการสั่งการ และการศึกษาของ Nates, & Moyer (2005) ที่พบว่าขาดการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่

ICN (2009) ได้กล่าวว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติมี 4 ระยะคือ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะ

ฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ โดยให้ความสำคัญกับระยะแรกและระยะที่ 2 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังไม่เกิดภัยพิบัติ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในทุกระยะของภัยพิบัติ ตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติจนถึงหลังเกิดภัยพิบัติ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) เรียกชื่อย่อว่า SWIFT (the Seniors Without Families Team) มีการประเมิน 3 ด้านคือปัญหาสุขภาพและการรับรู้ การใช้ยาและความต้องการการบริการทางสังคม และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ใช้ในการแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลรู้ถึงวิธีการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการหาคำตอบเรื่องเชิงอนาคต ซึ่งสามารถหาได้หลายแบบ เช่น การสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญโดยเทคนิควิธีเดลฟาย การจัดทำ focus group การระดมสมอง brain storming หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก In-depth interview แต่เนื่องจาก focus group และวิธีอื่นๆ มีจุดอ่อนที่ผู้เชี่ยวชาญต้องใช้เวลาตรงกันในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การหาคำตอบด้วยเทคนิควิธีเดลฟาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องให้ข้อมูลในเวลาเดียวกัน สามารถแสดงความคิดเห็นของตนอย่างอิสระได้เต็มที่ โดยไม่มีการเผชิญหน้ากัน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เทคนิควิธีนี้

จากสถานการณ์ปัญหาและเหตุผลดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ ICN (2009) และใช้การประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ SWIFT ตามแนวคิดของ Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) ด้วยการใช้เทคนิคเดลฟาย โดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านภัยพิบัติในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับพยาบาลระดับปฏิบัติการใช้ในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบเดลฟาย เป็นการหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ และรวบรวมข้อมูลซ้ำๆ โดยผู้เชี่ยวชาญ
2. แหล่งข้อมูลในการวิจัยนี้ คือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการในภาวะภัยพิบัติ ตัวอย่างของผู้เชี่ยวชาญ ใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
3. ตัวแปรที่ศึกษาคือ การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลระดับปฏิบัติการ

4. การเก็บข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์ 7 คน ส่งจดหมายให้เขียนตอบแบบสอบถาม 12 คน และส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) 1 คน มีการโทรศัพท์สอบถามเพิ่มเติม เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ในรายที่เขียนตอบแบบสอบถามและตอบทาง e-mail

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติในการวางแผน ประเมิน จัดระบบ และจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ต่อเนื่องให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่เกิดภัยพิบัติ ใช้แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติของ ICN (2009) มี 4 ระยะ คือระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ และใช้แบบประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่เรียกว่า SWiFT ตามแนวคิดของ Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) ในระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ เพื่อประเมินคัดแยกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม ทำให้เกิดความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ ทั้งยังช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ลดผลกระทบของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี รวมทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

ระยะที่ 1 การจัดการพยาบาลระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแล ให้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติให้แก่ผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถเตรียมการพร้อมรับภัยพิบัติได้ มีการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความแข็งแรง พอช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นได้ มีสภาพจิตใจเข้มแข็งพร้อมรับสถานการณ์ภัยพิบัติ รวมถึงพยาบาลมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ เพื่อรู้ข้อมูลความเสี่ยงของผู้สูงอายุอันนำมาเป็นพื้นฐานในการดำเนินการลดความเสี่ยงภัยพิบัติและลดความรุนแรงของภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) **การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ ประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการลดความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุ ได้แก่การวิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ ระบุผลกระทบของภัยพิบัติที่มีต่อผู้สูงอายุ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ จัดทำแผนที่บ้านผู้สูงอายุและเครื่องหมายบ่งบอกที่บ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อการช่วยเหลือที่ถูกต้อง รวมถึงระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ โรค และความเจ็บป่วย

2) **การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ** หมายถึง พยาบาลวิชาชีพดำเนินการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลเรื่องการดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ แนะนำการเตรียมการล่วงหน้าก่อนเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ สถานที่พักพิง บุคคลที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่ ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมของใช้ที่จำเป็น ได้แก่ ยา ชื่อยาที่ใช้ประจำ บัตรประชาชน แวนตา เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน สมุดสุขภาพและของใช้ที่จำเป็นอื่นๆ รวมถึงระบุแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้

3) การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ จัดเตรียมความพร้อมญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุให้พร้อมรับภัยพิบัติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามสภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกฝนกล้ามเนื้อผู้สูงอายุให้มีความแข็งแรง ฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายและการทรงตัว ตลอดจนญาติ/ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุเมื่อประสบภัยพิบัติได้

ระยะที่ 2 การจัดการพยาบาลระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติในการจัดเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรต่างๆ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของพยาบาลในการรับมือกับภัยพิบัติ ซึ่งได้แก่ การเพิ่มความรู้ของทรัพยากรบุคคลหรือบุคลากรทางการพยาบาล การจัดเตรียมของใช้ต่างๆให้มีความพร้อมใช้ และการเตรียมชุมชนก่อนเกิดภัยพิบัติ เมื่อเกิดภัยพิบัติจะทำให้สามารถตอบสนองต่อภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้การพยาบาลภัยพิบัติในผู้สูงอายุ แนวทางการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ระบบการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในการจัดการภัยพิบัติที่ผ่านมา มีการฝึกซ้อมและทบทวนแผนป้องกันภัยพิบัติในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

2) การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีการจัดเตรียมสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้ทันเวลาที่ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ของใช้ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุให้มีความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ รวมถึงการจัดเตรียมสถานที่พักพิงที่เหมาะสมปลอดภัยกับผู้สูงอายุ

3) การเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพดำเนินการส่งเสริมให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ มีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้นได้ สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จัดให้มีการซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในพื้นที่ และผลักดันให้มีการจัดทำข้อมูลผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในพื้นที่เพื่อสะดวกใช้ติดต่อในยามจำเป็น

ระยะที่ 3 การจัดการพยาบาลระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ โดยใช้แนวการประเมินตามแบบประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติของ Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District (2006) ที่เรียกว่า SWIFT เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติอย่างรวดเร็วเหมาะสม การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักการควบคุมการติดเชื้อ คำนึงถึงการเข้าถึงการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ลดความสูญเสียและความรุนแรงที่จะเกิดแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1) การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และปรับเปลี่ยนแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลง

2) การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้านจิตใจ โรคประจำตัว ภาวะพึ่งพิง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้จ่ายประจำ การติดต่อญาติ แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติตามความรุนแรง/เร่งด่วนในการต้องการความช่วยเหลือ และจัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

3) การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางประสานงานและส่งต่อเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหา และให้การดูแลรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานตามความรุนแรงของปัญหาของผู้สูงอายุ โดยการคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ สิทธิของผู้สูงอายุ และจัดระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการ

5) การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพยึดหลักสะอาดปราศจากเชื้อในการปฏิบัติพยาบาล ติดตามเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ อีกทั้งให้คำแนะนำผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลให้ปฏิบัติตามหลักป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ

ระยะที่ 4 การจัดการพยาบาลระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพจัดให้มีกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ และบูรณะสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ให้มีความเหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1) การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ สนับสนุนการดูแลฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ออกเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมทั้งติดตามผู้ที่มีโรคเรื้อรังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการประสานแหล่งประโยชน์เข้าให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ

2) การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประเมินสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ให้คำแนะนำแก่ญาติและ/หรือผู้ดูแลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอันส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ประสานงานกับผู้นำชุมชนรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและแหล่งประโยชน์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมปลอดภัยกับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

2. ภัยพิบัติ หมายถึง ภัยหรืออันตรายที่มีสาเหตุจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความสูญเสียกับคนหมู่มาก ทั้งชีวิต ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ มีความรุนแรงเกินกว่ากำลัง

ความสามารถของแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ประสบภัยพิบัติจะให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วนแก่ผู้ประสบภัยได้ ต้องขอความช่วยเหลือจากแหล่งภายนอก

3. ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้มุมมองที่มีความหลากหลายและครอบคลุม ผู้เชี่ยวชาญจึงประกอบด้วยจำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ผู้บริหารการพยาบาล หมายถึง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านบริหาร มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย หรือมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดนโยบายในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ รวมทั้งมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดเตรียมการพยาบาลสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ เช่น หัวหน้าพยาบาล ผู้สั่งเตรียมการในภาวะภัยพิบัติ หรือมีประสบการณ์จัดการพยาบาลในงานภัยพิบัติ โดยปฏิบัติงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

3.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป จากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลรับรองวิทยฐานะ ร่วมกับมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ยังไม่หมดอายุ และได้รับมอบหมายหน้าที่/มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

3.3 อาจารย์พยาบาล หมายถึง อาจารย์ที่มีประสบการณ์สอนการพยาบาลภัยพิบัติในผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ รวมถึงอาจารย์ที่ได้รับเชิญให้เป็นวิทยากร หรือมีผลงานด้านภัยพิบัติ หรือด้านภัยพิบัติในผู้สูงอายุ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

3.4 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง แพทย์ที่มีประสบการณ์ในงานด้านการสอน หรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

3.5 ผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะเกิดภัยพิบัติ ในที่นี้ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ประธานเครือข่ายผู้สูงอายุ และสมาชิก อบต.

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวปฏิบัติในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรม วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประกอบกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยสรุปเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. แผนนโยบายภัยพิบัติระดับชาติ
 - 1.1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงมหาดไทย
 - 1.2 ยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงสาธารณสุข
2. ภัยพิบัติ
 - 2.1 ความหมายของ “ภัยพิบัติ”
 - 2.2 ระยะเวลาเกิดภัยพิบัติ
 - 2.3 ประเภท/ชนิดของภัยพิบัติ
 - 2.4 ขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติ
 - 2.5 ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศไทยและปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน
 - 2.6 ผลกระทบของภัยพิบัติ
3. การจัดการภัยพิบัติ
 - 3.1 วัตถุประสงค์ของการจัดการภัยพิบัติ
 - 3.2 ความหมายของการจัดการภัยพิบัติ
 - 3.3 ความหมายของการจัดการพยาบาล
 - 3.4 ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ
 - 3.5 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ
 - 3.6 ขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติ
 - 3.7 วิธีจัดการภัยพิบัติ
4. การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.1 ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - 4.2 การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 4.3 การจำแนกประเภทผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 4.4 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 4.5 แนวทางการฟื้นฟูจิตใจและปรับตัวของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 4.6 การเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของผู้สูงอายุ
5. เทคนิคเดลฟาย
 - 5.1 ความหมายและวิธีการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 5.2 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 5.3 ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แผนนโยบายภัยพิบัติระดับชาติ

ประเทศไทยเกิดภัยพิบัติบ่อยขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสียหายหลายด้านและส่งผลกระทบต่อประเทศไทย เศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ความน่าเชื่อถือ รวมถึงสิ้นเปลืองงบประมาณในการปรับปรุงฟื้นฟูสภาพ รัฐบาลจึงได้มีการกำหนดนโยบายเป็นแผนปฏิบัติการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งชาติในเชิงยุทธศาสตร์สำหรับประเทศไทยขึ้น (Strategic National Action Plan (SNAP) on Disaster Risk Reduction for Thailand) และคณะรัฐมนตรีมีความเห็นชอบให้มีแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2552 เพื่อเป็นกรอบให้หน่วยงานทั้งภาครัฐบาล เอกชน องค์กร มูลนิธิต่างๆ สถานศึกษา และประชาชน ได้วางแผนการทำงานประสานกัน เพื่อดำเนินงานป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติทุกระยะ ลดความเสี่ยงและความเสียหายจากภัยพิบัติ ส่งผลให้ทุกกระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานรัฐ รัฐวิสาหกิจ จังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณเพื่อการนี้ โดยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยงานกลางของประเทศ รับผิดชอบการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการบริการการแพทย์และสาธารณสุข จัดทำแผนเตรียมพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข แผนด้านกำลังคนและทรัพยากร ส่วนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่จัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีลักษณะบูรณาการการทำงานไปพร้อมกันในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ โดยจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ทบวง กรม จังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น หน่วยงานระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้บริหารจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ก่อน ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ และรายงานเหตุการณ์ไปยังหน่วยงานในสายการบังคับบัญชาระดับสูง เพื่อจัดตั้งศูนย์อำนวยการจัดการภัยพิบัติมาทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานสนับสนุนของภาครัฐต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำมาตรการเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ประการ ดังนั้นเพื่อให้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและลดขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติ และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะได้กล่าวถึงยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงมหาดไทย และยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มาตรการที่ทั้ง 2 กระทรวงจัดทำขึ้น มีดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือยุทธศาสตร์การป้องกันและลดผลกระทบ ยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน และยุทธศาสตร์การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ ซึ่งในแต่ละยุทธศาสตร์ประกอบด้วยมาตรการต่างๆ ดังนี้ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2552)

1.1.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบ ประกอบด้วยมาตรการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ ทำฐานข้อมูลและเชื่อมต่อระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเมินและจัดทำแผนที่เสี่ยงของภัยพิบัติทุกประเภท จัดทำแผนแม่บทและ

แผนปฏิบัติการของภัยพิบัติทุกประเภท พัฒนาแผนจัดการความเสี่ยงโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน เสริมความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องภัยพิบัติในชุมชน ดำเนินการปรับปรุงระบบนิเวศ ควบคุมโครงสร้างสิ่งปลูกสร้างและสิ่งแวดล้อม ถ่ายทอดความเสี่ยงภัยพิบัติ รวมถึงการทำวิจัยและพัฒนาเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ

1.1.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ โดยมาตรการเตรียมสนับสนุนทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร ปัจจัยสี่และของใช้จำเป็น เตรียมงบประมาณ จัดทำแผนป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติในระดับชาติ ระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร จนถึงระดับชุมชน การฝึกซ้อมใช้แผน จัดทำคู่มือการเผชิญภัยพิบัติ สร้างความพร้อมในชุมชน โดยยึดหลักความหลากหลายของบุคคลด้านวัฒนธรรมประเพณี ศาสนาและภาษา พัฒนาระบบการสื่อสารและการเตือนภัยพิบัติ ระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผู้บาดเจ็บ และทำวิจัยในเชิงป้องกันแก้ไขปัญหา

1.1.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยมาตรการจัดตั้งศูนย์จัดการและประสานการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติทุกระดับ มีการบัญชาการและฝึกซ้อมการกู้ชีพ กู้ภัยทุกระดับต่อเนื่อง มีเครือข่ายประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลภัยพิบัติ การรักษาพยาบาล ช่วยเหลือค้นหาพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล และการจัดการศพ รวมทั้งเชื่อมโยงระบบการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

1.1.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ โดยใช้มาตรการการประเมินความเสียหายในพื้นที่ ประเมินความต้องการเบื้องต้นของผู้ประสบภัยพิบัติ การจัดทำแผนฟื้นฟูพื้นที่และฟื้นฟูผู้ประสบภัยพิบัติ จัดสาธารณูปโภค สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย กับทั้งประสานความร่วมมือกับองค์กรนานาชาติ

แม้ว่าแผนนี้จะเน้นการป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติในเชิงรุก แต่เมื่อได้ประเมินติดตามการจัดการภัยพิบัติ วิเคราะห์จากการปฏิบัติงานทั้งในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ พบว่ายังมีข้อจำกัด คือขาดความสมบูรณ์ของระบบฐานข้อมูล ขาดผู้เชี่ยวชาญ ประชาชนขาดความรู้ ขาดทรัพยากรบุคคลและของใช้ ตลอดจนการทำงานแยกส่วนไม่ประสานกัน จึงเกิดการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2555-2559 ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติมากขึ้น โดยมี 4 ยุทธศาสตร์ คือ พัฒนาศักยภาพการป้องกันและลดภัยพิบัติขององค์กร เพิ่มความสามารถบริหารจัดการภัยพิบัติระดับประเทศ สร้างเสริมเครือข่ายความร่วมมือพัฒนาความสามารถบริหารจัดการภัยพิบัติในระดับพื้นที่ และการพัฒนาระบบช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2555 ข) แผนของปภ.พ.ศ. 2556 เน้นนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุ การฝึกซ้อมแผน ระบบบัญชาการเหตุการณ์ในการจัดการภัยพิบัติ รวมทั้งเตรียมความพร้อมด้านการจัดการภัยพิบัติและภาษาสู่ประชาคมอาเซียน จัดการความเสี่ยงต่อภัยพิบัติมุ่งให้ชุมชนเป็นฐานในการรับมือกับภัยพิบัติ (Community Based Disaster Risk Management: CBDRM) ปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เด็กและเยาวชน ตลอดจนสร้างความพร้อม และประสานคลังข้อมูลภัยพิบัติชาติระหว่างหน่วยงานภายในประเทศกับต่างประเทศ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2555 ก)

การดำเนินการดังกล่าว สอดคล้องกับกรอบดำเนินงาน Hyogo สำหรับการปฏิบัติในปี 2548-2558 (Hyogo Framework for Action: HFA 2005-2015) ที่จัดประชุมรัฐบาล 168 ประเทศทั่วโลกที่เมืองโกเบ จังหวัดเฮียวโกะ ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งข้อตกลงที่ได้ร่วมกันนั้น ให้ความสำคัญกับการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติและเตรียมชุมชนให้พร้อมรับภัยพิบัติ มุ่งเน้นเรื่องการลดความเสี่ยงจากภัย

พิบัติ ส่งเสริมให้ประชาชนรู้ถึงความเสี่ยง สร้างความรู้ความเข้าใจให้เกิดความตระหนัก และเตรียมความพร้อมในการดำเนินการลดความเสี่ยง (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2552)

ต่อมาเมื่อได้ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติทั่วโลก ใช้งบประมาณในการฟื้นฟูจำนวนมาก ทำให้นานาประเทศตระหนักถึงการป้องกันก่อนเกิดภัยพิบัติมากขึ้น จึงเกิดการจัดทำแผนป้องกันความเสี่ยงภัยพิบัติ โดยประเทศไทยก็ได้รับการสนับสนุนจาก UNISDR และศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย: ADPC มีการจัดทำแผนปฏิบัติการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งชาติในเชิงยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2553-2562 ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพตาม HFA โดยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักของชาติในการดำเนินการ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการช่วยเหลือประชาชนและดูแลด้านสุขภาพ ก็มีการดำเนินการในแนวเดียวกัน ซึ่งสามารถแยกมาตรการการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขตาม 4 ยุทธศาสตร์ ได้ดังนี้

1.2 ยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายสาธารณสุขในการรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์เช่นเดียวกับของปก.แต่มีความแตกต่างในแต่ละยุทธศาสตร์ตามขอบเขตของงานดังนี้ คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1.2.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบ โดยใช้มาตรการการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการจัดการภัยพิบัติกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระบุความเสี่ยงต่อภัยพิบัติของสถานบริการสุขภาพ ระบุแหล่งงบประมาณและดำเนินการแก้ไขปรับปรุง พัฒนาระบบข้อมูลและระบบการเตือนภัยพิบัติ จัดเตรียมแผนการแพทย์และสาธารณสุข จัดระบบยา/เวชภัณฑ์ เสริมความรู้การดูแลผู้ประสบภัยพิบัติเบื้องต้นด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานบริการสาธารณสุข รวมทั้งทบทวนกฎหมายที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ตลอดจนเสริมความรู้ให้บุคลากรและคนในชุมชน

1.2.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ โดยมาตรการจัดทำระบบสั่งการแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข เตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและของใช้ จัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรต่างๆอย่างสม่ำเสมอ พัฒนาระบบการเตือนภัยพิบัติและกระจายข้อมูลข่าวสารระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ดำเนินการฝึกซ้อมแผนในทุกระดับ และพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ

1.2.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน โดยใช้มาตรการการจัดตั้งศูนย์อำนวยการและประสานงานกลางทางสาธารณสุขของภัยพิบัติแต่ละชนิด เตรียมสำรองระบบการสื่อสารฉุกเฉิน ปรับระบบบริการในช่วงเกิดภัยพิบัติให้ใช้บริการได้สะดวก จัดระบบการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากพื้นที่ ส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็น และจัดให้มีการบริการเชิงรุกและเชิงรับอย่างเชื่อมโยง

1.2.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ โดยมาตรการการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายจิตใจ ป้องกันควบคุมโรคระบาด ฟื้นฟูระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และฟื้นฟูสถานบริการสุขภาพ

สรุป การจัดการภัยพิบัติได้ดำเนินการหลายมาตรการไปพร้อมๆกันในทุกระยะของภัยพิบัติ เน้นแนวคิดการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ การป้องกันการเกิดภัยพิบัติ เตรียมความพร้อมคน และเตรียมความพร้อมชุมชนตาม HFA เนื่องจากการศึกษาในระยะหลังพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อน

เกิดภัยพิบัติ นอกจากทำให้เกิดความสะดวกรในการปฏิบัติแล้ว ยังทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการฟื้นฟู ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับแผนระดับชาติ เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดการกับภัยพิบัติ และแก้ไขปัญหาภัยพิบัติในด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติพยาบาลในทุกๆระยะของการจัดการภัยพิบัติ เพื่อลดการสูญเสีย ลดความพิการ และลดการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภัยพิบัติ และการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขและแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการภัยพิบัติชาติ

2. ภัยพิบัติ

ก่อนจะเข้าใจเรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเรื่องภัยพิบัติ อันประกอบด้วยความหมายของภัยพิบัติ ระยะการเกิดภัยพิบัติ ประเภท/ชนิดของภัยพิบัติ ขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติ ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศไทยและปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน และผลกระทบของภัยพิบัติ ดังนี้

2.1 ความหมายของ “ภัยพิบัติ”

คำว่า “ภัยพิบัติ” ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “disaster” ส่วนในภาษาไทยมีการใช้ในหลายคำ เช่นคำว่า ภัยพิบัติ พิบัติภัย สาธารณภัย หรืออุบัติเหตุหมู่ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

วิจิตร บุญยะโทตระ (2533) ให้ความหมาย “ภัยพิบัติ (Disaster)” ว่าหมายถึง เหตุร้ายแรงที่ทำให้เสียชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมากในครั้งเดียว อาจเกิดจากการกระทำของคน เช่น อุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualty) รถไฟตกราง ก๊าซระเบิด หรือเกิดจากภัยธรรมชาติ เช่นภูเขาไฟระเบิด น้ำท่วม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ให้ความหมาย “ภัย” ว่าหมายถึง สิ่งอันตราย สิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว และคำว่า “พิบัติ” หมายถึง ความหายนะ หรือความฉิบหาย ส่วนคำว่า “สาธารณภัย” หมายถึง ภัยที่เกิดกับคนจำนวนมาก ทำให้ประชาชนหรือรัฐเกิดความเสียหาย อันตรายแก่ชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สิน ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์

ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินอุดหนุนราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2546 ใช้คำว่า “ภัยพิบัติ” หมายถึง สาธารณภัยที่เกิดจากธรรมชาติ โรคหรือการระบาดของแมลงหรือศัตรูพืชทุกชนิด สงคราม และจากการกระทำของผู้ก่อการร้าย กองกำลังนอกประเทศ หรือจากการปราบปรามของเจ้าหน้าที่ราชการ ตลอดจนภัยอื่นที่เกิดจากคนหรือสัตว์ ส่งผลเสียหายต่อชีวิต ร่างกายของประชาชน หรือทรัพย์สินของประชาชนหรือรัฐ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (2548) ให้ความหมายของคำว่า “สาธารณภัย” ว่าหมายถึง ภัยที่เกิดกับคนหมู่มาก เช่น ไฟไหม้ อัคคีภัย วัตภัย อุทกภัย หรือภัยอื่นอันมีมาเป็นสาธารณะ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและฝีมือมนุษย์ ทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย ชีวิต ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ อาจกระทบต่อขวัญกำลังใจของคนในชาติ รัฐจึงต้องให้การช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างรีบด่วน

วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ (2548) ให้ความหมายของคำว่า “สาธารณภัย” ว่าหมายถึง ภัยที่เกิดกับคนหมู่มาก ต้องการสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานอย่างรีบด่วน อาจเกิดขึ้นกระทันหันหรือค่อยๆเกิดขึ้นในทุกเวลาทุกสถานที่ เกิดอันตรายต่อร่างกาย ชีวิต ทรัพย์สินของประชาชนและของรัฐ

พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 ใช้คำว่า “สาธารณภัย” หมายถึง ภัยที่เกิดจากสาธารณะ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและมนุษย์ก่อขึ้น อันส่งผลให้ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐเสียหาย ได้แก่ ภัยที่เกิดจากน้ำ ลม ไฟ ความแห้งแล้ง โรคระบาด ในพืช สัตว์หรือคน ภัยจากการก่อวินาศกรรม และภัยทางอากาศ

คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (2552) ระบุไว้ใน แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557 โดยใช้คำว่า “สาธารณภัย” หมายถึง ภัยที่เกิดจากดิน น้ำ ลม ไฟ อากาศ ความแห้งแล้ง สารเคมี อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง คลื่นสึนามิ แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม เทคโนโลยีสารสนเทศ โรคระบาดในพืช สัตว์หรือคน ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและมนุษย์ก่อขึ้น อันส่งผลให้ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐเสียหาย และยังหมายรวมถึง ภัยด้านความมั่นคง 4 ชนิด ได้แก่ ภัยอันเกิดจากทุ่นระเบิดกับระเบิด ภัยจากการประท้วงชุมนุมก่อจลาจล ก่อวินาศกรรม และภัยทางอากาศด้วย

สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ (2553) ใช้คำว่า ภัยพิบัติ หมายความว่า ภัยที่ทำให้ชีวิตและทรัพย์สินเสียหาย ส่งผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มากเกินกว่าที่ชุมชนจะจัดการได้ โดยมีสาเหตุของภัยมาจากธรรมชาติหรือคนเป็นผู้ก่อให้เกิดขึ้น

ธีรพร สติธังกูร (2554) ระบุว่า “ภัยพิบัติ หรือสาธารณภัย หรือวินาศภัย (disaster)” มีสาเหตุหลักมาจากธรรมชาติ และจากการกระทำของคน เป็นเรื่องร้ายแรงที่ทำให้ชีวิต ทรัพย์สินของประชาชน และรัฐบาลเสียหายมาก

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ภัยพิบัติ หรือ พิบัติภัย หมายถึง หายนะที่เป็นอันตรายหรือภัยอันตรายที่นำไปสู่หายนะ แบ่งเป็นภัยพิบัติที่เกิดจากภัยธรรมชาติและภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์

World Health Organization (2000) ให้ความหมายคำว่า Disaster ว่าเป็นผลจากการล่มสลายของระบบนิเวศ ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อมหยุดชะงัก มีความรุนแรงและฉับพลัน มักต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งภายนอกหรือระดับนานาชาติ

The US Federal Emergency Management Agency : FEMA (2000) ให้ความหมายคำว่า Disaster ว่าเป็นการเกิดตามธรรมชาติ อุบัติเหตุทางเทคโนโลยี หรือเหตุการณ์ที่มนุษย์ทำให้เกิดขึ้น มีผลให้เกิดความเสียหายของทรัพย์สินอย่างรุนแรง ตาย และ/หรือได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2002) หรือสหพันธ์สภาภคชาติและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ ให้ความหมาย Disaster หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงกระทันหัน ต้องการปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่นอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และการช่วยเหลือทางสังคม

United Nations International Strategy for Disaster Reduction: UNISDR (2004) เป็นเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือไม่คาดคิด ก่อให้เกิดความเสียหายแก่คน ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เกิดการสะดุดชะงักเป็นวงกว้าง เกินกว่าที่จะสามารถจัดการได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนหรือสังคมนั้น โดยมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 อย่างใน 4 อย่างคือ มีผู้เสียชีวิตตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป หรือมีผู้ได้รับผลกระทบ 100 คน หรือมีการประกาศภาวะฉุกเฉินของรัฐบาล หรือรัฐบาลต้องร้องขอความช่วยเหลือจากนานาชาติ

Langan & James (2005) ให้ความหมายคำว่า Disaster ว่าหมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์หรือเกิดตามธรรมชาติ เป็นผลให้มนุษย์ได้รับการบาดเจ็บ เจ็บปวดทรมาน และต้องการความช่วยเหลือฉุกเฉินเพื่อบรรเทาผลที่เกิดขึ้น

Veenema (2007) ระบุว่า Disaster หมายถึง สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหาย มีการแทรกแซงฉุกเฉินทำให้เกิดการหยุดชะงัก ทำลายการดำเนินชีวิตปกติของมนุษย์หรือระบบนิเวศ ต้องมีการช่วยเหลือและรักษาชีวิตมนุษย์และ/หรือสภาพแวดล้อม

Jean-Michel, Olivier, Regina, Debarati, & Sylvain (2008) ระบุว่า The Centre for Research on the Epidemiology of Disasters: CRED (2007) ได้ให้ความหมายว่า Disaster หมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์เลวร้ายที่ไม่คาดคิดและมักเกิดขึ้นทันที ก่อให้เกิดความทุกข์ระทม มากเกินกว่ากำลังความสามารถในพื้นที่ ต้องร้องขอความช่วยเหลือในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ ส่งผลให้เกิดความเสียหายทำลายอย่างใหญ่หลวงและมนุษย์เกิดความทุกข์ทรมาน

สรุปได้ว่า ประเทศไทยในช่วงแรกใช้คำว่า ภัยพิบัติ ปะปนกับคำว่า สาธารณภัย ต่อมาใช้คำว่า ภัยพิบัติมากขึ้น แม้ยังไม่มีการบัญญัติคำไว้อย่างเป็นทางการก็ตาม แต่ในระยะหลังนิยมใช้คำว่า ภัยพิบัติ เป็นที่แพร่หลายทั้งในด้านวิชาการและสาธารณสุข ในความหมายเดียวกันกับคำว่า สาธารณภัย ดังเห็นได้จากการตั้งชื่อหน่วยงานในกระทรวงหรือโครงการต่างๆมากมาย เช่นศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ ศูนย์ข้อมูลและเตือนภัยพิบัติ ศูนย์บูรณาการประสานการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตอบโต้ภัยพิบัติแห่งชาติ หรือศูนย์ปฏิบัติการภัยพิบัติของสภากาชาดไทย แม้กระทั่งหน่วยงานในระดับสากล เช่น ASEAN Committee on Disaster Management: ACDM มีชื่อภาษาไทยว่าคณะกรรมการอาเซียนด้านการจัดการภัยพิบัติ เป็นต้น รวมทั้งราชบัณฑิตยสถานเริ่มมีการออกสื่อวิทยุและอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำนี้เช่นกัน ซึ่งสื่อถึงการเกิดความเสียหายที่ชัดเจน มองเห็นภาพ และเข้าใจได้ง่ายกว่าคำว่า สาธารณภัย โดยสรุปแล้วคำว่า ภัยพิบัติ หมายถึง ภัยหรืออันตรายที่มีสาเหตุจากธรรมชาติ หรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น เกิดความสูญเสียกับคนหมู่มากทั้งชีวิต ทรัพย์สินของประชาชนหรือทรัพย์สินของรัฐ มีความรุนแรงเกินกว่ากำลังความสามารถของแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ประสบภัยพิบัติจะให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วนแก่ผู้ประสบภัยพิบัติได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากแหล่งภายนอก และสามารถใช้คำว่า “ภัยพิบัติ” หรือ “พิบัติภัย” หรือ “สาธารณภัย” แทนกันได้

2.2 ระยะการเกิดภัยพิบัติ

เพื่อให้สะดวกในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการบริหารจัดการ จึงมีการแบ่งการเกิดภัยพิบัติหรือวงจรการเกิดภัยพิบัติเป็นระยะ โดยมีผู้แบ่งระยะของการเกิดภัยพิบัติเป็น 3-5 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีความแตกต่างกันดังนี้ คือ

2.2.1 แบ่งการเกิดภัยพิบัติเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะขณะเกิดภัยพิบัติ และระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (อนันต์ ตันมขยกุล, 2542; วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ, 2548; พรรณธร เจริญกุล, 2553; กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย., 2553)

2.2.1.1 ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ (Pre-impact phase) เป็นช่วงที่ยังไม่เกิดภัยพิบัติ แต่อาจคาดการณ์ได้จากการเปลี่ยนแปลงของอากาศ สึนามิ หรือแนวโน้ม พิจารณานชนิดของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากปฏิทินการเกิดภัยธรรมชาติที่กรมอุตุนิยมวิทยาจัดทำขึ้น หลักการของช่วงนี้คือการป้องกัน/

บรรเทาเพื่อลดผลกระทบ (Prevention/ Mitigation) และการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Preparedness) โดยการวางแผน จัดหาทรัพยากร อุปกรณ์ของใช้และกำลังคน ระบบการเตือนภัย การศึกษา และฝึกซ้อม การดำเนินการ เพื่อให้ปฏิบัติตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

2.2.1.2 ระยะเวลาเกิดภัยพิบัติ (Impact phase หรือ Response phase) เป็นช่วงที่เกิดภัยพิบัติ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพกาย ชีวิต จิตใจ และทรัพย์สิน ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนพร้อมกันจำนวนมาก จึงเน้นที่การตอบสนองหรือเผชิญเหตุภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ตรงกับความต้องการของผู้ประสบภัยพิบัติ มีการระงับภัยพิบัติ การประสานงาน การจัดการค้นหาและช่วยเหลือเพื่อรักษาชีวิตและทรัพย์สิน

2.2.1.3 ระยะเวลาหลังเกิดภัยพิบัติ (Post-impact phase หรือ Recovery/ Rehabilitation phase) เป็นช่วงฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ เพื่อกลับสู่สภาพปกติของบุคคล ชุมชน และสังคม โดยให้การช่วยเหลือระงับภัย ดูแลด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งการบูรณะที่พังก่ออาศัย การจัดหาอาชีพและรายได้

การศึกษาในช่วงต่อมา ให้ความสำคัญกับช่วงการเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันก่อนเกิดภัยพิบัติมากขึ้น จึงแบ่งระยะการเกิดภัยพิบัติเป็น 5 ระยะ

2.2.2 แบ่งการเกิดภัยพิบัติเป็น 5 ระยะ คือ ระยะยังไม่เกิดภัยพิบัติ ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะเวลาเกิดภัยพิบัติ ระยะฉุกเฉิน และระยะฟื้นฟูหรือก่อสร้างขึ้นมาใหม่ (Langan & James, 2005)

2.2.2.1 ระยะเวลายังไม่เกิดภัยพิบัติ (Nondisaster stage) เป็นระยะเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ประกอบด้วย การวางแผน เตรียมระบบนโยบาย การศึกษา การวางกลยุทธ์ ระบบการสื่อสาร การแจ้งเตือนภัย และการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ

2.2.2.2 ระยะเวลาก่อนเกิดภัยพิบัติ (Predisaster stage) เป็นระยะที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มว่าจะเกิดภัยพิบัติ กิจกรรมช่วงนี้ประกอบด้วย การเตรียมกำลังคน การเตรียมอพยพ รวมถึงการอพยพบางส่วน เพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นให้ได้มากที่สุด

2.2.2.3 ระยะเวลาเกิดภัยพิบัติ (Impact stage) เป็นช่วงที่เกิดภัยพิบัติ ได้รับผลกระทบ และเสียหายฉับพลัน มีการสูญเสียในหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดการบาดเจ็บด้านร่างกาย

2.2.2.4 ระยะเวลาฉุกเฉิน (Emergency stage) ระยะช่วยเหลือเบื้องต้นที่เกิดเหตุเท่าที่มีทรัพยากรอยู่ ก่อนการช่วยเหลือจากแหล่งภายนอก ระยะนี้จึงมีการประเมินปัญหาและส่งต่อผู้บาดเจ็บ

2.2.2.5 ระยะเวลาฟื้นฟูหรือก่อสร้างขึ้นมาใหม่ (Reconstruction or recovery stage) เป็นระยะซ่อมแซม ฟื้นฟู บูรณะและก่อสร้างสิ่งใหม่ขึ้นทดแทนสิ่งเดิมที่ถูกทำลายเสียหาย

ICN เป็นองค์กรกลางในระดับนานาชาติของพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้การทำงานของพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกัน และสามารถเข้าใจตรงกันได้อย่างกว้างขวาง จึงมีการระบุถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติในปี 2009 (พ.ศ. 2552) ตามการกำหนดสมรรถนะพยาบาลภัยพิบัติ ที่แบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้น

2.2.3 แบ่งการเกิดภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ คือ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (ICN, 2009)

2.2.3.1 ระยะเวลาป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ (Prevention/Mitigation) เป็นการดำเนินการป้องกันการเกิดภัยพิบัติและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยการลดความเสี่ยงป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนานโยบาย และวางแผนภัยพิบัติให้สอดคล้องกับแผนระดับชาติ

2.2.3.2 ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Preparedness) โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล การศึกษาและการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ คำนึงถึงจริยธรรมและกฎหมายในการปฏิบัติ

2.2.3.3 ระยะเวลาตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response) ประกอบด้วย การดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบางในด้านร่างกายและด้านจิตใจ

2.2.3.4 ระยะเวลาฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (Recovery/Rehabilitation) เป็นช่วงของการติดตามการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในระยะยาว

การเกิดภัยพิบัติทุกชนิดมีลักษณะต่อเนื่องเป็นวงจร ไม่ได้แยกออกจากกันอย่างชัดเจนจากการศึกษาวิเคราะห์และประเมินการเกิดภัยพิบัติพบว่า การป้องกัน/การบรรเทาเพื่อลดผลกระทบ และการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการช่วยเหลือช่วงเผชิญเหตุภัยพิบัติ และการฟื้นฟูบูรณะให้กลับสู่สภาพปกติได้ถึงสามเท่า (US Centers for Disease Control, 1999) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นสหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น จึงเน้นการศึกษาเพื่อบริหารจัดการในช่วงการวางแผน การเตรียมความพร้อม และการป้องกันการเกิดภัยพิบัติมากขึ้น

2.3 ประเภท/ชนิดของภัยพิบัติ

แบ่งตามสาเหตุหรือลักษณะการเกิดได้เป็น 2 ประเภท คือเกิดจากภัยธรรมชาติ และเกิดจากการกระทำของมนุษย์ (อนันต์ ตัณมุขกุล, 2542; วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, ญัฐชยา พลาชิวะ และฐิติภา หลิมสุนทร, 2548; สำนักเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน 2548; Redmond, Mahoney, Ryan, & Macnab, 2006)

2.3.1 เกิดจากภัยธรรมชาติ (Natural disaster) ส่วนใหญ่มักเกิดตามฤดูกาล บางครั้งเกิดกระทันหัน เช่นโรคระบาด ภัยจากฝูงสัตว์และแมลง ภูเขาไฟระเบิด ผลกระทบจากลมพายุ แผ่นดินไหว สึนามิ ทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลัน วาตภัย อุทกภัย อัคคีภัย อากาศหนาวผิดปกติ คลื่นความร้อน ภัยแล้งและแผ่นดินถล่ม

2.3.2 เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (Man-made disaster) มนุษย์เป็นผู้ทำให้เกิดภัยพิบัติ หรือเกิดจากสิ่งที่มนุษย์ประดิษฐ์ขึ้น ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน คือ จากการใช้เทคโนโลยี และจากความขัดแย้งและปัญหาในสังคม

2.3.2.1 จากการใช้เทคโนโลยี เพื่อความสะดวกสบายในเรื่องต่างๆ เช่น การคมนาคม การจราจร ภัยจากการประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม งานผลิต เครื่องมือ เครื่องจักร การก่อสร้าง ภัยจากวัตถุอันตราย หรือโรคระบาดจากการใช้อาหารชีวภาพ

2.3.2.2 จากความขัดแย้งและปัญหาในสังคม ได้แก่ การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม การปฏิวัติก่อการร้าย ความขัดแย้งด้านความคิดทางการเมือง ศาสนา และเหยียดสีผิว

ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ นอกจากจะขึ้นอยู่กับประเภท/ชนิดของภัยพิบัติ และระยะเวลาการเกิดแล้ว ยังขึ้นกับขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติด้วย

2.4 ขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติ

มีการแบ่งระดับความรุนแรงของภัยพิบัติในหลายแนวทาง ทั้งตามระยะเวลาการเกิดเหตุการณ์ และจำนวนของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ ดังนี้

2.4.1 แบ่งตามระยะเวลาที่เกิดภัยพิบัติและความสามารถในการควบคุมภัยพิบัติ ได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ภัยพิบัติขนาดเล็ก ภัยพิบัติขนาดกลาง และภัยพิบัติขนาดใหญ่ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และฐิติภา หลิมสุนทร, 2548)

2.4.1.1 ระดับที่ 1 ภัยพิบัติขนาดเล็ก อยู่ในช่วงระยะเริ่มแรกของการเกิดเหตุ

2.4.1.2 ระดับที่ 2 ภัยพิบัติขนาดกลาง เป็นระยะที่ภัยพิบัติเริ่มมีการขยายวงกว้าง มีการสูญเสีย/ทำลายเพิ่มขึ้น

2.4.1.3 ระดับที่ 3 ภัยพิบัติขนาดใหญ่ เป็นระยะที่ภัยพิบัติลุกลามเป็นวงกว้าง ควบคุมไม่ได้

2.4.2 แบ่งตามจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ (Bonet, 1990 อ้างถึงใน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และฐิติภา หลิมสุนทร, 2548; WHO, 2010) โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

2.4.2.1 ภัยพิบัติขนาดเล็ก เป็นภัยพิบัติที่มีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตไม่เกิน 25 คน

2.4.2.2 ภัยพิบัติขนาดกลาง เป็นภัยพิบัติที่มีผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิตไม่เกิน 100 คน

2.4.2.3 ภัยพิบัติขนาดใหญ่ เป็นภัยพิบัติที่มีผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป

จากการทบทวนเหตุการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยเกิดภัยพิบัติที่สำคัญรวมทั้งมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

2.5 ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศไทยและปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ประเทศไทยเกิดภัยพิบัติที่สำคัญ และพบปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

2.5.1 ภัยพิบัติที่สำคัญของประเทศไทย ที่ผ่านมามีทั้งภัยพิบัติที่เกิดจากภัยธรรมชาติ และจากการกระทำของมนุษย์ (ชัยณรงค์ วาสนะสมสิทธิ์, 2553) ดังนี้

2.5.1.1 ภัยพิบัติที่เกิดจากภัยธรรมชาติ พบว่า พ.ศ. 2531 เกิดดิน/โคลนถล่มที่อำเภอพิปูน และอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้เสียชีวิต 374 ราย ที่อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ มีผู้เสียชีวิต 34 ราย สูญหาย 5 ราย และอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้เสียชีวิต 131 ราย, พ.ศ. 2532 เกิดวาตภัยจากพายุไต้ฝุ่นเกย์ จังหวัดชุมพรและจังหวัดใกล้เคียง มีผู้เสียชีวิต 602 ราย, พ.ศ. 2542 เกิดภัยแล้งในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ มีผู้บาดเจ็บและได้รับผลกระทบกว่า 6 ล้านคน พื้นที่การเกษตรเสียหายกว่า 3 ล้านไร่, พ.ศ. 2544 เกิดดิน/โคลนถล่มที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก, พ.ศ. 2546 เกิดภัยแล้ง มีผู้ได้รับผลกระทบกว่า 5 ล้านคน พื้นที่การเกษตรเสียหายกว่า 5 แสนไร่, พ.ศ. 2547 เกิดดินโคลนถล่มที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งเกิดแผ่นดินไหวและคลื่นสึนามิในพื้นที่ 6 จังหวัดทางภาคใต้ชายฝั่งทะเลอันดามัน (พังงา ภูเก็ต กระบี่ ระนอง ตรัง และสตูล) มีผู้เสียชีวิต 5,395 ราย บาดเจ็บ 8,457 ราย สูญหายกว่า 2,500 ราย และในปีพ.ศ. 2549 เกิดอุทกภัยในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์, สุโขทัย, แพร่, ลำปาง และน่าน มีผู้เสียชีวิต 88 ราย สูญหาย 29 ราย, และเกิดดิน/โคลนถล่มที่จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้เสียชีวิต 75 ราย

2.5.1.2 ภัยพิบัติที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ พบว่าพ.ศ. 2536 เกิดอัคคีภัยที่โรงงานผลิตตุ๊กตาเคเดอร์ จังหวัดนครปฐม มีผู้เสียชีวิต 188 รายและเกิดอาคารโรงแรมรอยัลพลาซ่า

จังหวัดนครราชสีมา กลุ่ม มีผู้เสียชีวิต 136 ราย, พ.ศ. 2540 ไฟไหม้โรงแรมรอยัลจอมเทียน จังหวัดชลบุรี มีผู้เสียชีวิต 91 ราย, พ.ศ. 2542 มีการระเบิดของสารเคมีและวัตถุอันตรายที่โรงงานอบลำไย อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้เสียชีวิต 36 ราย และเกิดเพลิงไหม้คลังน้ำมันไทยออยล์ อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี มีผู้เสียชีวิต 7 ราย, พ.ศ. 2544 มีการระเบิดของคลังแสงกรมสรรพุธทหารบก จังหวัดนครราชสีมา มีผู้เสียชีวิต 17 ราย, พ.ศ. 2547 เกิดเหตุรถชนกรวดในตริกพลิกคว่ำที่ถนนบางนา-ตราด รวมทั้งเกิดอุบัติเหตุทางถนน มีผู้เสียชีวิต 13,766 ราย ได้รับบาดเจ็บ 94,164 ราย, และใน พ.ศ. 2548 เกิดอุบัติเหตุทางถนน มีผู้เสียชีวิต 12,858 รายและบาดเจ็บ 82,111 ราย รวมทั้งเกิดเพลิงไหม้และอาคารถล่มเขตปทุมวัน กรุงเทพฯ มีผู้เสียชีวิต 4 ราย

2.5.2 ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน จากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่ผ่านมาพบปัญหาดังนี้ (ลักขณา ไทยเครือ, 2549; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554 และกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2555 ข) บุคลากรขาดความเข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวกับภัยพิบัติไม่เชี่ยวชาญ ทำให้การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติไม่น่าเชื่อถืองบประมาณในการป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติมีจำกัด ทำให้ขาดความพร้อมเรื่องทรัพยากรบุคคล/ของใช้ ขาดระบบการบริหารจัดการทรัพยากรช่วยเหลือในพื้นที่ประสบภัยพิบัติ ปัญหาด้านการสื่อสารและระบบการแจ้งเตือนภัยพิบัติ ขาดข้อมูลที่จำเป็นและการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดผู้สั่งการและขาดการประสานงานที่ชัดเจน ขาดความร่วมมือในการทำงานกับท้องถิ่นและชุมชน ทำงานสับสนและซ้ำซ้อน ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงเรื่องการเฝ้าระวังภัยพิบัติและการช่วยเหลือตนเอง ไม่มีการซ้อมหนีภัยอย่างจริงจัง ขาดสำนักรับผิดชอบต่อสังคมในการป้องกันภัยพิบัติ โครงสร้างสิ่งปลูกสร้างไม่ได้มาตรฐาน อุปกรณ์เผชิญภัยพื้นฐานไม่พร้อมใช้ ข้อมูลสารสนเทศขาดความน่าเชื่อถือ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์พื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติได้ อีกทั้งการสร้างงานวิจัยและนวัตกรรมยังมีไม่ครอบคลุม อาสาสมัครไม่ได้ทำงานตามศักยภาพ ความไม่เข้าใจด้านภาษา ตลอดจนขาดการบังคับใช้กฎหมายในสังคม

ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความรุนแรงที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับชนิด ประเภทของภัยพิบัติ ระยะเวลาที่เกิดภัยพิบัติ ความสามารถในการจัดการกับภัยพิบัติ และกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างไร เมื่อพิจารณาในภาพรวม ตลอดจนปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น พบว่าก่อให้เกิดความสูญเสีย อันส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังนี้

2.6 ผลกระทบของภัยพิบัติ

ภัยพิบัติก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม การเมืองและการปกครอง ด้านสาธารณสุขโรคและการคมนาคมขนส่ง ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสาธารณสุข ซึ่งหากแบ่งผลกระทบของภัยพิบัติตามรายด้าน สามารถสรุปได้ดังนี้ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ, 2548)

2.6.1 ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ ผู้ประสบภัยพิบัติสูญเสียทรัพย์สิน ที่พักอาศัย อุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบอาชีพ สูญเสียรายได้ ประเทศสูญเสียงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ การฟื้นฟูบูรณะบ้านเมืองและสิ่งแวดล้อมให้กลับสู่สภาพปกติ รวมทั้งงบประมาณในด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การสุขาภิบาล ดูแลผู้พิการหรือทุพพลภาพจากเหตุภัยพิบัติ และความเชื่อมั่นจากประเทศเพื่อนบ้านในการมาท่องเที่ยวหรือลงทุนทำธุรกิจการค้า

2.6.2 ผลกระทบต่อด้านสังคม การเมืองและการปกครอง เนื่องมาจากการช่วยเหลือที่มีจำกัดทำให้เกิดความขัดแย้ง แย่งชิงกัน ของใช้ และยังอาจกระทบถึงความขัดแย้งทางวัฒนธรรม ประเพณีของคนที่มาอยู่ร่วมกัน

2.6.3 ผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขโรคและการคมนาคมขนส่ง เกิดการถูกตัดขาดจากการจ่ายพลังงาน การประปา ไฟฟ้า การคมนาคมขนส่ง ทำให้การเดินทางและความเป็นอยู่ลำบากขึ้น ตลอดจน สินค้ามีราคาสูงขึ้น เป็นเหตุให้เกิดการก่ออาชญากรรม นับเป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือฟื้นฟู

2.6.4 ผลกระทบต่อด้านสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศและธรรมชาติถูกทำลาย เกิดความผิดปกติของห่วงโซ่อาหาร มลภาวะทางน้ำ อากาศ โรคระบาด และการดำรงชีวิตของคนและสัตว์ได้

2.6.5 ผลกระทบต่อด้านสาธารณสุข ผู้ประสบภัยพิบัติเกิดการบาดเจ็บ สูญเสียชีวิตคนในครอบครัวหรือทรัพย์สิน ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เสียใจ ตกใจ หวาดผวา เครียดกังวล เหนื่อยล้าอ่อนแอ อาจก่อให้เกิดโรคทางด้านจิตใจ ซึ่งการตอบสนองต่อภัยพิบัติของแต่ละคนขึ้นกับพื้นฐานนิสัยเดิม และการเลือกใช้กลไกทางจิตในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหา ความรุนแรงขึ้นอยู่กับ การเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์และด้านบุคลากรของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงสถานที่เกิดภัยพิบัติ รวมทั้งขนาดของภัยพิบัติ หากเกินกำลังความสามารถ ผู้ให้บริการอาจตกอยู่ในภาวะสูญเสีย เครียด เหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจเช่นกัน จึงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการ ทำให้ระบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพได้

ในปัจจุบันภัยพิบัติหลายชนิดเกิดขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสียหายหลายด้านดังกล่าวข้างต้น และส่งผลกระทบต่อประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับภัยพิบัติ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภัยพิบัติ ลดขนาดความรุนแรงของภัยพิบัติ และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ ดังนี้

3. การจัดการภัยพิบัติ

การจัดการภัยพิบัติ เป็นไปเพื่อป้องกันก่อนเกิดภัยพิบัติ ช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ และฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ในที่นี้เพื่อให้ครอบคลุมการจัดการภัยพิบัติ จะขอกล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการจัดการภัยพิบัติ ความหมายของการจัดการภัยพิบัติ ความหมายของการจัดการพยาบาล ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ ขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติ และวิธีจัดการภัยพิบัติ ดังนี้

3.1 วัตถุประสงค์ของการจัดการภัยพิบัติ

การจัดการภัยพิบัติ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ดังนี้คือ (WHO/EHA, 2002)

3.1.1 เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงความสูญเสียจากอันตรายที่เกิดขึ้น

3.1.2 เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบภัยเมื่อจำเป็นได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม

3.1.3 เพื่อให้ประชาชน ทรัพย์สิน ทรัพยากรต่างๆ และสิ่งแวดล้อม ฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็ว เมื่อมีการจัดการภัยพิบัติที่ดี ช่วยลดความสูญเสีย และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงเดิมได้โดยใช้ระยะเวลาสั้น

3.2 ความหมายของการจัดการภัยพิบัติ

มีผู้ให้ความหมายของการจัดการภัยพิบัติ ไว้ดังนี้

วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และจิตติภา หลิมสุนทร (2548) หมายถึง กระบวนการเฝ้าสังเกต วิเคราะห์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการใช้แหล่งข้อมูลทรัพยากร เพื่อลดความเสียหาย ความรุนแรงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เป็นการทำงานที่ต่อเนื่องเป็นระบบตั้งแต่เตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ตอบสนองต่อภัยพิบัติ และฟื้นฟูบูรณะหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ

อำนาจ บาลี (2552) เป็นกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องเพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ลดผลกระทบและป้องกันการเกิดภัยพิบัติ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือหลังเกิดภัยพิบัติ อันได้แก่การวางแผน การจัดบุคลากร การปฏิบัติงาน การควบคุมดูแล การประเมิน และประสานความร่วมมือในทุกระยะของวงจรการเกิดภัยพิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายระดับ โดยปัจจุบันเน้นให้คนในสังคมมีส่วนร่วม

Carter (1991) เป็นการปฏิบัติตามวงจรการจัดการภัยพิบัติ อันหมายถึง กระบวนการวางแผน ปฏิบัติการ ประสานความร่วมมือ ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ความเสี่ยงภัยพิบัติ เตือนภัยพิบัติ สำรองทรัพยากร ปฏิบัติการตอบสนองต่อภัยพิบัติ รวมทั้งการฟื้นฟูและพัฒนาหลังเกิดภัยพิบัติ และดำเนินการตามแผนนโยบายเพื่อช่วยลดความเสี่ยงหรือช่วยส่งเสริมการป้องกัน ลดความรุนแรง และความเสียหายที่จะเกิดขึ้น โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนได้เพื่อความสำเร็จของงาน

Coppola (2007) หมายถึง การดำเนินการต่อเนื่องตั้งแต่หาความเสี่ยง/ผลกระทบของภัยพิบัติ จนถึงการฟื้นฟู โดยมีการวางแผนในระดับนโยบายหลักสู่ระดับปฏิบัติการ

Qureshi, & Gebbie (2007) หมายถึง การดำเนินงานตามแผนและระบบที่วางไว้ตามแต่ละระยะ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมปลอดภัยและสามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ประสบภัยพิบัติได้ต่อเนื่อง

Fischer (2008) คือ การดำเนินการตามแผนการที่วางไว้ ตอบสนอง ฟื้นฟู เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น

Virtual University for Small States of the Commonwealth: VUSSC (2008) หมายถึง กระบวนการจัดการที่ต่อเนื่องเป็นระบบ ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การควบคุมและประสานงาน เพื่อลดผลกระทบที่ตามมาจากการเกิดภัยพิบัติ เป็นมากกว่าการตอบสนองและบรรเทาผลที่เกิดขึ้น

สรุป การจัดการภัยพิบัติ หมายถึงการดำเนินงานตามหลักกระบวนการจัดการ เพื่อป้องกันภัยพิบัติ ตอบสนองต่อภัยพิบัติ และฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ เพื่อลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้อาจมีการปรับแผนได้ตามเหมาะสม

3.3 ความหมายของการจัดการพยาบาล

มีผู้ให้ความหมายของ การจัดการพยาบาล (nursing management) และการบริหารการพยาบาล (nursing administration) ไว้ในแนวทางเดียวกันดังนี้

ประพิณ วัฒนกิจ (2541) การบริหารการพยาบาล คือ การจัดการและการจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยจากวิธีการพยาบาลที่ให้

ฟาริดา อิบราฮิม (2542) การบริหารการพยาบาล หมายถึง การทำตามกระบวนการบริหารเพื่อให้การบริการพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ตอบสนองต่อสังคม โดยใช้พื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลประกอบด้วยจรรยาบรรณการบริหารและจรรยาวิชาชีพ

วาสนา เลอวิทย์วรวงศ์ (2551) การบริหารการพยาบาล ประกอบด้วย ขั้นตอนของการบริหาร ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับกระบวนการพยาบาลได้ดังนี้ คือ การวางแผน เทียบได้กับการประเมินการพยาบาล, การวางแผน การจัดหาบุคลากรและการจัดองค์กร เทียบได้กับการวางแผน, การจัดองค์กรและการสั่งการ เทียบได้กับการปฏิบัติพยาบาล และการควบคุม เทียบได้กับการสรุปประเมินผล

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2552) การจัดการพยาบาล (nursing management) หมายถึง การทำตามกระบวนการบริหาร เพื่อให้พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้สำเร็จเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยใช้ปัจจัยที่จำเป็นต่อการบริหาร

อมร สุวรรณนิมิตร (2553) การบริหารการพยาบาล หมายถึงการใช้ศาสตร์ ศิลป์ และกลไกทางการบริหารในการจัดบริการการพยาบาลให้มีคุณภาพ ได้แก่ POSDCoRB การวางแผน (Planning) จัดองค์กร (Organizing) จัดบุคลากรปฏิบัติงาน (Staffing) สั่งการ (Directing) ประสานงาน (Co-ordinating) รายงาน (Reporting) และงบประมาณ (Budgeting)

Swansburr (1990) การบริหารการพยาบาล หมายถึงการนำศาสตร์และศิลป์ทางการบริหารมาใช้กับระบบการพยาบาล อันประกอบด้วย การวางแผน ตัดสินใจ จัดองค์กร สั่งการ ควบคุม และประเมินผล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านการพยาบาล ความต้องการของสังคมและพัฒนางานพยาบาล

Scoble & Russell (2003) ระบุว่า nursing administration เป็นการวางแผนงานพยาบาลในเชิงนโยบาย ส่วน nursing management เป็นการปฏิบัติงานตามข้อกำหนด โดย nursing administration และ nursing management มีความหมายที่ใกล้เคียงกัน สามารถใช้แทนกันได้

สรุป การจัดการพยาบาล หมายถึง กระบวนการทำงานพยาบาลโดยใช้หลักการบริหาร เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสำเร็จตามความคาดหวังที่กำหนดไว้ โดยสามารถใช้คำว่าจัดการ แทนคำว่าการบริหารได้ (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2545; ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคนอื่นๆ, 2545; พงทิพย์ ชัยพิบาลสุทัศน์, 2551 และ Bose, 2002) และใช้คำว่าจัดการพยาบาล แทนคำว่า การบริหารการพยาบาลได้ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2552; และสุวรรณี ศรีจันทร์อรภา, 2553)

3.4 ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ

มีผู้ให้ความหมายของ การจัดการพยาบาลภัยพิบัติ ไว้ คือ

Langan, & James (2005) การจัดการพยาบาลภัยพิบัติ หมายถึง การที่พยาบาลทำตามแผนภัยพิบัติตามวงจรระยะของภัยพิบัติ รวมถึงปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเพื่อลดความรุนแรงของความเสียหายที่จะเกิดขึ้นกับผู้คน

เมื่อพิจารณาจากความหมายของการจัดการภัยพิบัติ และความหมายของการจัดการพยาบาลประกอบด้วยแล้ว จึงอาจสรุปได้ว่าการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ หมายถึง กระบวนการที่พยาบาลดำเนินตามแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ต่อเนื่องในภัยพิบัติทุกระยะ เพื่อลดผลกระทบและความเสียหายที่เกิดขึ้น อันประกอบด้วย การประเมินภัยพิบัติ ประเมินผู้ประสบภัยพิบัติ วางแผนป้องกันและเตรียมรับภัยพิบัติ การปฏิบัติงานพยาบาล รวมทั้งการวิเคราะห์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ

การจัดการพยาบาลภัยพิบัติ เป็นไปตามระยะของการเกิดภัยพิบัติ จึงจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานจากแนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในแต่ละระยะด้วย

3.5 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ ขึ้นอยู่กับแนวคิดในการจัดแบ่งระยะของการเกิดภัยพิบัติ โดยมีผู้แบ่งระยะของการเกิดภัยพิบัติเป็น 3-6 ระยะดังนี้ คือ

3.5.1 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบ่งตามระยะการเกิดภัยพิบัติเป็น 3 ระยะ คือ การจัดการระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ การจัดการระยะขณะเกิดภัยพิบัติ และการจัดการระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ, 2548 และ The office of U.S. Foreign Disaster Assistance, 1982 อ้างถึงใน อนันต์ ตันมุขยกุล (2542)

3.5.1.1 การจัดการระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ (Pre-impact phase) การจัดการภัยพิบัติในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การประเมินภัยพิบัติ การป้องกันภัยพิบัติ การลดความรุนแรงของภัยพิบัติ และการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

1) การประเมินภัยพิบัติ (Disaster assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากสภาพแวดล้อม ประกอบกับสถิติการเกิดภัยพิบัติ วิเคราะห์หาโอกาสการเกิดความเสียหาย ประเมินกลุ่มเสี่ยง ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นเมื่อเกิดภัยพิบัติต่อด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งก่อสร้าง เครื่องใช้สาธารณูปโภค ทรัพยากรธรรมชาติ สังคม และเศรษฐกิจ และการประเมินการจัดการภัยพิบัติ เพื่อประเมินความสามารถในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ การเตรียมตัวพร้อมรับภัยพิบัติ คนมีความรู้ ใส่ใจสิ่งแวดล้อมเตรียมทรัพยากร และมีแผน กฎหมาย หรือนโยบายในการดำเนินงาน

2) การป้องกันภัยพิบัติ (Prevention) เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดความเสียหายอันตรายต่อตัวบุคคล ชีวิต ทรัพย์สิน สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีนโยบายที่ชัดเจน แผนการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรม ประชาสัมพันธ์ สร้างความตระหนักให้ประชาชน การให้ความรู้เรื่องภัยพิบัติแก่บุคลากร/อาสาสมัครเรื่องการช่วยเหลือ การออกกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายสนับสนุนการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ เช่นกฎหมายจราจร กฎหมายควบคุมสิ่งปลูกสร้างและอาคารสูง

3) การลดความรุนแรงของภัยพิบัติ (Mitigation) เป็นการลดการสูญเสีย และลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยกำหนดเป็นกฎระเบียบ มาตรฐาน ในเรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ เช่น โครงสร้างสิ่งปลูกสร้าง และพฤติกรรมสุขภาพ

4) การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Preparedness) ประกอบด้วย การจัดทำแผนภัยพิบัติและระบุผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เตรียมสถานที่อพยพ และระบบการเตือนภัยที่ได้ฝึกซ้อมจนเข้าใจตรงกัน รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ในชีวิตประจำวัน และเงินทุน

3.5.1.2 การจัดการระยะขณะเกิดภัยพิบัติ (Impact phase) การจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ต้องอาศัยการควบคุมภัยพิบัติ การกู้ภัยพิบัติ การสื่อสารและการคมนาคม ตลอดจนถึงการรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย

1) การควบคุมภัยพิบัติ (Control hazard) เพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียขยายวงกว้าง ควรวิเคราะห์ภัยพิบัติ วิเคราะห์ความเปราะบาง และประเมินสถานการณ์ความรุนแรงอย่างรวดเร็ว โดยสำรวจจากหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียง และติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินและปรับเปลี่ยนแผนการทำงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง

2) การกู้ภัยพิบัติ (Rescue) พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องภัยพิบัติ มีทักษะในการช่วยเหลือ การบริการรักษาพยาบาลภัยพิบัติ การปฐมพยาบาล การจำแนกประเภทผู้ประสบภัยพิบัติ การค้นหา การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติและระงับภัยพิบัติ

3) การสื่อสารและการคมนาคม (Communication and transportation) ช่วยลดความสับสนขณะเกิดเหตุภัยพิบัติ พิจารณาใช้เครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เนื้อหาที่ประกาศต้องชัดเจน กระชับ มีผู้รับผิดชอบประสานงานโดยตรง รวมทั้งประสานเครือข่ายความช่วยเหลือ

4) การรักษาความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อย (Safety and security) เพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัย และความวุ่นวายที่อาจเกิดขึ้น

3.5.1.3 การจัดการระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (Post-impact phase) ประกอบด้วย การช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์ การฟื้นฟูสภาพ และการประเมินผลการจัดการกับภัยพิบัติ

1) การช่วยเหลือฉุกเฉินและการบรรเทาทุกข์ (Emergency response and relief) ประเมินความจำเป็นในความต้องการการช่วยเหลือ และตอบสนองให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างเร่งด่วน อาศัยการทำงานประสานกันหลายสาขาอาชีพในด้านปัจจัยสี่ การดูแลการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค ความเป็นอยู่ การขับถ่าย และการจัดตั้งที่พักพิง การวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ พิจารณาจัดหาเพิ่มเติมจากแหล่งภายนอกให้จัดส่งโดยเร็วที่สุด

2) การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) ที่สำคัญคือการฟื้นฟูด้านจิตใจ ควบคู่ไปกับการบูรณะที่อยู่อาศัย สังคม และชุมชนที่ผู้ประสบภัยพิบัติอาศัยอยู่ เพื่อให้ฟื้นกลับคืนสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาพเดิมโดยเร็ว และสามารถประกอบอาชีพในการดำรงตนในสังคมได้

3) การประเมินผลการจัดการกับภัยพิบัติ (Disaster management evaluation) เป็นการประเมินในทุกขั้นตอนที่ผ่านมา วิเคราะห์ถึงข้อดี ข้อด้อยที่ควรนำมาปรับปรุงแก้ไข ทำให้ทราบผลของการจัดการพยาบาล และปรับปรุงเพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นต่อไป

แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบบ 3 ระยะนี้ เป็นการแบ่งแบบพื้นฐานแต่มีความครอบคลุมตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติจนกระทั่งถึงหลังเกิดภัยพิบัติโดยไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงระยะใด

3.5.2 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบ่งตามระยะการเกิดภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ ตาม ICN (2009) และ Jennings-Sanders (2004) มีการแบ่งแต่ละระยะ ดังนี้

3.5.2.1 การจัดการพยาบาลภัยพิบัติของ ICN (2009) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ การจัดการระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดการระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ กิจกรรมการพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญ คือ

(1) การประเมินความเสี่ยงของภัยพิบัติและผลกระทบของภัยพิบัติต่อประชาชน ชุมชน และการพยาบาล โดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของชุมชนเพื่อหาปัญหาสุขภาพในชุมชน ความชุกของโรคเรื้อรังและความพิการ และประเมินทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพที่มีในชุมชน

(2) ระบุข้อมูลกลุ่มเปราะบาง และมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยง โดยร่วมวางแผนเพื่อหาความต้องการการดูแลสุขภาพในภาวะภัยพิบัติ ร่วมพัฒนามาตรการลดความเสี่ยงของประชาชนกลุ่มเปราะบางกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ องค์กรชุมชน รัฐบาล และผู้นำชุมชน สร้างความสามารถของชุมชนในการเตรียมพร้อมและตอบสนองต่อภัยพิบัติ ตลอดจน

ประสานการทำงานกับหน่วยงานอื่นในการใช้มาตรการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสุขาภิบาล รวมถึงช่วยพัฒนาแผนป้องกันการติดเชื้อในชุมชน

(3) เข้าใจแผนภัยพิบัติในที่ทำงาน บทบาทหน้าที่ขณะเกิดภัยพิบัติ แผนภัยพิบัติของชุมชนและความเกี่ยวข้องกับแผนการตอบสนองระดับชาติและนานาชาติ อีกทั้งช่วยให้มีการพัฒนา ประเมินผล และปรับปรุงแผนภัยพิบัติในชุมชน

(4) สามารถระบุถึงบทบาทพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติ ปัญหาของระบบการดูแลสุขภาพ ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น และทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างความสามารถของระบบการดูแลสุขภาพให้ตอบสนองและฟื้นคืนได้อย่างเข้มแข็ง

(5) ปฏิบัติตามหลักการและกระบวนการแยก ยับยั้ง กักกัน และการปนเปื้อน

(6) มีความรู้ ความเข้าใจคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ ระบบการสั่งการ ขั้นตอนของการจัดการภัยพิบัติ รวมถึงรู้บทบาทของภาครัฐและองค์กรในการวางแผนภัยพิบัติและการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ตลอดจนสามารถทำงานร่วมกันได้

(7) มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ และการตอบสนองต่อภัยพิบัติในด้านกฎหมาย

2) การจัดการระยะเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ กิจกรรมการพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญ คือ

(1) เข้าใจเรื่องกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความบกพร่องด้านความสามารถในการดูแลตนเอง เข้าใจเรื่องความต้องการของผู้สูงอายุ และมีความรู้ความสามารถทางการพยาบาลหลายสาขาประกอบกัน

(2) เข้าใจขั้นตอนของการสั่งการ บทบาทหน้าที่ แสวงหาความรู้ใหม่ด้านการพยาบาลภัยพิบัติอยู่เสมอ รู้พื้นที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติ มีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมแผนภัยพิบัติในที่ทำงาน และชุมชน รวมทั้งสามารถทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

(3) จัดเตรียมชุดเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ/ชุดฉุกเฉินส่วนบุคคลก่อนเกิดภัยพิบัติ (เช่น บัตรแสดงตัว เสื้อผ้าที่เหมาะสม ยาแก้แพ้ ขวดน้ำ) จัดหาที่พักอาศัย ที่ให้การดูแลฉุกเฉิน สถานที่ที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพชั่วคราว

(4) ช่วยในการพัฒนาระบบการพยาบาลและความสามารถในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อตอบสนองภัยพิบัติ

(5) เข้าใจกระบวนการของการจัดการข้อมูลสุขภาพในภัยพิบัติ

(6) เป็นผู้นำในการพัฒนาและดำเนินการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลและผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ

(7) ทันท่วงทีสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง สื่อสารข้อมูลที่สำคัญให้กับผู้มีอำนาจหน้าที่ในเรื่องนั้นอย่างเหมาะสมทันที รวมทั้งให้ข้อมูลกับสมาชิกอื่นในทีมตอบสนองต่อภัยพิบัติ และสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถใช้อุปกรณ์การสื่อสารพิเศษได้

(8) ประเมินความพร้อมของชุมชน ความต้องการทรัพยากร และดำเนินการเตรียมสิ่งที่จำเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์

(9) คำนึงถึงหลักจริยธรรม ความเชื่อทางวัฒนธรรม สังคมและจิตวิญญาณ ปกป้องสิทธิ คุณค่า และให้เกียรติแก่บุคคลและชุมชน รักษาความลับในการสื่อสารและเอกสาร ความถูกต้องตามกฎหมายวิชาชีพ กฎหมายท้องถิ่น กฎหมายระดับชาติ และกฎหมายที่บังคับใช้ระหว่างประเทศ

(10) อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเกี่ยวกับภัยพิบัติ

3) การจัดการระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ กิจกรรมการพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญ คือ

(1) ทำการประเมินอย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลตามหลักการคัดกรองที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ประเมินความต้องการด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุ และประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ภัยพิบัติ โดยใช้การคิดเชิงวิเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ เพื่อสร้างการให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนและความต้องการที่เฉพาะของกลุ่มเปราะบาง

(2) ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของการสัมผัสกับสารเคมี สารชีวภาพ รังสี นิวเคลียร์ และสิ่งก่อระเบิด กำหนดความจำเป็นในการชำระล้าง แยกหรือกักกันผู้สัมผัสกับสาร

(3) ตระหนักถึงอาการของโรคติดต่อ ใช้มาตรการเพื่อลดความเสี่ยง และมีส่วนร่วมในกลยุทธ์การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การจัดให้การศึกษาในชุมชนที่ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยพิบัติ

(4) ร่วมมือกับทีมตอบสนองต่อภัยพิบัติเพื่อลดภัยพิบัติ และลดความเสี่ยงต่อภัยพิบัติในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมทั้งให้ความร่วมมือกับองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ของชุมชน เช่นที่พักพิง อาหาร น้ำ และการดูแลสุขภาพ

(5) ทำงานร่วมกับสมาชิกของทีมสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

(6) สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย/ที่พักที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และเอื้อต่อประชาชนกลุ่มเปราะบางให้มีอิสระในการทำงานเท่าที่จะทำได้

(7) เตรียมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยระหว่างการย้าย

(8) การบริหารจัดการทรัพยากรและอุปกรณ์ที่จำเป็นใช้ให้การดูแลในชุมชน

(9) รักษาความปลอดภัยส่วนบุคคลของผู้ที่อยู่ในสถานที่เกิดภัยพิบัติ

(10) จัดการเอกสารตามขั้นตอนภัยพิบัติ

(11) เก็บรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยตามความจำเป็น

(12) ให้การดูแลผู้ประสบภัยพิบัติสอดคล้องกับภูมิหลังทางวัฒนธรรม สังคม จิตวิญญาณ และความหลากหลายของบุคคล รวมทั้งประเมินผลกระทบของการปฏิบัติการพยาบาลและการให้การพยาบาลต่อบุคคลที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

(13) จัดหาให้การสนับสนุนในการดูแลทางด้านจิตใจ แก่ผู้รอดชีวิตและเจ้าหน้าที่เผชิญเหตุ หากจำเป็นให้การส่งต่ออย่างเหมาะสม

(14) ประสานงานในการช่วยติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวและคนที่รักให้แก่ผู้รอดชีวิต สนับสนุนให้ผู้รอดชีวิตมั่นใจในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล รวมทั้งส่งต่อผู้รอดชีวิตไปยัง

กลุ่ม/หน่วยงานอื่นตามความจำเป็น ตลอดจนบริหารจัดการการดูแลผู้เสียชีวิต โดยเคารพวัฒนธรรม สังคมและความเชื่อทางจิตวิญญาณตามสถานการณ์ที่สามารถจะทำได้

4) การจัดการระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ กิจกรรมการพยาบาลและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่สำคัญ คือ

(1) ระบุความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้รอดชีวิต และปรับแผนการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามความจำเป็น

(2) ระบุพื้นที่ที่มีความต้องการการฟื้นฟู และส่งต่อข้อมูลให้กับบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่หรือบุคคลที่มีความเหมาะสมในพื้นที่นั้นเพื่อให้การช่วยเหลือ

(3) สอนกลยุทธ์เรื่องการป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บให้ผู้รอดชีวิต และช่วยพัฒนากลยุทธ์การฟื้นฟูสภาพที่ทำให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น

(4) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนาแผนการตอบสนองความต้องการการพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจของผู้รอดชีวิตในระยะสั้นและระยะยาว

(5) ช่วยชุมชนในการตอบสนองต่อภัยพิบัติทุกระยะ การฟื้นฟูสภาพและฟื้นฟูสุขภาพปกติ

(6) ให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพให้กับองค์กรสุขภาพระดับท้องถิ่น และร่วมมือกับชุมชนในการช่วยดูแลสุขภาพ เป็นตัวแทนสร้างบริการการดูแลสุขภาพในชุมชน ตลอดจนส่งต่อผู้รอดชีวิตไปยังองค์กรหรือผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสมจำเป็น รวมถึงแบ่งปันข้อมูลแหล่งส่งต่อและแบ่งปันทรัพยากรที่ใช้ในสถานการณ์ภัยพิบัติ

(7) เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อภัยพิบัติ เพื่อใช้ประเมินผล

(8) ประเมินความร่วมมือกับองค์กรพยาบาลในช่วงภัยพิบัติและการตอบสนองการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3.5.2.2 การจัดการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings (2004) ช่วยพยาบาลชุมชนในการวางแผนและจัดการภัยพิบัติ แบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะขณะเกิดภัยพิบัติ ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ และระยะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

1) ระยะที่ 1 ก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย การประเมินทรัพยากรและระบุความเสี่ยงที่สำคัญ วางแผนจัดการภัยพิบัติที่มีอยู่ รวมถึงการฝึกปฏิบัติตามแผน การศึกษาของบุคลากรและอาสาสมัคร ประสานความร่วมมือกับตัวแทนชุมชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนให้ชัดเจน จัดเตรียมที่พัก มีเงินทุนเพียงพอ และพัฒนาเครื่องมือการประเมินภัยพิบัติ

2) ระยะที่ 2 ขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลทำหน้าที่ 3 ด้าน คือเป็นผู้ดูแล ผู้ให้ความรู้ และผู้จัดการรายกรณี โดย 1) ผู้ดูแล ทำหน้าที่คัดกรอง ดูแลด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตสังคม และวัฒนธรรม 2) ผู้ให้ความรู้ เป็นผู้วินิจฉัย ให้การรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเกิดโรค และ 3) ผู้จัดการ รายกรณี เป็นผู้ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและตัวแทนชุมชน หรือระหว่างแหล่งช่วยเหลือ เช่น สภากาชาดกับสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ พยาบาลควรสร้างระบบการส่งต่อติดตามผู้ประสบภัยพิบัติ บันทึกเวลา สถานที่ และเหตุผลในการส่งต่อ

3) ระยะที่ 3 หลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย การประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยพิบัติ ประเมินความเข้มแข็งและจุดอ่อนของแผนการจัดการภัยพิบัติ การ

ประเมินความจำเป็นในการรักษาดูแลให้การพยาบาลและการส่งต่อ ประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติซ้ำ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้มีประสิทธิภาพ

4) **ระยะที่ 4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น** คืออัตราการตายลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพลดลง ค่าใช้จ่ายที่ใช้เกี่ยวกับภัยพิบัติลดลง คนมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพของแผนภัยพิบัติสูงขึ้น และก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างกัน

แนวความคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบบ 4 ระยะนี้ เป็นการแบ่งที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมการเพื่อป้องกันก่อนเกิดภัยพิบัติ โดยแนวความคิดการป้องกันย่อมดีกว่าการตามแก้ไข แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ความสำคัญกับการสรุปประเมินผลหลังเกิดภัยพิบัติ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติครั้งหน้า จึงเกิดแนวความคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ 5 ระยะขึ้น

3.5.3 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบ่งตามระยะการเกิดภัยพิบัติเป็น 5 ระยะ (Kim & Proctor, 2002) คือ

3.5.3.1 การเตรียมความพร้อม/การประเมินความเสี่ยง (Preparedness/ risk assessment) ประเมินโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในพื้นที่และประเมินความเสี่ยงภัยพิบัติของคนในชุมชน

3.5.3.2 การลดผลกระทบของภัยพิบัติ (Mitigation) มีการวางแผนและพัฒนา กิจกรรมในการป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ กำหนดหน้าที่ของหน่วยงานเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือที่ชัดเจน มีระเบียบในการจัดวางสิ่งของ โครงสร้างสิ่งปลูกสร้าง รวมถึงการสำรองระบบไฟฟ้า ประปา การสื่อสารและบุคลากร เพื่อให้สามารถให้บริการได้เป็นปกติ ช่วยลดระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ

3.5.3.3 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response) ประกอบด้วยการมีแผนปฏิบัติการ มีระบบการสั่งการที่ชัดเจน การฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ และปรับเปลี่ยนแผนให้เข้ากับสถานการณ์ ประกอบกับการมีภาวะผู้นำ ความสามารถในการตัดสินใจ การประสานความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ที่ประสบภัยพิบัติได้รับการดูแลมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

3.5.3.4 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (Recovery) มีการจัดให้บริการที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องให้ กับผู้ประสบภัยพิบัติและบุคลากรที่เกิดความเครียดหรือเป็นผู้ประสบภัยพิบัติเองด้วย รวมทั้งการสำรวจและแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้นกับหน่วยงาน และพื้นที่ให้บริการ

3.5.3.5 การประเมินสรุปผลหลังเกิดภัยพิบัติ (Evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงาน ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น บันทึกและเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแผนการรับมือกับภัยพิบัติในครั้งต่อไป

แนวความคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในระยะต่อมา ให้ความสำคัญกับทั้งการเตรียมการเพื่อป้องกันก่อนเกิดภัยพิบัติและการสรุปประเมินผลหลังเกิดภัยพิบัติ เพื่อเตรียมวางแผนรับมือภัยพิบัติครั้งหน้าให้มีประสิทธิภาพ จึงเกิดแนวความคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติ 6 ระยะ

3.5.4 แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติแบ่งตามระยะการเกิดภัยพิบัติเป็น 6 ระยะ เป็นแนวความคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในศตวรรษที่ 21 (Qureshi & Gebbie, 2007) ให้ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมและการประเมินผลเพื่อนำไปประกอบการวางแผนในครั้งต่อไป แบ่งเป็น 6 ระยะคือ

3.5.4.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ประเมินโอกาสเกิดความเสี่ยงภัยพิบัติในพื้นที่และประเมินความเสี่ยงภัยพิบัติของคนในชุมชน โดยทำแผนแยกตามชนิดของภัยพิบัติเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน และควรมีการทบทวนความเสี่ยงซ้ำโดยการประเมินอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

3.5.4.2 การป้องกันภัยพิบัติ (Prevention) ประกอบด้วยการวางแผนการตอบสนองต่อภัยพิบัติในด้านทรัพยากรต่างๆ

3.5.4.3 การลดผลกระทบของภัยพิบัติ (Mitigation) การจัดการกับสิ่งที่เป็นตัวเสริมให้ภัยพิบัติมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น จัดระเบียบในการจัดวางสิ่งของ การระบุน้ำที่แต่ละฝ่ายให้ชัดเจน รวมถึงการสำรองระบบไฟฟ้า ประปา และบุคลากรเพื่อให้การบริการได้เหมือนหรือใกล้เคียงปกติ

3.5.4.4 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response) การมีระบบการสั่งการและปฏิบัติตามแผนที่ได้ซักซ้อมไว้ รวมทั้งการเคารพในคำสั่งของผู้มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการเมื่อได้รับการประสานงานหรือมีการปรับเปลี่ยนแผน

3.5.4.5 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (Recovery) จัดให้บริการที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติและบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่อาจเกิดความเครียด รวมทั้งการสำรวจและแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานต่างๆ และพื้นที่ให้บริการ

3.5.4.6 การประเมินผลหลังเกิดภัยพิบัติ (Evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อสรุปปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น

สรุป การจัดการพยาบาลภัยพิบัติ มีแนวคิดในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะของภัยพิบัติ หากแต่การแบ่งระยะของภัยพิบัติที่มากขึ้นเป็นการบ่งบอกถึงการให้ความสำคัญกับขั้นตอนการป้องกัน การเตรียมการก่อนเกิดภัยพิบัติและการประเมินสรุปผลหลังเกิดภัยพิบัติ ซึ่งช่วงหลังเริ่มให้ความสำคัญมากขึ้นรวมทั้งให้ความสำคัญกับชุมชน มุ่งให้ชุมชนเป็นฐานในการรับมือกับภัยพิบัติ (CBDRM) เนื่องจากคนในแต่ละชุมชนย่อมรู้ข้อมูลในชุมชนของตนเป็นอย่างดี ช่วยเหลือกันได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภัยพิบัติ (ทวิตา กมลเวช, 2551) สุดท้ายควรมีการบันทึกและเขียนข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปวิเคราะห์ วางแผนการรับมือกับภัยพิบัติในครั้งหน้าให้มีความพร้อมยิ่งขึ้นต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติของ ICN (2009) ที่แบ่งการจัดการพยาบาลภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ เนื่องจากมีความครอบคลุมบทบาทการพยาบาล ทั้ง 4 มิติ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

ทวิตา กมลเวช (2553) ระบุว่าจัดการภัยพิบัติมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือประสานการทำงาน เชื่อมโยงเครือข่าย และวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับชาติถึงชุมชน เพื่อช่วยให้ชุมชนมีศักยภาพบริหารจัดการภัยพิบัติได้ ซึ่งขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมตามความเห็นของ ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2553) ประกอบด้วย

3.6 ขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติ ในการจัดการภัยพิบัติทั่วไป มี 4 ขั้นตอนที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องกัน และมีการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ ดังนี้

3.6.1 ขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การสำรวจภัยพิบัติ การวินิจฉัยภัยพิบัติ การวางแผนและแก้ไขปัญหาภัยพิบัติ และการประเมินผลภัยพิบัติ

3.6.1.1 การสำรวจภัยพิบัติ เป็นการสำรวจและรวบรวมข้อมูลด้านสาธารณสุขเมื่อภัยเริ่มสงบ เพื่อเป็นพื้นฐานในการเตรียมพร้อมและวางแผนให้บริการ พิจารณาชนิดและสาเหตุของภัยพิบัติ จำนวนผู้ประสบภัยพิบัติตามกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพ ความสามารถในการให้บริการสุขภาพ ความสูญเสียของสถานพยาบาล จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการช่วยเหลือ เช่น การขนส่งคมนาคม การติดต่อสื่อสาร การสุขาภิบาล ระบบไฟฟ้า ประปา ประเมินความต้องการใช้ทรัพยากร ส่งต่อข้อมูลเข้าส่วนกลางเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติไม่ซ้ำซ้อน รวมทั้งเฝ้าระวังการติดเชื้อและการเกิดโรคติดต่อ

3.6.1.2 การวินิจฉัยภัยพิบัติ เป็นการประเมินภัยพิบัติเพื่อหาปัญหาความจำเป็นเร่งด่วนวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการให้การช่วยเหลือ

3.6.1.3 การวางแผนและแก้ไขปัญหาภัยพิบัติ จัดทำแผนดำเนินการแก้ไขปัญหากำหนดรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานให้พร้อมสำหรับปรับใช้แผนเมื่อเกิดภัยพิบัติ ซึ่งการช่วยเหลือต้องครอบคลุมถึงการช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาล การอพยพลำเลียงผู้ประสบภัยพิบัติ การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ การสุขาภิบาล รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรค

3.6.1.4 การประเมินผลภัยพิบัติ เป็นการวัดผลสำเร็จของการจัดการภัยพิบัติ โดยเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สรุป การบริหารจัดการภัยพิบัติปัจจุบันของประเทศไทย ในระดับนโยบายเริ่มให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม มีแผนและระบุผู้มีอำนาจหน้าที่ทุกระดับไว้ชัดเจน แต่ยังไม่สมบูรณ์ในภาคปฏิบัติ ส่วนการจัดการภัยพิบัติในแต่ละระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของผู้ประสบภัยพิบัติด้วย จึงต้องมีการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บประกอบด้วย ดังนี้

3.6.2 การจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ผู้ให้บริการปฏิบัติงานได้ราบรื่น สามารถให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้มากที่สุดในระยะเวลามีจำกัด ในที่นี้จะกล่าวถึงเกณฑ์การจำแนกผู้บาดเจ็บที่ใช้โดยทั่วไป ซึ่งเป็นการคัดแยกผู้ประสบภัยพิบัติออกเป็นกลุ่มตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ นิยมใช้ป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นสากล ประกอบด้วยป้ายสี 4 สี ได้แก่ ป้ายสีแดง ป้ายสีเหลือง ป้ายสีเขียว และป้ายสีดำ (Thomas, 1995 อ้างถึงใน เอมอร์ ซินพัฒนาพงศา และธิดา ซึ่งกมลพิสุทธิ์, 2548; Kawatani, 2012) คือ

3.6.2.1 ป้ายสีแดง (Red tag) เป็นสัญลักษณ์ของผู้ประสบภัยพิบัติที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นอันดับแรก เพราะถ้าล่าช้าจะมีอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่มีโอกาสรอดหรือหายได้ถ้าส่งทันเวลาได้แก่ ผู้ที่มีการหายใจลำบาก มีเลือดออกมาก อยู่ในภาวะช็อค

3.6.2.2 ป้ายสีเหลือง (Yellow tag) แทนผู้ประสบภัยพิบัติที่อาการสาหัสแต่รอดได้ต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นอันดับที่สอง ควรส่งต่อรับการรักษากายใน 2 ชั่วโมง ประเมินอาการเป็นระยะทุก 15-30 นาที เพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่ออาการแย่ลง ได้แก่ ผู้ที่กระดูกสำคัญหัก มีบาดแผลเสียเลือดในระดับปานกลาง (1/2 ถึง 1 ลิตร) บาดเจ็บที่ศีรษะแต่รู้สึกตัวดี บาดเจ็บไขสันหลัง หรือมีบาดแผลไหม้

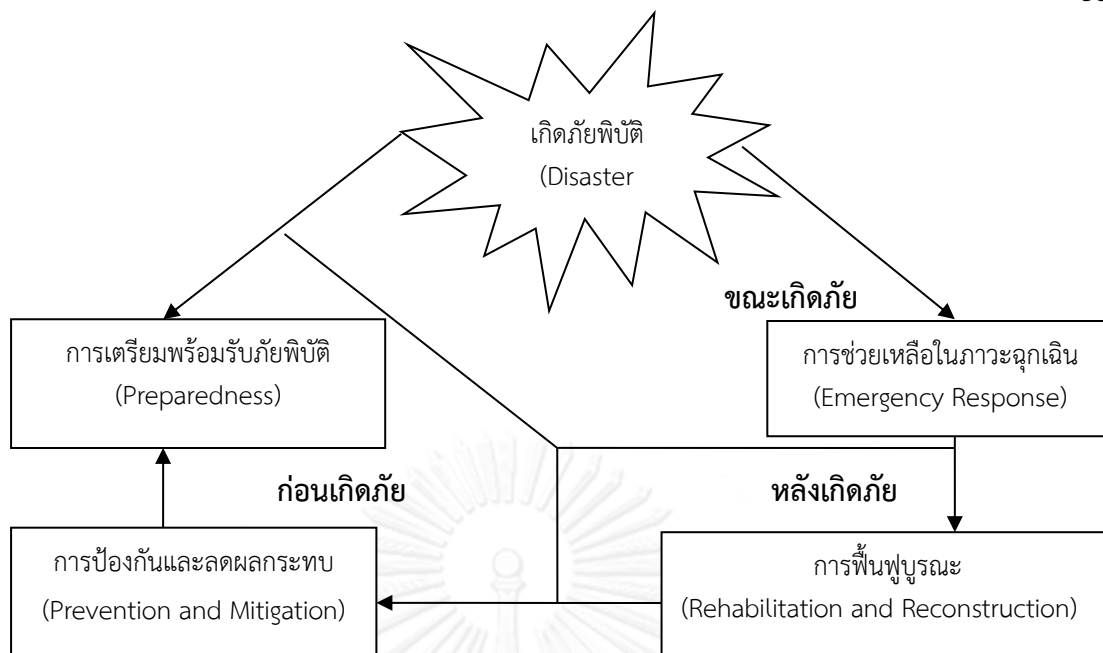
3.6.2.3 ป้ายสีเขียว (Green tag) เป็นสัญลักษณ์ของผู้ประสบภัยพิบัติที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อยเดินได้เอง ต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นอันดับที่สาม ได้แก่ ผู้ที่มีบาดแผลฉีกขาดไม่มาก ถลอก ฟกช้ำ กระดูกชิ้นเล็กหัก เสียเลือดเล็กน้อย มีปัญหาจิตประสาทปานกลาง ต้องการการดูแลเพียงเล็กน้อย

3.6.2.4 ป้ายสีดำ (Black tag) เป็นสัญลักษณ์ของผู้ประสบภัยพิบัติที่ได้รับการบาดเจ็บมาก ให้การช่วยเหลือเป็นอันดับท้าย เนื่องจากมีความหวังในการรอดชีวิตน้อยมากหรือหมดหวัง ต้องใช้อุปกรณ์และบุคลากรค่อนข้างมาก ใช้เวลาในการช่วยเหลือนานก็ยังไม่แน่ว่าจะรอดชีวิตหรือไม่ ทำให้พลาดโอกาสช่วยชีวิตผู้ประสบภัยพิบัติรายอื่นที่มีโอกาสรอดมากกว่าหลายราย ผู้ประสบภัยพิบัติกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ที่มีกระดูกหน้าอกยุบ อกกระสุน หรือมีดแทงทะลุช่วงท้องต้องใช้เวลาผ่าตัดนานบาดเจ็บศีรษะรุนแรง เลือดออกในกระโหลกศีรษะมาก หรือสมองไหล แผลไหม้ลึกระดับที่ 2 และระดับที่ 3 มากกว่าร้อยละ 40 ได้รับสารกัมมันตรังสี นิวเคลียร์ จนมีไข้สูง สับสน อาเจียนและถ่ายเป็นเลือด หรือเสียชีวิตก่อนถึงที่จำแนกผู้ประสบภัยพิบัติ แต่ก็ต้องให้การดูแลตามสมควร ตามหลักมนุษยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

กรณีที่ไม่มีผู้ประสบภัยพิบัติที่ได้รับป้ายสัญลักษณ์สีแดง พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ประสบภัยพิบัติที่ได้รับป้ายสัญลักษณ์ในลำดับถัดมา คือป้ายสัญลักษณ์สีเหลืองเป็นอันดับแรก ควรบอกหรือขออนุญาตผู้ประสบภัยพิบัติก่อนให้บริการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อเป็นการให้เกิดติดตามหลัก การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้ประสบภัยพิบัติ

นอกจากกิจกรรมในการจัดการภัยพิบัติในแต่ละระยะ และการจำแนกประเภทผู้บาดเจ็บที่ทำให้รู้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแล ยังต้องมีวิธีการจัดการภัยพิบัติด้วย ผู้สูงอายุจึงจะได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย มีดังนี้

3.7 วิธีจัดการภัยพิบัติ ภัยพิบัติเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง วิธีจัดการภัยพิบัติจึงเป็นไปตามระยะของการเกิดภัย ที่ดำเนินงานตามวงจรวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติ เริ่มตั้งแต่เตรียมการป้องกันและลดผลกระทบความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ เตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ และให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติ จนถึงการฟื้นฟูบูรณะหลังเกิดภัยพิบัติ แสดงดังแผนภูมิที่ 1 (กระทรวงมหาดไทย, กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2548; 3)



แผนภูมิที่ 1 แสดงวงจรวัฏจักรของภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติ (Disaster cycle and Disaster management) (ที่มา: กระทรวงมหาดไทย, กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2548; 3)

การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีทรัพยากรพร้อม ประชาชนมีจิตสำนึกในความปลอดภัย โดยปก. (2555 ข) ระบุว่า ยุทธศาสตร์ที่เอื้อต่อการบริหารจัดการภัยพิบัติทุกระยะคือ ยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ย่อย คือ การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน และการจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ

3.7.1 ยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ

3.7.1.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบ โดยมีมาตรการด้านความปลอดภัยของสิ่งปลูกสร้าง ประเมินความเสี่ยงในชุมชน จัดทำแผนที่เสี่ยงภัยพิบัติ การจัดทำฐานข้อมูล การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องภัยพิบัติ และวางแผนจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน

3.7.1.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเตรียมความพร้อม โดยการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติในระดับชุมชนถึงระดับชาติ และฝึกซ้อมแผนทุกระดับ ปรับปรุงโครงสร้างที่อยู่อาศัย พัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อเตือนภัยพิบัติ สร้างความพร้อมในชุมชน โดยการเตรียมความรู้ ความพร้อมของปัจจัยสี่ ของใช้จำเป็นและงบประมาณ

3.7.1.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน โดยมีระบบการสั่งการ การวางแผน พัฒนาการสื่อสาร การปฐมพยาบาล การเฝ้าระวัง การเผชิญภัยพิบัติ และอพยพหนีภัยพิบัติ

3.7.1.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ โดยการประเมินความเสียหาย ฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ จัดทำแผนการฟื้นฟู และประเมินผลการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ประสบภัยพิบัติ

หลักการจัดการภัยพิบัติและการลดความเสี่ยงภัยพิบัติ เป็นเรื่องพื้นฐานทั่วไป แต่ในผู้สูงอายุที่เปราะบางมีความต้องการเฉพาะ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

4. การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ แนวทางการฟื้นฟูจิตใจและปรับตัวของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของผู้สูงอายุ

4.1 ความหมายของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จากความหมายของการจัดการภัยพิบัติ การจัดการพยาบาล และการจัดการพยาบาลภัยพิบัติที่ได้กล่าวมา จึงอาจสรุปได้ว่าการจัดการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินตามกิจกรรมพยาบาลตามแผนภัยพิบัติหรือวางแผนการจัดการภัยพิบัติ โดยคำนึงถึงความเฉพาะของผู้สูงอายุ เช่นความเปราะบางด้านร่างกาย จิตใจ โรคประจำตัว และความต้องการในวัยสูงอายุ รวมถึงการประเมินและปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเพื่อให้เกิดผลกระทบหรือเกิดความสูญเสีย/เสียหายแก่ผู้สูงอายุน้อยที่สุด

4.2 การจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ทั้งที่ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุมานานนับสิบปี แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2553) ระบุว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน มีฐานะยากจน แนวโน้มสัดส่วนผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวมีจำนวนลดลง มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น และจากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมใหญ่เกือบทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาและอุปสรรคในทุกระยะของภัยพิบัติ ถึงแม้หน่วยงานต่างๆ ตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่ส่วนที่เป็นการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินั้นยังพบน้อยมาก ในหัวข้อนี้ ขอเสนอสถานการณ์ในภาวะภัยพิบัติของผู้สูงอายุในประเทศไทย โครงการที่เกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ และการดำเนินงานขององค์กรพยาบาล ดังนี้

4.2.1 สถานการณ์ในภาวะภัยพิบัติของผู้สูงอายุในประเทศไทย

มูลนิธิศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย (2556) ระบุว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาและอุปสรรคในทุกระยะของภัยพิบัติ กล่าวคือ แผนรับมือภัยพิบัติของรัฐบาลและองค์กรทางสังคมที่มีอยู่ยังสะท้อนความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุไม่มากพอ ขาดการเตรียมความพร้อมด้านนโยบายและโครงการเพื่อรองรับประชากรวัยสูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาและดำเนินการตามแผนการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติไม่ได้ตระหนักถึงผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง ไม่มีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้มแข็ง รวมถึงปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องการการเอาใจใส่เป็นพิเศษในช่วงเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ จากเหตุการณ์อุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ผู้สูงอายุจำนวนมากปฏิเสธการอพยพจากบ้านแม้อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต เนื่องจากเป็นห่วงทรัพย์สิน กังวลว่าจะสูญเสียบ้านที่อยู่อาศัยและชีวิตความเป็นอยู่ รวมทั้งผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาสุขภาพและการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือช่วยเหลือตนเองได้ จึงเสียชีวิตขณะเกิดภัยพิบัติ แม้กระทั่งหลังเกิดภัยพิบัติ ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงแหล่งช่วยเหลือ ไม่มีรายได้ที่แน่นอน ไม่มีความมั่นคงในชีวิต ไม่สามารถกู้ยืมเงินจากแหล่งการเงินได้ ส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิต

พลสุข ศิริพล, สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลุบล รุจิระประเสริฐ (2555) ระบุว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นการจัดการแบบโดยรวม เป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า โดยใช้ประสบการณ์ตรงเป็นหลัก ประกอบกับใช้ประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหรือรูปแบบอย่างชัดเจน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีจุดอ่อนที่ความเสื่อมด้านร่างกาย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แต่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ชื่อว่าอาบน้ำร้อนมาก่อน มีประสบการณ์การจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตมามาก รับรู้ถึงอุปสรรคปัญหาและความสำเร็จในการดำเนินการเรื่องต่างๆ ที่ผ่านมา ซึ่งรวมทั้งเหตุการณ์ภัยพิบัติด้วย จึงควรมีการนำผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติเพื่อผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (2556) ระบุว่า การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุได้เสนอแนวคิด/แนวทางที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความปลอดภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติ

4.2.2 โครงการที่เกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ

จากการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 2/2555 พบว่ามีการนำเสนอการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ทั้งหมด 165 โครงการ มีเกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุเพียง 2 โครงการ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) มี 91 โครงการ เกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ มีอยู่เพียง 2 โครงการ เช่นกัน สรุปได้เป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติทั้งสิ้นเพียง 4 โครงการ คือ (กผส., 2555)

4.2.2.1 โครงการพัฒนาส่งเสริมสวัสดิการและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหรือประสบภัยพิบัติในชุมชน โดยสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย

4.2.2.2 โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นงานเชิงรุกที่กำหนดให้ อผส.ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีสูตรการทำงานคือ “ 2-3-6-20” ซึ่ง “2” หมายถึง สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มได้ คือ กลุ่มสีแดงกับกลุ่มสีเขียว “3” หมายถึง หน้าที่ของ อผส.ที่มีอยู่ 3 ประการคือ ดูแลผู้สูงอายุ เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมรวมทั้งภัยพิบัติให้ผู้สูงอายุ และจัดบริการทางสังคมให้ผู้สูงอายุ “6” คือ ดูแลความเป็นอยู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ 6 ด้าน ประกอบด้วย สุขภาพกาย ใจ ปัญญาและความทรงจำ สภาพเศรษฐกิจสถานะทางสังคม และที่อยู่อาศัยสิ่งแวดล้อม ส่วน “20” คือกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ 20 ประการ สำหรับ อผส. 1 คนต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มสีแดงไม่น้อยกว่า 5 คน ดูแลสอดส่องผู้สูงอายุกลุ่มสีเขียวไม่น้อยกว่า 15 คน ความหมายของผู้สูงอายุกลุ่มสีแดง คือ ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยการใส่ใจดูแล ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว หรือผู้ที่ยากจน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มสีเขียว คือผู้สูงอายุอื่นในชุมชน โดยต้องมีการจัดทำข้อมูลชุมชน แผนที่ชุมชน แผนดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล และอบต. ซึ่งขณะนี้ดำเนินการได้ร้อยละ 77 จากเป้าหมายที่กำหนดให้มีครบทุกเขต (ไพฑูริย์ พัชรอาภา, จิรฎา วิวัฒน์ และอุษณีย์ ยุทธพงษ์ธาดา, 2552; ไพฑูริย์ พัชรอาภา และคนอื่นๆ, 2553)

4.2.2.3 โครงการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม อสม.เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กรมพัฒนาฝีมือแรงงานกระทรวงแรงงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อปท. และองค์กรเอกชน เพื่อส่งเสริมศักยภาพของอสม.ในการจัด การสุขภาพและสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุในชุมชนทั้งก่อนและหลังเกิดภัยพิบัติ

4.2.2.4 โครงการจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยธรรมชาติ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

4.2.3 การดำเนินการขององค์การพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติ มีทั้งส่วนที่เป็นการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย โดยศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ และสภาการพยาบาล ดังนี้คือ

ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (จินตนา ยูนิพันธุ์ , 2556) ระบุว่า ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ มีคณะกรรมการอำนวยการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับให้การดำเนินการของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ ทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข กล่าวคือ จัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาล จัดทำหนังสือเอกสารวิชาการ จัดทำฐานข้อมูลการสืบค้นและฐานข้อมูลพยาบาลด้านสาธารณสุข พัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำวิจัย พัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลสาธารณสุข เตรียมความพร้อมและช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติให้ทันเหตุการณ์ เสริมสร้างเครือข่าย พัฒนาระบบการพยาบาลสาธารณสุข ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทำหน้าที่อื่นๆ ตามคณะกรรมการอำนวยการมอบหมายให้ โดยกิจกรรมที่ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการไปแล้วคือ จัดอบรมผู้บริหารเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ร่วมประชุมวิชาการระดับสากลเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง ฝึกอบรมให้ความรู้ในการทำวิจัยเพื่อนำมาพัฒนาการจัดการภัยพิบัติ การเผยแพร่ข้อมูล/บทความวิชาการผ่านทางเว็บไซต์ของสมาคม แพลตฟอร์มสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขเป็นภาษาไทยพร้อมทั้งเผยแพร่

สภาการพยาบาล (อรพรรณ โตสิงห์, 2554) ระบุว่าสภาการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ โดยกำหนดสมรรถนะพยาบาลภัยพิบัติ พัฒนาหลักสูตรร่วมกับ WHO ระบุปัญหาของระบบสุขภาพ วางแผน ลดความเสี่ยงและป้องกันโรค วางแผนตอบสนองความต้องการสุขภาพ ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเชื่อและวัฒนธรรมในระดับบุคคล แต่สิ่งที่พยาบาลยังไม่ได้มีส่วนร่วม คือการวางแผนพัฒนาในระดับนโยบาย วิเคราะห์และปรับปรุงการจัดการภัยพิบัติ ทบทวนความต้องการของกลุ่มเสี่ยง กระบวนการทางกฎหมายเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ไม่มีการเชื่อมโยงแผนระดับชุมชนกับระดับชาติ

จากการวิเคราะห์หลักสูตรการศึกษาของพยาบาลไทย พบว่า การเตรียมพยาบาลในระบบการศึกษาของประเทศไทย มีการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติ แต่ยังไม่เพียงพอต่อการรองรับการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และเมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ระดับปริญญาตรีตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลในประเทศไทยกับสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะภัยพิบัติของ ICN พบว่า สภาการพยาบาลมีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั่วไป

ที่สอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะภัยพิบัติของ ICN ทั้ง 4 ระยะ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกองค์ ประกอบ (พูลสุข ศิริพล, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลุบล รุจิระประเสริฐ, 2555) รวมถึงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับภาวะภัยพิบัติ มีแต่เพียงการฝึกซ้อมรับมืออุบัติเหตุหมู่ในหน่วยงาน ซึ่งก็จำกัดอยู่เพียงหน่วยงานด้านฉุกเฉินเท่านั้น ไม่มีการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลทั่วไป (พูลสุข ศิริพล และสุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, 2555)

สรุปได้ว่า พยาบาลเป็นกำลังสำคัญในการจัดการพยาบาลทุกระยะของการเกิดภัยพิบัติ ทั้งที่เป็นคนกลุ่มใหญ่ แต่หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสม การฝึกอบรมในภาวะภัยพิบัติถูกจำกัดอยู่เพียงบางหน่วยงาน เช่นห้องฉุกเฉิน อีกทั้งมีข้อจำกัดที่ไม่มีการวางแผนการช่วยเหลือ ไม่มีการจัดระบบการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรของใช้จำเป็น และบุคลากรพยาบาล ไม่มีการเตรียมตัวผู้สูงอายุและชุมชน เมื่อเกิดภัยพิบัติจึงทำให้เกิดความโกลาหล สับสนในบทบาทหน้าที่บุคลากรพยาบาลผู้ปฏิบัติการจึงใช้ประสบการณ์ส่วนตัวประกอบกับประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เป็นตัวกำหนดการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติ จึงควรมีการเตรียมความพร้อมขั้นพื้นฐานให้กับพยาบาลทุกคน รวมทั้งกำหนดบทบาทหรือรูปแบบอย่างชัดเจนในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีการจำแนกผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติโดยใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ร่วมดำเนินการ

4.3 การจำแนกประเภทผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบาง มีความจำเป็นในการช่วยเหลือที่แตกต่างออกไป จึงต้องมีการจำแนกประเภทผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติโดยเฉพาะ มีการคิดและนำมาใช้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ค.ศ. 2002 แต่เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่จึงยังไม่ได้นำมาใช้แพร่หลายมากนัก (Baylor college of medicine, Harris county hospital district, 2006)

Dyer, Regev, Burnett, Festa, & Cloyd (2008) ระบุว่า สถานการณ์ภัยพิบัติที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ก่อทำให้เกิดความสับสนวุ่นวาย การช่วยเหลือล่าช้า เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการสับสน สื่อสารไม่เข้าใจ มองเห็นไม่ชัด ไม่ได้ยิน จึงมีการพัฒนาการจำแนกประเภทผู้สูงอายุเพื่อให้ความช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น โดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จาก Baylor college of medicine, Harris county hospital district, American Medical Association, Care For Elders: CFE & American Association of Retired Persons (AARP) ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ในระหว่างการตอบสนองต่อภัยพิบัติ เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือ (the Seniors Without Families Team: SWiFT) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มตามความต้องการความช่วยเหลือ ได้มีการทดลองใช้โดย Houston/Harris County และสมาชิกองค์กรดูแลผู้สูงอายุ (CFE) พบว่า ใช้จำแนกแบ่งกลุ่มหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุได้รวดเร็ว โดยแบ่งการประเมินใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ (cognition) การใช้ยาและความต้องการการบริการทางสังคม (medical and social services needs) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (the ability to perform activities of daily living) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ โดยใช้ SWIFT

วันที่	ชื่อผู้ประเมิน		
ชื่อ	วันเดือนปีเกิด		
คุณมีครอบครัวหรือเพื่อนอยู่ด้วยกับคุณที่นี่หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
ระดับที่ 1 <u>การจัดลำดับสุขภาพร่างกาย/จิตใจ</u> ส่งต่อสถานพยาบาล คลินิก แพทย์ โรงพยาบาล หรือ สถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ	A. คุณมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เบาหวาน <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ความจำ <input type="checkbox"/> อื่นๆ หมายเหตุ : B. คุณกินยาหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี คุณมียาหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ถ้าตอบไม่ จัดเป็นระดับที่ 1	C. คุณต้องการคนช่วยในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การเดิน <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การกินอาหาร <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การแต่งตัว <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การขับถ่าย <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ การบริหารยา ถ้าตอบใช่ข้อใดข้อหนึ่ง จัดเป็นระดับที่ 1 คุณใช้อุปกรณ์ใดช่วยในการเคลื่อนที่ <input type="checkbox"/> ไม่เท่า <input type="checkbox"/> ที่ช่วยเดินชนิด 4 ขา <input type="checkbox"/> เก้าอี้มีล้อเลื่อน <input type="checkbox"/> เก้าอี้อาบน้ำ	
D. ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน ถ้าตอบไม่ได้หรือตอบไม่ถูก จัดเป็นระดับที่ 1	E. บอกชื่อสิ่งของง่ายๆ 3 อย่างให้ผู้สูงอายุจำ และทวนคำ เช่น “ แอปเปิ้ล, โตะ, เงิน ”	F. ปีนี้คือปีอะไร ถ้าตอบไม่ได้หรือตอบไม่ถูก จัดเป็นระดับที่ 1	G. ให้ผู้สูงอายุพูด 3 อย่างที่ให้จำไว้เมื่อสักครู่ ถ้าตอบผิดมากกว่า 1 อย่าง จัดเป็นระดับที่ 1
ระดับที่ 2 <u>ต้องการความช่วยเหลือแบบการจัดการรายกรณี</u> ส่งต่อผู้จัดการรายกรณี	A. ถ้ามถึงสิ่งที่ต้องการขณะนี้	B. คุณมีการวางแผนว่าจะไปที่ไหน เมื่อออกจากที่นี่แล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	C. รายได้/สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เงินเชื่อ/ครอบครัวชำระการเงินเชื่อ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี บัตรทอง <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ประกันสุขภาพ/ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี เงินสด (จ่ายเอง) คุณมีเอกสารแสดงหลักฐานหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี
ระดับที่ 3 <u>ต้องการการติดต่อกับครอบครัวหรือเพื่อน</u> ส่งต่ออาสาสมัครสหประชาชาติ	A. ครอบครัว คุณต้องการให้ช่วยหาครอบครัว/เพื่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	B. ชื่อ: ความสัมพันธ์: สถานที่:	สถานที่ที่ผู้สูงอายุอยู่

ที่มา : ดัดแปลงจาก Baylor College of Medicine, Harris County Hospital District, American Medical Association, Care of Elders & AARP. 2006. Recommendations for best practices in the management of elderly disaster victims. pp. 11.

SWIFT แบ่งผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความต้องการการช่วยเหลือเป็น 3 ระดับ คือ (Dyer, et al., 2006)

ระดับที่ 1 ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ (ADL) เช่น เรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกาย การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การเดิน และการจำชื่อ และลักษณะยาที่ใช้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลโดยผู้ที่มีทักษะ ควรส่งต่อให้ได้รับการดูแลในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุ

ระดับที่ 2 ผู้ที่มีความบกพร่องในการทำกิจกรรมที่มีความซับซ้อนและต้องใช้ทักษะ (iADL) เช่น การคิดเงิน การทอนเงิน การทำธุรกรรมธนาคาร ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือแบบการจัดการรายกรณี

ระดับที่ 3 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ADL และ iADL ได้เล็กน้อย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากองค์กร เช่นอาสาสมัคร หรือสภากาชาด

นอกจากกิจกรรมในการจัดการภัยพิบัติในแต่ละระยะ และการจำแนกประเภทผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่ทำให้รู้ถึงความจำเป็นในการดูแลและรู้ถึงความต้องการของผู้สูงอายุแล้ว ยังต้องมีวิธีการจัดการภัยพิบัติด้วย ผู้สูงอายุจึงจะได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย มีดังนี้

4.4 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

พยาบาลเป็นบุคลากรหลักของระบบสุขภาพทั่วโลก เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการจัดการภัยพิบัติทุกระยะ (WHO, 2002) มีหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติและชุมชนที่ประสบภัยพิบัติ ประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมด้านสุขภาพร่างกาย ความจำเป็นพื้นฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย ในกรณีเร่งด่วน ผู้สูงอายุไม่มีญาติหรือขณะนั้นติดต่อญาติไม่ได้ หรือกรณีผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการคิด การรับรู้ บกพร่องด้านการตัดสินใจ พยาบาลยังต้องมีบทบาทเป็นผู้นำ ช่วยผู้สูงอายุตัดสินใจหรือช่วยตัดสินใจแทนผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโดยจัดบริการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ การวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุทำให้ความขัดแย้งในใจของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น (Hutton, 2008) โดยมีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติดังข้อเสนอแนะของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว (2556); University of Hyogo, et. al. (2005); HelpAge International (2000); Gibson, & Hayunga (2006); HelpAge International & UNHCR (2012) และ Somes & Donatelli (2012) ซึ่งแบ่งเป็นระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะเกิดภัยพิบัติ และระยะหลังเกิดภัยพิบัติ ได้ดังนี้คือ

4.4.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ

4.4.1.1 การประเมินและเฝ้าระวังภัยพิบัติ โดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงของภัยพิบัติโอกาสเกิดภัยพิบัติ ชนิดของภัยพิบัติ และความรุนแรงของภัยพิบัติ ประเมินกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทั้งด้านจำนวนที่มีมากขึ้น พื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ และทรัพยากรที่มีอยู่ รวมถึงความสามารถในการบริการพยาบาลและบริหารจัดการ

4.4.1.2 การจัดทำหรือมีส่วนร่วมจัดทำแผนภัยพิบัติของโรงพยาบาลและของชุมชน มีการระบุบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละงานชัดเจน มีแผนการจัดหากำลังคน จัดอัตรากำลังให้เพียงพอในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเป็นเวลาอย่างต่ำ 3-5 วันหรืออาจนานกว่านั้นขึ้นกับสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ ในแผนชุมชนต้องเน้นศักยภาพของคนในชุมชนให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

4.4.1.3 การเตรียมการรับภัยพิบัติ ด้านความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ของใช้ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์การสื่อสาร สถานที่ปฏิบัติงาน ที่พักที่เหมาะสมปลอดภัยเป็นสัดส่วน และยานพาหนะ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ มีความปลอดภัยในการขนส่งเคลื่อนย้าย อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน รวมทั้งเตรียมเครื่องอุปโภคบริโภค ได้แก่ น้ำสะอาดสำหรับดื่ม น้ำสำหรับใช้ อาหารอ่อนย่อยง่าย โซเดียมต่ำ ไขมันต่ำ ยา ผ้าห่ม เสื้อผ้า ที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ รวมถึงห้องน้ำห้องส้วมที่สะอาด สะดวก สว่างเพียงพอ และตั้งอยู่ไม่ไกลจากที่พัก

4.4.1.4 การฝึกซ้อมแผนรับภัยพิบัติ แนวทางการเรียกกำลังบุคลากรมาปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ ระบบสัญญาณเตือนภัยพิบัติ ทดสอบความพร้อมของการสื่อสาร ระบบไฟฟ้าและประปาสำรอง และประเมินประสิทธิภาพของแผนรับภัยพิบัติ ทำให้ทราบถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งนำมาปรับปรุงให้มีความพร้อมยิ่งขึ้น เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติจริง

4.4.1.5 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้มีความสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานที่เขียนไว้ นำข้อมูลชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ รวมถึงนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน ผู้นำด้านสุขภาพ โรงเรียน วัด หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานการปกครอง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการเตรียมคนในชุมชนของตนเอง

4.4.2 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติระยะเกิดภัยพิบัติ

4.4.2.1 การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อสรุปเหตุการณ์ชนิด ความรุนแรงของภัยพิบัติ สถานที่เกิดเหตุภัยพิบัติ จำนวนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ทำให้เตรียมความพร้อมทรัพยากรกำลังคน และใช้แผนตอบสนองหรือรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสม

4.4.2.2 การใช้แผนและการประเมินความพร้อมรับภัยพิบัติ เมื่อประกาศใช้แผนแล้ว ให้ปฏิบัติตามแผน และประเมินความสามารถของการใช้แผนในการรับภัยพิบัติ

4.4.2.3 การปฏิบัติกรพยาบาล การปฐมพยาบาลตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ร่วมกับวิเคราะห์ความรุนแรงของสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อประเมินความเหมาะสมของสถานที่ให้บริการพยาบาลว่าควรเป็นจุดเกิดเหตุหรือนอกพื้นที่ รวมถึงการประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุ การทำ ADL, iADL และสภาพจิตใจ ความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง การกระทบกระเทือนจิตใจ และภาวะสมองเสื่อม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการให้ความช่วยเหลือทั้งแก่ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ใช้หลักการจำแนกผู้บาดเจ็บภายใต้กรอบมาตรฐานการพยาบาล กฎหมายวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ

4.4.2.4 การให้ข้อมูลผู้สูงอายุ ต้องพูดช้า ชัด หรือเขียนหนังสือตัวใหญ่ๆให้อ่าน กรณีผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยินและการอ่านหนังสือต้องมีการทำท่าทางสื่อสารประกอบการพูดตลอดจนชี้

ให้ผู้สูงอายุดูตัวอย่าง และมีการสำรองระบบการสื่อสารหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถติดต่อญาติของผู้สูงอายุได้ รวมทั้งจัดให้ได้อยู่ร่วมกับญาติ/คนรู้จักเพื่อลดความตึงเครียด และสะดวกในการสื่อสาร

4.4.2.5 การประสานงานเครือข่ายต่างๆในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลรักษาเดิมกับการบันทึกข้อมูลการรักษาในปัจจุบัน และการส่งต่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

4.4.2.6 การจัดทำทะเบียนบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการรายงานเหตุการณ์ภัยพิบัติถึงจำนวน ชนิดของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การช่วยเหลือที่ให้ และสรุปผลการช่วยเหลือ

4.4.2.7 การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติและการให้ความช่วยเหลือ เพื่อนำมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการใช้แผนรับมือภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

4.4.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติระยะหลังเกิดภัยพิบัติ

4.4.3.1 การประเมินสถานการณ์หลังเกิดภัยพิบัติ ประเมินผลการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพของแผนภัยพิบัติ และภาวะสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

4.4.3.2 การปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุ เน้นที่การบาดเจ็บ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงหรือมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง และการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการกระทบกระเทือนด้านจิตใจ ควรมีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามสมควร ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน กระตุ้นการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การทำความสะอาดร่างกายของผู้สูงอายุ ป้องกันการติดเชื้อ เป็นเพื่อนคุย และหาอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวให้ เพื่อให้กลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดโดยใช้เวลาน้อยที่สุด ลดความเสียหายและความรุนแรงที่เกิดขึ้น

4.4.3.3 การจัดทำบันทึกรายงาน ทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ จำนวนของผู้สูงอายุที่บาดเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บ ผู้ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ผู้พิการ ผู้หายเป็นปกติ ผู้เสียชีวิต และยอดรวมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทั้งหมด

4.4.3.4 การประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ ในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ การติดตามหาญาติ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจการเงิน ปรับปรุงที่อยู่อาศัย รวมถึงการป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้น

4.4.3.5 การประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อหาจุดด้อยที่เกิดขึ้น สรรวจวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ ความเสียหายที่พบ และปรับแก้ไขให้มีความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ

ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิตมามาก รวมทั้งอาจเคยผ่านเหตุการณ์ภัยพิบัติมาแล้ว จึงสามารถปรับตัวได้มากกว่าช่วงวัยอื่น ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเคลื่อนไหวที่จำกัด มีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับภัยพิบัติ เช่น เคยมีอาการกำเริบ ขาดยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น สูญเสียคนรักหรือของรัก ไม่มีอาชีพและขาดรายได้ในช่วงประสบภัยพิบัติ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติอาจเกิดความเครียด มีอาการซึมเศร้า วิดกกังวลได้ในช่วงระยะหนึ่ง หรือส่งผลกระทบต่อเป็นเดือนหรือเป็นปี โดยมีผู้ให้แนวทางการฟื้นฟูจิตใจและปรับตัวในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติไว้ ดังนี้

4.5 แนวทางการฟื้นฟูจิตใจและปรับตัวของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

จากเหตุการณ์ธรณีพิบัติจากคลื่นสึนามิที่ผ่านมาของประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องอารมณ์หงุดหงิด มีความคิดฟุ้งซ่าน นอนไม่หลับ โดยพบปัญหาด้านจิตใจสูงสุดในช่วงสัปดาห์ที่ 2 หลังเกิดเหตุ (สุริย์รัตน์ วงศ์เสงี่ยม, 2548) ซึ่งแนวทางการฟื้นฟูจิตใจและปรับตัวผู้ประสบภัยพิบัติที่ พระไพศาล วิสาโล และยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2548); เครือวัลย์ ศรียารัตน์ และเนตดา วงศ์ทองมานะ (2556); และ Pan American Health Organization (2012) ได้แนะนำคือ การใช้เวลา อดทน รับฟังผู้สูงอายุด้วยความใส่ใจ เยี่ยมทักทายผู้ประสบภัยพิบัติ โอบกอดสัมผัส ตักตวงทุกข์สุข ส่งเสริมให้ยอมรับความเป็นจริง ให้กล้าเผชิญปัญหา จัดหาปัจจัยสี่ สิ่งของหรืออำนวยความสะดวกให้ ร่วมทำกิจกรรม ช่วยในการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ ชักชวนกันดูแลสุขภาพและพักผ่อนให้เพียงพอ พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส โดยเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ให้มีพลังต่อสู้กับสิ่งต่างๆ รวมทั้งชี้ให้เห็นโอกาสในชีวิต แนะนำให้ใช้หลักธรรมตามความเชื่อทางศาสนา ทำพิธีทางศาสนาให้แก่ผู้ล่วงลับให้ได้พบความสุขตามความเชื่อและผู้ที่มีความสบายใจ มีการประเมินผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกหรือแสดงความรู้สึกเศร้าโศกเพื่อให้หายอึดอัด พุดคุยโดยใช้คำพูดที่ซ้ำแต่ชัดหรืออาจต้องพูดซ้ำ รับฟังโดยไม่ตัดสิน ไม่ตำหนิหรือห้ามปรามผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ คอยอยู่เคียงข้างให้กำลังใจ และประสานการส่งต่อหากมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา โดยปัญหาทางด้านจิตใจนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีทันใดในระยะเวลาเพียง 2-3 วันหรืออาจเกิดในระยะเวลาต่อมาซึ่งอาจเป็นเวลาล่วงไปถึง 4-6 เดือนได้

พยาบาลจึงควรเป็นส่วนหนึ่งในการจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ อันประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเช่น นักจิตวิทยา พยาบาลและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรม มีความรู้เรื่องภัยพิบัติ ข้อมูลสถานการณ์ความเสียหายที่เกิดขึ้น และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเป็นพื้นฐาน รวมถึงมีการประเมินติดตามสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

4.6 การเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของผู้สูงอายุ

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีภัยพิบัติเกิดขึ้นบ่อยอย่างต่อเนื่อง หลายหน่วยงานในหลายรัฐ จึงมีคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุให้เตรียมพร้อมในด้านต่างๆ คือ ด้านการวางแผน อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิต เตรียมของใช้จำเป็นส่วนตัวและอุปกรณ์การแพทย์ เตรียมชุดภัยพิบัติพื้นฐาน และด้านความต้องการเฉพาะ ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้ (CDC, 2006; Wilken, Bobroff, & Minton, 2011; Manpower development corp., 2011; และ American Red Cross, 2012) คือ

4.6.1 ด้านการวางแผน: รัฐบาลสหรัฐอเมริกาส่งเสริมให้ทุกคนวางแผนในยามฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุให้จดชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์/ผู้ใกล้ชิด การเดินทางไปสถานที่ที่ต้องการอพยพ แผนการเคลื่อนย้ายสัตว์เลี้ยง แผนการเตรียมอพยพ รวมทั้งมีการสร้างเครือข่ายผู้ใกล้ชิดอย่างน้อย 3 คน อาจเป็นญาติ เพื่อน หรือคนข้างบ้าน ให้รู้จักวัดความเป็นอยู่ซึ่งกันและกัน ตลอดจนส่งข่าวติดต่อกันในยามปกติอย่างสม่ำเสมอ

4.6.2 ด้านอุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิต: เตรียมไฟฉาย เทียน ไม้ขีดไฟ วิทยุ โทรศัพท์ ที่เปิดกระป๋อง เครื่องมือช่างสำหรับใช้เอนกประสงค์ กรรไกร ผ้าเทป ผ้าเปียกเอนกประสงค์ หน้ากากอนามัย ถุงพลาสติก เสื้อกันฝน เสื้อผ้า ผ้าห่ม ถูนอน แนะนำให้จดรายการยาและขนาดที่ใช้ ชื่อและ

เบอร์ติดต่อแพทย์ บัตรประชาชน บัตรประกันสุขภาพ ใบแสดงความจำเป็นในการรักษาเมื่อมีอาการหนัก บัตรเครดิต บัญชีธนาคาร ข้อมูลภาษี สื่อบัตร หนังสือเดินทาง โดยยาและเอกสารสำคัญให้ใส่ซองกันน้ำไว้ และเตรียมเงินสดติดตัวเผื่อไว้ใช้ยามฉุกเฉิน ควรสำเนาบัตรสุขภาพ และเอกสารสำคัญต่างๆตลอดจนแผนการอพยพให้เครือข่ายผู้ใกล้ชิดเก็บไว้คนละชุด และระบุวิธีการติดต่อญาติซึ่งกันและกันในกรณีฉุกเฉินโดยวิธีอื่นที่นอกเหนือจากการใช้โทรศัพท์

4.6.3 ด้านของใช้จำเป็นส่วนตัวและอุปกรณ์การแพทย์: เตรียมเครื่องช่วยฟัง แวนตา อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ไม้เท้า รถเข็นนั่ง และแบตเตอรี่สำรองสำหรับไฟฉาย วิทยุ โทรศัพท์ รวมทั้งแบตเตอรี่สำรองสำหรับอุปกรณ์การแพทย์อื่นที่ต้องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด เช่น เครื่องช่วยฟัง รถเข็นนั่งไฟฟ้า เรียนรู้วิธีแก้ปัญหาเมื่ออุปกรณ์การแพทย์ไฟฟ้าที่ใช้ประจำมีปัญหา รวมทั้งควรมีการสำรองรถเข็นแบบไม่ใช้ไฟฟ้า จดจำหมายเลขรุ่นของอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้อยู่ เตรียมภาพถ่ายยาที่ใช้ประจำและคำแนะนำการใช้ ชุดปฐมพยาบาล สำรองยา/อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ประจำเผื่อไว้อย่างน้อย 2 สัปดาห์

4.6.4 ด้านชุดภัยพิบัติพื้นฐาน: ประกอบด้วยอาหารสำเร็จรูป อาหารเฉพาะที่รสชาดไม่เค็ม มีกากใยสูง อาหารกระป๋องขนาดเล็กสำหรับกินหนึ่งมื้อหรือขนมขบเคี้ยวที่สามารถเปิดกระป๋องได้ง่าย ในกรณีอพยพให้สำรองน้ำมากกว่า 1 แกลลอน/คน/วัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน หากเป็นกรณียังอาศัยอยู่ที่บ้าน ไม้ได้อพยพ ให้สำรองไว้ประมาณ 2 สัปดาห์ และควรแบ่งบรรจุใส่ขวดพลาสติกขนาดเล็กเพื่อให้ถือสะดวก เปิดฝาง่าย ไม่ต้องออกแรงมาก น้ำและอาหารสำหรับสัตว์เลี้ยงต่างหาก

4.6.5 ด้านความต้องการเฉพาะ: สำหรับผู้ที่มีอาการหลงลืม มีปัญหาการพูดหรือช่วยตัวเองไม่ได้ ควรมีการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ดังนี้

4.6.5.1 ผู้ที่มีอาการหลงลืม สมองเสื่อม ให้ขึ้นทะเบียนไว้ที่สถานีตำรวจและแผนกดับเพลิง ติดป้ายชื่อมือหรือป้ายห้อยคอที่ระบุชนิดของความบกพร่อง พฤติกรรมอาการที่พบบ่อย ชื่อยา และอาหารที่แพ้ รวมทั้งชื่อที่อยู่และเบอร์ติดต่อญาติ

4.6.5.2 ผู้ที่มีปัญหาการพูด ให้ระบุวิธีที่ดีที่สุดในการสื่อสารและเก็บสำเนาไว้กับเครือข่ายผู้ใกล้ชิด

4.6.5.3 ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ควรมีแผนการเคลื่อนย้ายฉุกเฉิน เตรียมอุปกรณ์ของใช้ประจำวัน เช่น หมอนนอน ผ้าอ้อม เสื้อผ้าและยาที่เพียงพออย่างน้อยสำหรับ 2 สัปดาห์ ในรายชื่อออกซิเจนต้องมีการสำรองออกซิเจน แบตเตอรี่ และน้ำไว้ต่างหาก ผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ต้องมีการเตรียมผ้าสำหรับเปลี่ยน ผ้ารองซับ และอุปกรณ์ทำความสะอาด

แม้บางการศึกษาจะระบุว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ปรับตัวได้ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งยังช่วยดูแลสมาชิกในบ้านที่มีอายุน้อยกว่า และดูแลคนที่อยู่ในชุมชนได้ (Kato, Asuka, Miyake, Minakawa, & Nishiyama, 1996 และ HelpAge International, 2004) แต่จากภาวะสุขภาพ การใช้ยาประจำ สูญเสียบทบาทหรือสถานภาพทางสังคม ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ขาดแรงจูงใจและความมั่นใจร่วมกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความเครียด เจ็บแค้น ตื่นตระหนก วิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือซึมเศร้าได้ (Wells, 2005; Gibson, & Hayunga, 2006) การวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทำให้ความขัดแย้งในใจของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติลดลง สามารถปรับตัวและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น (Hutton, 2008) ทางด้าน American Red Cross (2012) จึงได้แนะนำให้ผู้สูงอายุ

เตรียมพร้อมตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติโดยการออมเงินและทำแผนประกันสุขภาพที่ วางแผนร่วมกับผู้ดูแลสุขภาพล่วงหน้าก่อนเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นกับเครือข่ายผู้ใกล้ชิด ซึ่งรวมถึงปัญหาสุขภาพ ยาที่ใช้ประจำ สถานที่รักษาประจำ ประวัติการแพ้ยาและอาหาร การติดต่อญาติและการช่วยเหลือยามฉุกเฉิน อีกทั้งต้องบอกถึงสถานที่เก็บของสำหรับใช้ยามเร่งด่วนเช่น ที่เก็บกุญแจบ้าน กุญแจรถ อุปกรณ์ที่ใช้ในการกำจัดสิ่งกีดขวางเช่น ขวาน ชะแลง ตลอดจนเรียนรู้ความต้องการของเครือข่ายผู้ใกล้ชิดแต่ละคนและวิธีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกรณีฉุกเฉิน และแนะนำให้ทบทวนชุดภัยพิบัติพื้นฐานที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นได้ทุก 1 ปี สํารวจวันหมดอายุและเติมของทุกชนิดเมื่อมีการใช้ของไป (U.S. department of Homeland security, FEMA, & American Red Cross, 2006; Wilken, & Gillen, 2005 และ American Red Cross, 2012)

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ในกรณีเกิดภัยพิบัติรุนแรงหรือผู้ที่ต้องใช้บริการสุขภาพเป็นประจำ ควรพักที่สถานดูแลสุขภาพหรือพักในที่ที่เหมาะสม ไม่ลำบากในการเดินทางมารับบริการทางสุขภาพหรือรับยาต่อเนื่อง อาหารเฉพาะโรค และการช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น ดังนั้น พยาบาลควรประเมินผู้สูงอายุ ทำแผนที่ผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาระบบการเคลื่อนย้ายมีแผนระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติต่อเนื่อง จัดที่พักและสิ่งแวดล้อมแยกส่วนให้โดยเฉพาะ จัดให้มีกิจกรรมการทำงานเล็กๆน้อยๆที่คุ้นเคย เพื่อสร้างรายได้และก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน กรณีผู้สูงอายุไม่ย้ายออกจากพื้นที่ควรจัดบริการสุขภาพและปัจจัยสี่ให้ และฝึกอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลตลอดจนถึงคนในชุมชนในการร่วมให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

5. เทคนิคเดลฟาย

การวิจัยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแนวโน้มหรือปรากฏการณ์ในอนาคต ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องนั้นๆเป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความเป็นไปได้หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยเทคนิควิธีการวิจัยที่เป็นที่นิยม คือเทคนิคเดลฟาย ในที่นี้ประกอบด้วย ความหมายและวิธีการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย และความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

5.1 ความหมายและวิธีการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

มีผู้ให้ความหมายและวิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายไว้ในทางเดียวกัน ดังนี้

ชนิษฐา วิทยาอนุมาส (2530) เทคนิคเดลฟาย เป็นการรวบรวมความคิดเห็นหรือคำตอบในเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่กระทบความคิดเห็นต่อผู้เชี่ยวชาญคนอื่นในกลุ่ม

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2550) เทคนิคเดลฟาย เป็นเทคนิคการวิจัยที่คาดการณ์เรื่องราวในอนาคต โดยผู้เชี่ยวชาญทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ไม่มีการเผชิญหน้ากัน

ชนิตา รัชภัทลเมือง (2550) เทคนิคเดลฟาย เป็นเทคนิคการวิจัยที่รวบรวมความคิดเห็นเรื่องอนาคตจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความสอดคล้อง น่าเชื่อถือ ใช้ประกอบการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2553) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ยังไม่มีคำตอบของเรื่องในอนาคตโดยสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความชำนาญในเรื่องนั้น ไม่มีการเผชิญหน้ากันระหว่างผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน ไม่ส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอื่น อีกทั้งช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

Linestone & Turoff (1975) ให้ความหมายเทคนิคเดลฟาย ว่าเป็นกระบวนการติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม เป็นการใช้กลุ่มคนในการแก้ไขปัญหาซับซ้อนที่มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย หมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูลที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องราวในอนาคต โดยสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นนั้นให้เป็นระบบ สอดคล้องน่าเชื่อถือมากที่สุด นำไปช่วยในการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สามารถประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายได้ โดยผู้เชี่ยวชาญทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ ไม่มีการเผชิญหน้ากัน จึงไม่ส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นของตนเองหรือผู้เชี่ยวชาญอื่น

5.2 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้คือ การกำหนดและคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กำหนดปัญหาที่สนใจศึกษาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำเดลฟายรอบที่ 1 การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล ทำเดลฟายรอบที่ 2 ทำเดลฟายรอบที่ 3, 4 และสรุปและอภิปรายผลกำหนดปัญหาที่สนใจศึกษา พิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญ ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และรวบรวม/วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย (จุมพล พุฒภัทรชีวิน, 2550)

5.2.1 การกำหนดและคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จะพิจารณาจากคุณสมบัติด้านความรู้ ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ความเต็มใจให้ความร่วมมือ และจำนวนผู้เชี่ยวชาญ โดย

5.2.1.1 ความรู้ ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น เพื่อให้ผลการวิจัยออกมามีความถูกต้องชัดเจน น่าเชื่อถือ จึงต้องระบุมเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่ชัดเจนและเหมาะสม โดยเลือกผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความเข้าใจในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี

5.2.1.2 ความเต็มใจให้ความร่วมมือ เนื่องจากการตอบแบบสอบถามนั้นต้องใช้เวลาในการตอบหลายรอบ จึงต้องอาศัยความร่วมมือ ความเต็มใจ และสละเวลาในการให้ข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ

5.2.1.3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญ ขึ้นกับลักษณะกลุ่มและประเด็นที่ศึกษา Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28) ระบุว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคเดลฟายที่ต่างกันมีความน่าเชื่อถือไม่เท่ากัน ซึ่งจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 17 คนขึ้นไป ทำให้ขนาดความคลาดเคลื่อนลดลงมาก ดังนั้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงควรมีผู้เชี่ยวชาญไม่ต่ำกว่า 17 คน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การลดลงของขนาดความคลาดเคลื่อนและจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	ช่วงความคลาดเคลื่อนที่ลดลง	ช่วงความคลาดเคลื่อนที่ลดลง
1-5	1.20 - 0.70	0.50
5-9	0.70 - 0.58	0.12
9-13	0.58 - 0.54	0.04
13-17	0.54 - 0.50	0.04
17-21	0.50 - 0.48	0.02
21-25	0.48 - 0.46	0.02
25-29	0.46 - 0.44	0.02

ที่มา : Thomas T. Macmillan (1971) อ้างถึงใน เกษม บุญอ่อน, 2522: 26-28)

5.2.2 กำหนดปัญหาที่สนใจศึกษาและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน เป็นเรื่องในอนาคตที่อาศัยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆเป็นผู้ให้คำตอบ นำไปสู่การเตรียมพร้อม การวางแผนนโยบาย หรือคาดเดาอนาคตอย่างมีหลักการ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ชนิดปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง

5.2.3 การทำเดลฟายรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ได้มาจากการวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

5.2.4 การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 1 เริ่มจากการติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามทุกรอบ ซึ่งแจ้งผู้เชี่ยวชาญถึงการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เนื่องจากปัญหาในการวิจัยแบบเดลฟายมักเกิดในการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบถัดไป การเว้นระยะในการส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ และควรติดตามอย่างต่อเนื่อง หากนานไปอาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิด ผู้ตอบล้มเหลวที่ตอบในรอบที่ผ่านมา เรื่องไม่เป็นที่น่าสนใจ หรือเรื่องนั้นอาจได้รับคำตอบแล้ว

ผู้วิจัยต้องมีความรอบคอบในการวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับทุกรอบ และให้ความสำคัญกับคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทุกคนทุกครั้งเท่าเทียมกัน วางตัวเป็นกลาง ไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัวในการพิจารณาตัดสินใจ เพราะจะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

5.2.5 การทำเดลฟายรอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบแรก นำมาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่เนื้อหา โดยรวบรวมข้อมูลที่คล้ายกันเข้าด้วยกัน ตัดข้อมูลที่ซ้ำซ้อนออก คงข้อที่แตกต่างไว้ อาจมีการปรับค่าโดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ นำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อในรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมทั้งให้อิสระแก่ผู้เชี่ยวชาญในการเขียนแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถาม ข้อเสนอแนะการแก้ไขสำนวน ปรับคำ หรือปรับข้อความที่ไม่ชัดเจน และให้เหตุผลที่ไม่เห็นด้วย

5.2.6 การทำเดลฟายรอบที่ 3, 4 มีลักษณะเหมือนแบบสอบถามในรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อ มาหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยการแก้ไขสำนวน ปรับคำ หรือปรับข้อความที่ไม่ชัดเจน และเพิ่มตำแหน่ง มัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบ แล้วส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆตอบอีกครั้ง โดยผู้เชี่ยวชาญจะเห็นความเหมือนและแตกต่างระหว่างคำตอบของตนกับของกลุ่ม ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง ผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเองให้เข้ามาอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์หรือยืนยันคำตอบของตนก็ได้ หากยืนยันคำตอบของตนแต่แตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญอื่น และอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ ให้ระบุเหตุ ผลสั้นๆตอนท้ายข้อนั้น ซึ่งโดยทั่วไปความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก อาจไม่จำเป็นต้องทำขั้นตอนนี้

5.2.7 สรุปและอภิปรายผล เมื่อได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ โดยเลือกจากเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวนรอบที่เหมาะสมขึ้นกับจุดมุ่งหมาย ระยะเวลา และงบประมาณของการวิจัย โดยการพิจารณาความสอดคล้องและครอบคลุมของคำตอบที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบ ซึ่ง Murry & Hammons (2001) ระบุว่าการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติแบบสอบถามในรอบถัดไปเมื่อข้อมูลที่ได้รับมีความครบถ้วนชัดเจนและได้รับฉันทามติจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 จึงยุติการส่งรอบถัดไป แต่หากผลการตอบกลับรอบที่ 3 พบว่า ความเห็นยังมีความแตกต่างอยู่มากกว่าร้อยละ 20 ผู้วิจัยต้องสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 4 และทำตามขั้นตอนเดียวกันกับรอบที่ 3 ซึ่ง บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2553) ระบุว่าต้องมีการใส่ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 3 ลงในแบบสอบถามรอบที่ 4 นี้ให้ไปด้วย

5.3 ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2550) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ความตรงตามเนื้อหาของการวิจัยเทคนิคเดลฟายมีอยู่ในเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่แล้ว เพราะเป็นการสอบถามความคิดเห็นมาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆโดยตรง พร้อมทั้งมีการปรับแก้ไขสำนวน มีการปรับคำ หรือปรับข้อความที่ไม่ชัดเจน ประกอบกับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดไว้ก็เป็นการช่วยลดความคลาดเคลื่อน ซึ่งถือได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว

ความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย ถือได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความเที่ยงของการวิจัยด้วยแล้วเช่นกัน จากการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบของตนเองในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของการตอบแบบสอบถาม เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของคำตอบในแต่ละรอบไปในตัว ถ้าคำตอบคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงมาก

การที่ผู้เชี่ยวชาญได้ไตร่ตรองตอบคำถามซ้ำ ทำให้ความเชื่อมั่นของคำตอบสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้วิเคราะห์แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามีแนวคิดอื่นที่น่าสนใจจำนวนรวม 13 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม

	Axelrod, Killam, Gaston, & Stinson (1994)	Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002)	Bremer (2003)	Jennings-Sanders (2004)	University of Hyogo (2005)	Baylor College, Harris Count Hosp District (2006)	Gibson, & Hayunga (2006)	Wilber, et. al. (2006)	ICN (2009)	Cloyd & Dyer (2010)	Kawatani (2012)	HelpAge International & UNHCR (2012)	Somes & Donatelli (2012)
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ													
1)การวิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓
2)การประเมินข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓
3)การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓
4)การระบุแหล่งให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
5)การประเมินความสามารถของโรงพยาบาล และแผนกพยาบาลในการเตรียมรับภัยพิบัติ	✓	✓	✓	✓				✓	✓		✓		✓
6)การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อประสบภัยพิบัติ		✓		✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓
7)การให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวในการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเมื่อประสบภัยพิบัติ	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
8)การอบรมอาสาสมัครและบุคลากรในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะด้านสังคม ศาสนา และภาษา	✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓
9)การแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการเตรียมอุปกรณ์ของใช้จำเป็น ได้แก่ ยาชื่อยาที่ใช้ประจำ อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เครื่องช่วยฟัง แว่นตา	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
10)การเตรียมข้อมูลสุขภาพและจำนวนผู้สูงอายุในชุมชน สังคม	✓	✓	✓				✓		✓		✓	✓	✓
11)การจัดทำแผนที่ผู้สูงอายุในชุมชน		✓	✓		✓		✓		✓				
12)การแนะนำผู้สูงอายุให้ฝึกฝนร่างกายให้แข็งแรง	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
13)การแนะนำผู้ดูแลให้ฝึกฝนร่างกายผู้สูงอายุให้มีความแข็งแรง	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓		✓
14)การแนะนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
15)การแนะนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
16)การพัฒนามาตรฐานการดูแลด้านสุขภาพกายและด้านจิตสังคมผู้สูงอายุ		✓			✓			✓	✓				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

	Axelrod, Killam, Gaston, & Stinson (1994)	Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002)	Bremer (2003)	Jennings-Sanders (2004)	University of Hyogo (2005)	Baylor College, Harris Count Hosp District (2006)	Gibson, & Hayunga (2006)	Wilber, et. al. (2006)	ICN (2009)	Cloyd & Dyer (2010)	Kawatani (2012)	HelpAge International & UNHCR (2012)	Somes & Donatelli (2012)
17)ปรับสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมการรักษา ดูแลผู้สูงอายุกว้างขึ้น	✓	✓						✓	✓				
18)ระบบการเตือนภัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ		✓			✓				✓				
19)มีส่วนร่วมและพัฒนานโยบายเพื่อผู้สูงอายุใน ชุมชน			✓				✓		✓	✓			
ระยะเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ													
1)การเตรียมทรัพยากรของใช้ อุปกรณ์ทางการ พยาบาล ยา เวชภัณฑ์	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2)กระจายความช่วยเหลือด้านทรัพยากร	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
3)การกระจายพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถในการ ให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
4)การจัดการแบ่งปันทรัพยากรให้สอดคล้องกับ ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ													
1)การประเมินความเสี่ยงของภัยพิบัติ สามารถ คาดการณ์แนวโน้มของสถานการณ์ภัยพิบัติ	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓
2)การจัดการงานพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบ ภัยพิบัติจากข้อมูลความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติที่มีอยู่		✓		✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓
3)การปรับแผนการตอบสนองต่อภัยพิบัติให้สอดคล้อง กับสถานการณ์ภัยพิบัติ				✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓
4)การจัดแบ่งงานให้ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบ ภัยพิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓	✓
5)การประเมินปัญหาผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
6)การประเมินความต้องการการช่วยเหลือของ ผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
7)การลงทะเบียนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ		✓		✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
8)การบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บของผู้สูงอายุที่ประสบ ภัยพิบัติ		✓		✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พรประไพ แยกเต่า และคนอื่นๆ (2548) ศึกษาการติดตามผลการเยียวยาจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ ในจังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วม ทำให้ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้ประโยชน์ รู้สึกมีคุณค่า ประกอบกับสมาชิกสามัคคี ให้ความร่วมมือ ผู้นำมีการสื่อสารและการประสานงานที่ดี ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและเอกชน ทำให้สามารถผ่านเหตุการณ์เลวร้ายได้

ปรารธนา ยามานนท์ (2550) ศึกษาประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพ ในเหตุการณ์สึนามิ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการไม่เป็นระบบ ขาดการประสานการส่งต่อผู้บาดเจ็บ ข้อมูลมาจากหลายทางทำให้เกิดความสับสน ระบบการสื่อสารใช้ไม่ได้ พยาบาลวิชาชีพคัดกรองไม่ทัน เครื่องมือไม่พอใช้ พยาบาลมีหมุนเวียนปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ต้องขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลภายนอก แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า รวมทั้งมีอุปสรรคในเรื่องภาษา

วาสนา เพ็ชรภักดิ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ ผลการวิจัยพบว่า อาชีพหลังประสบภัยพิบัติ ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, โรคประจำตัว การประสบเหตุการณ์และการบาดเจ็บ การรับรู้ถึงผลกระทบภายหลังประสบภัยพิบัติ และอาการทางจิตเวชจากได้รับอันตราย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความผาสุกของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิระดา แสงศรี (2550) ศึกษาประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย มีประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขภัย ในด้านการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย การจัดการขณะเกิดภัย การให้ความช่วยเหลือพื้นฐานอย่างรวดเร็ว และการจัดการหลังเกิดภัย โดยพบปัญหาด้านการสื่อสาร ขาดการประสานงาน ทำงานด้วยความรวดเร็ว ทำให้เครียด แนะนำให้มีการเตรียมความรู้พยาบาล ชุมชน กลุ่มเสี่ยง ฝึกซ้อม มีเครือข่ายในการทำงาน โดยสิ่งที่ทำให้ทำงานได้ดี คือ การมีประสบการณ์ มีผู้นำ มีสัมพันธ์ภาพ และความเชื่อมั่นในองค์กร

สุนันทา ลักษณะธิดิกุล, อุไร หัตถกิจ และจิรพรรณ พิรุณ (2551) ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา Hermeneutic phenomenology ผลพบว่า พยาบาลปฏิบัติงานทุกเรื่องเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บาดเจ็บและญาติ ทั้งที่เป็นบทบาทพยาบาลและนอกเหนือบทบาทพยาบาล การช่วยในภาวะวิกฤต การทำแผล ประเมินผู้บาดเจ็บ คัดกรองและส่งต่อ การพยาบาลในห้องผ่าตัด การดูแลด้านจิตใจ การบริหารอัตรากำลัง ประสานงาน และการให้ข้อมูลแก่ผู้บาดเจ็บและญาติ

เจน บุญไพรัตน์สกุล (2552) ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ประสบภัยสึนามิในจังหวัดพังงา ผลพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตทำให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือดูแลกัน ช่วยเยียวยาจิตใจได้ สิ่งที่ช่วยเสริมความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุคือ ผู้นำที่ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ความร่วมมือของสมาชิกและการสนับสนุนจากองค์กรสุขภาพ

สุวรรณภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น (2555) ศึกษาวิกฤติมหาอุทกภัยกับผู้สูงอายุ: บทเรียนที่ต้องหาทางออก ผลพบว่าผู้สูงอายุประสบภัยพิบัติต้องการย้ายออกจากพื้นที่เพราะกลัวความรุนแรง แต่ส่วนใหญ่ไม่ต้องการอพยพเพราะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สำหรับอาหาร ยาและของใช้ในถุงยังชีพไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส้วมลอยน้ำทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเวียนศีรษะ การทรงตัวไม่ดี ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ

ยุกติ มุกดาวิจิตร (2555) ศึกษาคนกบภัยพิบัติ: กรณีศึกษาชาวจังหวัดปทุมธานีที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย ผลพบว่า ผู้สูงอายุผูกพันกับชุมชน ห่วงทรัพย์สินและสัตว์เลี้ยง จึงไม่ต้องการย้ายออกจากที่พัก แต่ต้องการให้ช่วยสนับสนุนให้สามารถปรับตัวอยู่ในพื้นที่ประสบภัยพิบัติได้

Axelrod, Killam, Gaston, & Stinson (1994) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพปฐมภูมิจากน้ำท่วม Midwest ผลพบว่า ผลกระทบของภัยพิบัติทำให้การบริการสุขภาพหยุดชะงัก คนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ยากขึ้นและปัญหายิ่งทวีถ้ามีอุปสรรคทางวัฒนธรรม/ภาษา ค่าใช้จ่าย การส่งต่อ ไม่มีสิทธิการรักษา คนสูงอายุ คนเป็นโรคจิต คนที่มีเชื้อ HIV/AIDS หรือพิการ การขาดทรัพยากรของใช้และบุคลากร ทำให้การดูแลสุขภาพมีความจำกัดไม่เพียงพอต่อความต้องการ ขาดยาที่ใช้ประจำในโรคเรื้อรัง มีการปนเปื้อนน้ำหรืออาหารทำให้เจ็บป่วยและมาใช้บริการเพิ่มขึ้นอีก มีความเครียด ซึมเศร้า คนไม่มีที่อยู่อาศัยหรือย้ายไปพักที่อาศัยชั่วคราว ต้องเผชิญปัญหาการเงิน การขนส่ง การสื่อสาร ขาดยา ขาดอุปกรณ์การแพทย์ ปัญหาการบำบัดน้ำและสิ่งปฏิกูล ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้น้อยและปรับตัวในสถานการณ์ฉุกเฉินได้น้อยมีความเสี่ยงสูง เป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลสุขภาพ ผู้ให้บริการต้องประเมินความต้องการบริการสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างรวดเร็ว ตระหนักถึงความแตกต่างทางกายภาพ การสูญเสีย การตอบสนองต่อความเครียด เตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในประเด็นการข้ามวัฒนธรรม โดยไม่จำกัดอยู่เพียงต้องมีสิทธิในการรักษา แนะนำให้มีการวางแผนการเข้าถึงการบริการปฐมภูมิที่จำเป็น กองทุนช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ประเมินความต้องการการช่วยเหลือและทรัพยากรที่มีอยู่ การประสานงานการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จัดโปรแกรมช่วยให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มเปราะบางให้เข้าถึงการบริการจำเป็น ขยายการให้บริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการระบบ และสนับสนุนทางอารมณ์ โดยรัฐบาลและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรมีส่วนร่วมในการกำหนดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิหลังเกิดภัยพิบัติ

Kato, Asuka, Miyake, Minakawa, & Nishiyama (1996) ศึกษาอาการด้านจิตใจหลังเกิดแผ่นดินไหวในญี่ปุ่นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุน้อยกว่า 60 ปีกับกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ผลพบว่าในสัปดาห์ที่ 3 หลังเกิดเหตุแผ่นดินไหวทั้ง 2 กลุ่มมีรูปแบบการนอนหลับ ซึมเศร้า มีอาการตื่นกลัวต่อสิ่งกระตุ้นไม่แตกต่างกัน แต่ในสัปดาห์ที่ 8 หลังเกิดเหตุแผ่นดินไหวในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีอาการลดลงต่างจากอีกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายว่าน่าจะเกิดจากประสบการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมาและเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) ศึกษากลยุทธ์การจัดการฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติ ผลการศึกษาพบว่า จุดอ่อนที่สำคัญของผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติคือ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง, ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส, การรับรู้ลดลง, การเจ็บป่วยเรื้อรัง, ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ปัญหาสุขภาพจิต ข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจที่ทำให้ไม่สามารถเตรียมการป้องกันภัยพิบัติได้เพียงพอ รวมทั้งอุปสรรคในการปรับตัว

ระหว่างกาเกิดภัยพิบัติ ส่วนกลยุทธ์เพื่อจัดการกับจุดอ่อนของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) กลยุทธ์ด้านตัวบุคคลผู้สูงอายุ ควรมีการเตรียมตัว/สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุให้แข็งแรง ให้ความรู้กับครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและองค์กรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีเครือข่ายสังคมในการแจ้งเตือนภัยพิบัติและช่องทางการให้ข้อมูล สื่อสารการช่วยเหลือที่เฉพาะกับผู้สูงอายุ 2) กลยุทธ์ด้านผู้ให้การช่วยเหลือในชุมชน นำศักยภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ จัดระบบการจัดการฉุกเฉินที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุ มีข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน เชื่อมโยงการวางแผน การเตรียมอพยพ การเคลื่อนย้าย และสถานที่พักพิง มีทีมให้การช่วยเหลืออพยพออกจากพื้นที่ กรณีไม่ต้องการย้ายให้มีการส่งอาหาร ของใช้จำเป็น และทีมสุขภาพเข้าตรวจร่างกาย ให้ยา รวมทั้งมีองค์กร/บุคลากร/อาสาสมัครที่เข้มแข็งมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ และ 3) กลยุทธ์ด้านชุมชน การช่วยเหลือให้ตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ช่วยในการเคลื่อนย้าย การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การกระจายความช่วยเหลือให้ทั่วถึง โดยคำนึงถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านภาษา วัฒนธรรม รูปแบบการเตือนภัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการช่วยฟื้นฟูบูรณะที่อยู่อาศัย

Bremer (2003) ศึกษาการพัฒนานโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและจัดการกับภัยพิบัติ ผลพบว่า ควรมีการประเมินก่อนเกิดภัยพิบัติในด้านสังคม กลุ่มเปราะบาง ระบบสุขภาพที่มีอยู่ ความสามารถของทีมช่วยเหลือ การควบคุมโรคและการป้องกันการติดเชื้อ ความพร้อมของทรัพยากรและการกระจายความช่วยเหลือ ความรวดเร็วในการประเมิน และแผนที่เกิดภัยพิบัติ

O'Brien (2003) ศึกษาการเตรียมการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ควรสำรองระบบสื่อสารและระบบบันทึกที่เรียกดูข้อมูลผู้สูงอายุได้ จัดทำแผนที่บ้านของผู้สูงอายุ และการวางแผนการฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ

Jennings-Sanders (2004) ศึกษาเรื่อง การสอนการพยาบาลภัยพิบัติโดยการนำรูปแบบการจัดการการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings มาใช้ ผลพบว่า รูปแบบการจัดการการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings ประกอบด้วยบริการพยาบาล คือการประเมิน การวางแผน และการปฏิบัติการพยาบาลในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติและหลังเกิดภัยพิบัติ อันรวมถึงบทบาทพยาบาลที่เป็นผู้ดูแล ผู้ให้ความรู้ และผู้จัดการรายกรณีขณะเกิดภัยพิบัติ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน โดยในระยะที่ 1 ก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย การประเมินทรัพยากร ระบุความเสี่ยงที่สำคัญ ประเมินข้อมูลการศึกษาและจำนวนบุคลากร แหล่งประโยชน์ในชุมชน กองทุน ชุดอุปกรณ์การช่วยเหลือ วางแผนการจัดการภัยพิบัติ การเคลื่อนย้ายช่วยเหลือผู้เปราะบางที่ประสบภัยพิบัติ ข้อตกลงกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและให้ที่พักแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ พัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงภัยพิบัติ การหาอาสาสมัครพร้อมทั้งระบุบทบาทหน้าที่ ระยะที่ 2 ขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลทำหน้าที่ 3 ด้าน คือเป็น 1) ผู้ดูแล ทำหน้าที่คัดกรอง ดูแลครอบคลุมเป็นองค์รวม 2) ผู้ให้ความรู้ เป็นผู้วินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเกิดโรค และ 3) ผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลหรือหน่วย งานภายนอก พยาบาลควรสร้างระบบการส่งต่อ ติดตามและส่งข้อมูลให้สมาชิกาชาดโดยระบุเวลา สถานที่ และเหตุผลของการส่งต่อ ระยะที่ 3 หลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติซ้ำ ประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนของแผนการจัดการภัยพิบัติ ปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสม และระยะที่ 4 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คืออัตราการตายลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพลดลง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติลดลง

คนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี มีความรู้เพิ่มขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพของแผนภัยพิบัติ พยาบาลไม่ควรทำเฉพาะงานประจำ ควรมีการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติทั้งด้านความรู้ บทบาทหน้าที่ของตน ชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งช่วยให้มีการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ

Saliba, Buchanan, & Kington (2004) ศึกษาเรื่องบทบาทและการตอบสนองของสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติในชุมชน ผลพบว่า แผนภัยพิบัติไม่มีความชัดเจน ไม่มีแผนการย้ายกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ขาดยานพาหนะเคลื่อนย้าย สถานพยาบาลได้รับอุปกรณ์การช่วยเหลือหลังเกิดภัยพิบัติอย่างจำกัด ขาดบุคลากรและอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล การขนส่งลำเลียงยาและการรักษาเป็นไปอย่างยากลำบาก ปัญหาเรื่องการสื่อสารฉุกเฉิน น้ำและเชื้อเพลิงเครื่องกำเนิดไฟฟ้าไม่เพียงพอ แนะนำให้มีการคำนึงถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ในการเตรียมพร้อมรับและตอบสนองต่อภัยพิบัติ

Steinberg, et al. (2004) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจหลังการโจมตีตึก World Trade Center ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความถี่ของการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นหลังเกิดเหตุการณ์เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเกิดเหตุการณ์

Lach, Langan, & James (2005) ศึกษาสิ่งจำเป็นในการวางแผนรับภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุควรสนับสนุนให้มีการวางแผนด้านทรัพยากรบุคคลและของใช้ให้พร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน สร้างความตระหนักถึงผลกระทบของภัยพิบัติ ให้ผู้สูงอายุได้มีการเตรียมความพร้อม รวมถึงต้องมีแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้อยู่รอดปลอดภัย แต่ละหน่วยงานต้องมีการจัดเตรียมสถานที่พักที่ปลอดภัยให้ผู้สูงอายุเป็นเวลาอย่างน้อย 72 ชั่วโมง

Nates, & Moyer (2005) ศึกษาบทเรียนจากพายุเฮอริเคน Katrina, tsunamis และภัยพิบัติอื่นๆ ผลพบว่า ขาดการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้ให้การช่วยเหลือ ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง รวมทั้งระบบบริการสุขภาพมีไม่เพียงพอ

Prezant, et al. (2005) ศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบการดูแลสุขภาพจากเหตุการณ์ไฟฟ้าดับทั่วเมือง New York: บทเรียนสำหรับการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ผลการศึกษาพบว่า หลังเกิดเหตุหนึ่งวันประชาชนโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด อุปกรณ์ใช้งานขณะไฟฟ้าดับไม่ได้ ได้แก่เครื่องช่วยหายใจ แรงดันที่ใช้อัดออกซิเจน และอุปกรณ์พ่นยา แนะนำให้มีการวางแผนเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ เตรียมระบบไฟฟ้าสำรอง อุปกรณ์ช่วยชีวิต อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการเตรียมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันได้ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและชุมชน

University of Hyogo (2005) ศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผลพบว่าควรดูแลเรื่องความเหมาะสมของที่พัก ความสะอาด อาหาร น้ำดื่มเพียงพอ การสุขาภิบาล การช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ป้องกันการติดเชื้อ ฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ การให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล และระบบการส่งต่อ

Gibson, & Hayunga (2006) ศึกษาบทเรียนในการปกป้องผู้สูงอายุจากภัยพิบัติ ผลพบว่า ประกอบด้วย การแปลงแผนหลักลงสู่การปฏิบัติ มีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและองค์กรผู้สูงอายุ แผน

อพยพ ผีกซ้อม การเตรียมตัวผู้สูงอายุ แผนที่ในชุมชน เตรียมทรัพยากร เครือข่ายอาสาสมัคร การลงทะเบียนและระบบการติดตาม ระบบการสื่อสาร ภาษา การรักษาพยาบาล การประเมินผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ อาหารเหมาะสม ที่พักเป็นสัดส่วน การประเมินเพื่อปรับแผนเป็นระยะ ตลอดจนการควบคุมการติดเชื้อ

Hyer, Brown, Berman, & Polivka-West (2006) ศึกษาการจัดตั้งและระบบการตอบสนองต่อพายุเฮอริเคนในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลพบว่า สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทำงานไม่ตอบสนองต่อระบบการตอบสนองภัยพิบัติที่มีอยู่ ควรเน้นความสำคัญของแผนการจัดการเหตุฉุกเฉินของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นที่คำนึงถึงผู้สูงอายุ ปรับปรุงการวางแผนเชิงโครงสร้าง เรื่องระบบไฟฟ้า โทรศัพท์ อุปกรณ์สื่อสาร น้ำ บริการพื้นฐานอื่นและสำรองสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ สร้างเกณฑ์การตัดสินใจและแนวทางการอพยพ พัฒนาระบบการสื่อสารแบ่งปันข้อมูล ให้บุคลากรสุขภาพเข้าถึงเวชระเบียนของผู้สูงอายุได้ โดยคำนึงถึงจริยธรรมและความถูกต้องตามกฎหมาย พัฒนาแนวทางการเตรียมรับภัยพิบัติในภูมิภาคโดยระบุหน้าที่ให้ชัดเจน

Wilber, et. al. (2006) ศึกษาเรื่อง การแพทย์ฉุกเฉินในระบบสุขภาพอเมริกาในอนาคตสำหรับผู้สูงอายุ ผลพบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมมีภาระมากเกินไป งบประมาณน้อย และทำงานแยกส่วน ไม่ตอบสนองผู้สูงอายุที่มีมากในปัจจุบันได้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลฉุกเฉินและภัยพิบัติที่มีมากขึ้น ควรพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพกายและจิตสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคเรื้อรังและพิการ มีทีมงานผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ผสานความต้องการของผู้สูงอายุและมีการสื่อสารส่งต่อไปยังการพยาบาล เกณฑ์การคัดกรอง การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในแผนภัยพิบัติ การจัดสิ่งแวดล้อม ผูกอบรมการดูแลฉุกเฉินให้บุคลากร เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้ความสามารถ ดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ฉุกเฉินได้ ทำวิจัยเพื่อหากกลยุทธ์ที่ดีที่สุด สถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ และแยกเงินทุนดูแลสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติออกมาจากการบริการดูแลฉุกเฉิน ปรับสิทธิของ Medicare และ Medicaid ให้ครอบคลุมการรักษาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อลดการใช้บริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาล

Burnett, Dyer, & Pickins (2007) ศึกษาการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติ ผลพบว่า ผู้สูงอายุมีความเปราะบางจำเป็นต้องมีเครื่องมือประเมินโดยเฉพาะ มีการพัฒนาเครื่องมือเรียกชื่อย่อว่า SWiFT (Seniors Without Family Triage) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุทั้งแพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ มีการทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติหลายเหตุการณ์ พบว่าสามารถใช้ประเมิน/คัดกรองได้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความต้องการการช่วยเหลือด้านสังคม การเงิน รวมถึงการติดตามหาญาติได้ดี ใช้เวลาน้อยกว่า 10 นาที สามารถใช้ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุได้ทั้งหลังเกิดภัยพิบัติและยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมรับสถานการณ์ภัยพิบัติในอนาคตหรือเตรียมอพยพผู้สูงอายุบางกลุ่มล่วงหน้าได้ด้วย แนะนำให้ควรมีการปรับการใช้ภาษาให้เป็นพื้นฐานที่สามารถใช้ระหว่างรัฐได้

McGuire, Ford, & Okoro (2007) ศึกษาภัยพิบัติธรรมชาติกับการอพยพผู้สูงอายุอเมริกันที่มีการพร้อมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผลพบว่า ผู้สูงอายุหนึ่งในสามที่พร้อมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน การฟัง หรือการมองเห็น ต้องการคนช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายไปยังที่พักพิง ส่วนใหญ่ผู้ที่ต้องพึ่งพิงเป็นเพศหญิง สถานภาพโสด ผิดขาว และมี

สุขภาพร่างกายไม่ค่อยดี สิ่งที่จะช่วยให้มีการวางแผนให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุได้รวดเร็วขึ้น คือ การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ และเผื่อระวังพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

Pekovic, Seff, & Rothman (2007) ศึกษาการวางแผนและการตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะของผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติธรรมชาติ ผลพบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะที่จำเป็น เนื่องจากข้อจำกัดด้านความสามารถในการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ การหาแหล่งช่วยเหลือขณะเกิดภัยพิบัติ และปัญหาด้านเศรษฐกิจหลังจากประสบภัยพิบัติ รวมถึงปัจจัยอื่น คือปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนข้อจำกัดทางสังคมและเศรษฐกิจ ควรวางแผนให้เชื่อมโยงในระดับชาติ รัฐ และชุมชน ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ มีความครอบคลุมตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ ต้องประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายผู้สูงอายุและหน่วยงานภายนอก ร่วมกับฝึกปฏิบัติแผนทุกระดับให้เข้าใจอย่างชัดเจน

Rosenkoetter, Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich (2007) ศึกษาการรับรู้การอพยพของผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติธรรมชาติ ผลพบว่า การสื่อสารที่เพียงพอและถูกต้อง ความไว้วางใจ และความเชื่อถือในตัวเจ้าหน้าที่ประกอบกับคำแนะนำจากสื่อโทรทัศน์ ส่งเสริมการตัดสินใจยอมรับการอพยพของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

Rothman, & Brown (2007) ศึกษาความต้องการด้านการแพทย์ของผู้สูงอายุในขณะเกิดภัยพิบัติ ผลพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว อากาศหลงลืม การบาดเจ็บ ภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร แผลกดทับ และการทำปฏิกิริยาระหว่างยา จึงควรมีการดำเนินการป้องกัน ประเมิน และให้การรักษาปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุในปัญหาดังกล่าวอย่างรวดเร็ว จะทำให้ช่วยลดการเสียชีวิตและลดความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติครั้งต่อไปได้

Aldrich, & Benson (2008) ศึกษาการเตรียมรับภัยพิบัติและสิ่งจำเป็นของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ควรมีการวางแผนและจัดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือและกลยุทธ์ในการช่วยเหลือและค้นหาผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ ซึ่งผู้เขียนได้เสนอการจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุ การทำแผนที่ชุมชน ระบุพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และสมุดคู่มือระเบียบวิธีการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ รวมทั้งการติดต่อเครือข่ายแหล่งช่วยเหลือผู้สูงอายุ

Dyer, Regev, Burnett, Festa, & Cloyd (2008) ศึกษาเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติ ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติ ที่มีชื่อเรียกว่า SWiFT เป็นเครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว โดยประเมิน 13 หัวข้อย่อย ในหมวดการใช้ยา สุขภาพจิต สถานการณ์ทางการเงิน และความต้องการการช่วยเหลือทางสังคม ทำให้ทราบระดับของความต้องการการช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในช่วงขณะเกิดภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว ควรนำเครื่องมือนี้มาใช้ประเมินผู้สูงอายุทั้งในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมเพื่อการช่วยเหลือก่อนเกิดภัยพิบัติ และประเมินความต้องการการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในขณะที่เกิดภัยพิบัติ ตลอดจนประเมินความต้องการการช่วยเหลือผู้สูงอายุระยะหลังประสบภัยพิบัติ

O'Sullivan, et al. (2008) ศึกษาการจัดการเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติ: การรับรู้ของพยาบาล แคนาดาต่อการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลแนวหน้า ผลพบว่า พยาบาลมีการเตรียมตัวเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความรุนแรง ปัจจัยส่วนตัวของพยาบาลทางด้านสังคม เพศ ภูมิหลัง การรับรู้ความเสี่ยง และลักษณะงานว่าเป็นงานประจำเต็มเวลาหรืองานเสริมนอกเวลา พยาบาลร้อยละ 40 ไม่ทราบว่าหน่วยงานตนเองมีแผนการรับมือภัยพิบัติ การเข้าถึงทรัพยากรการช่วยเหลืออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมและข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างการเตรียมความพร้อมพยาบาล ซึ่งเป็นสมาชิกที่สำคัญของทีมสุขภาพในการตอบสนองต่อภัยพิบัติในชุมชน

Cloyd, & Dyer (2010) ศึกษาภัยพิบัติกับผู้สูงอายุ ผลพบว่า ผู้สูงอายุมีอุปสรรคขณะเกิดภัยพิบัติ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวที่จำกัด รัฐบาลควรมีระบบการติดตาม มีการเตรียมความพร้อมของสมาชิกในชุมชน ออกแบบที่พักเหมาะสมและแยกสำหรับผู้สูงอายุ อบรมอาสาสมัครและบุคลากรในการให้บริการผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย คำนึงถึงความเฉพาะด้านสังคม ศาสนา พยาบาลควรเตรียมเครื่องมือให้พร้อม มีทักษะ ความรู้และฝึกฝนการช่วยเหลือ มีส่วนร่วมและพัฒนานโยบายเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน ประเมินและส่งต่อ วางแผนและดำเนินการลดผลกระทบต่อผู้สูงอายุซึ่งรวมถึงปัญหาความเครียดหลังประสบภัยพิบัติด้วย

Adams, Kaufman, Hattum, & Moody, (2011) ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการตาย ความเปราะบางและการฟื้นฟูระยะยาวในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากพายุแคทลีน่า ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภัยพิบัติ ได้รับผลกระทบขณะเกิดภัยพิบัติและเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยกลางคน แต่เมื่อติดตามระยะยาวกลับพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่รอดชีวิตสามารถปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีสภาพจิตใจที่ดีกว่าคนในวัยกลางคน ถึงแม้จะขาดแคลนรายได้ เข้าไม่ถึงการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ หรือขาดแหล่งสนับสนุนในการฟื้นฟู ซึ่งผลการศึกษาที่ได้นี้สามารถนำไปประยุกต์เข้ากับการวางแผนการช่วยเหลือของรัฐบาลตามช่วงวัยของคนได้

Gray-Graves, Turner, & Swan (2011) ศึกษาเรื่องความเต็มใจอพยพของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ ผลพบว่า ผู้สูงอายุจากศูนย์ผู้สูงอายุ 30 แห่งในรัฐ Oklahoma มีแนวโน้มที่จะ ปฏิบัติตามคำสั่งให้อพยพ บุคคลที่มีการศึกษามีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำสั่งอพยพ คนอเมริกัน-แอฟริกันมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำร้องขอของอาสาสมัครด้วยความสมัครใจ คนสูงอายุอเมริกัน-อินเดียและคนสูงอายุอเมริกันพื้นเมืองอลาสก้า มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำสั่งอพยพจากเจ้าหน้าที่งานฉุกเฉิน ฉะนั้นในการตอบสนองผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติ จึงควรให้ความสำคัญกับเจ้าหน้าที่งานฉุกเฉิน

Ishii (2011) ศึกษาการตอบสนองด้านการแพทย์ต่อภัยพิบัติแผ่นดินไหวที่เมือง Ishinomaki ประเทศญี่ปุ่น ผลการศึกษาพบว่า สิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการจัดการตอบสนองต่อภัยพิบัติ คือการเตรียมความพร้อมและการสร้างระบบการตอบสนองต่อภัยพิบัติอย่างรัดกุม ความสามารถในการตัดสินใจ และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ

HelpAge International & UNHCR (2012) ศึกษาแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อปกป้องผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติ ผลพบว่า ประกอบด้วยที่พัก อาหาร ห้องสุขา และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือทั่วถึง สนับสนุนการทำงานเลี้ยงชีพ ส่งเสริมครอบครัวเข้มแข็งและโครงสร้างชุมชน และการรวบรวมข้อมูล โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

Klima, et al. (2012) ศึกษาการฝึกปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบในระดับภูมิภาค เพื่อปิดช่องว่าง การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ผลพบว่า ในการฝึกปฏิบัติการเพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในโรงพยาบาล 16 แห่ง โดยใช้สถานการณ์จำลองรถไฟตกรางและมีการรั่วไหลของสารเคมี มีการประเมิน 5 หัวข้อ ได้แก่ การสื่อสาร โครงสร้างระบบการสั่งการ การลดการปนเปื้อน บุคลากร และการติดตามผู้ป่วย รวมถึงการวิเคราะห์ตรวจสอบโลจิสติกส์และข้อบกพร่องของการดำเนินงาน พบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 100 ใน 5 พื้นที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ได้ โดยพบอุปสรรคปัญหามากที่สุด คือเรื่องการสื่อสาร (ร้อยละ 94) การปนเปื้อน (ร้อยละ 75) ขาดระบบและเครื่องมือที่ใช้ติดตามทรัพยากร ขาดความรู้ในการทำงานร่วมกันด้านระบบเสียงและวิทยุสื่อสารฉุกเฉิน บุคลากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 63) โครงสร้างระบบการสั่งการ (ร้อยละ 56) ขาดการติดตามผู้ป่วย (ร้อยละ 31) พบข้อบกพร่องของการดำเนินงาน (ร้อยละ 70) และพบข้อบกพร่องของโลจิสติกส์ (ร้อยละ 31)

Somes, & Donatelli (2012) ศึกษาข้อควรพิจารณาในการวางแผนภัยพิบัติให้ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ควรให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ พุดชาแต่ชัดเพื่อลดความวิตกกังวล แพทย์พยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ประเมินการใช้ยา จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยให้ โดยต้องคำนึงถึงอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว ร่างกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ใช้การประเมิน SWIFT ในการคัดแยกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม โดยผู้สูงอายุระดับที่ 1 มีปัญหาเรื่องความเข้าใจร่วมกับมีข้อบกพร่อง ADL อย่างน้อย 1 ข้อ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุระดับที่ 2 มีปัญหา iADL ต้องการการจัดการรายการณี ผู้สูงอายุระดับที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บ ต้องการติดต่อญาติหรือเพื่อน ซึ่งกลุ่มนี้พยาบาลดูแลให้ได้รับยาตามปกติ ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย และติดตามอาการเปลี่ยนแปลง จัดให้มีผู้ช่วยพยาบาลหรืออาสาสมัครช่วยเหลือด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอยู่ในที่พักอย่างสงบ บันทึกการใช้ยา ความต้องการด้านจิตสังคม พิจารณาหาความช่วยเหลือในการสื่อสารกรณีที่ใช้คนละภาษากับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม

Suzuki, et al. (2012) ศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตในภาวะภัยพิบัติ โดยใช้เทคนิค เดลฟาย สัมภาษณ์และทำ focus group ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 100 คนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โดยภาพรวมผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด 3 ข้อได้แก่ 1) การจัดเตรียมแนวทางการทำงาน ทั้งในระบบโครงสร้าง และขั้นตอนการสื่อสารข้อมูลไว้ล่วงหน้าก่อนเกิดภัยพิบัติ 2) ทีมผู้ดูแลสุขภาพจิตควรเข้าร่วม ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตร่วมกับการดูแลด้านร่างกาย และ 3) ควรประเมินสภาพจิตใจโดยสอบถามความกังวลและสภาพร่างกาย ไม่เห็นด้วยระดับมากที่สุด 3 ข้อได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพิจารณาจากประสบการณ์ของผู้ประสบภัยพิบัติ 2) การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเฉพาะในรายที่สนใจ และ 3) ไม่ควรบอกข่าวไม่ดีแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ

Yeoh (2012) ศึกษา การถอดบทเรียนการเกิดภัยพิบัติที่ Tohoku ประเทศญี่ปุ่น ค.ศ. 2011 ผลพบว่า พยาบาลควรให้ข้อมูลผู้สูงอายุตามความเป็นจริง ให้ตระหนักถึงผลของการเกิดภัยพิบัติ ให้ความรู้ถึงวิธีการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นแก่คนในชุมชน ส่งเสริมให้มีการพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน ฝึกคนในชุมชนให้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลืองานภัยพิบัติ จัดเตรียมของใช้เพื่อการอยู่รอดในระยะแรก มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเข้าประเมินให้การช่วยเหลือในพื้นที่ มีการทำงานเชิงรุก

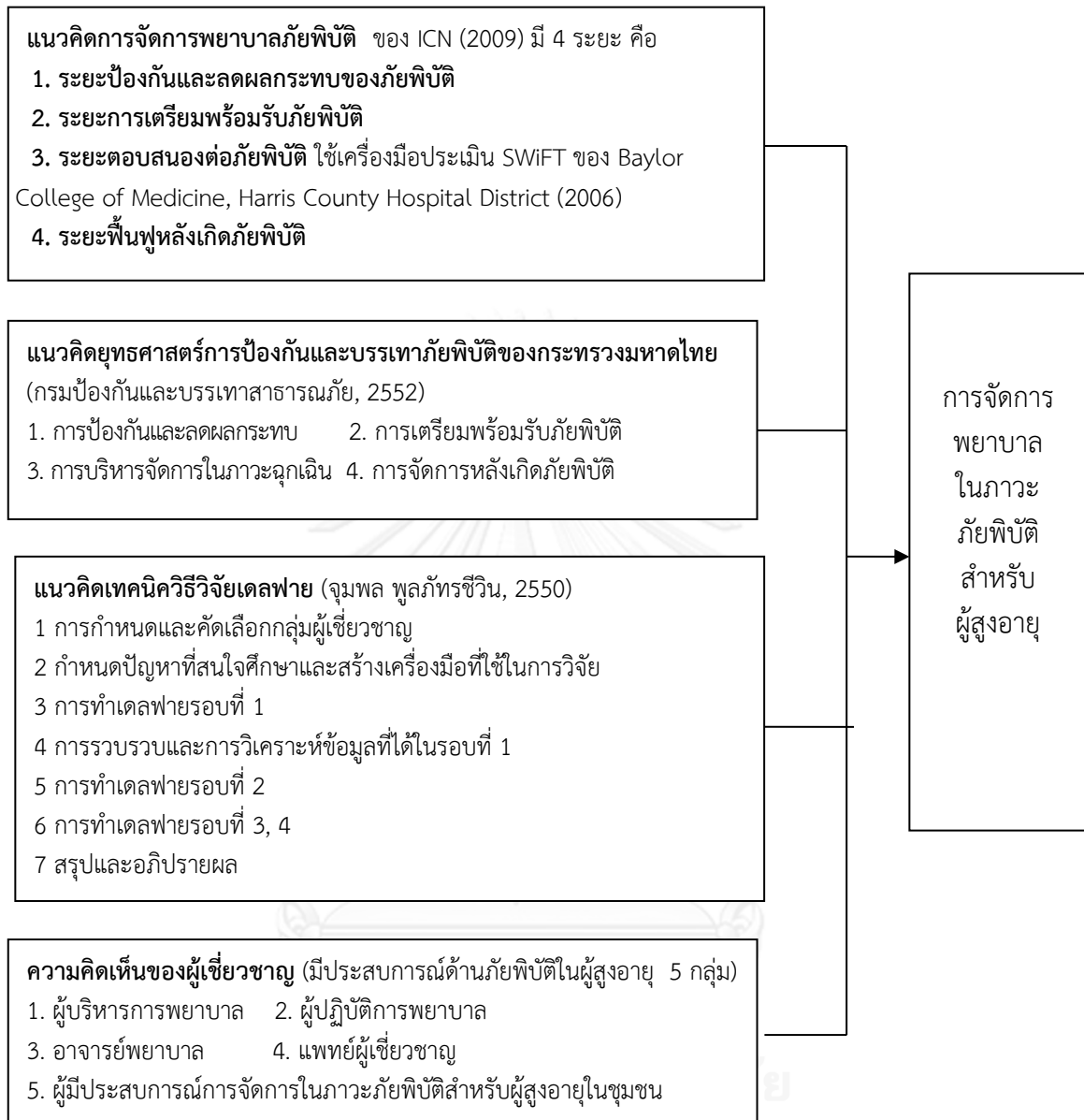
ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลเรื่องสุขภาพจิตใจโดยเข้าไปในพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติ มีกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติและให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

Banks (2013) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุขณะเกิดภัยพิบัติ: การเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการฟื้นฟู ผลพบว่า การวางแผนสำหรับผู้สูงอายุก่อนเกิดภัยพิบัติ แนะนำผู้สูงอายุให้มีการเตรียมความพร้อมด้วยตนเอง ได้แก่ การจัดเตรียมของใช้จำเป็นส่วนตัวให้มีเพียงพอพร้อมใช้ รายละเอียดยาที่ใช้ และการบริหารยา แผนการอพยพ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และชุมชนมีความสามารถในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเหลือเบื้องต้น ช่วยอพยพ ป้องกันการละเมิดต่อผู้สูงอายุ และมีการติดตามที่เหมาะสม เป็นตัวช่วยกำหนดวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในช่วงเกิดภัยพิบัติ

Claver, Dobalian, Fickel, Ricci, & Mallers. (2013) ศึกษาประสบการณ์การบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบภัยพิบัติของสถานบริการสุขภาพทหารผ่านศึก ด้านการอพยพและลักษณะของผู้อาศัยในบ้านพักคนชรา ผลพบว่า ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย มีความทุกข์ใจ การรับรู้ลดลง แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น จึงควรส่งต่อข้อมูลด้านชีวิตสังคมของผู้สูงอายุให้หน่วยงานที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้วางแผนการอพยพและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ครอบคลุมสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดของ ICN (2009) ที่ระบุบทบาทพยาบาล 4 ระยะ คือระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ และใช้เครื่องมือประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติชื่อ SWIFT ของ Baylor College of Medicine, Harris County Hospital District (2006) ในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ดังรูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการใช้เทคนิควิธีแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ซึ่งเป็นการศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จากหลายกลุ่ม เนื่องจากต้องการความคิดเห็นที่หลากหลาย มุมมอง ทั้งในภาคบริหาร ภาคปฏิบัติ ภาคการศึกษา ผู้ร่วมงาน และผู้ใช้บริการ จึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาล 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) อาจารย์พยาบาล 4) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ 5) ผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในเรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ มีความยินดีร่วมมือในการวิจัย ให้ข้อมูลการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำแนกเป็น 5 กลุ่ม มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการพยาบาล ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านบริหาร เช่น หัวหน้าพยาบาล ผู้ส่งเสริมการในงานภัยพิบัติ หรือมีประสบการณ์จัดการพยาบาลในงานภัยพิบัติ จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป จากสถาบันการศึกษาที่สภากาชาดพยาบาลรับรองวิทยฐานะ ร่วมกับมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ยังไม่หมดอายุ

1.2 มีหน้าที่กำหนดนโยบายหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนในการจัดการภัยพิบัติ กำหนดนโยบายในการจัดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดเตรียมการพยาบาลให้ผู้ที่ประสบภัยพิบัติ

1.3 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในส่วนกลางหรือในส่วนภูมิภาค

1.4 มีความยินดีร่วมมือในการวิจัย ให้ข้อมูลการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไป จากสถาบันการศึกษาที่สภากาชาดพยาบาลรับรองวิทยฐานะ ร่วมกับมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ที่ยังไม่หมดอายุ

2.2 ได้รับมอบหมายหน้าที่ หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ หรือมีประสบการณ์ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

2.3 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลในส่วนกลางหรือในส่วนภูมิภาค

2.4 มีความยินดีร่วมมือในการวิจัย ให้ข้อมูลการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านอาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

3.2 มีประสบการณ์สอนการพยาบาลภัยพิบัติในผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ หรือได้รับเชิญให้เป็นวิทยากร หรือมีผลงานเขียนหนังสือ หรือมีผลงานวิจัยด้านภัยพิบัติ หรือผลงานวิจัยด้านภัยพิบัติในผู้สูงอายุ

3.3 มีความยินดีร่วมมือในการวิจัย ให้ข้อมูลการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

4. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

4.1 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป

4.2 มีประสบการณ์ด้านการสอน หรือมีผลงานเขียนหนังสือ หรือมีผลงานวิจัย หรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ

4.3 มีความยินดีร่วมมือในการวิจัย ให้ข้อมูลการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

5. ผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในที่นี้ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ประธานเครือข่ายผู้สูงอายุ และสมาชิก อบต. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะเกิดภัยพิบัติ จำนวน 3 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

5.1 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติ

วิธีการเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ตามเกณฑ์คุณสมบัติข้างต้น โดยดูจากประวัติการทำงาน ผลงานที่ปรากฏในหนังสือ งานวิจัยและวารสาร นำเสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ร่วมพิจารณา เพื่อให้ได้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ศึกษาวิจัย ได้รายชื่อผู้เชี่ยวชาญเบื้องต้น 14 คน ได้ติดต่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบไม่เป็นทางการ ได้รับความร่วมมือทั้งสิ้น 14 คน และสอบถามผู้เชี่ยวชาญให้แนะนำผู้เชี่ยวชาญคนอื่นต่อ (snowball) ได้ผู้เชี่ยวชาญอีก 7 คน ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติมาจากหลายกลุ่ม เพื่อให้พิจารณาได้ครอบคลุมรอบด้านหลายมุมมอง โดยประกอบด้วยด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านวิชาการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เบื้องต้นได้กำหนดสัดส่วนไว้กลุ่มละ 4 คนเท่าๆกัน แต่เนื่องจากผู้มีประสบการณ์การจัดการในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ขอดอนตัวหลังจากที่ได้ดำเนินการติดต่อแบบไม่เป็นทางการแล้วแต่ยังไม่ได้เริ่มเก็บข้อมูล ด้วยเหตุผลไม่มีเวลาในการให้ข้อมูล 1 คน จึงได้เพิ่มผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลเข้าไปแทนที่จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คนคงเดิม จากนั้นได้ติดต่อขอเชิญให้เข้าร่วมงานวิจัยแบบเป็นทางการผ่านทางคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย นับว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ตามที่ Macmillan (1971 อ้างถึงใน เกษมบุญอ่อน, 2522: 26-28) ระบุว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคเดลฟายที่ต่างกันมีความน่าเชื่อถือไม่เท่ากัน ซึ่งจำนวนผู้เชี่ยวชาญ 17 คนขึ้นไป ทำให้ขนาดความคลาดเคลื่อนลดลงมาก ดังนั้น เพื่อให้

ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ในงานวิจัยนี้จึงมีผู้เชี่ยวชาญไม่ต่ำกว่า 17 คน โดยจำแนกผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ออกเป็นกลุ่ม ได้ดังนี้ (ตารางที่ 4-5)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3	คิดเป็นร้อยละ
1. ผู้บริหารการพยาบาล	4	4	4	20.00
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	5	5	5	25.00
3. อาจารย์พยาบาล	4	4	4	20.00
4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	4	4	4	20.00
5. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3	3	3	15.00
รวม	20	20	20	100.00

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของคุณลักษณะของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ด้านวุฒิการศึกษาสูงสุด และหน่วยงานที่สังกัด

สถานภาพส่วนบุคคล	ผู้บริหารการ พยาบาล (n1 = 4)	ผู้ปฏิบัติการ พยาบาล (n2 = 5)	อาจารย์ พยาบาล (n3 = 4)	แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ (n4 = 4)	ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (n5 = 3)
วุฒิการศึกษาสูงสุด					
มัธยมศึกษาตอนปลาย	-	-	-	-	1(33.33)
ปริญญาตรี	-	2(40.00)	-	-	2(66.67)
ปริญญาโท	3(75.00)	3(60.00)	1(25.00)	-	-
ปริญญาเอก	1(25.00)	-	3(75.00)	4(100.00)	-
หน่วยงานที่สังกัด					
กระทรวงสาธารณสุข	3(75.00)	4(80.00)	-	1(25.00)	1(33.33)
กระทรวงกลาโหม	-	-	-	1(25.00)	-
มหาวิทยาลัยของรัฐ	-	-	1(25.00)	2(50.00)	-
สภาวิชาชีพไทย	1(25.00)	-	3(75.00)	-	-
โรงพยาบาลเอกชน	-	1(20.00)	-	-	-
อบต.	-	-	-	-	1(33.33)
ประธานเครือข่ายผู้สูงอายุ (จิตอาสา)	-	-	-	-	1(33.33)
รวม	4	5	4	4	3

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามเทคนิคเดลฟาย เพื่อหาข้อมูลคำตอบ มีการดำเนินการ 3 รอบในแต่ละรอบประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

รอบที่ 1

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ มีลักษณะแบบกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด (Open ended form) ที่ได้มาจากการวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้และครอบคลุมเนื้อหาที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีการปรับแก้ตามคำแนะนำเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ซึ่งมีจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1. ท่านคิดว่า การจัดการของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรหมายถึงอะไร และพยาบาลควรมีบทบาทการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติอย่างไรบ้าง
2. ท่านคิดว่า พยาบาลควรมีการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในเรื่องใดบ้าง โปรดระบุ พร้อมอธิบายรายละเอียด
3. ท่านคิดว่า หลักการที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติควรมีอะไรบ้าง โปรดระบุหลักการเหล่านั้น พร้อมรายละเอียด
4. ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าในการจัดการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรมีที่ระยะ และในแต่ละระยะพยาบาลควรมีบทบาทในเรื่องใดบ้าง
5. ท่านคิดว่า ปัจจุบันในประเทศไทยพยาบาลมีการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุอย่างไร และมีเรื่องใดบ้างที่ควรเพิ่มเติม (โปรดระบุรายละเอียด)
6. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าบทบาทของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติระยะใดมีความสำคัญที่สุด เพราะเหตุใด และท่านต้องการให้พยาบาลมีการจัดการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในเรื่องใดเพิ่มเติม (โปรดอธิบายรายละเอียด)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและที่ได้จากการบอกต่อของผู้เชี่ยวชาญ โดยติดต่อเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการ 20 คน ทั้งใช้โทรศัพท์ติดต่อและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ในภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากกรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว จึงนำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถามอย่างอิสระ รวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากข้อคำถามที่ผู้วิจัยได้ตั้งขึ้น นัดวันขอรับแบบสอบถาม ขอความร่วมมือให้ส่งกลับคืนภายใน

2 สัปดาห์ภายหลังจากได้รับแบบสอบถาม และขออนุญาตติดต่อทวงถามทางโทรศัพท์กรณีเกินเวลาที่นัดไว้ โดยผู้วิจัยได้แนบซองจดหมายผนึกตราไปรษณียากรและระบุชื่อ-ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวกในแก่ผู้เชี่ยวชาญในการส่งคำตอบกลับทางไปรษณีย์ กรณีสัมภาษณ์ ผู้วิจัยติดต่อขอพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง ใช้สถานที่และวันเวลาที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก พร้อมทั้งขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญก่อนบันทึกเทป ไม่มีการขึ้นาคำตอบ

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง โดยได้รับความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นโดยการสัมภาษณ์ 7 คน ตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 12 คน และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ 1 คน และขออนุญาตโทรศัพท์สัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนของคำตอบในรายที่ตอบแบบสอบถามและตอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละเอียดประมาณ 50-60 นาที โทรศัพท์สัมภาษณ์เพิ่มเติมรายละเอียดประมาณ 20-30 นาที

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้ โดยนำข้อที่มีความคล้ายหรือเหมือนกันรวมไว้ด้วยกัน คงข้อที่แตกต่างไว้ วิเคราะห์เนื้อหา ผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา นำมาสร้างเป็นข้อรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2556 เป็นเวลาทั้งสิ้น 32 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลคำตอบที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นโดยการสัมภาษณ์ 7 คน ตอบแบบสอบถาม 12 คน และส่งทาง e-mail 1 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 1 นี้ได้เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ที่นำไปใช้เป็นแบบสอบถามการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 แบ่งได้เป็น 13 ด้าน 52 ข้อรายการ ใน 4 ระยะเวลา คือ

ระยะที่ 1 ป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ

- 1.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ
- 1.2 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ
- 1.3 การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ

ระยะที่ 2 การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ

- 2.1 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ
- 2.2 การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติ
- 2.3 การเตรียมความพร้อมในชุมชนในภาวะภัยพิบัติ

ระยะที่ 3 ตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ

- 3.1 การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ
- 3.2 การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
- 3.3 การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
- 3.4 การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้น
- 3.5 การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

ระยะที่ 4 ฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 2 ด้านคือ

- 4.1 การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
- 4.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะในภาพรวมได้แก่ การจัดการพยาบาลตอบสนองต่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่รวดเร็วและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ การส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ/ญาติและ/หรือผู้ดูแลให้จัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเบื้องต้นได้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการวางแผน/เตรียมการรับภัยพิบัติ

รอบที่ 2

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์และบูรณาการเข้ากับการทบทวนวรรณกรรม ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อรายการที่เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละด้านว่าจำเป็นต้องมีในระดับใด กำหนดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยระดับ 5-1 หมายถึง ลักษณะที่มีความเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีในระดับมากที่สุด ไปถึงลักษณะที่มีความเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีในระดับน้อยที่สุด พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยสร้างข้อคำถามได้ทั้งหมดจำนวน 52 ข้อรายการ

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนและความหมายดังนี้

5 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าวเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าวเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีมาก

3 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าวเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีปานกลาง

2 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าวเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีน้อย

1 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าวเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีน้อยที่สุด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง นำส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญหลายวิธี ได้แก่ ส่งด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ผู้เชี่ยวชาญสามารถให้ความคิดเห็นได้อิสระในด้านเนื้อหา ภาษา การปรับข้อคำถาม การปรับกลุ่ม สำหรับแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้แนบซองผนึกตราไปรษณียากรและระบุชื่อ-ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการส่งกลับ หรือส่งคำตอบทาง e-mail ขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้เชี่ยวชาญ ส่งคำตอบกลับคืนภายหลังผู้เชี่ยวชาญได้รับแบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์ ได้กำหนดวันขอรับเอกสารคืนด้วยตนเองหรือส่งคืนทางไปรษณีย์ระบุไว้ในเอกสาร ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามในรอบที่ 2 นี้ตั้งแต่วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 เป็นเวลาทั้งสิ้นในรอบนี้ 79 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้คำตอบในรอบที่ 2 กลับคืนมา ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่ามัธยฐาน ของแต่ละข้อรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 (ตัวอย่างการคำนวณอยู่ในภาคผนวก ข.) โดยการแทนค่าในสูตร ดังนี้

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ใช้สูตร ดังนี้ (ชินษฐา วิทยานุมาส, 2530)

$$IR = (Q_3 - Q_1)$$

คำนวณหาค่า Q₃ และ Q₁ จากสูตร

$$Q_3 = L_{Q_3} + [(3N/4 - CF) \div F_{Q_3}] (i)$$

- Q₃ = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3
 L_{Q₃} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่
 N = จำนวนความถี่ทั้งหมด
 CF = ความถี่สะสม ของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3
 F_{Q₃} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 3
 I = ความกว้างของอันตรภาคชั้นที่ควอไทล์ที่ 3

$$Q_1 = L_{Q_1} + [(N/4 - CF) \div F_{Q_1}] (i)$$

- Q₁ = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1
 L_{Q₁} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่
 N = จำนวนความถี่ทั้งหมด
 CF = ความถี่สะสม ของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1
 F_{Q₁} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 1
 I = ความกว้างของอันตรภาคชั้นที่ควอไทล์ที่ 1

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ดังนี้ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2548)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q₃ - Q₁) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุข้อนั้นสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q₃ - Q₁) มากกว่า 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน

ค่ามัธยฐาน (Median: Md) ใช้สูตร ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

$$Md = Lmd + [(N/2 - CF) \div fmd] (i)$$

Md	=	ค่ามัธยฐาน
Lmd	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐานอยู่
N	=	จำนวนความถี่ทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบน ของคะแนนก่อนชั้นที่มีมัธยฐานอยู่
fmd	=	ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐานอยู่
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้น

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อความจำเป็นในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายการ ใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50 – 5.00 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมีมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 – 4.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมีมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 – 3.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมีปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 – 2.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมีน้อย

ค่ามัธยฐานน้อยกว่า 1.50 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมีน้อยที่สุด

ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ให้ปรับข้อความให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น มีรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกตัดออกจากแบบสอบถามรอบนี้ ปรับรวมข้อที่มีความคล้ายคลึงเข้าด้วยกัน และเพิ่มการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ รวมเป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ถูกตัดออกจำนวน 4 ข้อรายการ รวมข้อคล้ายคลึงเข้าด้วยกัน 2 ข้อรายการ และเพิ่มเติมให้ชัดเจน 1 ข้อรายการ มีการจัดกลุ่มการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุใหม่ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ทุกข้อรายการมีความครอบคลุมในด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุที่อยู่แล้ว แต่มีการขอปรับคำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น จึงทำให้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ยังคงมีจำนวน 5 ข้อรายการ

ด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ประสบภัย

พิบัติ มีความครอบคลุมทุกข้อถัดมา จึงได้ตัดการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ประสบภัยพิบัติออก และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดด้านกายภาพ จึงมีการปรับเพิ่มการให้ความรู้/ให้ข้อมูลแก่ญาติและ/หรือผู้ดูแลในทุกข้อ ทำให้รายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ประสบภัยพิบัติ คงเหลือจำนวน 4 ข้อรายการ

ด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ มีการปรับคำ ระบุให้มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุ เรียงข้อตามลำดับความสำคัญ จึงยังคงข้อคำถามไว้ 4 ข้อรายการ

ระยะที่ 2 ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรมีการแยกข้อการจัดเตรียมระบบการสื่อสารให้พร้อมใช้ และซักซ้อมความเข้าใจกับผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลออกมาเป็นอีก 1 ข้อรายการ และมีการรวมข้อวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง ทบทวนแผนป้องกันภัยพิบัติ และดำเนินการฝึกซ้อมแผนรับมือกับภัยพิบัติเข้าไว้ด้วยกัน จึงคงข้อคำถามจำนวน 5 ข้อรายการ

ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ถูกตัดออก 2 ข้อรายการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า มีความครอบคลุมข้อถัดมาที่มีรายละเอียดอยู่แล้ว และผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากและมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน ในข้อจัดเตรียมงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3.75 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1.78) ซึ่งมีเหตุผลเนื่องมาจากผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่าการพยาบาลไม่ได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในการกำหนดงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเอง จึงคงเหลือข้อคำถามจำนวน 3 ข้อรายการ

ด้านการเตรียมความพร้อมในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการปรับคำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยจำนวนข้อคำถามยังคงไว้ 3 ข้อรายการเช่นเดิม

ระยะที่ 3 ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ ไม่มีการปรับเปลี่ยน มีข้อคำถามคงเดิม 2 ข้อรายการ

ด้านการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ไม่มีการปรับเปลี่ยน มีข้อคำถามคงเดิมจำนวน 3 ข้อรายการ

ด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการรวมข้อคำถามที่เป็นแนวทางเดียวกันเข้าด้วยกัน ทำให้เหลือข้อคำถามจำนวน 2 ข้อรายการ

ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการปรับคำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยยังคงจำนวนข้อคำถามไว้ 4 ข้อรายการเช่นเดิม

ด้านการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ไม่มีการปรับเปลี่ยน มีข้อคำถามคงเดิมจำนวน 4 ข้อรายการ

ระยะที่ 4 ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีการปรับคำให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากและมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกันในข้อจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิตหลังประสบภัยพิบัติ (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 1.57) ซึ่งมีเหตุผลเนื่องมาจากผู้เชี่ยวชาญส่วนหนึ่ง

มีความคิดเห็นว่าการจัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิตหลังประสบกภัยพิบัติ เป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน แต่เนื่องจากพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้สูงอายุทุกคนให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุหลังประสบกภัยพิบัติได้ ซึ่งในภาคปฏิบัติมีความจำกัดด้านทรัพยากรของใช้ อัตรากำลังพยาบาล ภาระงาน ความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ และความจำกัดด้านเศรษฐกิจครอบครัวของผู้สูงอายุ ทำให้การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิตหลังประสบกภัยพิบัติจึงอาจทำได้ยาก ผู้เชี่ยวชาญจึงให้ความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกัน ทำให้คงเหลือข้อคำถามจำนวน 4 ข้อรายการ

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบกภัยพิบัติ ไม่มีการปรับเปลี่ยน มีข้อคำถามคงเดิมจำนวน 4 ข้อรายการ

สรุปข้อรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ได้จากแบบสอบถามในรอบที่ 2 มี 4 ระยะ ประกอบด้วยข้อรายการรวมทั้งหมด 47 ข้อรายการ การสรุปผลดังแสดงในภาคผนวก ฉ.

รอบที่ 3

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการนำข้อคำถามของแบบสอบถามในรอบที่ 2 มาสร้างโดยการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แบบสอบถามคงความหมายเดิม การตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) เช่นเดียวกับรอบที่ 2 จากระดับ 5-1 หมายถึงลักษณะที่มีความเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีในระดับมากที่สุด ไปจนถึงลักษณะที่มีความเหมาะสมการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีในระดับน้อยที่สุด และเพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คนในรอบที่ 2 โดยในแบบสอบถามของแต่ละคนจะระบุตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยสามารถเปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ได้ให้ไว้ กับคำตอบโดยรวมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที (ตัวอย่างของเครื่องมืออยู่ในภาคผนวก ข.)

แบบสอบถามในรอบที่ 3 นี้มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 47 ข้อรายการ เนื่องจากมีการรวมข้อรายการและตัดทอนข้อรายการตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและผ่านการพิจารณาของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว มีรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกตัดออกจากแบบสอบถามรอบนี้ จำนวน 4 ข้อรายการ ปรับรวมข้อรายการที่มีความคล้ายคลึงเข้าด้วยกัน จำนวน 2 ข้อรายการ และเพิ่มรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 1 ข้อรายการ รวมเป็นรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 4 ระยะในแบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 47 ข้อรายการ และมีการจัดกลุ่มรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุใหม่ เป็นดังนี้

- | | | |
|--|-------------|-----------|
| 1. ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ | จำนวนรวม 13 | ข้อรายการ |
| 2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ | จำนวนรวม 11 | ข้อรายการ |
| 3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ | จำนวนรวม 15 | ข้อรายการ |
| 4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ | จำนวนรวม 8 | ข้อรายการ |

ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ หากผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นสอดคล้องกัน จึงไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน จึงต้องให้เหตุผลประกอบด้วย

ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ในแบบสอบถาม และระบุความหมายระดับคะแนนไว้ ดังนี้
 ค่าที่เป็นคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ Δ
 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3- Q1) เป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน
 ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow
 ค่ามัธยฐาน (Md) เป็นค่ากลางของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ใช้
 สัญลักษณ์ \star

การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และความหมายค่ามัธยฐาน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อความจำเป็นในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายการ ใช้เกณฑ์ดังนี้

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (จุมพล พลภักตร์ชีวิน, 2548)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 - Q1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นสอดคล้องกัน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 - Q1) มากกว่า 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน

การแปลความหมายค่ามัธยฐาน (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

ค่ามัธยฐาน 4.50 - 5.00 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 - 4.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 - 3.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 - 2.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีน้อย

ค่ามัธยฐานน้อยกว่า 1.50 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสมกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆ จำเป็นต้องมีน้อยที่สุด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญหลายวิธี ได้แก่ ส่งด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ และ e-mail ลักษณะเดียวกับรอบที่ 2 และผู้เชี่ยวชาญยังสามารถให้ความคิดเห็นได้อิสระในด้านเนื้อหา ภาษา การปรับข้อความ การปรับกลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดวันขอรับเอกสารคืนด้วยตนเอง โดยระบุไว้ในเอกสาร แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้แนบของผนึกตราไปรษณียากรและระบุชื่อที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสะดวกในการส่งกลับ หรือส่งคำตอบทาง e-mail ขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญ ขออนุญาตโทรศัพท์สอบถามกรณีเกินกำหนดเวลา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามในรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2557 เป็นเวลาทั้งสิ้นรอบนี้ 50 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบถ้วนจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน

สรุประยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 3 รอบ รวมเวลาดังกล่าวทั้งสิ้น 161 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้แบบสอบถามรอบที่ 3 คืนจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของแต่ละข้อรายการอีกครั้ง มีการใช้ข้อความเดิมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขคำ/ข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญอีกเล็กน้อย แต่ยังคงความหมายเดิม ทั้งนี้เพื่อสรุปและอภิปรายผลเป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่สอดคล้องและสำคัญในระดับมากขึ้นไปตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1. คัดเลือกการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ที่ตรงตามเกณฑ์ดังนี้

1.1 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50

1.2 ค่ามัธยฐาน อยู่ในระดับมาก คือ มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

2. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านเกณฑ์ในข้อ 1 ถือว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ว่าข้อความนั้นเป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ในรอบที่ 3 นี้ ได้ฉันทามติจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและมีเหตุผลเพิ่มเติม กรณีที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นเดิม แต่คำตอบอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ข.) มีรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ จัดกลุ่มการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุได้เป็น 13 ด้าน ใน 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ยังคงมีความเห็นว่า การจัดการพยาบาลทุกข้อมีความครอบคลุมดีอยู่แล้ว ทำให้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ มีจำนวน 5 ข้อรายการดังเดิม

ด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ข้อคำถามมีความชัดเจน ส่วนใหญ่ยืนยันคำตอบเดิม มีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้าง แต่คำตอบยังอยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ทำให้การจัดการพยาบาลใน

ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ ยังคงมีจำนวน 4 ข้อรายการ

ด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ข้อคำถามมีความชัดเจน ส่วนใหญ่ยืนยันคำตอบเดิม ทำให้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ มีจำนวน 4 ข้อรายการคงเดิม

ระยะที่ 2 ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญ โดยคำตอบยังอยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้แยกข้อเพื่อความชัดเจนยิ่งขึ้นในรอบที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันและให้ระดับความสำคัญมากที่สุด ทำให้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนี้ยังคงมีจำนวน 5 ข้อรายการ

ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน เมื่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนข้อคำถามแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้าง ยังมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทำให้ยังคงการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนี้ไว้จำนวน 3 ข้อรายการ

ด้านการเตรียมความพร้อมในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ยังคงมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการเตรียมความพร้อมในชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 3 ข้อรายการ

ระยะที่ 3 ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า

ด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ทำให้ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ มีจำนวน 2 ข้อรายการ

ด้านการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญน้อยมาก ทำให้ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 3 ข้อรายการคงเดิม

ด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญน้อยมาก ทำให้ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 2 ข้อรายการ

ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้าง ทำให้ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้อง

กันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 4 ข้อรายการเดิม

ด้านการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญเล็กน้อย ทำให้ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 4 ข้อรายการดั้งเดิม

ระยะที่ 4 ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นดังนี้

ด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้าง ทำให้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ยังมีจำนวน 4 ข้อรายการดั้งเดิม

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ข้อคำถามมีความชัดเจน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงการให้ระดับความสำคัญบ้าง แต่ยังคงมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีจำนวน 4 ข้อรายการ

สรุปรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วยการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 4 ระยะ จำนวน 13 ด้าน รวมทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ การสรุปผลดังแสดงในบทที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีอยู่ในตัวเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เพราะสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความชำนาญด้านนั้นโดยตรง ใช้เทคนิคสรุปสะสม ทวนสอบความเข้าใจกับผู้เชี่ยวชาญขณะสัมภาษณ์เป็นระยะ ในรายที่ตอบแบบสอบถามมีการโทรศัพท์สอบถามเพื่อความชัดเจนของคำตอบ ปรับแก้ไขสำนวน หรือปรับข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน ประกอบกับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดไว้ และจากการที่ได้ยืนยันคำตอบของตนเองในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ถือได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของคำตอบแล้ว ถ้าคำตอบคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงมาก (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2550)

จากเกณฑ์ของ Murry & Hammons (2001) ระบุว่าการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติแบบสอบถามในรอบถัดไปเมื่อข้อมูลที่ได้รับมีความครบถ้วนชัดเจนดีและได้รับฉันทามติจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 จึงยุติการส่งรอบถัดไป แต่หากผลการตอบกลับรอบที่ 3 พบว่า ความเห็นยังมีความแตกต่างอยู่มากกว่าร้อยละ 20 ผู้วิจัยต้องสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 4 และทำตามขั้นตอนเดียวกันกับรอบที่ 3 และใส่ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามฉบับที่ 4 นี้ให้ไปด้วยสำหรับในการวิจัยนี้ เครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพในด้านความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัย ข้อมูลมีความสอดคล้องกัน โดยค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 การเก็บรวบรวม

ข้อมูลการวิจัยในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข ในรอบที่ 3 มีการแก้ไขและเพิ่มเติม เมื่อคำนวณค่าการเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดในการวิจัยนี้ ได้เท่ากับร้อยละ 12.23 ของข้อความทั้งหมด จึงยุติการส่งแบบสอบถามไว้ที่รอบที่ 3 (ภาคผนวก ฉ.)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยระบุวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างต้องสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ในระหว่างการวิจัยผู้เข้าร่วมในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. การรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่รับกลับคืนจากผู้เข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นความลับ และทำลายแบบสอบถามและเทปที่ใช้ในการบันทึกเสียงทิ้งเมื่อการเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ
3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีลักษณะเป็นภาพรวม

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำคำตอบในรอบที่ 3 มาวิเคราะห์และสรุปผลดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ (ตารางที่ 6-10)

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบตาราง แสดงค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยรวม และแบ่งตามระยะ ดังตารางต่อไปนี้

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมทั้ง 4 ระยะ (ตารางที่ 6) ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยรวม

ระยะของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	4.61	0.55	มากที่สุด
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ	4.52	0.65	มากที่สุด
ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	4.51	0.72	มากที่สุด
ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	4.47	0.66	มาก

จากตารางที่ 6 แสดงถึงลำดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ระยะ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับความสำคัญมากที่สุดจำนวน 3 ระยะ เรียงตามค่ามัธยฐานสูงสุด ได้แก่ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.51-4.61) โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นที่สอดคล้องกันและให้ระดับความสำคัญมากจำนวน 1 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 4.47) การที่ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติมีค่ามัธยฐานสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องที่ยังไม่ค่อยมีใครพูดถึงอย่างเป็นรูปธรรม การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมาจึงเป็นลักษณะงานเฉพาะหน้า อีกทั้งประกอบกับบ้านเรายังไม่ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมป้องกันอย่างแท้จริงเหมือนต่างประเทศ การจัดการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า ถูกมองว่าเป็นการกระทำที่เกินกว่าเหตุ เกินจำเป็น กระจายต้นทุน ทำให้สิ้นเปลือง ถึงแม้ว่าในระดับนโยบายเริ่มมีการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและการป้องกันมากขึ้นก็ตาม จึงทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดกับระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ซึ่งเป็นระยะที่เป็นงานเฉพาะหน้า ซึ่งมีการจัดการพยาบาลในภาคปฏิบัติกันอยู่แล้ว

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ

ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. การควบคุมการติดเชื้อ	4.68	0.42	มากที่สุด
1) แนะนำผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล	4.75	0.25	มากที่สุด
2) เผื่อระวังและควบคุมโรค	4.75	0.25	มากที่สุด
3) ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ	4.61	0.60	มากที่สุด
4) แบ่งพื้นที่ให้การพยาบาลตามหลักป้องกันการติดเชื้อ	4.61	0.60	มากที่สุด
2. การประเมินและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ	4.62	0.53	มากที่สุด
1) จำแนกผู้สูงอายุตามความเร่งด่วน	4.72	0.28	มากที่สุด
2) ประเมินปัญหาครอบครัว	4.61	0.60	มากที่สุด
3) จัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ	4.54	0.72	มากที่สุด
3. การประสานงานและการส่งต่อ	4.62	0.27	มากที่สุด
1) มีแนวทางการประสานงานและส่งต่อ	4.64	0.49	มากที่สุด
2) มีแนวทางในการเคลื่อนย้าย	4.61	0.60	มากที่สุด
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	4.61	0.52	มากที่สุด
1) วิเคราะห์ปัญหาและให้การดูแลรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน	4.70	0.29	มากที่สุด
2) ช่วยเหลือค้ำึงถึงความแตกต่างของบุคคล	4.67	0.33	มากที่สุด
3) จัดระบบการช่วยเหลือให้อี้อต่อการเข้าถึง	4.58	0.67	มากที่สุด
4) จัดแบ่งพื้นที่ดูแลตามความรุนแรง	4.50	0.81	มากที่สุด
5. การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ	4.52	0.76	มากที่สุด
1) ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ	4.54	0.77	มากที่สุด
2) จัดการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ	4.50	0.75	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกด้าน ส่วนข้อรายการในด้านการควบคุมการติดเชื้อ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ด้านการประเมินและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุด้านการประสานงานและการส่งต่อด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติทุกข้อรายการมีความสำคัญระดับมากที่สุดเช่นกัน

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ

ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. การให้ความรู้ในการจัดการกับภัยพิบัติ	4.53	0.61	มากที่สุด
1) ให้ข้อมูลเตรียมการเมื่อประสบภัย	4.64	0.49	มากที่สุด
2) ให้ข้อมูลเตรียมยาและของใช้จำเป็น	4.61	0.60	มากที่สุด
3) ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน	4.61	0.60	มากที่สุด
4) ติดตามการเตรียมของใช้ที่จำเป็น	4.27	0.76	มาก
2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ	4.52	0.70	มากที่สุด
1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ	4.72	0.28	มากที่สุด
2) จัดทำแผนที่และเครื่องหมายบ่งบอกบ้านผู้สูงอายุ	4.61	0.64	มากที่สุด
3) ระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยง	4.58	0.67	มากที่สุด
4) ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ	4.58	0.79	มากที่สุด
5) วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่	4.12	1.14	มาก
3. การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ	4.50	0.63	มากที่สุด
1) ส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุ	4.67	0.33	มากที่สุด
2) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านจิตใจ	4.64	0.49	มากที่สุด
3) เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ	4.61	0.64	มากที่สุด
4) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านร่างกาย	4.05	1.08	มาก

จากตารางที่ 8 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกด้าน ข้อรายการด้านการให้ความรู้ในการจัดการกับภัยพิบัติ มีความสำคัญระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ สำคัญระดับมากที่สุดเพียง 1 ข้อรายการ ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ และด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพก็เช่นกัน ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อรายการ ระดับมากที่สุดเพียงด้านละหนึ่งข้อรายการ

4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ	4.52	0.63	มากที่สุด
1) ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ	4.64	0.49	มากที่สุด
2) เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุให้ได้ รับยาต่อเนื่อง	4.64	0.40	มากที่สุด
3) ประสานแหล่งประโยชน์ ให้การช่วยเหลือ	4.50	0.75	มากที่สุด
4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ	4.30	0.89	มาก
2. การจัดการสิ่งแวดล้อม	4.52	0.79	มากที่สุด
1) ให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ให้ปลอดภัย	4.61	0.71	มากที่สุด
2) ประสานงานกับผู้นำชุมชน ในการ ดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในชุมชน	4.58	0.79	มากที่สุด
3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	4.58	0.79	มากที่สุด
4) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ช่วยฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม	4.30	0.89	มาก

จากตารางที่ 9 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกด้าน ข้อรายการด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ พิจารณาแล้วมากที่สุดเกือบทุกข้อรายการ ในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ก็ในทำนองเดียวกัน เกือบทุกข้อรายการมีความสำคัญระดับมากที่สุดเช่นกัน มีเพียงด้านละ 1 ข้อรายการ เท่านั้นที่ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก

5) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1. การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร	4.61	0.54	มากที่สุด
1) จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ให้มีจำนวนเพียงพอและพร้อมใช้	4.72	0.28	มากที่สุด
2) จัดเตรียมของใช้และเครื่องอุปโภคบริโภคจำเป็น	4.61	0.60	มากที่สุด
3) จัดเตรียมสถานที่พักพิงชั่วคราวที่เหมาะสม	4.50	0.75	มากที่สุด
2. การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล	4.42	0.68	มาก
1) เตรียมความรู้ของพยาบาล	4.75	0.25	มากที่สุด
2) การจัดเตรียมความพร้อมระบบสื่อสาร	4.69	0.31	มากที่สุด
3) ทบทวนแนวทางและฝึกซ้อมการช่วยเหลือ	4.50	0.75	มากที่สุด
4) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือ และพัฒนาเครือข่าย	4.17	1.03	มาก
5) ถอดบทเรียนการจัดการดูแล	4.00	1.07	มาก
3. การเตรียมความพร้อมชุมชน	4.39	0.77	มาก
1) ดำเนินการให้ชุมชนมีการซ้อมการช่วยเหลือ	4.58	0.79	มากที่สุด
2) สนับสนุนให้คนในชุมชน รวมทั้งผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ	4.33	0.77	มาก
3) จัดทำข้อมูลที่อยู่ และวิธีติดต่อกับแหล่งประโยชน์ในพื้นที่	4.27	0.76	มาก

จากตารางที่ 10 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดในการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพียงด้านเดียว นอกนั้นผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก จำนวน 2 ด้าน เมื่อพิจารณาข้อรายการด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ ส่วนข้อรายการด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล และการเตรียมความพร้อมชุมชน พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญทั้งในระดับมากที่สุดและระดับมาก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงอนาคต โดยใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่มาจากหลายกลุ่ม เพื่อความหลากหลายและครอบคลุม ทั้งสิ้นจำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 คน และผู้มีประสบการณ์การจัดการในด้านภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งสิ้น 3 ชุด ชุดที่ 1 ใช้ในการตอบรอบที่ 1 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด (Open ended form) จำนวน 6 ข้อ ชุดที่ 2 ใช้ในการตอบรอบที่ 2 ได้มาจากการวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ได้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 4 ระยะ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 52 ข้อรายการ นำคำตอบที่ได้กลับมาวิเคราะห์สถิติ ใช้ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) นำมาปรับอีกครั้งเป็นแบบสอบถามชุดที่ 3 ซึ่งใช้ในการตอบรอบที่ 3 มีลักษณะเดียวกับข้อคำถามในรอบที่ 2 ปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ รวมข้อคำถามที่มีความหมายใกล้เคียงเข้าไว้ด้วยกัน คงข้อที่มีความแตกต่างไว้ และตัดบางรายการที่ไม่ใช่การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุออก มีข้อคำถามในระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ 3 ด้าน จำนวน 13 ข้อรายการ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ 3 ด้าน จำนวน 11 ข้อรายการ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ 5 ด้านจำนวน 15 ข้อรายการ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ 2 ด้านจำนวน 8 ข้อรายการ รวมทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์สถิติ Md และ IR อีกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ยุดิแบบสอบถามในรอบที่ 3 ผลที่ได้มีความสอดคล้องกันกับข้อมูลที่ได้ในรอบที่ 2 โดยฉันทามติที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 12.23 อันเป็นเกณฑ์ที่ผู้วิจัยสามารถสรุปผลงานวิจัยได้ ซึ่ง Murry & Hammons (2001) ระบุว่าการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติแบบสอบถามในรอบถัดไปเมื่อข้อมูลที่ได้รับมีความครบถ้วนชัดเจนและได้รับฉันทามติจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ คือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงยุติการส่งรอบถัดไป

การแปลผล พิจารณาจากการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและให้ความสำคัญในระดับมากขึ้นไป คือมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50

ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ระหว่างวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ระหว่างวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้นเป็นเวลา 161 วัน

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่องการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

1. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ 2) ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ 3) ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และ 4) ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ รวมการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 13 ด้าน จำนวน 47 ข้อรายการ มีคะแนนความสำคัญในระดับมากที่สุด 38 ข้อรายการ และระดับมาก 9 ข้อรายการ

2. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ค่ามัธยฐาน (Md) อยู่ในช่วง 4.51-4.61 ระยะที่มีระดับความสำคัญมาก 1 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Md เท่ากับ 4.47)

3. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ 4 ระยะ รวม 47 ข้อรายการ ดังนี้

3.1 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อ การประเมินและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ การประสานงานและการส่งต่อ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยค่ามัธยฐาน (Md) อยู่ในช่วง 4.52-4.68, ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) อยู่ในช่วง 0.42-0.76 เมื่อพิจารณาข้อรายการ พบว่าข้อรายการของทุกด้านมีความสำคัญในระดับมากที่สุดทั้งสิ้น

3.2 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 3 ด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ การให้ความรู้การจัดการกับภัยพิบัติ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ และการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ (Md อยู่ในช่วง 4.50-4.53, IR อยู่ในช่วง 0.61-0.70) เมื่อพิจารณาข้อรายการ พบว่า ข้อรายการของทุกด้านมีความสำคัญในระดับมากและมากที่สุด

3.3 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ มีความสำคัญมากที่สุดทั้ง 2 ด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ และการจัดการสิ่งแวดล้อม (Md เท่ากับ 4.52 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน, IR อยู่ในช่วง 0.63-0.79)

3.4 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติเมื่อ มีความสำคัญมากที่สุดด้านเดียว ได้แก่ การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร (Md เท่ากับ 4.61, IR เท่ากับ 0.54) ด้านที่มีระดับความสำคัญมาก 2 ด้าน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล และการเตรียมความพร้อมชุมชน (Md อยู่ในช่วง 4.39-4.42, IR อยู่ในช่วง 0.68-0.77)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ รวบรวม ข้อคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า การจัดการ พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ประเด็น การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม และแบ่งตามระยะ ดังนี้

1. การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม

จากผลการวิจัย พบว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวมนั้น ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับความสำคัญมากที่สุด ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะตอบสนองต่อภัย พิบัติ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ (Md อยู่ในช่วง 4.51-4.61) และให้ความสำคัญมากเพียงระยะเดียว คือ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Md เท่ากับ 4.47) อธิบายได้ว่า แนวคิดการจัดการภัยพิบัติในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับการป้องกันและ การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เพื่อลดผลกระทบของภัยพิบัติ (Disaster Risk Reduction , DRR) สำหรับประเทศไทย เริ่มมีการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและการป้องกันมากขึ้น แต่การ จัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย ยังไม่มีรูปแบบที่เป็น รูปธรรม มีลักษณะเป็นการจัดการเฉพาะหน้า อีกทั้งมีข้อจำกัดการสนับสนุนด้านงบประมาณในการ ป้องกันเตรียมพร้อมก่อนเกิดเหตุ สังคมไทยมองการจัดการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าว่าเป็นการ กระทำที่เกินกว่าเหตุ เกินจำเป็น กระจายต้นทุน สิ้นเปลือง ถึงแม้ว่าในระดับนโยบายเริ่มมีการให้ ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมและการป้องกันมากขึ้นก็ตาม จึงทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ระดับ ความสำคัญมากที่สุดกับระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ซึ่งเป็นการจัดการพยาบาลในระยะที่เกิดภัยพิบัติ แล้ว แต่ถึงกระนั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความสำคัญกับระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ มากที่สุดเช่นเดียวกับระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ และผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติทำได้ยาก ต้องอาศัยขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ประกอบ กับปัจจัยอื่นกล่าวคือ ต้องมีการวางแผนการปฏิบัติล่วงหน้ามาแล้วเป็นอย่างดี อีกทั้งยังต้องอาศัย งบประมาณในการดำเนินการ นโยบายของหน่วยงาน ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ในขณะที่การ ป้องกันและลดผล กระทบของภัยพิบัติเป็นการจัดการพยาบาลที่สามารถดำเนินการบางส่วนได้ทันที ประกอบกับการจัดการพยาบาลระยะนี้ เป็นกิจกรรมการจัดการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบของภัย พิบัติด้วยเช่นกัน อันได้แก่ การให้ความรู้ในการจัดการกับภัยพิบัติกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล การประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ และการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ในลักษณะเดียวกันกับการ ตอบสนองต่อภัยพิบัติเป็นการจัดการพยาบาลที่ใช้ความรู้ ความสามารถของตัวบุคลากรพยาบาลเอง ที่ถึงแม้จะยังไม่มีความรู้ความชำนาญที่เฉพาะในด้านการจัดการดูแลช่วยเหลือในภาวะภัยพิบัติสำหรับ ผู้สูงอายุ แต่โดยพื้นฐานพยาบาลก็สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้จะยังไม่มี ประสิทธิภาพนัก ทางกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงให้ระดับความสำคัญดังกล่าวข้างต้น

การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล มีความสอดคล้องกับ ICN ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เช่นกัน โดยการกำหนดสมรรถนะพยาบาลภัยพิบัติ จากนั้นพยาบาลจึงสามารถแนะนำดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย O'Brien (2003); Aldrich, & Benson, (2008) ให้ความสำคัญกับการเตรียมบุคลากรช่วยเหลือเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการให้ความสำคัญกับการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกันในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น (Paton, & Johnston, 2001; Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera, 2002; Bremer, 2003; Benson, 2006; และ CDC, 2006) และมีหลายองค์กรที่แนะนำให้ผู้สูงอายุได้เตรียม/สำรวจความจำเป็นของใช้ส่วนตัวเพื่อพร้อมรับมือกับภัยพิบัติตลอดเวลา (CDC, 2006; FEMA, & American Red Cross, 2006; Wilken, Bobroff, & Minton, 2011; Manpower development corp., 2011; และ American Red Cross, 2012) เนื่องจากใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการช่วยเหลือเมื่อประสบภัยพิบัติถึงสามเท่า (US Centers for Disease Control, 1999) และพบว่ามี การให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมด้านผู้สูงอายุและชุมชนไปพร้อมๆกับการเตรียมบุคลากรพยาบาลด้วย (Donatelli, & Somes, 2012; ESCAP & UNISDR, 2012) โดยใช้แนวคิดมุ่งให้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการรับมือกับภัยพิบัติเบื้องต้น (Community Based Disaster Risk Management: CBDRM) เนื่องจากคนในชุมชนย่อมรู้ข้อมูลในชุมชนของตนเป็นอย่างดี ช่วยเหลือกันได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภัยพิบัติ ทั้งนี้ระยะใดสำคัญกว่าขึ้นกับสถานการณ์แวดล้อม ความพร้อมในหลายๆด้านของแต่ละพื้นที่ และนโยบายองค์กรว่าจะเริ่มดำเนินการหรือให้ความสำคัญกับขั้นตอนใดหรือดำเนินไปพร้อมๆกันก็จะมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น จึงถือได้ว่าได้การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นฉันทามติ มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ถือว่าเป็นผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสูง ซึ่ง Murry & Hammons (2001) ได้กล่าวว่า ความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงอนาคตโดยใช้เทคนิคเดลฟายอยู่ที่ ความรู้ ความสามารถหรือความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญ จึงควรเลือกผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ชำนาญ หรือมีประสบการณ์ตรงในด้านนั้นจริงๆมาเป็นผู้เชี่ยวชาญ จะทำให้คำตอบที่ได้จากการศึกษานั้นมีความน่าเชื่อถือ ซึ่ง ขนิษฐา วิทยานุมาส, (2530) จุมพล พูลภัทรชีวิน (2550) และชนิดา รักษ์พลเมือง (2550) ระบุว่า ผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้ที่มียินดีในการให้ข้อมูล มีความเสียสละในการตอบแบบสอบถาม

2. ระยะของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ ดังนี้

2.1 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ

2.1.1 ด้านการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 4 ข้อรายการ ได้แก่ แนะนำผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแลในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยและสุขลักษณะส่วนบุคคล เฝ้าระวังและควบคุมโรค ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ และแบ่งพื้นที่ให้การพยาบาลตามหลักป้องกันการติดเชื้อ (Md อยู่ในช่วง 4.61-4.75, IR อยู่ในช่วง 0.25-0.60)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับ Gibson, & Hayunga (2006) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโรคประจำตัว รวมถึงอาจเป็นผลมาจากยาบางตัวที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่เป็นไปในทางเดียวกันกับ Klima, et al. (2012) ศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อฝึกปฏิบัติการเพื่อเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติในโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาด้านการปนเปื้อนสูงถึงร้อยละ 75 สอดคล้องกับ Bremer (2003) ที่กล่าวว่า การพัฒนานโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและจัดการกับภัยพิบัติ นอกจากควรมีการประเมินกลุ่มเปราะบาง ระบบสุขภาพที่มีอยู่ ความสามารถของทีมช่วยเหลือก่อนเกิดภัยพิบัติ เมื่อเกิดภัยพิบัติต้องมีความรวดเร็วในการประเมิน มีแผนที่เกิดภัยพิบัติ และยังคงดำเนินการควบคุมโรคและป้องกันการติดเชื้อด้วย มีความสอดคล้องกับ University of Hyogo (2005) ที่ได้ระบุว่า แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินั้น ควรดูแลเรื่องความปลอดภัยของที่พัก อาหารและน้ำดื่ม การสุขภาพ การกำจัดของเสียและของเสียที่ออกจากร่างกาย เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่ง Gibson, & Hayunga (2006) ยังได้ระบุอีกว่า การปกป้องผู้สูงอายุจากภัยพิบัติที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การนำแผนการที่วางไว้มาทดลองปฏิบัติ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและองค์กรผู้สูงอายุให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนมีการควบคุมการติดเชื้อซึ่งยังสอดคล้องกับ Donatelli, & Somes (2012) ที่ระบุว่า แม้หลังเกิดภัยพิบัติแล้ว ยังต้องมีการติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงจากการที่เป็นโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ ความรู้สึก การสัมผัสและการสื่อสาร ความเสื่อมของสภาพร่างกายและการใช้งานของอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย มีความบกพร่องด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อสูงมากขึ้น โดยมีการประมาณการว่าผู้ที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 20 มีความอ่อนแอจากโรคฉับพลันและอาการเรื้อรังที่เป็นอยู่

2.1.2 ด้านการประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 3 ข้อรายการ ได้แก่ จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความรุนแรง/เร่งด่วนของความต้องการการช่วยเหลือ ประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ และจัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ (Md อยู่ในช่วง 4.54-4.72, IR อยู่ในช่วง 0.28-0.72)

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันทั้ง 3 ข้อรายการ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเปราะบางและมีความต้องการการช่วยเหลือจำเพาะไม่เหมือนกับช่วงวัยอื่นและยังไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคล ประกอบกับอุปสรรคด้านต่างๆจากตัวผู้สูงอายุเอง จึงต้องอาศัยการประเมินที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Dyer, et al (2006) และ Dyer, Regev, Burnett, Festa, & Cloyd (2008) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการบริหารจัดการด้วยตนเอง รวมทั้งเข้าไม่ค่อยถึงการช่วยเหลือเนื่องจากไม่ค่อยมีเพื่อนหรือแหล่งสนับสนุนส่วนบุคคล จึงต้องมีการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ รวมถึงการนำเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติมาใช้ เพื่อให้สามารถวางแผน และดำเนินการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่มีเป็นจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว ตามลักษณะของความต้องการการช่วยเหลือ โดย

เครื่องมือที่ใช้จำแนกผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติ มีชื่อเรียกละย่อว่า SWIFT ใช้จำแนกผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็ว โดยประเมิน 13 หัวข้อย่อย ครอบคลุมการประเมินความต้องการการช่วยเหลือดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ การใช้จ่าย หรือการบริการทางสังคม ควรประเมินผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจให้ได้ทั้งขณะเกิดภัยพิบัติหลังเกิดภัยพิบัติซึ่ง Burnett, Dyer, & Pickins (2007) กล่าวว่า ใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า 10 นาที ซึ่งการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัตินี้ ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมรับสถานการณ์ภัยพิบัติในอนาคตหรือเตรียมอพยพผู้สูงอายุบางกลุ่มล่วงหน้าได้ด้วย และยังสอดคล้องกับที่ ICN (2009) กำหนดในกรอบสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ประการหนึ่งว่า พยาบาลสามารถประเมินความต้องการทางการพยาบาลที่จำเป็นทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง และการส่งต่อที่เหมาะสม รวมถึงสอดคล้องกับที่ Vest, & Valadez (2006) กล่าวไว้ว่าการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุยังไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดการประเมินที่เฉพาะกับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ Adams, Ford, & Dailey (2004) ที่กล่าวว่า การประเมินหรือการคัดกรองผู้สูงอายุมีความจำเป็น เพราะช่วยให้ทราบความต้องการของผู้สูงอายุ นำไปสู่การดำเนินการช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดย Cloyd, & Dyer (2010) ระบุว่า พยาบาลควรใช้ระบบการจำแนกผู้ประสบภัยพิบัติที่เป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ และมีการฝึกฝนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และสอดคล้องกับ Donatelli, & Somes (2012) ที่ระบุว่า ข้อควรคำนึงถึงในการวางแผนรับภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเตรียมพร้อมการจัดการผู้สูงอายุที่จะมารับบริการพร้อมๆกันเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยใช้เทคนิค START (The Simple Triage And Rapid Treatment) เพื่อคัดแยกผู้บาดเจ็บได้ออกจากผู้ที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือเคลื่อนไหวร่างกาย จากนั้นจึงใช้ระบบสีในการคัดแยกผู้สูงอายุที่เหลือนอกเป็นกลุ่ม เพื่อจัดแบ่งผู้สูงอายุตามความเร่งด่วนของอาการที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และการประเมินโดยใช้เครื่องมือ SWIFT ในการคัดแยกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม เนื่องจากมีความครอบคลุมการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับที่ 1 หมายถึงมีปัญหาเรื่องความเข้าใจ ร่วมกับมีข้อบกพร่อง ADL อย่างน้อย 1 ข้อ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลำพังโดยไม่มีคนช่วยได้อย่างน้อย 1 อย่าง ระดับที่ 2 มีปัญหา iADL ต้องการการจัดการรายกรณี ระดับที่ 3 เป็นกลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บ ต้องการเพียงการติดต่อญาติหรือเพื่อน ทั้งนี้ยังเป็นการลดภาระงานพยาบาลที่สามารถแยกผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีความจำเป็นต้องให้พยาบาลดูแลให้แก่ผู้ช่วยพยาบาลหรืออาสาสมัครช่วยเหลือดูแลแทน โดยกลุ่มที่ไม่มีการบาดเจ็บนี้ ต้องการการดูแลเพียงในเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอยู่ในที่พักอย่างสงบ บันทึกการใช้จ่าย และความต้องการด้านจิตสังคม ต้องมีการตรวจร่างกายผู้สูงอายุตลอดจนประเมินสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ความเครียดและความวิตกกังวลด้วย

2.1.3 ด้านการประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 2 ข้อรายการ ได้แก่มีแนวทางการประสานงานส่งต่อ และมีแนวทางการเคลื่อนย้าย (Md อยู่ในช่วง 4.61-4.64, IR อยู่ในช่วง 0.49-0.60)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับที่ Burnett, Dyer, & Pickins (2007) กล่าวไว้ว่า ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินั้น ควรมีแนวทางการเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติไว้ล่วงหน้า ทั้งการวางแผนการอพยพ การเคลื่อนย้าย และการจัดหาที่พักชั่วคราวให้เมื่อเกิดภัย

พิบัติจะได้รับการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที หรือแม้แต่กรณียังไม่เกิดภัยพิบัติก็ตาม กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หากพบว่ามีความเสี่ยงสูงเมื่อเกิดภัยพิบัติ ควรมีแผนการอพยพ และเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุออกนอกพื้นที่ก่อน สอดคล้องกับที่ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) กล่าวว่า กลยุทธ์ในการจัดการฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติคือ การจัดระบบการจัดการฉุกเฉินที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุ มีข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน เชื่อมโยงการวางแผน การเตรียมอพยพ การเคลื่อนย้าย และสถานที่พักพิง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาการของ Saliba, Buchanan, & Kingston (2004) ที่พบปัญหาของการตอบสนองทางการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติในชุมชน คือไม่มีแผนการย้ายกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ขาดยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย และสอดคล้องกับ AARP (2006) ที่กล่าวว่า บทเรียนที่ได้ในการปกป้องผู้สูงอายุจากภัยพิบัติคือต้องมีการเคลื่อนย้ายและส่งต่ออย่างเหมาะสม การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ที่พักเป็นสัดส่วน การประเมินเพื่อปรับแผนเป็นระยะ รวมถึงการนำแผนหลักส่งสู่การปฏิบัติ ทั้งยังสอดคล้องกับที่ Kumaresan (2011) กล่าวว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถออกจากพื้นที่ประสบภัยพิบัติได้ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากอาการเจ็บป่วยและความจำกัดด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ประกอบกับขาดแคลนพาหนะร่วมกับแนวทางช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่ง Lach, Langan, & James (2005) ก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เช่นกัน โดยในการศึกษาของเขาระบุไว้ว่า การช่วยเหลืออพยพที่ล่าช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการตื่นกลัวและสับสน

2.1.4 ด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้น ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 4 ข้อรายการ ได้แก่ วิเคราะห์ปัญหาและให้การดูแลรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและสิทธิของผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลช่วยเหลือให้เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ และจัดแบ่งพื้นที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุตามความรุนแรงของปัญหาของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ (Md อยู่ในช่วง 4.50-4.70, IR อยู่ในช่วง 0.29-0.81)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับที่ HelpAge International (2000) ระบุว่า แนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินั้น ต้องสามารถระบุความต้องการของผู้สูงอายุได้ตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ คำนึงถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การเข้าถึงการบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน รวมถึงให้ความสำคัญกับสังคม จิตใจ และความต้องการของครอบครัวผู้สูงอายุ โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และสอดคล้องกับที่ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) ระบุว่า กลยุทธ์การจัดการฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติประการหนึ่งคือ การตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ กระจายความช่วยเหลือให้ทั่วถึง โดยคำนึงถึงภาษา วัฒนธรรม อีกทั้งยังสอดคล้องกับที่ ICN (2009) กำหนดในกรอบสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ประการหนึ่งว่าพยาบาลสามารถประเมินปัญหา ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามหลักทางจริยธรรมโดยคำนึง ถึงวัฒนธรรม สังคม จิตวิญญาณ ความเชื่อของผู้ประสบภัยพิบัติ พิทักษ์สิทธิผู้ประสบภัยพิบัติ ตลอดจนเคารพกฎหมาย และมีความรับผิดชอบ ทำให้ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

2.1.5 ด้านการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 2 ข้อรายการ คือ ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ และจัดการดูแลสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ (Md เท่ากับ 4.50-4.54, IR เท่ากับ 0.75-0.77)

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่า ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ และจัดการดูแลสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากการประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติและการจัดการพยาบาลสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นไปอย่างตรงประเด็นและครอบคลุม ทั้งยังช่วยให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในขณะนั้น สอดคล้องกับ Kim, & Proctor (2002) กล่าวว่าในการตอบสนองต่อภัยพิบัติต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนให้เข้ากับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับ Jennings (2004) ที่กล่าวว่า พยาบาลควรประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติซ้ำเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลผู้ประสบภัยพิบัติให้มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับ Donatelli, & Somes (2012) ที่กล่าวว่า กรณีประเมินผู้สูงอายุแล้ว ไม่มีความจำเป็นที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล แต่เมื่อประเมินจากเหตุภัยพิบัติและผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าผู้สูงอายุไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการดูแลผู้สูงอายุ อาจต้องจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ญาติ/อาสาสมัครดูแลอยู่ในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลจัดเพิ่มไว้ให้

สรุปได้ว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบไปด้วย การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การประเมินผู้สูงอายุ และจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้น ตลอดจนการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

2.2 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ

2.2.1 ด้านการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองและการเตรียมการเมื่อประสบภัยพิบัติ ให้ข้อมูลการเตรียมยาและของใช้ที่จำเป็น และให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน (Md อยู่ในช่วง 4.61-4.64, IR อยู่ในช่วง 0.49-0.60) ส่วนระดับความสำคัญมากมี 1 ข้อรายการ ได้แก่ ติดตามการเตรียมของใช้ที่จำเป็น (Md เท่ากับ 4.27, IR เท่ากับ 0.76)

อธิบายได้ว่าการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ เป็นการเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ลดปัญหาการขาดแคลนของใช้ที่มีความจำเป็นเฉพาะส่วนบุคคล ที่มักเกิดขึ้นเมื่อประสบภัยพิบัติในเบื้องต้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) และ Rosenkoetter, Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich (2007) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องเตรียมตัวรับภัยพิบัติอย่างไร จึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นได้ และสอดคล้องกับ Jennings-Sanders (2004) ที่ระบุว่ารูปแบบการจัดการการพยาบาลภัยพิบัติควรมีการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติโดยการให้ความรู้แก่คนในชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ

Paton, & Johnston (2001) ที่กล่าวว่า การวางแผนรับมือภัยพิบัติ ควรให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการให้ความรู้ เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับรู้ความเสี่ยงมากขึ้น ช่วยให้มีการตระหนักถึงผลกระทบของภัยพิบัติมากขึ้น และยังสอดคล้องกับฮีโรคะซี นางาตะ (2555) ที่กล่าวว่า การให้คำแนะนำประชาชนทุกเพศวัยให้มีความรู้เรื่องการเตรียมการพร้อมรับมือภัยพิบัติ การดูแลตนเองเมื่อเกิดภัยพิบัติเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เป็นเพราะนอกจากทำให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นแล้ว ยังช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นจากความไม่พร้อม และเป็นการช่วยลดภาระของหน่วยงานราชการที่จะต้องมาดูแล ทำให้ทางราชการสามารถที่จะไปช่วยเหลือดูแลผู้ที่จำเป็นกว่าได้อย่างเต็มที่ ทั้งยังสอดคล้องกับที่ U.S. department of Homeland security, FEMA, & American Red Cross (2004); CDC (2006); Wilken, Bobroff, & Minton (2011); Manpower development corp. (2011); และ American Red Cross (2012) ที่ได้แนะนำผู้สูงอายุทุกคนให้มีการเตรียมความพร้อมโดยการเตรียมของใช้จำเป็นส่วนบุคคลไว้ตลอดเวลา และตรวจสอบความจำเป็นที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างสม่ำเสมอทุก 1 ปี รวมถึงตรวจสอบวันหมดอายุของใช้ทุกอย่างอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการระบุแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติไว้ด้านหลังสมุดคู่มือคำแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับภัยพิบัติ โดย American Red Cross (2007) มีการแนะนำผู้สูงอายุให้เตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการเตรียมของใช้ส่วนตัวที่จำเป็น เช่น แว่นสายตา แบตเตอรี่สำรอง เตรียมเงินสด บัตรเครดิต เอกสารสำคัญ สำรองอาหารและน้ำเป็นเวลา 2-3 วัน เตรียมยาและอุปกรณ์ที่ใช้ดำรงชีวิตประจำวันประมาณ 2-3 สัปดาห์ รวมถึงให้ผู้สูงอายุได้วางแผนการติดต่อญาติ การอพยพออกนอกพื้นที่ และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในชุมชนที่อยู่อาศัยร่วมกับคนในชุมชน แต่เนื่องจากประเทศไทยส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวหลายรุ่นยังอยู่รวมกันเป็นครอบครัวขยาย มีวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรในบ้าน เป็นที่พึ่งพิงด้านจิตใจ ลักษณะเป็นการกตัญญูรู้คุณ ทำแทนผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างจากต่างประเทศที่เป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการนำเอาศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวมาช่วยร่วมดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถช่วยเหลือตนเองในเบื้องต้นได้

2.2.2 ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด 4 ข้อรายการ ได้แก่ จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ จัดทำแผนที่และเครื่องหมายบ่งบอกบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยง และระบุผลกระทบของภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ (Md อยู่ในช่วง 4.58-4.72, IR อยู่ในช่วง 0.28-0.79) ส่วนระดับความสำคัญมากมี 1 ข้อรายการ ได้แก่ วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ (Md เท่ากับ 4.12, IR เท่ากับ 1.14)

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ จัดทำแผนที่และเครื่องหมายบ่งบอกบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และระบุความเสี่ยงของผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อมูลพื้นฐานเป็นสิ่งสำคัญ การมีข้อมูลความจำเพาะของผู้สูงอายุในด้านต่างๆช่วยให้เกิดประโยชน์ได้มาก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเรื่องภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุแต่

ละคน สถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ทางเข้า-ทางออกที่สะดวกในการเข้าถึงผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้สามารถนำไปสู่การวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) ที่กล่าวว่า การมีข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน แผนการอพยพ และแผนการช่วยเหลือที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เหมาะสมในการให้ความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติ โดย Kim & Proctor (2002) กล่าวว่า ในการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ เริ่มจากการประเมินโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในพื้นที่และประเมินความเสี่ยงภัยพิบัติของคนในชุมชน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในศตวรรษที่ 21 (Qureshi, & Gebbie, 2007) เช่นกัน และ Bankoff, Frerks, & Hillhorst (2004) กล่าวว่า การจัดทำแผนที่ระบุที่อยู่ผู้สูงอายุเป็นหนทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเช่นกันทั้งยังสอดคล้องกับ Bremer (2003) ที่กล่าวว่าควรมีการประเมินกลุ่มเปราะบางที่มีอยู่ในพื้นที่ก่อนเกิดภัยพิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นของพื้นที่ และสอดคล้องกับ O'Brien (2003) ที่กล่าวว่า การเตรียมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ ควรมีการสำรวจระบบสื่อสาร ระบบบันทึกที่เรียกดูข้อมูลผู้สูงอายุได้ และจัดทำแผนที่บ้านของผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางด้วย โดย Aldrich, & Benson (2008) มีการเสนอแนะว่าให้มีการจัดตั้งเครือข่ายผู้สูงอายุ การทำแผนที่ชุมชน ระบุพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และทำสมุดคู่มือระเบียบวิธีการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งความรุนแรงของภัยพิบัติจะลดลงหากมีความสามารถในการจัดการกับภัยพิบัติได้ดี โดยการจัดการกับภัยพิบัติที่ดีวิธีหนึ่งคือการมีข้อมูลพื้นฐานที่ทันสมัยและครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับ Veenema (2009) กล่าวว่า ในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีการปฏิบัติเรื่องการจัดทำแผนที่ที่มีความเสี่ยงและวิเคราะห์ความเปราะบางที่มีอยู่ในพื้นที่ สอดคล้องกับ Haddow, Bullock, & Coppola (2011) ที่ระบุว่า ข้อมูลด้านความเสี่ยงเป็นพื้นฐานในการวางแผนเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติหรืออพยพ การระบุความเสี่ยง และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่เช่น ระบบการสื่อสารแบบไร้สาย การใช้สัญญาณดาวเทียม ระบบซอร์ฟแวร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ มาเป็นเครื่องมือในการทำแผนที่ที่มีกลุ่มเปราะบางหรือสถานที่เสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติ ทำให้วิเคราะห์คาดการณ์และวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สิน ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความเสี่ยงที่มีอยู่รอบตัวโดย Pekovic, Seff, & Rothman (2007) ระบุว่าผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะที่จำเป็น เนื่องจากการวางแผนการจัดการภัยพิบัติไม่ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มีข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละพื้นที่ ควรมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและสอดคล้องกัน

2.2.3 ด้านการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ จัดเตรียมความพร้อมญาติให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และเตรียมความพร้อมญาติให้สามารถเตรียมผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Md อยู่ในช่วง 4.61-4.67, IR อยู่ในช่วง 0.33-0.64) ส่วนระดับความสำคัญมากมี 1 ข้อรายการ ได้แก่ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย (Md เท่ากับ 4.05, IR เท่ากับ 1.08)

เห็นได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน เรื่องการจัดเตรียมความพร้อมให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และเตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุให้พร้อมรับภัยพิบัติ เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจจะเผชิญกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับที่ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) ระบุว่า ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวความบกพร่องทางประสาทสัมผัส การรับรู้ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลข้างเคียงจากการใช้ยาปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับข้อจำกัดทางสังคม และเศรษฐกิจเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเตรียมการป้องกันภัยพิบัติได้เพียงพอ ควรมีการเตรียมตัวส่งเสริมสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุให้แข็งแรง ให้ความรู้กับครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและองค์กรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมเตรียมความพร้อมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งยังสอดคล้องกับ HelpAge International, & UNHCR (2012) ที่ระบุว่าแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อปกป้องผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติประการหนึ่งคือ มีการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในความจำเป็นขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกับก่อนเกิดภัยพิบัติได้

สรุปการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะป้องกันและลดผล กระทบของภัยพิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ช่วยลดความเดือดร้อนเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุได้

2.3 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

2.3.1 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุให้ได้รับยาต่อเนื่อง และประสานแหล่งประโยชน์เข้าให้การช่วยเหลือ (Md อยู่ในช่วง 4.50-4.64, IR อยู่ในช่วง 0.40-0.75) ด้านที่ได้รับความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ (Md เท่ากับ 4.30, IR เท่ากับ 0.89)

จากผลการวิจัย พบว่า มีความสอดคล้องกับ Axelrod, Killam, Gaston, & Stinson (1994) ที่ระบุว่า หลังเกิดภัยพิบัติคนสูงอายุมักเข้าไม่ถึงการใช้บริการสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาขาดยาที่ใช้ประจำในโรคเรื้อรัง ซึ่ง University of Hyogo (2005) กล่าวไว้ว่า แนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัตินอกจากการดูแลความเหมาะสมของที่พัก ความสะอาด อาหาร น้ำดื่ม การสุขภาพ ป้องกันการติดเชื้อแล้ว ยังต้องมีการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมส่วนบุคคลที่น้อยกว่าช่วงวัยอื่น ยังต้องอาศัยเวลาและการช่วยเหลือในการปรับตัวและปรับสภาพจิตใจให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรประไพ แยกเต่า และคนอื่นๆ (2548) ที่พบในการติดตามผลการเยี่ยมญาติผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสีนามิในจังหวัดพังงาว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจและสังคมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ทำให้ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้ประโยชน์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา เพ็ชรภักดิ์ (2550) ที่พบว่า ความสามารถในการปรับตัวของ

ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสัณามิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิจัยของ เจน บัญไพรัตน์สกุล (2552) พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ที่ช่วยเยียวยาสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุได้ คือกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รู้สึกว่ามีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน และมีความสอดคล้องกับ Wells (2005) ที่บอกว่า หลังเกิดภัยพิบัติผู้สูงอายุมักมีภาวะเครียด วิตกกังวล จำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามความต้องการการช่วยเหลือ ทั้งปัญหาด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพ สภาพจิตใจ ความเป็นอยู่และสังคมแวดล้อมของผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว สอดคล้องกับ Donatelli, & Somes (2012) ที่กล่าวว่า การประเมินสภาพจิตใจต้องอาศัยการพูดคุยซักถามประวัติการเจ็บป่วยเดิมทางด้านจิตใจ การใช้จ่าย รวมถึงประวัติการสูญเสียด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักหมดหวัง ท้อแท้ เครียดและซึมเศร้ามากขึ้น เมื่อสูญเสียทรัพย์สินสมบัติ ข้าวของเครื่องใช้ที่สะสมมาเกือบตลอดทั้งชีวิต เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวถึงแก่ความตาย อาจถึงขั้นรู้สึกเศร้าจนไม่สนใจชีวิต ไม่สามารถตัดสินใจได้ ตลอดจนการส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม กรณีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับไว้นอนโรงพยาบาลแต่ไม่มีที่เหมาะสมปลอดภัยหลังประสบภัยพิบัติ ต้องจัดหาผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นญาติ/อาสาสมัครให้อยู่ใกล้ชิด เพื่อป้องกันการวิตกกังวล สับสนจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พบเจอแต่คนที่ไม่รู้จัก ตลอดจนเป็นการให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นพื้นฐานและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ สอดคล้องกับ Veenema (2009) ที่กล่าวว่า ต้องมีการติดตามภาวะสุขภาพร่างกายและสภาพจิตใจในระยะยาวของผู้รอดชีวิต จัดให้มีการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ยิ่งในผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ควรจัดให้มีการได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่เข้าถึงและได้รับยาต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการติดตามประเมินปัญหาและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ ให้คำแนะนำจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยปลอดภัย ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม (Md อยู่ในช่วง 4.58-4.61, IR 0.71-0.79) และให้ระดับความสำคัญมาก ได้แก่ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ช่วยฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม (Md เท่ากับ 4.30, IR เท่ากับ 0.89)

จากผลการวิจัย พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุประสบสหัสสัมพันธ์ไม่ดี ตามองเห็นไม่ชัด มีระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงษ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา และทีมิวิจัย คปสอ.ลับแล (2550) ที่ระบุว่า พบการบาดเจ็บจากถูกสัตว์มีพิษซึ่งหนีน้ำมาทำร้าย ฉกกัด โดยทั้งนี้ The office of U.S. Foreign Disaster Assistance (1982) อ้างถึงใน อนันต์ ตันมุขกุล (2542) แนะนำว่า หลังจากเกิดภัยพิบัติแล้ว ต้องติดตามฟื้นฟูสภาพผู้ประสบภัยพิบัติด้านร่างกายและจิตใจ ควบคู่ไปกับการบูรณะที่อยู่อาศัย สังคมและชุมชนที่ผู้ประสบภัยพิบัติอาศัยอยู่ เพื่อให้พื้นที่กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงกับสภาพเดิมโดยเร็ว ให้สามารถประกอบอาชีพในการดำรงตนในสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) ที่บอกว่า กลยุทธ์การจัดการฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนเกิดภัยพิบัติ ความช่วยเหลือจากชุมชน

ขณะเกิดภัยพิบัติ ตลอดจนถึงการช่วยเหลือที่ตอบสนองตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและช่วยฟื้นฟูบูรณะที่อยู่อาศัยหลังเกิดภัยพิบัติ โดย Veenema (2009) กล่าวว่า พยาบาลและทีมงานต้องมีการเฝ้าระวังติดตามการเกิดโรคอย่างต่อเนื่อง ติดตามความสะอาดปลอดภัยของน้ำและอาหาร ซึ่งตรงกับที่ ICN (2009) ได้มีการกำหนดในกรอบสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ประการหนึ่งว่า พยาบาลควรสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเท่าที่จะเป็นไปได้ รวมถึงการประสานกับทีมสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติประกอบด้วย การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

2.4 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

2.4.1 ด้านการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดทั้ง 3 ข้อรายการ ได้แก่ จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ จัดเตรียมของใช้และเครื่องอุปโภคบริโภคจำเป็น และจัดเตรียมสถานที่พักพิง (Md อยู่ในช่วง 4.50-4.72, IR อยู่ในช่วง 0.28-0.75)

เห็นได้ว่า การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ จัดเตรียมของใช้จำเป็นและเครื่องอุปโภคบริโภค และจัดเตรียมสถานที่พักพิง เป็นข้อที่ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน อธิบายได้ดังที่ Axelrod, Killam, Gaston, & Stinson (1994) กล่าวว่า ภัยพิบัติส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทำให้เผชิญกับปัญหาขาดอุปกรณ์การแพทย์และยา แนะนำให้มีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร โดยประเมินความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ จัดโปรแกรมช่วยให้ผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบางได้เข้าถึงการบริการจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Aldrich, & Benson (2008) ว่าปัญหาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ คือ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ ของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และขาดการวางแผนการจัดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ทั้งยังสอดคล้องกับ Halpern (2010) ที่แนะนำให้มีการจัดเตรียมของใช้ที่จำเป็นกับผู้สูงอายุ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ เสื้อผ้า ผ้าห่ม และเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลสำหรับพยาบาลที่ต้องใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เป็นไปในทางเดียวกับ Cloyd, & Dyer (2010) ที่กล่าวว่า ควรมีการเตรียมออกแบบที่พักให้เหมาะสมและแยกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดความสับสน วิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ตลอดจนเป็นการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มที่จะเกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุมีง่วง สับสน อันเนื่องมาจากนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่พอที่มีสาเหตุมาจากที่พักไม่เหมาะสม โดย Bremer (2003) กล่าวว่า นโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและจัดการกับภัยพิบัติ ควรมีการพัฒนาเรื่องการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านระบบสุขภาพที่มีอยู่ ความสามารถของทีมช่วยเหลือ ความพร้อมของทรัพยากร และการกระจายความช่วยเหลือ ซึ่ง Benson (2006) ระบุว่า การจัดสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุให้คำนึงถึงความปลอดภัย เสียงดังรบกวน และโรคติดต่อในที่พักด้วย ในขณะที่เดียวกัน Veenema (2009) กล่าวว่า ในขณะที่เกิดภัยพิบัติ พยาบาลควรสร้างที่พักพิงที่มีความปลอดภัย มีอาหารและน้ำเพียงพอ จัดการให้มีสุขาภิบาลและการกำจัดของเสีย และสอดคล้องกับ Somes, &

Donatelli (2012) ที่ระบุว่าข้อที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนภัยพิบัติให้แก่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย จัดหาที่พักและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยให้ ซึ่ง Donatelli, & Somes (2012) กล่าวว่า ต้องมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์และการพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ อาหาร น้ำรวมถึงของใช้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก และตรงกับ HelpAge International (2012) ที่ระบุว่า การลดความเสี่ยงในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่สำคัญประการหนึ่งคือการจัดหาที่พักชั่วคราวและที่พักถาวรให้ผู้สูงอายุ โดยควรพิจารณาถึงอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่ง CDC (2012) ระบุว่า ประเภทของที่พักสำหรับผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างตามความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องการที่พักทั่วไป ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสัตว์เลี้ยงเป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามควรมีการสำรวจและลงทะเบียนความต้องการการช่วยเหลือด้านประเภทของที่พักที่ผู้สูงอายุต้องการรวมถึงความต้องการด้านอื่นๆเป็นเบื้องต้นไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองตรงกับความต้องการอย่างแท้จริงเมื่อประสบภัยพิบัติตลอดจนมีความสอดคล้องกับ Hutton (2008) ที่กล่าวว่า นโยบายในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรมีการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพและการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงการบริการสุขภาพ และควรตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อให้กระจายความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง สามารถรับการรักษาพยาบาลได้ทุกพื้นที่ จึงทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และถึงแม้ว่าการจัดเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรต่างๆและจัดเตรียมสถานที่พักพิงชั่วคราวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ จะไม่ได้เริ่มต้นจากพยาบาลที่สามารถจัดการได้เลย ยังต้องอาศัยการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย งบประมาณ แต่ก็เป็นแนวทางให้พยาบาลได้มีการจัดเตรียมความพร้อมดังกล่าว

2.4.2 ด้านการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุด 3 ข้อรายการ ได้แก่ เตรียมความรู้ของพยาบาล การจัดเตรียมระบบการสื่อสาร และฝึกซ้อมการช่วยเหลือ (Md อยู่ในช่วง 4.50-4.75, IR อยู่ในช่วง 0.25-0.75) ส่วนระดับความสำคัญมากมี 2 ข้อรายการ ได้แก่ มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือและพัฒนาเครือข่าย และถอดบทเรียนการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Md อยู่ในช่วง 4.00-4.17, IR อยู่ในช่วง 1.03-1.07)

จากผลการวิจัย เห็นได้ว่า ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันเรื่องเตรียมความรู้ของพยาบาล การจัดเตรียมระบบการสื่อสารเพื่อผู้สูงอายุ และฝึกซ้อมการช่วยเหลือ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยเปราะบาง มีความจำเพาะในเรื่องการเจ็บป่วย ภาวะของโรค ประกอบกับข้อจำกัดด้านการมองเห็นและการได้ยิน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และการใช้สื่อและวิธีการที่มีความเหมาะสมชัดเจน เช่นการเขียนตัวหนังสือขนาดใหญ่ตัวหนา การพูดช้าชัดเสียงทุ้ม สอดคล้องกับ Jennings-Sanders (2004) ที่กล่าวว่า ประสิทธิภาพของการจัดการพยาบาลภัยพิบัติในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย การประเมินทรัพยากร ระบุความเสี่ยงสำคัญ ประเมินข้อมูลด้านการศึกษาของบุคลากรและจำนวนบุคลากร สอดคล้องกับ Nasrabadi, Naji, Mirzabeigi, & Dadbakhs (2007) ที่ระบุว่า เมื่อเกิดภัยพิบัติ บ่อยครั้งที่พยาบาลรู้สึกสับสนและปฏิบัติงานโดยปราศจาก

แนวทางปฏิบัติ จึงควรเตรียมความรู้เรื่องการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติ รวมถึงฝึกอบรบการพยาบาลภัยพิบัติเป็นระยะๆ การจัดทำแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นเรื่องเร่งด่วนที่หน่วยงานสุขภาพควรได้ประสานการทำงานร่วมกัน โดยองค์กรพยาบาลและโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบเชิงกลยุทธ์เพื่อจัดการกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นร่วมกัน ในลักษณะเดียวกับที่ Cloyd, & Dyer (2010) กล่าวว่า พยาบาลควรมีทักษะ ความรู้และฝึกฝนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ Prezant, et al. (2005) ที่ระบุว่า การเตรียมบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลันได้ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและชุมชนช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภัยพิบัติได้ เป็นไปในทางเดียวกันกับ O'Sullivan, et al. (2008) ที่พบว่า การฝึกอบรบพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างการเตรียมความพร้อมพยาบาล ซึ่งเป็นสมาชิกสำคัญของทีมสุขภาพในการตอบสนองต่อภัยพิบัติในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saliba, Buchanan, & Kington (2004) ที่ระบุว่า อุปสรรคประการหนึ่งของการตอบสนองทางการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติในชุมชน คือขาดบุคลากรและอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในสถานพยาบาล และปัญหาเรื่องการสื่อสารฉุกเฉินกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง ซึ่งสอดคล้องกับ Somes, & Donatelli (2012) ที่กล่าวว่า การวางแผนช่วยเหลือด้านภัยพิบัติแก่ผู้สูงอายุ ควรมีการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการพูดซ้ำแต่ชัดเพื่อลดความวิตกกังวลที่จะเกิดแก่ผู้สูงอายุ เป็นไปในลักษณะเดียวกับ Rosenkoetter, Covan, Cobb, Bunting, & Weinrich (2007) ที่พบว่า ผู้สูงอายุยินยอมอพยพหากมีการสื่อสารที่เพียงพอและถูกต้อง รวมทั้งยังสอดคล้องกับ O'Brien (2003) ที่กล่าวว่า ในการเตรียมการฉุกเฉินสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุ ควรรวมถึงการสำรองระบบสื่อสารและระบบบันทึกที่เรียกดูข้อมูลย้อนหลังของผู้สูงอายุได้ไว้ด้วย และสอดคล้องกับ Cloyd, & Dyer (2010) ที่ระบุว่า ควรพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมที่มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านสังคม ศาสนา และการเจ็บป่วย โดยการฝึกอบรบพยาบาลให้มีความรู้ในด้านการพยาบาลภัยพิบัติ ตลอดจนสอดคล้องกับ Hyer, Brown, Berman, & Polivka-West (2006) ที่กล่าวว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการสื่อสารแบ่งปันข้อมูลให้บุคลากรสุขภาพเข้าถึงเวพระเบียนของผู้สูงอายุได้ โดยคำนึงถึงจริยธรรมและความถูกต้องตามกฎหมายโดย Veenema (2009) กล่าวว่า พยาบาลต้องรู้แผนปฏิบัติการรับภัยพิบัติของโรงพยาบาล ทั้งที่เป็นภัยพิบัติภายในและภัยพิบัติภายนอกโรงพยาบาล ที่ทางคณะกรรมการภัยพิบัติของโรงพยาบาลได้กำหนดไว้ รวมถึงมีการฝึกซ้อมแผนร่วมกับแผนกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับองค์กรพยาบาลสหรัฐอเมริกา (American Nurses Association, 2002) ที่ได้ประกาศว่า พยาบาลทุกคนต้องมีความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติ มีความรับผิดชอบ ได้รับการเตรียมความรู้พร้อมรับภัยพิบัติ ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติได้ ควรมีการประเมินความรู้และสมรรถนะพยาบาลปีละครั้ง และมีการฝึกซ้อมตามนโยบายภัยพิบัติของหน่วยงานปีละ 2 ครั้ง ซึ่ง ICN (2009) ได้มีการระบุเรื่องการเตรียมความรู้พยาบาลด้านภัยพิบัติและด้านการดูแลกลุ่มที่มีความเปราะบางให้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในหลายกลยุทธ์ของการจัดการภัยพิบัติ อีกทั้งถือว่าเป็นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อให้มีความพร้อมในการมุ่งสู่การพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ด้วย

2.4.3 ด้านการเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญมากที่สุดเพียงข้อรายการเดียว ได้แก่ดำเนินการให้ชุมชนซ้อมการช่วยเหลือ (Md เท่ากับ 4.58, IR เท่ากับ 0.79) ส่วนระดับความสำคัญมากได้แก่ สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ และจัดทำข้อมูลที่อยู่และวิธีติดต่อแหล่งประโยชน์ (Md อยู่ในช่วง 4.27-4.33, IR อยู่ในช่วง 0.76-0.77)

ทั้งนี้เนื่องมาจากชุมชนเป็นแหล่งแรกที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ มีข้อมูลผู้สูงอายุและชุมชนแวดล้อม การนำศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนมาใช้ นอกจากสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันทีแล้วยังช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้สูงอายุได้ด้วย สอดคล้องกับที่ Fernandez, Byard, Lin, Benson, & Barbera (2002) กล่าวว่า กลยุทธ์ในการจัดการฉุกเฉินเพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เป็นเหยื่อภัยพิบัติคือ การนำศักยภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ จัดระบบการจัดการฉุกเฉินที่ให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ Jennings-Sanders (2004) ที่กล่าวว่า การวางแผนการจัดการภัยพิบัติ เพื่อช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้เปราะบางที่ประสบภัยพิบัติ ควรมีข้อตกลงกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและให้ที่พักแก่ผู้ประสบภัยพิบัติไว้ก่อนล่วงหน้า เมื่อถึงเวลาจะได้ดำเนินการช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ได้ทันทีที่ยังสอดคล้องกับ Gibson, & Hayunga (2006) ที่ระบุว่าในการปกป้องผู้สูงอายุจากภัยพิบัติควรมีการฝึกซ้อมการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน การเตรียมตัวผู้สูงอายุให้มีความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติ และเตรียมเครือข่ายอาสาสมัครให้สามารถปฏิบัติงานให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันทีเมื่อเกิดภัยพิบัติ ทั้งยังสอดคล้องกับ Cloyd, & Dyer (2010) ที่กล่าวว่า ควรมีการเตรียมความพร้อมและระบบการติดตามความพร้อมของสมาชิกในชุมชน อบรมอาสาสมัครและบุคลากรในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะด้านสังคม ศาสนา และการเจ็บป่วย รวมถึงเป็นไปในแนวทางเดียวกับ Pekovic, Seff, & Rothman (2007) ที่บอกว่า การวางแผนและการตอบสนองต่อความต้องการที่เฉพาะของผู้สูงอายุในเหตุการณ์ภัยพิบัติ ต้องมีการประสานการทำงานเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายผู้สูงอายุและหน่วยงานภายนอก ร่วมกับฝึกปฏิบัติแผนทุกระดับให้เข้าใจอย่างชัดเจน สอดคล้องกับ Yeoh (2012) ที่กล่าวว่าพยาบาลควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนให้ตระหนักถึงผลของการเกิดภัยพิบัติ ให้ความรู้ถึงวิธีการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นแก่คนในชุมชน ส่งเสริมให้มีการพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน ฝึกคนในชุมชนให้เป็นอาสาสมัครช่วยเหลืองานภัยพิบัติ ซึ่งเป็นไปตามที่ ICN (2009) แนะนำให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาความสามารถของชุมชนให้เข้มแข็งพร้อมรับและตอบสนองต่อภัยพิบัติ และสอดคล้องกับของกระทรวงสาธารณสุขที่มีแผนการดำเนินงานตามแผนหลักของปภ. โดยเน้นการให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของคนและชุมชนตาม HFA ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและมีการฝึกซ้อมแผนการช่วยเหลือในชุมชน (ปภ., 2552; กระทรวงสาธารณสุข, 2553; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งให้ชุมชนเป็นฐานในการรับมือกับภัยพิบัติ เนื่องจากคนในแต่ละชุมชนย่อมรู้ข้อมูลในชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี ช่วยเหลือกันได้อย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภัยพิบัติ (ทิวดา กมลเวชช, 2551) ซึ่งมีความสอดคล้องตามข้อตกลงของกลุ่มประเทศอาเซียน (Association of South East Asian Nations, 2005) ด้วยเช่นกัน ที่สนับสนุนให้ชุมชนเป็นพื้นฐานในการจัดการภัยพิบัติ โดยเคารพในวัฒนธรรมและมีความยืดหยุ่นตามแต่ละพื้นที่ และเป็นไปตามคำแนะนำของ HelpAge International, & UNHCR (2012) ที่กล่าวว่า การปกป้องผู้สูงอายุใน

สถานการณ์ภัยพิบัติที่ต้องส่งเสริมครอบครัวผู้สูงอายุตลอดจนโครงสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินการให้ชุมชนมีการซ่อมการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

สรุปได้ว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ พยาบาลควรมีการจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร เตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล รวมถึงเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อให้บุคลากรพยาบาลมีความรู้ด้านภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเบื้องต้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. องค์กรวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง นำไปเป็นแบบประเมินตนเองในการพัฒนาการจัดการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งผลการวิจัยได้จากการสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 20 คนที่สังกัดหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จากข้อสรุปที่ได้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในระดับมากขึ้นไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ศึกษาความเป็นไปได้ของการนำไปใช้
2. ศึกษาให้มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละพื้นที่
3. เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นที่ยืนยันการวิเคราะห์ทางสถิติ จึงควรนำไปศึกษาต่อโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis)

รายการอ้างอิง

- กระจกเงา, มุลนิธิ. 2554. ผู้สูงอายุครองแชมป์ อันดับ1 คนหายช่วงน้ำท่วม[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://news.voicetv.co.th/thailand/25548.html>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 25 กุมภาพันธ์ 2556]
- กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา และทีมิวิจัย คปสอ.ลับแล. 2550. บทเรียนการบรรเทาภัยพิบัติ สถานการณ์อุทกภัย น้ำท่วมโคลนถล่มอำเภอลับแล และการพัฒนาแผนบรรเทาภัยพิบัติทีมสาธารณสุขอำเภอลับแล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2), 146-153.
- ชนิษฐา วิทยาอนุมาส. 2530. การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย. ใน ประพัฒน์ จำปาไทย (บรรณาธิการ), รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา, กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2555. รายงานการประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ครั้งที่ 2/2555 วันที่ 21 มิถุนายน 2555 ณ สถานสงเคราะห์เด็กหญิงบ้านราชวิถี[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=126&articleType=ArticleView&articleId=70>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 28 กุมภาพันธ์ 2556]
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: ครูสภาลาดพร้าว.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2553. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสย์.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2556. ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ. บันทึกการประชุม.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2548. ปฏิบัติการวิจัยอนาคตด้วยEDFR. วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(2), 19-31.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. 2550. เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย, 76-88. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิตา รักษ์พลเมือง. 2550. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย, 61-75. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2550. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจอินเตอร์ โพรเกรสซิฟ จำกัด.
- ชัยณรงค์ วาสนะสมสิทธิ์. 2553. อาสาสมัครจะช่วยป้องกันสาธารณสุขและช่วยเหลือชุมชนได้อย่างไร. ใน พรรณร เจริญกุล (บรรณาธิการ), การช่วยเหลือทางทะเลและความปลอดภัยทางน้ำ, 157-164. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐชา พลาชีวะ และฐิติภา หลิมสุนทร. 2548. สาเหตุของการเกิดภัยพิบัติ ใน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ, การพยาบาลสาธารณสุข, 128-131. กรุงเทพฯ: สุภา.

- ทวิตา กมลเวช. 2551. ภัยพิบัติและการบริหารจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.openbase.in.th/files/Disaster%20and%20Emergency%20Mgt%20%20Thammasart.pdf>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 30 สิงหาคม 2555]
- ทวิตา กมลเวช. 2554. คู่มือการจัดการภัยพิบัติท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า,
- ทวิตา กมลเวช (บรรณาธิการ), 2553. อยู่กับภัยใกล้ตัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร.
- ทองสง่า ผ่องแผ้ว. 2548. เทคนิคเดลฟาย[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://vod.msu.ac.th/itdc/article/thongsanga/001.htm> [วันที่เข้าถึงข้อมูล 20 สิงหาคม 2555]
- ธีรพร สติรอังกูร. 2554. “ภัยพิบัติ” สิ่งที่ยาบาลต้องรู้. วารสารกองการพยาบาล, 38(1), 1-3.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (บรรณาธิการ), 2552. การบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สำนักพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ธนาเพรส.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. 2553. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง วรรณสุด. 2538. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2541. การบริหารการพยาบาลระดับหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย: มปท.
- ปรารธนา ยามานนท์. 2550. ประสบการณ์การจัดการสาธารณภัยของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์ สึนามิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2548. แผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, คณะกรรมการ. 2552. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2553-2557. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2552. แผนปฏิบัติการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติแห่งชาติในเชิงยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2553-2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2553 ก. สถิติภัยพิบัติย้อนหลัง10 ปี[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://thaipublica.org/wp-content/uploads/2012/10/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%A0%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2.pdf>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 14 กรกฎาคม 2555]
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2553 ข. สถิติสถานการณ์อุทกภัยของประเทศไทย[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://61.19.100.58/public/group4/disaster01/data20y/flood20y_5.pdf[วันที่เข้าถึงข้อมูล 14 ตุลาคม 2555]

- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2555 ก. นโยบายเน้นหนักกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://61.19.54.141/nsn/New%20folder%20book/detail_policy14-11-55new.pdf[5 มีนาคม 2556]
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2555 ข. แผนยุทธศาสตร์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กรม. 2556. การลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรประไพ แยกเต่า และคนอื่นๆ. 2548. การติดตามผลการเยียวยาจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ สีนามิ ในจังหวัดพังงา. http://223.25.195.228/web_suan/chumchon/docaging_tin.pdf[วันที่เข้าถึงข้อมูล 4 มีนาคม 2556]
- พรรณธร เจริญกุล (บรรณาธิการ), 2553. การช่วยเหลือทางทะเลและความปลอดภัยทางน้ำ, 157-164. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 52 ก หน้า 1 ลงวันที่ 7 กันยายน 2550.
- พระไพศาล วิสาโล และยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. 2548. แนวทางในการฟื้นฟูจิตใจประชาชนและชุมชน 6 จังหวัดภาคใต้. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี. 2551. คุณภาพการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี.พรินท์ (1991).
- พูลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลุบล รุจิระประเสริฐ. 2555. ข้อเสนอแนะนโยบายการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัย. ใน คณะกรรมการดำเนินงานแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2. ข้อเสนอแนะนโยบายพยาบาลศาสตร์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพะสังคม. ขอนแก่น: คลังนา.
- พูลสุข ศิริพูล และสุพัฒนา ศักดิษฐานนท์, 2555. การพยาบาลภาวะพิบัติภัย: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทย. วารสารสภาการพยาบาล. 27(ฉบับพิเศษ) 18-30.
- ฟาริดา อิบราฮิม. 2542. สาระการบริหารการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- มูลนิธิศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชีย. 2556. การประเมินแผน นโยบาย และการดำเนินงานจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2HelpAge-APG%20DM%20Assessment%20Full%20report%20Thai%202013_FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/2HelpAge-APG%20DM%20Assessment%20Full%20report%20Thai%202013_FINAL%20(1).pdf)[วันที่เข้าถึงข้อมูล 3 พฤษภาคม 2557]
- ยุกติ มุกดาวิจิตร. 2555. โครงการวิจัยคนกับภัยพิบัติ: กรณีศึกษาชาวจังหวัดปทุมธานีที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย พ.ศ. 2554[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://socanth.tu.ac.th/research/projects/livesand_flood-yukti-concluding-remarks/[วันที่เข้าถึงข้อมูล 4 มีนาคม 2556]
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2546. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2555. ภัยพิบัติหรือพิบัติภัย[ออนไลน์]. สํารวย นักการเขียน. แหล่งที่มา: <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=2556>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 24 กุมภาพันธ์ 2556]

- ลักขณา ไทยเครือ. 2549. การสังเคราะห์เหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ เพื่อเตรียมรับมือภัยพิบัติในอนาคต.
 เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). (อัคราเสนา)
 วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ. 2548. การพยาบาลสาธารณสุขภัย. กรุงเทพฯ: สุภา.
- วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว. 2556. บทเรียนจากภัยพิบัติ: ทิศทางการพัฒนาสู่การจัดการภาวะสุขภาพใน
กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการ/ทุพพลภาพ. เอกสารหมายเลข 5 ประกอบการประชุม
 บทเรียนเล่มใหญ่จากภัยพิบัติ: สู่การจัดการภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน, 14-15 กุมภาพันธ์ 2556. โรงแรม
 ตวันนา สุรวงศ์.
- วาสนา เพ็ชรภักดิ์. 2550. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ ปี 2547
อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์. 2551. อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบและภาระรับผิดชอบ. ใน รัชนี้ อยู่ศิริ
 (บรรณาธิการ), การบริหารการพยาบาล, กรุงเทพฯ: พิทักษ์การพิมพ์.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. 2533. อุบัติภัยกับสุขภาพดีถ้วนหน้า. วารสารสุขุทัยธรรมมาธิราช, 3(1), 17-26.
- วิระดา แสงศรี. 2550. ประสบการณ์การจัดการการพยาบาลสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพ
สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต
 สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยะ นามศิริพงศ์พันธ์. 2554. กะเทาะบทเรียน จัดการภัยพิบัติสำหรับคนพิการ-ผู้สูงอายุ พบ
ข้อบกพร่องเพียบ วอนจ่ายค่าชดเชยตรงไปตรงมา[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://m.mati.chon.co.th/readnews.php?newsid=1323592843&gpid=03&catid=19>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 10
 สิงหาคม 2555]
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. 2545. การบริหารเมืองหลวงและการบริหารท้องถิ่น: สหรัฐอเมริกา อังกฤษ
ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น และไทย. กรุงเทพฯ: โพรเพซ.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคนอื่นๆ. 2545. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ศูนย์ข้อมูลเพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย, 2554. มหาอุทกภัยน้ำท่วมใหญ่เมืองไทย[ออนไลน์].
 แหล่งที่มา: <http://www.thaiflood.com/>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 20 ตุลาคม 2555]
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2553. แผนเตรียมพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุข[ออนไลน์].
 แหล่งที่มา: [http://bps.ops.moph.go.th/Plan-preparedness/\(ไฟล์เล่ม\)แผนเตรียมพร้อม/
 บทสรุปผู้บริหาร%20Aug19.pdf](http://bps.ops.moph.go.th/Plan-preparedness/(ไฟล์เล่ม)แผนเตรียมพร้อม/บทสรุปผู้บริหาร%20Aug19.pdf)[วันที่เข้าถึงข้อมูล 5 มีนาคม 2556]
- สุนันทา ลักษณะนิติกุล, อุไร หักกิจ และจิรพรรณ พิรุฒติ. 2551. ประสบการณ์ของพยาบาลในการ
ปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. สงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ 26 (ก.ค.-
 ส.ค. 2551), 349-360.
- สุรีย์รัตน์ วงศ์เสงี่ยม (บรรณาธิการ), 2548. เหตุการณ์ธรณีพิบัติจากคลื่นสึนามิ 26 ธันวาคม 2547.
 กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์
- สุวรรณณี ศรีจันทระอาภา. 2553. ระบบบริหารจัดการทางการแพทย์พยาบาล. ใน ประสบการณ์วิชาชีพการ
พยาบาล, 132-144. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: นำกัการพิมพ์.

- สุวรรณภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น. 2555. วิกฤติมหาอุทกภัยกับผู้สูงอายุ: บทเรียนที่ต้องหาทางออก[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3602?mode=full&submit_simple>Show+full+item+record[วันที่เข้าถึงข้อมูล 28 กุมภาพันธ์ 2556]
- สำนักงานกฎหมาย มงคลธรรม. 2540. ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยเงินทดรองราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2546[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.kodmhai.com/Rbk/New3/N31.html#t1>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 29 พฤษภาคม 2555]
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช). 2554. การจัดการภัยพิบัติและการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัย : กรณีศึกษาประเทศไทยและต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์. 2553. แนวทางการปฏิบัติงานชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: เอส.เอ็ม.เซอร์คิตเพรส จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. นโยบายด้านสาธารณสุขในการรับมือกับภัยพิบัติ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.skho.moph.go.th/download/PolicyPlanFLOOD111_054.ppt[วันที่เข้าถึงข้อมูล 2 กุมภาพันธ์ 2556]
- อมร สุวรรณนิมิตร. 2553. การบริหารการพยาบาล. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- อรพรรณ โตสิงห์. 2554. สภากาพยาบาลกับการรับมือภัยพิบัติ[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaicne.com/images/sub1333175250/final%20TNMC.pdf>[วันที่เข้าถึงข้อมูล 29 พฤษภาคม 2555]
- อนันต์ ตันมุขกุล. 2542. การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: L.T. เพรส.
- อำนาจ ตรีนารัตน์. 26 พฤศจิกายน 2554. พบหญิงชราตาบอดถูกน้ำท่วมนอนรอความช่วยเหลือจากรัฐ. เนชั่นชนแนล[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://77.nationchannel.com/video/188_010/[วันที่เข้าถึงข้อมูล 3 มีนาคม 2556]
- อำนาจ บาลี. 2552. Holistic care of disaster. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), Critical care: The model of holistic approach 2008-2009. 427-435. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อิโรคะซี นางาตะ. 2555. Disaster preparedness project expanded by dynamic of design and art lecture. Paper presented at the disaster preparedness project, 2012, November 18. TCDC.
- เกษม บุญอ่อน. 2522. เดลฟาย : เทคนิคในการวิจัย. คุรุปริทัศน์, 4(10), 26-28.
- เครือข่ายสตรียารัตน์ และเนตดา วงศ์ทองมานะ. 2556. การดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ. เอกสารหมายเลข 6 ประกอบการประชุม บทเรียนเล่มใหญ่จากภัยพิบัติ: สู่การจัดการภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน, 14-15 กุมภาพันธ์ 2556. โรงแรมวันนา สุรวงศ์.
- เจน บุญไพรรัตน์สกุล. 2552. การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ประสบภัยสึนามิ. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 10(1), 53-60.

- เดลินิวส์. 18 พฤศจิกายน 2554. น้ำท่วมสะท้อนภาพเหยื่อพิบัติภัย ผู้สูงวัยกลุ่มไม่เล็ก. เดลินิวส์ออนไลน์[ออนไลน์]. แหล่งที่มา:http://www.nic.go.th/newssearch/index.php?ds=detailnew_ssub&id=245[วันที่เข้าถึงข้อมูล 3 มีนาคม 2556]
- เอมอร ชินพัฒนพงษ์ และ อธิศา ชัยกมลพิสุทธิ. 2548. การจำแนกผู้ประสบภัย ใน วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคนอื่นๆ, การพยาบาลสาธารณสุข. 90-98. กรุงเทพฯ: สุภา.
- ไพฑูริย์ พัชรธรา, จิรฎา วิวัฒน์ และผกา จันทรมาส. 2552. คู่มือการใช้หลักสูตรพื้นฐานการอบรมเพื่อเป็น อผล.ฉบับใหม่ ปี 2552. โดยการสนับสนุนของกลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ไพฑูริย์ พัชรธรา, จิรฎา วิวัฒน์ และอุษณีย์ ยุทธพงษ์ธาดา. 2552. คู่มือการดำเนินงาน (ฉบับย่อ) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผล). สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ไพฑูริย์ พัชรธรา และคนอื่นๆ. 2553. คู่มือการปฏิบัติงานของอผล. โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ.
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. 2553. ระบาควิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Adams, M.L., Ford, J.D., & Dailey, W.F. 2004. Predictors of help seeking among Connecticut adults after September 11, 2001. American Journal of Public Health. 94(9): 1596-1602.
- Adams, V., Kaufman, S.R., Hattum, T.V., & Moody, S. 2011. Aging disaster: mortality, vulnerability, and long-term recovery among Katrina survivors. Med Anthropol. 30(3): 247-270.
- Aldrich, N., & Benson, W.F. 2008. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults[Online]. Preventing Chronic Disease. 5(1): 1-7. Available from: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/070135.htm>[2012, September 11]
- American Nurses Association. 2002. Work release during a disaster - Guidelines for employers[Online]. Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenu_Categories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/ANAPositionStatements/Position-Statements-Alphabetically/Work-Release-During-a-Disaster-Guidelines-for-Employers.html[2012, October 26]
- American Red Cross. 2006. Prepare your home and family: seniors[Online]. Available from:<http://www.redcross.org/prepare/location/home-family/seniors>[2012, January 1]
- American Red Cross. 2007. Disaster preparedness for seniors by seniors[Online]. Available from: <http://www.redcrossbc.org/pdf/DisasterPreparednessSeniors.pdf> [2012, December 1]

- American Red Cross. 2012. Older Adults and Disaster: Preparedness and Response [Online]. Available from: www.redcross.org[2012, December 1]
- Association of South East Asian Nations. 2005. ASEAN Agreement on disaster management and emergency response. The conference at Vientiane: Association of South East Asian Nations, 2005, July 26[Online]. Available from: <http://www.ifrc.org/Docs/idrl/N112EN.pdf>[2013, February 27]
- Axelrod, C., Killam, P.P., Gaston, M., & Stinson, N. 1994. Primary Health Care and the Midwest Flood Disaster. Public Health Reports. 109 (5): 601- 605.
- Bankoff, G., Frerks, G., & Hillhorst, D. 2004. Mapping vulnerability: disasters, development and people. Sterling, VA: Earthscan Publications Ltd.
- Banks, L. 2013. Caring for elderly adults during disasters: improving health outcomes and recovery. Southern Medical Journal. 106(1): 94-98.
- Baylor College of Medicine & Harris County Hospital District. 2006. Recommendations for Best Practices in the Management of Elderly Disaster Victims. Washington DC: Harris County Hospital District, American Medical Association, Care for Elders, AARP.
- Benson, W.F. 2006. Disaster planning tips for older adults and their families[Online]. Available from: http://www.cdc.gov/aging/pdf/disaster_planning_tips.pdf2012, June 1]
- Bistaraki, A., Waddington, K., & Galanis, P. 2011. The effectiveness of a disaster training programme for healthcare workers in Greece. International Nursing Review. 58(3): 341-346.
- Bose, D.C. 2002. Principles of management and administration. New Delhi: Meenakshi Art.
- Bremer, R. 2003. Policy Development in Disaster Preparedness and Management: Lessons Learned from the January 2001 Earthquake in Gujarat, India. Prehospital and Disaster Medicine. 18(4): 372-384.
- Burnett, J., Dyer, C.B., & Pickins, S. 2007. Rapid needs assessments for older adults in disasters. Generations: Journal of the American Society on Aging. 31(4): 10-15.
- Carter, W.N. 1991. Disaster management: a disaster manager's handbook. Manila: Asian Development Bank.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2004. Rapid assessment of the needs and health status of older adults after Hurricane Charley-Charlotte, DeSoto and Hardee Counties, Florida, August 27-31, 2004[Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5336a2.htm>[2012, September 10]

- Centers for Disease Control and Prevention. 2006. CDC healthy aging program, health benefits ABCs[Online]. Available from: http://www.cdc.gov/aging/pdf/disaster_planning_goal.pdf[2012, November 27]
- Centers for Disease Control and Prevention. 2012. Identifying Vulnerable Older Adults and Legal Options for Increasing Their Protection During All-Hazards Emergencies : A Cross-Sector Guide for States and Communities. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention.
- Claver, M., Dobalian, A., Fickel, J.J., Ricci, K.A., & Mallers, M.H. 2013. Comprehensive care for vulnerable elderly veterans during disasters. Archives of gerontology and geriatrics, 56(1): 205-213.
- Cloyd, E., & Dyer, C.B. 2010. Catastrophic events and older adults. Critical care nursing clinics of North America, 22(4): 501-513.
- Coppola, D.P. 2007. Introduction to international disaster management. Butterworth Heinemann: Burlington.
- Donatelli, N.S., & Somes, J. 2012. Disaster planning considerations involving the geriatric patient: Part II. Journal of emergency nursing. 38(6): 563-567.
- Dyer, C.B., et al. 2006. "Recommendations for best practices in the management of elderly disaster victims" A Report by Baylor College of Medicine, Harris County Hospital District, American Medical Association, Care of Elders & AARP[Online]. Available from: <http://www.assets.aarp.org/articles/aboutaarp/baylorbestpracticesguide.pdf> [2012, August 1]
- Dyer, C.B., Regev, M., Burnett, J., Festa, N., & Cloyd, B. 2008. SWIFT: A rapid triage tool for vulnerable older adults in disaster situations. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2(1): S45-S50.
- EM-DAT. 2009 A. Asia-disaster statistics[Online]. Available from: http://www.preventionweb.net/english/countries/statistics/index_region.php?rid=4[2013, February 19]
- EM-DAT. 2009 B. Thailand-disaster statistics[Online]. Available from: <http://www.preventionweb.net/english/countries/statistics/index.php?cid=170>[2013, February 19]
- ESCAP & UNISDR. 2012. Reducing vulnerability and exposure to disasters: The Asia-Pacific disaster report 2012[Online]. Available from: http://www.unisdr.org/files/29288_apdr_2012final_lowres.pdf[2013, February 22]
- FEMA. 2000. What is disaster? definition and meaning[Online]. Available from: <http://www.businessdictionary.com/definition/disaster.html#ixzz2DELKEaeQ>[2012, November 12]

- Fernandez, L.S., Byard, D., Lin, C.C., Benson, S., & Barbera, J.A. 2002. Frail elderly as disaster victims: emergency management strategies. Prehospital and disaster medicine. 17(2): 67-74.
- Fischer, H.W. 2008. Response to disaster. 3rd edition. Lanham: university press of America.
- Gibson, M.J., & Hayunga, M. 2006. We can do better: lessons learned for protecting older persons in disasters. Washington, DC: American Association for Retired Persons.
- Gray-Graves, A.M., Turner, K.W., & Swan, J.H. 2011. The level of willingness to evacuate among older adults. Gerontology & Geriatrics Education. 32(2): 107-121.
- Haddow, G.D., Bullock, J.A., & Coppola, D.P. 2011. Introduction to emergency management. 4th ed. Burlington: Butterworth-Heinemann.
- Halpern, P. 2010. Disasters and HazMat. In Tintinalli, J.E., Cameron, P., & Holliman, C.J., EMS: a practical global guidebook. 601-615. Shelton: People's medical publishing house.
- HelpAge International. 2000. Older people in disasters and humanitarian crisis: Guidelines for best practice. London: HelpAge International.
- HelpAge International. 2002. State of the world's older people 2002. London: HelpAge International.
- HelpAge International. 2004. Older people in emergencies[Online]. Available from: <http://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/older-people-in-emergencies/pb> [2014, January 26]
- HelpAge International, & UNHCR. 2012. Protecting older people in emergencies: good practice guide. London: Park Lane Press.
- HelpAge International. 2012. Older people in emergencies: identifying and reducing risks [Online]. Available from: [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Older % 20 People% 20Risk%20AnalysisFinal.pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Older%20People%20Risk%20AnalysisFinal.pdf)[2014, January 26]
- Hutton, D. 2008. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. France: WHO.
- Hyer, K., Brown, L.M., Berman, A., & Polivka-West, L. 2006. Establishing And Refining Hurricane Response Systems For Long-Term Care Facilities[Online]. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/25/5/w407.full.html>[2012, December 26]
- ICN. 2009. ICN framework of competencies for the nurse specialist. Geneva: International Council of Nurses.
- ISDR, USAID & CRED. 2011. 2011 disasters in numbers[Online]. Available from: [http://www .preventionweb.net/files/24697_246922011disasterstats1.pdf](http://www.preventionweb.net/files/24697_246922011disasterstats1.pdf)[2013, February 19]

- Ishii, T. 2011. Medical response to the great east Japan earthquake in Ishinomaki city. World Health Organization Centre for Health Development. 2(4): 10-16.
- Jean-Michel, S., Olivier, L.P., Regina, B., Debarati, G.S., & Sylvain, P. 2008. Annual disaster statistical review: the numbers and trends 2007[Online]. Available from: <http://wwwpreventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=2796> [2012, October 27]
- Jennings-Sanders, A. 2004. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. Nurse Education in Practice. 4(1): 69-76.
- Kato, H., Asukai, N., Miyake, Y., Minakawa, K., & Nishiyama, A. 1996. Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. Acta Psychiatrica Scandinavica. 93: 477-481.
- Kawatani, Y. 2012. The practice of disaster nursing. Paper presented at the Disaster nursing training course, 2012, May 7th-8th. Chulalongkorn University-Global Development Learning Network (CU-GDLN) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University & World Bank Tokyo Development Learning Center (WBTDLC).
- Kim, D., & Proctor, P. 2002. Disaster management and the emergency department: a framework for planning. Nursing Clinics of North America. 37(1): 171-188.
- Klima, D.A., et al. 2012. Full-scale regional exercises: Closing the gaps in disaster preparedness. Journal Trauma Acute Care Surgery. 73(3): 592-598.
- Koontz, H., & Weihrich, H. 2007. Essentials of management: an international perspective. 7th edition. New Delhi: Tata McGraw-Hill.
- Kumaresan, J. 2011. Preparedness and resilience: the hallmarks of response and recovery. World Health Organization Centre for Health Development. 2(4): 1-2.
- Lach, H.W., Langan, J.C., & James, D.C. 2005. Disaster planning: are gerontological nurses Prepared? Journal of gerontological nursing. 31(11): 21-27.
- Langan, J.C., & James, D.C. 2005. Preparing nurses for disaster management. New Jersey: Pearson education.
- Langer, N. 2004. Educational Gerontology "Natural Disasters that Reveal Cracks in our Social Foundation"[Online]. Available from: [http://journalonline.tandf.co.uk/\(jq1si545svc3zrwujafm11dic\)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,2,7;journal,28,74;linkingpublicationresults,1:102440,1](http://journalonline.tandf.co.uk/(jq1si545svc3zrwujafm11dic)/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,2,7;journal,28,74;linkingpublicationresults,1:102440,1) [2012, September 1]
- Limestone, H.A., & Turoff, M. 1975. The Delphi method: Techniques and application. Massachusetts: Addison-Wesley.

- Manpower development corp. 2011. When disaster strikes-promising practices: older adults[Online]. Available from: <http://www.mdcinc.org/sites/default/files/resources/When%20Disaster%20Strikes%20-%20Promising%20Practices%20-%20Older%20Adults.pdf> [2012, December 5]
- McGuire, L.C., Ford, E.S., & Okoro, C.A. 2007. Natural disasters and older US adults with disabilities: implications for evacuation. Disasters. 31(1): 49-56.
- Murry, J., & Hammons, J.O. 2001. The HERO e-Delphi system: overview and implementation [Online]. Available from: <http://hero.geog.psu.edu/products/Delphiwhitepaper.pdf>[2012, October 26]
- Nasrabadi, A.N., Naji, H., Mirzabeigi, G., & Dadbakhs, M. 2007. Earthquake relief: Iranian nurses' responses in Bam, 2003, and lessons learned. International nursing review, 54(1): 13-18.
- Nates, J.L., & Moyer, V.A. 2005. Lessons from Hurricane Katrina, tsunamis, and other disasters. Lancet, 366(1): 1144-1146.
- National Center for Health Statistics. 2005. Health, United States 2005[Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>. [2012, September 1]
- O'Brien, N. 2003. Emergency preparedness for older people. New York: International Longevity Center–USA.
- O'Sullivan, T.L., et al. 2008. Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines. Prehospital and Disaster Medicine. 23(1): s11-s18.
- Pan American Health Organization. 2012. Guideline for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations in the Caribbean. Washington D.C.: PAHO.
- Paton, D., & Johnston, D. 2001. Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. Disasters prevention and management. 10(4): 270-277.
- Pekovic, V., Seff, L., & Rothman, M.B. 2007. Planning for and responding to special needs of elders in natural disasters. Generations: Journal of the American Society on Aging. 31(4): 37-41.
- Prezant, D.J., et al. 2005. Effects of the August 2003 blackout on the New York City healthcare delivery system: A lesson for disaster preparedness. Critical Care Medicine. 33(1): S96-S101.
- Qureshi, K., & Gebbie, K.M. 2007. Disaster management. In Veenema, T.G., Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. 2nd edition. 137-159. New York: Springer publishing.
- Redmond, A.D., Mahoney, P.F., Ryan, J.M., & Macnab, C. 2006. ABC of conflict and disaster. U.K.: Blackwell Publishing.

- Rosenkoetter, M.M., Covan, E.K., Cobb, B.K., Bunting, S., & Weinrich, M. 2007. Perceptions of older adults regarding evacuation in the event of a natural. Public Health Nursing. 24(2): 160-168.
- Rothman, M., & Brown, L.M. 2007. The vulnerable geriatric casualty: medical needs of frail older adults during disasters. Generations: Journal of the American Society on Aging. 31(4): 16-20.
- Saliba, D., Buchanan, J., & Kington, R.S. 2004. Function and Response of Nursing Facilities During Community Disaster[Online]. American Journal of Public Health. 94(8): 1436-1441. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.8.1436>[2012, October 26]
- Sanker, S., Nakano, H., & Shiomi, Y. 2007. Natural disaster data book-2006 (An analytical overview)[Online]. Available from: <http://www.adrc.or.jp>[2013, February 22]
- Scoble, K.B., & Russell, G. 2003. Vision 2020, Part 1: Profile of the future nurse leader. Journal of nursing administration. 33(6): 324-330.
- Smith, D.C. 2006. Organizing for Disaster Preparedness[Online]. Journal of Community Practice. 13(4): 131-141. Available from: <http://www.tandfonline.com/page/term-sand-conditions>[2012, October 27]
- Somes, J., & Donatelli, N.S. 2012. Disaster planning considerations involving the geriatric patient: Part I. Journal of emergency nursing. 38(5): 479-481.
- Steinberg, J.S., et al. 2004. Increased Incidence of Life-Threatening Ventricular Arrhythmias in Implantable Defibrillator Patients After the World Trade Center Attack. Journal of the American College of Cardiology. 44 (6): 1261-1264.
- Suzuki, et al. 2012. Development of disaster mental health guidelines through the Delphi process in Japan. International Journal of Mental Health Systems. 6(7): 1-11.
- Swansburg, R.C. 1990. Management and leadership for nurse managers. Boston: Jones and Bartlett.
- UNISDR. 2004. Terminology: Basic terms of disaster risk reduction[Online]. Available from: http://www.unisdr.org/files/7817_7819isdrterminology11.pdf[2013, August 15]
- University of Hyogo. 2005. Nursing care provider guidance for elderly in shelters following disasters[Online]. Available from: http://www.coe-cnas.jp/english/group_senior/manual/manual02/index.pdf[2012, September 9]
- University of Hyogo, et al. 2005. Nursing care provider guidance for elderly in temporary housing following disasters[Online]. Available from: http://www.coe-cnas.jp/english/group_senior/manual/manual03/index.pdf [2012, September 9]

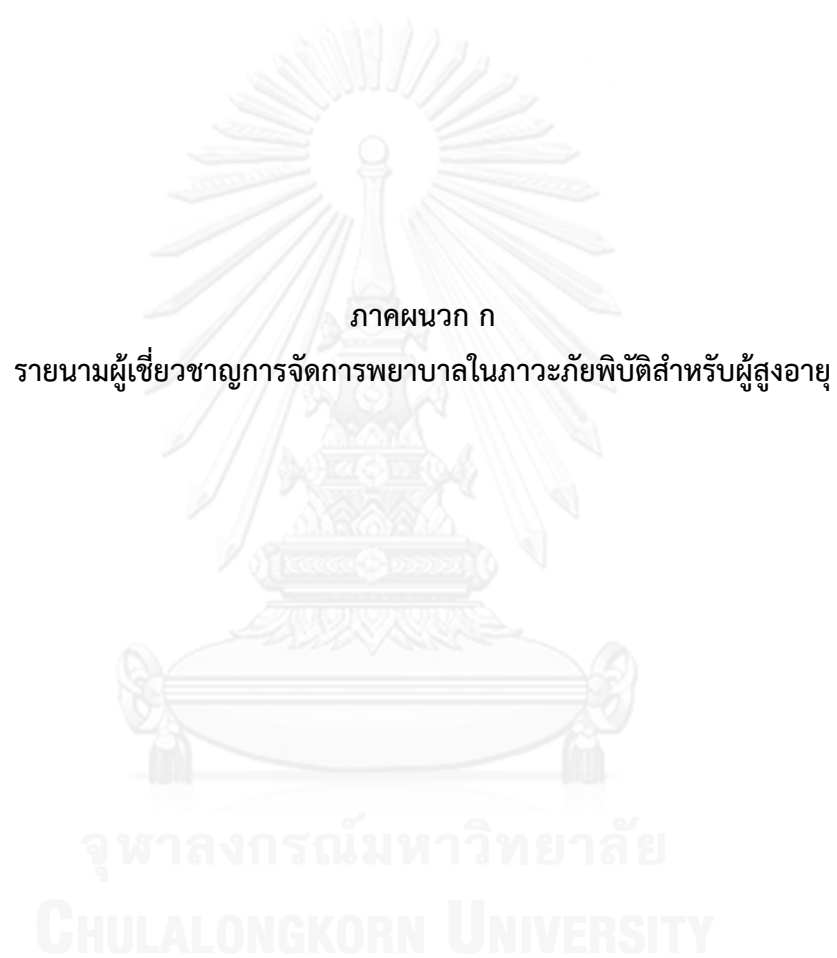
- US Centers for Disease Control. 1999. Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. Atlanta: CDC. [Online]. Available from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>[2012, November 12]
- U.S. department of Homeland security, FEMA, & American Red Cross. 2004. Preparing for disaster for people with disabilities and other special needs[Online]. Available from: www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf2013, January 31]
- Veenema, T.G. 2007. Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. 2nd edition. New York: Springer Publishing.
- Veenema, T.G. 2009. Handbook for disaster nursing and emergency preparedness. 2nd edition. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Veenema, T.G. 2013. Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. 3rd edition. New York: Springer Publishing.
- Vest, J.R., & Valadez, A.M. 2006. Health conditions and risk factors of sheltered persons displaced by Hurricane Katrina. Prehospital and Disaster Medicine. 21(2): 55-58.
- Virtual University for Small States of the Commonwealth (VUSSC). 2008. Introduction to disaster management[Online]. Available from: http://www.col.org/SiteCollectionDocuments/Disaster_Management_version_1.0.pdf[2012, November 21]
- Walter, J. 2002. World disasters report 2002: focus on reducing risk. Bloomfield: Kumarian press. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: IFRC.
- Wells, J. 2005. Protecting and assisting older people in emergencies. Humanitarian practice network. London: Overseas development institute.
- WHO/EHA. 2002. Disasters & emergencies definitions: Training package[Online]. Available from: <http://www.who.int/disasters/repo/7656.pdf>[2012, November 29]
- Wilber, S.T., et al. 2006. Geriatric Emergency Medicine and the 2006 Institute of Medicine Reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. Health System. Academic Emergency Med. 13(12): 1345-1351.
- Wilken, C.S., Bobroff, L.B., & Minton, E. 2011. Disaster planning tips for older adults [Online]. Available from: <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/FY/FY62000.pdf>[2013, February 6]
- Wilken, C.S., & Gillen, M. 2005. Preparing for a disaster: strategies for older adults [Online]. Available from: <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/fy/fy75000.pdf>[2013, February 6]

- World Health Organization. 2000. What is disaster? definition and meaning[Online]. Available from: <http://www.businessdictionary.com/definition/disaster.html> [2012, November 12]
- World Health Organization. 2002. Report of the World Health Organization Active ageing : A policy framework[Online]. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/tam.5.1.1.37> [2012, November 12]
- World Health Organization. 2010. Disaster and Mass casualty incident. Paper presented at Disaster and mass casualty management course, 2010, Oct 18-22. World Health Organization, Faculty of Medicine Chulalongkorn University & The Thai Red Cross Society.
- Yeoh, G. 2012. Lessons learned: The 2011 disasters in Tohoku, Japan[Online]. Available from: www.give2asia.org [2013, January 30]



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 4 คน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้
 - 1.1 น.ส.กาญจณี โอภาสทิพากร
 - 1.2 ดร.ราศรี ลีชะกุล
 - 1.3 นางคันธารัตน์ สุนทรประทุม
 - 1.4 น.ส.กมลมาศ ไสสะอาด
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 คน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้
 - 2.1 น.ส.สุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น
 - 2.2 นางจันท์จุฑา รอดพาล
 - 2.3 น.ส.อรวรรณ ฤทธิอินทรางกูร
 - 2.4 น.ส.อุบล ยี่เฮ็ง
 - 2.5 น.ส.ลาวัลย์ สมบูรณ์กิตติกร
3. อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้
 - 3.1 รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
 - 3.2 ผศ.วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว
 - 3.3 ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
 - 3.4 ดร.ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท
4. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้
 - 4.1 รศ.นพ.รัฐพลี ภาคอรธร
 - 4.2 นพ.พสุรเชษฐ์ สมร
 - 4.3 นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา
 - 4.4 พ.อ.นพ.คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ
5. ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 3 คน ดังมีรายนามดังต่อไปนี้
 - 5.1 นายสุดเขต ใหญ่สูงเนิน
 - 5.2 นางสุกัญญา ตะเคียนทอง
 - 5.3 นางจินตนา ชูประสิทธิ์

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 4 คน

1. น.ส.กาญจณี โอภาสทิพากร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 2 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประสบการณ์การทำงาน - หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ผู้ตรวจการหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- กรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ
- เสวนา “บทบาทพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงวิกฤตโลกร้อน”
ประชุมวิชาการ เรื่อง “วิกฤตโลกร้อนกับภาวะสุขภาพ
บทบาทพยาบาล ปัจจุบัน อนาคต”
- บรรยาย “การบริหารจัดการโรงพยาบาลในพื้นที่เสี่ยงภัย:
ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่” การประชุม
วิชาการพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2553 เรื่อง “บทบาท
พยาบาลต่อการเตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน: การบริหาร
จัดการอย่างมืออาชีพ”
- เป็นผู้มอบนโยบายและสั่งการทางการแพทย์ในเหตุการณ์
ความไม่สงบทางการเมือง พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2556 และ
เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่กรุงเทพและจังหวัดข้างเคียง พ.ศ.
2554
- มอบนโยบายให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รอบ
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม ทั้งด้านการ
ดูแลสุขภาพ อาหาร น้ำดื่ม และจัดให้มีที่พักอาศัยชั่วคราว
สำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ
- ผลงานเด่น - ศิษย์เก่าดีเด่น ด้านการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย

2. ดร.ราศรี สีนะกุล

ตำแหน่งปัจจุบัน

- รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 16 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย
วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล
- พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ 8 วช. ด้านการพยาบาล
อายุรกรรม) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ 9 วช.) และ
รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ประธานผู้แทนสภาพพยาบาล จังหวัดนครสวรรค์
- อาจารย์สอนเสริม มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และวิทยาลัย
พยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- กรรมการสงเคราะห์เด็กและเยาวชนสำหรับสถานพินิจเด็กและ
คุ้มครองเด็ก จังหวัดนครสวรรค์ กระทรวงยุติธรรม
- ประธาน/ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญา
โทและปริญญาเอก ของมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และมหาวิทยาลัยมหิดล
- มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดนโยบายการจัดการพยาบาล
ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในชุมชนต่างๆและ
ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในเหตุการณ์
มหาอุทกภัย น้ำท่วมใหญ่จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2554
รวมทั้งเป็นผู้ประสานความช่วยเหลือด้านทรัพยากรบุคลากร
พยาบาลและของใช้ในโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และระดับภาค
- บรรยาย เรื่อง “ประสบการณ์การบริหารคุณภาพบริการ
สาธารณสุขในภาวะวิกฤติจากอุทกภัย” งานประชุมวิชาการ
เรื่อง “การจัดการคุณภาพบริการพยาบาล”
- ถอดบทเรียน : ประสบการณ์การให้การดูแลและช่วยเหลือผู้
ประสบอุทกภัย โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2555:
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เรื่อง
“พยาบาลกับการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์วิกฤตอุทกภัย”

- ผลงานเด่น
- พยาบาลดีเด่น ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2533
 - ศิษย์เก่าดีเด่น วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548
 - วุฒิบัตรนักบริหารดีเด่น โรงพยาบาลภาครัฐ
ประเภทรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สมาคมนักบริหาร
โรงพยาบาลประเทศไทย พ.ศ. 2550

3. นางคันธารัตน์ สุนทรประทุม

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (หัวหน้าพยาบาล)
โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 12 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- ครุศาสตรบัณฑิต
- พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น)
- รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการภาครัฐและเอกชน) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลระดับปฏิบัติ และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก งานห้องคลอด
งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีเทพ อำเภอ
เสาไห้ จังหวัดสระบุรี พ.ศ. 2526-2536
- หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ
๘๐ พรรษา พ.ศ. 2536-2540
- หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ
๘๐ พรรษา พ.ศ. 2540-2541
- หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐
พรรษา พ.ศ. 2541-ปัจจุบัน
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
ฝ่ายการพยาบาล พ.ศ. 2550-ปัจจุบัน
- เป็นผู้กำหนดนโยบายและวางแผนร่วมกับทีมแพทย์และ
พยาบาล ในการออกเยี่ยม ตรวจและติดตามผู้สูงอายุที่ประสบ
ภัยพิบัติที่ยังคงอยู่ในพื้นที่ ทั้งที่ออกจากพื้นที่ไม่ได้และปฏิเสธ
การออกจากพื้นที่น้ำท่วม ในเขตอำเภอเสาไห้ เพื่อให้ได้รับการ
บริการพยาบาลและได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
- เป็นหัวหน้าทีมผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
ในเชิงรุก ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเสาไห้
- เป็นผู้มอบนโยบายโดยให้ผู้ร่วมงานระดับปฏิบัติการมีส่วนร่วมใน

การกำหนดทรัพยากรบุคคล พยาบาล อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเสาให้ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดและประสานงานด้านของใช้ ยา เวชภัณฑ์ และของบริจาคต่างๆ

ผลงานเด่น

- พยาบาลดีเด่น จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ. 2549
- พยาบาลดีเด่นด้านการบริหารการพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลชุมชน เขต 1 และพยาบาลปฏิบัติงานนาน ของมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (จุมพล) จุฬารุช พ.ศ. 2549
- พยาบาลจิตอาสา ได้รับคัดเลือกศึกษาดูงานจิตอาสา มูลนิธิพุทธฉือจี้ ที่ประเทศไต้หวัน พ.ศ. 2554

4. น.ส.กมลมาศ ไสสะอาด

ตำแหน่งปัจจุบัน

- หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 3 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ ในปัจจุบัน)
- การจัดการภาครัฐและเอกชนมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลประจำการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2529-2548
- หัวหน้าห้องสังเกตอาการ ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2548-2554
- หัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ.2551- ปัจจุบัน
- หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2553 - ปัจจุบัน
- ร่วมจัดทำยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ ในที่มการพัฒนาระบบข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานของกรมการแพทย์กับโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อการส่งต่อผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน
- วิทยากรบรรยาย “รักษาทันทีที่มีจริงหรือ” การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 11: “เรื่องเด่น-ประเด็นร้อน ในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน: Hot Issues in Emergency Medicine”
- เข้าร่วมให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากพายุ Hurricane Katrina in USA 2005
- ร่วมอภิปราย “ประสบการณ์ยิ่งใหญ่กับภัยพิบัติผู้ชน” โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2554 “การจัดการ... สถานการณ์ฉุกเฉิน: มิติใหม่ บริการสุขภาพ ชุมชน”

ผลงานเด่น

- รางวัลชมเชยจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กรณีช่วยเหลือโรงพยาบาลราชบุรี เหตุการณ์ก๊อตสอาร์มี ยึดโรงพยาบาลราชบุรี พ.ศ. 2542
- รางวัลชมเชยในงานประชุมวิชาการครั้งที่ 5 KURE INTERNATIONAL MEDICAL FORUM 2012 เรื่อง EMERGENCY PREPAREDNESS AND DISASTER PLANNING RESOURCES OF FLOOD CRISIS IN THAILAND 2011

ผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 5 คน

1. น.ส.สุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 15 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ พ.ศ. 2541

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2552

- วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลวิชาชีพตึกศัลยกรรมหญิง พ.ศ. 2541-2545

- พยาบาลวิชาชีพตึกอายุรกรรมชาย พ.ศ. 2546-2552

- พยาบาลวิชาชีพตึกศัลยกรรมกระดูก พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน

- ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เหตุการณ์ภัยพิบัติมหาอุทกภัย พ.ศ.2554 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผลงานเด่น

- ผลงานวิจัยร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่องวิกฤตมหาอุทกภัยกับผู้สูงอายุ: บทเรียนที่ต้องหาทางออก พ.ศ.2554 เหตุการณ์น้ำท่วมจังหวัดอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียง

2. นางจันท์จุฑา รอดพาล

ตำแหน่งปัจจุบัน

- หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 5 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2532

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ.2549

- วุฒิบัตรความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551

- ประสบการณ์การทำงาน
- พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
 - พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2
 - หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2
 - **ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เหตุการณ์ภัยพิบัติ มหาอุทกภัยพ.ศ.2554 ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**

- ผลงานเด่น
- งานวิจัยเรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” พ.ศ. 2553
 - พยาบาลดีเด่น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. 2554
 - งานวิจัยเรื่อง “ความสุขในการทำงาน: มุมมองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา” พ.ศ. 2555
 - งานวิจัยเรื่อง “การตายดี มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ”

3. น.ส.อรรวรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 4 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2522 (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ในปัจจุบัน)
- ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง (การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2552
- ประกาศนียบัตรครุคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พ.ศ. 2535

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2522-2535
- รองหัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2536-2546
- ศึกษาคุณจาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วย SAMU ประเทศฝรั่งเศส พ.ศ. 2543
- รักษาการหัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2546-2552
- หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2552
- เป็นผู้กำหนดและมีส่วนร่วมในการจัดเตรียมการพยาบาล สำหรับผู้ประสบภัยพิบัติเหตุการณ์มหาอุทกภัย น้ำท่วมใหญ่

จังหวัดนครสวรรค์ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ และเป็นผู้สั่งเตรียมการและประสานงานติดตามให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเชิงรุก เหตุการณ์มหาอุทกภัยน้ำท่วมใหญ่ จังหวัดนครสวรรค์ รวมถึงวางแผนการและสำรองทรัพยากรบุคคล ของใช้ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติมหาอุทกภัย จังหวัดนครสวรรค์ ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พ.ศ. 2554

- เป็นผู้ให้คำปรึกษา ศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- พยาบาลดีเด่น ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555

ผลงานเด่น

4. น.ส.อุบล ยี่เฮ็ง

ตำแหน่งปัจจุบัน

- หัวหน้าพยาบาลศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 16 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ ในปัจจุบัน)

ประสบการณ์การทำงาน

- เลขานุการและอุปนายกสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย Certificate “ Basic Disaster Life Support” American Medical Association”
- เขียนหนังสือประกอบการประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉินเรื่อง “บทบาทพยาบาลฉุกเฉินปัจจุบันและอนาคต: บทบาทพยาบาลไทยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย”
- วิทยากรบรรยาย “Interesting Course For Emergency Nurse” การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 11: “เรื่องเด่น-ประเด็นร้อน ในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน: Hot Issues in Emergency Medicine”
- วิทยากรบรรยาย “กรณีซานติกาฬบ” การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 11: “เรื่องเด่น-ประเด็นร้อน ในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน: Hot Issues in Emergency Medicine”
- วิทยากรบรรยายเรื่อง ”การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ : สิ่งที่ต้องรู้คู่ชุมชน” โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2554 “การจัดการ....สถานการณ์ฉุกเฉิน: มิติใหม่ บริการสุขภาพ ชุมชน”
- ร่วมอภิปราย “ประสบการณ์ยิ่งใหญ่กับภัยพิบัติชุมชน” โครงการประชุมวิชาการประจำปี 2554 “การจัดการ...สถานการณ์ฉุกเฉิน: มิติใหม่ บริการสุขภาพ ชุมชน”

- ผลงานเด่น
- วิทยากรบรรยายเรื่อง "การบริหารจัดการหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน: สิ่งที่ต้องเติมเต็มสำหรับพยาบาล"
 - วิทยากรบรรยายเรื่อง "การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อ บริหาร จัดการหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน"
 - วิทยากรบรรยายในหัวข้อ "การเผชิญภัยพิบัติ ถอดบทเรียน: กรณี ความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร"
 - บรรยายเรื่อง "การบริหารจัดการทางคลินิกเพื่อการพร้อมรับ ผู้ป่วยฉุกเฉิน" การประชุมวิชาการ เรื่อง "พยาบาลกับทีม สุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน"
 - เสวนา "สมรรถนะพยาบาลกับการจัดการพิบัติภัย" การประชุม วิชาการและมหกรรมคุณภาพโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2555 "บูรณาการ...สร้างสุขภาวะ"
 - อาจารย์พิเศษด้านการพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สถาบันการศึกษาต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน
 - ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ งานวิจัย และงานวิชาการต่างๆ
 - กรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ
 - รางวัลผลงานวิจัยชนะเลิศ จากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2551
 - รางวัลผลงานวิจัยดีเด่น นักวิจัยรุ่นใหม่ จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2552
 - งานวิจัย "ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยชีวิตขั้นสูงของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ.จุดเกิดเหตุ" ของศูนย์กู้ชีพบนเรือ โรงพยาบาลราชวิถี
 - รางวัลชมเชยงานวิจัย "ทัศนคติ ความต้องการ และปัญหา อุปสรรคในการทำวิจัยของพยาบาลฉุกเฉิน" ในงานประกวด ผลงานวิจัย ประชุมวิชาการประจำปี 2554 โรงพยาบาลราชวิถี
 - ศิษย์เก่าผู้เผยแพร่ชื่อเสียงเกียรติคุณสถาบันดีเด่น ประจำปี 2556 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี

5. น.ส.ลาวัลย์ สมบูรณ์กิตติกร

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลรวมแพทย์ จังหวัดนครสวรรค์

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 2 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

- ประสบการณ์การทำงาน
- พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองบัว อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2535-2541
 - หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัตนเวช จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2541-2544
 - หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรัตนเวช จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2544-2546
 - หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลรวมแพทย์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2546-2551
 - พยาบาลไตเทียม และหัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง-ซักฟอก โรงพยาบาลรวมแพทย์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2551-2555
 - พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และหัวหน้างานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลรวมแพทย์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน
 - ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่มีภาวะไตวาย เหตุการณ์ภัยพิบัติมหาอุทกภัย พ.ศ.2554 ในจังหวัดนครสวรรค์
- ผลงานเด่น
- มีส่วนร่วมในการจัดการวางแผน ดำเนินการเคลื่อนย้าย และจัดตั้งสถานที่ให้บริการ รวมทั้งประสานการให้บริการผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติที่ต้องล้างไต ในเขตจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดข้างเคียงในเขตภาคเหนือตอนล่างและภาคกลางตอนบน เหตุการณ์ภัยพิบัติ มหาอุทกภัย พ.ศ.2554 ในจังหวัดนครสวรรค์และจังหวัดใกล้เคียง

อาจารย์พยาบาล จำนวน 4 คน

1. รศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

- ตำแหน่งปัจจุบัน
- รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิการศึกษา
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
 - ครุศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - PH.D. (Gerontological Nursing) Oregon Health Sciences University, USA
- ผลงานเด่น
- วิทยานิพนธ์ดีเด่น (ระดับปริญญาเอก) จากสภาวิจัยแห่งชาติ Dorothy L. Johnson Awards จาก OHSU, USA 1999
 - Family Caregiving in Thai Culture 2543
 - ความผาสุกทางใจผู้สูงอายุไทย 2543-ปัจจุบัน
 - Aging in Thailand : 2001, Key issues and new

challenges 2002

- ผลงานการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุ และการทำวิจัยด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
- บทความวิชาการ การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน
- โครงการศึกษาวิจัย “ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน” ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- ผลงานการเขียนหนังสือ “คู่มือแนวทางในการจัดการ ปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ”
- อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ 2551
- ผลงานวิจัยร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่องวิกฤตมหาอุทกภัยกับผู้สูงอายุ: บทเรียนที่ต้องหาทางออก พ.ศ. 2554 เหตุการณ์น้ำท่วมจังหวัดอยุธยาและจังหวัดใกล้เคียง
- บทความ “บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อม และการบริหารจัดการกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบพิบัติ
- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพยาบาลสาธารณภัย การจัดระบบการช่วยเหลือการพยาบาล บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะภัยพิบัติ และลงเยี่ยมพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติรวมถึงบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติ ในเขตจังหวัดอิวากิ และจังหวัดฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติจากประเทศไทย ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติจากประเทศบังคลาเทศ และผู้เข้าร่วมโครงการความร่วมมือทางวิชาการจากประเทศไทย อินโดนีเซียและบังคลาเทศ

2. ผศ.วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 15 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- Certificate Disaster Management : Asia Disaster Preparedness Centre

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลหัวเฉียว พ.ศ. 2525-2529
- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2530 ถึงปัจจุบัน สอน
รายวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน เรื่องการพยาบาลอนามัย
ชุมชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ การพยาบาลสาธารณสุข/ การ
พยาบาลฉุกเฉินและสาธารณสุข

- กรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ
- เข้าร่วมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในชุมชน
พื้นที่เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร
- วิทยากรบรรยายเรื่อง การจัดการภัยพิบัติ
- อภิปราย “วิกฤตโลกร้อน...พยาบาลต่อการรับมือภัยพิบัติ”
ประชุมวิชาการ เรื่อง “วิกฤตโลกร้อนกับภาวะสุขภาพ
บทบาทพยาบาล ปัจจุบัน อนาคต”
- วิทยากรบรรยายเรื่อง “บทเรียนจากภัยพิบัติ : ทิศทางการ
พัฒนาสู่การจัดการภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ” ในการ
ประชุมวิชาการเรื่อง “บทเรียนเล่มใหญ่จากภัยพิบัติ : สู่การ
จัดการภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน”
- วิทยากรบรรยายเรื่อง สภากาชาดไทยกับงานสาธารณสุข และ
เรื่องประสบการณ์การจัดการด้านภัยพิบัติของสภากาชาดไทย
ให้กับคณะนักศึกษาพยาบาลจาก University of
Technology Sydney, Australia
- เขียนหนังสือตำราทางการพยาบาล เรื่องการพยาบาลสาธารณสุข
- โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการศึกษารายวิชา "การพยาบาล
สาธารณสุข (Disaster nursing) โดยใช้กรอบสมรรถนะด้าน
การพยาบาลสาธารณสุขของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ
(ICN Competencies of Disaster Nursing) เป็นแนวทาง
ในการพัฒนาตำราการพยาบาลสาธารณสุข ร่วมกับการจัดทำ
สื่อการเรียนการสอนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทุน
Research Fellowship จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดญี่ปุ่น
- บุคลากรดีเด่น ประเภทอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- ศิษย์เก่าดีเด่น สาขาการศึกษาพยาบาล ประเภทอาจารย์พยาบาล
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทย

ผลงานเด่น

3. ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์

ตำแหน่งปัจจุบัน

- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 4 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์การทำงาน

- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- การบริหารงานบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล (Mini MBA in Health) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล
- พยาบาลประจำสถานีกาชาดที่ 10 หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
- พยาบาลประจำสถานีกาชาดที่ 6 อรัญประเทศ จังหวัดปราจีนบุรี (ปัจจุบันคือ จังหวัดสระแก้ว)
- พยาบาลประจำฝ่ายบรรเทาทุกข์ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตรวจรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยผู้ด้อยโอกาสในถิ่นทุรกันดาร และปฏิบัติงานหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)
- ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายสถานีกาชาด (วิชาการ) ฝ่ายสถานีกาชาด สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์
- ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ งานวิจัย และงานวิชาการต่างๆ
- ปฏิบัติงานช่วยเหลือปฐมพยาบาลและบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยต่างๆ เช่น อุทกภัย อัคคีภัย ภัยพิบัติ เป็นต้น
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตรวจรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยแก่ผู้อพยพชาวกัมพูชาและเวียดนาม ณ ศูนย์อพยพเขาอีต้งและไซท์ 2 และราษฎรไทย ตามชายแดนไทย-กัมพูชา จังหวัดสระแก้ว และร่วมกับคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศในการเผยแพร่กฎหมายมนุษยธรรมและความรู้เรื่องสุขภาพ ให้กับหน่วยทหารและประชาชนที่อยู่ตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา
- ปฏิบัติงานให้การรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพอนามัยแก่ชาวกัมพูชา ภายใต้โครงการให้ความช่วยเหลือด้านการแพทย์และสาธารณสุข ณ.จังหวัดเกาะกง ราชอาณาจักรกัมพูชา
- ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์ ให้บริการรักษาพยาบาลเหตุการณ์ความขัดแย้งทางการเมือง: พฤษภาทมิฬ
- หัวหน้าทีมปฏิบัติงานโครงการชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติสภากาชาดไทย ที่จังหวัดพังงา ตามโครงการเตรียมพร้อมด้านภัยพิบัติสำหรับประเทศไทย (โครงการร่วมระหว่างสภากาชาดไทย

และสหประชาชาติอเมริกา)

- การบริหารจัดการการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องด้านภัยพิบัติ เช่น การจัดการด้านภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติระดับชุมชน การประเมินความเสียหายและความต้องการเมื่อเกิดภัยพิบัติ การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน
- วิทยากรบรรยายเรื่อง “พยาบาลกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ” งานประชุมวิชาการเรื่อง “บทเรียนเล่มใหญ่จากภัยพิบัติ : สู่อการจัดการภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน”
- เสวนา “การบูรณาการ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศมาสู่ชุมชนรับภัยพิบัติ”
- วิทยากรบรรยายเรื่อง การจัดการภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติระดับชุมชน การมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่าย การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฝึกอบรมปฐมพยาบาล การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน การเตรียมชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติ บทบาทพยาบาลกับการจัดการสาธารณภัย บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลสาธารณภัย ให้กับวิทยาลัยป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย) สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และหน่วยงานต่างๆ
- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย สอนรายวิชา การพยาบาลฉุกเฉินและสาธารณภัย การพยาบาลอนามัยชุมชน การพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาโรคเบื้องต้น การวิจัยทางการพยาบาล ประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาล และ วิทยาการระบาด
- กรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณภัยแห่งชาติ
- ศิษย์เก่าดีเด่น สาขาการบริการพยาบาล ประเภทผู้บริหารการพยาบาล จากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทย
- รางวัลเหรียญพลอเรนซ์ ไนติงเกิล ครั้งที่ 43 พ.ศ. 2554 จากคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (International Committee of the Red Cross: ICRC)

ผลงานเด่น

4. ดร.ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท

ตำแหน่งปัจจุบัน

- หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 4 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เวชศาสตร์ชุมชน) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์การทำงาน

- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล
- หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2530- 2548
- อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- เข้าร่วมการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในชุมชนพื้นที่เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร
- วิทยากรบรรยายเรื่อง การจัดการภัยพิบัติ
- เสวนา “การเสวนา นวัตกรรมรับมือวิกฤตโลกร้อน” ประชุมวิชาการ เรื่อง “วิกฤตโลกร้อนกับภาวะสุขภาพ บทบาทพยาบาล ปัจจุบัน อนาคต”
- บรรยายเรื่อง “การจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการรับมือภัยพิบัติ” ในงานประชุมวิชาการเรื่อง “บทเรียนเล่มใหญ่ จากภัยพิบัติ : สู่การจัดการภาวะสุขภาพที่ยั่งยืน”
- วิทยากรบรรยายเรื่อง สภากาชาดไทยกับงานสาธารณสุขภัย และเรื่องประสบการณ์การจัดการด้านภัยพิบัติของ สภากาชาดไทย ให้กับคณบดีนักศึกษาพยาบาลจาก University of Technology Sydney, Australia
- โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการจัดการศึกษารายวิชา "การพยาบาลสาธารณสุข (Disaster nursing) โดยใช้กรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN Competencies of Disaster Nursing) เป็นแนวทางในการพัฒนาตำราการพยาบาลสาธารณสุข ร่วมกับการจัดทำสื่อการเรียนการสอนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทุน Research Fellowship จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดญี่ปุ่น

ผลงานเด่น

- บุคลากรดีเด่น ประเภทอาจารย์ พ.ศ. 2553
- ศิษย์เก่าดีเด่น สาขาการศึกษาพยาบาล ประเภทอาจารย์พยาบาล สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2556

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน

1. รศ.นพ.รัฐพลี ภาคอรรถ

ตำแหน่งปัจจุบัน - รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 2 ปี

วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
 - อนุมัติผู้เชี่ยวชาญด้านเวชบำบัดวิกฤติ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ประสบการณ์การทำงาน - นายแพทย์ สังกัดโรงพยาบาลพิจิตร กระทรวงสาธารณสุข
 - อาจารย์แพทย์ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ด้านผู้ป่วยวิกฤติ
 - วิทยากรบรรยาย Mass casualties-medical management ในการประชุมวิชาการ “การเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉิน: Emergency preparedness”
 - ทีมแพทย์ผู้รักษาดูแลผู้บาดเจ็บหมู่จากเหตุการณ์ไฟไหม้ซานติก้าผับ
 - บรรยาย “Mass Casualty Events: Chula experience” การประชุมวิชาการพยาบาล ประจำปีพ.ศ. 2553 เรื่อง “บทบาทพยาบาลต่อการเตรียมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน: การบริหารจัดการอย่างมืออาชีพ”
 - ทีมแพทย์พระราชทาน สมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ฯ สยามมกุฎราชกุมาร ปฏิบัติหน้าที่รักษาคนพม่าที่ประสบภัยพิบัติพายุไซโคลนนาร์กีส ประเทศพม่า พ.ศ. 2551
 - ทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง พ.ศ. 2553 และเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ พ.ศ. 2554
 - ออกหน่วยช่วยเหลือผู้สูงอายุผู้ประสบภัยน้ำท่วมที่มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย อำเภอวังน้อย จังหวัดอยุธยา พ.ศ. 2554
 - วิทยากรบรรยายในหัวเรื่อง “รู้ทันภัยพิบัติ: รับมือให้ได้ ก่อนจะสายเกินไป” งานจุฬาวิชาการ พ.ศ. 2555
 - ตำรา บทความทบทวนวิชาการ ด้านศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ พ.ศ. 2556
 - วางนโยบายการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ภัยพิบัติ

- เป็นผู้ประสานการจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร รวมถึงประสานขอความช่วยเหลือจากตำรวจ ทหาร หน่วยบริจาคโลหิต และศูนย์เอราวัณ กรณีจำเป็นต้องส่งต่อผู้บาดเจ็บทันที
- ผลงานเด่น
- บุคลากรดีเด่น ประเภทที่ 1 (แพทย์) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2550
 - เป็นผู้วางแผนการบริหารจัดการเพื่อผู้ประสบภัยพิบัติจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
 - ข้าราชการพลเรือนดีเด่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2556
2. นพ.พสุรเชษฐ์ สมร
- ตำแหน่งปัจจุบัน - อาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 3 ปี
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประสบการณ์การทำงาน - นายแพทย์ ฝ่ายศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พ.ศ. 2546-2549
- แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2549-2553
- ศัลยแพทย์ หน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ฝ่ายศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน
- ทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง พ.ศ.2553 และเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่พ.ศ. 2554
- บรรณาธิการและร่วมแต่งตำรา บทความทบทวนวิชาการ ด้านศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ พ.ศ. 2556
3. นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา
- ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 4 ปี
- วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ประสบการณ์การทำงาน - นายแพทย์ ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

- ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนาแห้ว จังหวัดเลย
 - หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลศรีสังวาล
จังหวัดแม่ฮ่องสอน
 - นายแพทย์สาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี
 - นายแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
 - ผลงานการสอนความรู้ฉุกเฉินพื้นฐานสำหรับประชาชน
 - วิทยากรบรรยาย “รักษาทันที่มีจริงหรือ” การประชุมวิชาการเวชศาสตร์
ฉุกเฉิน ครั้งที่ 11: “เรื่องเด่น-ประเด็นร้อน ในเวชศาสตร์ฉุกเฉิน:
Hot Issues in Emergency Medicine”
 - โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โชน 8
 - บรรยายเรื่อง “Thai Medical Emergency System in
Normal”
วิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานและคลินิกสัมพันธ์ ให้แก่
แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ทุกสาขา
 - โครงการการเตรียมทีม Rajavithi Medical Emergency
Response Team สำหรับเหตุการณ์สาธารณภัยฉุกเฉินต่างๆ
เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมที่ผ่านมา
 - ร่วมอภิปราย “ประสบการณ์ยิ่งใหญ่กับภัยพิบัติผู้ชน”
โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2554 “การจัดการ...
สถานการณ์ฉุกเฉิน: มิติใหม่ บริการสุขภาพ ชุมชน”
 - ประสบการณ์รับมือภัยพิบัติฉุกเฉิน ที่ญี่ปุ่น
 - ประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติแผ่นดินไหวและสึนามิ
ณ.เมืองเซนได จังหวัดมียาจิ และจังหวัดฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น
 - เข้าร่วมอภิปราย “Emergency Preparedness” และเยี่ยม
ชม Rambam Health Care Campus และชมการสาธิต
การเตรียมพร้อมในกรณีฉุกเฉิน ณ. กรุงเทลอาวีฟ ประเทศ
อิสราเอล
- ผลงานเด่น
- ชำราชการดีเด่น พ.ศ. 2550
 - รางวัลชมเชยนวัตกรรมแห่งชาติ เพื่อกระดาศราชวิถี

4. พ.อ.นพ.คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้อำนวยการเฉพาะสาขา กรมแพทย์ทหารบก

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 3 ปี

วุฒิการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์การทำงาน

- นายแพทย์ หมวดเสนารักษ์ ร. 3 พัน 1
- แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
- ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- รองผู้อำนวยการ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- ผู้อำนวยการ กองศัลยกรรม โรงพยาบาลอานันทมหิดล
- ผู้อำนวยการ กองส่งเสริมสุขภาพและเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารบก
- การประชุมวิชาการพระมงกุฎเกล้าเรื่อง “การเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์น้ำท่วมโรงพยาบาล Review of International Standards”
- อภิปรายเรื่อง "การจัดการภัยพิบัติไฟใต้: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ” การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2555
- วิทยากรบรรยายเรื่อง "การประเมินความเสี่ยง(Risk Assessment) การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) และการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)" การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผน และระบบเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข
- วิทยากรบรรยายเรื่อง "การจัดทำแผนและเตรียมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข" การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผน และระบบเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข
- วิทยากรบรรยายเรื่อง " Public Health Emergency Response Guide" การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากร จัดทำแผน และระบบเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข

ผลงานเด่น

- รางวัลผู้สอนดีเด่น หลักสูตรการช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 3 คน

1. นางสุกัญญา ตะเคียนทอง

- ตำแหน่งปัจจุบัน - นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 15 ปี
- วุฒิการศึกษา - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
- ประสบการณ์การทำงาน - นักวิชาการสาธารณสุขประจำสถานีอนามัย
- นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางบัวทอง
- นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลบางบัวทอง
- ผลงานเด่น - ดำเนินการจัดเตรียมทรัพยากรและเป็นผู้ประสานงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติร่วมกับชมรมผู้สูงอายุและชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

2. นายสุดเขต ใหญ่สูงเนิน

- ตำแหน่งปัจจุบัน - สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเชียงรากใหญ่
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 4 ปี
- วุฒิการศึกษา - มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ประสบการณ์การทำงาน - ประธาน อสม.ตำบลเชียงรากใหญ่
- วัฒนธรรมจังหวัดปทุมธานี
- ผลงานเด่น - ผู้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในเขตพื้นที่ตำบลเชียงรากใหญ่ จังหวัดปทุมธานี และเป็นผู้ประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานสาธารณสุขในภาครัฐ ในเขตพื้นที่ตำบลเชียงรากใหญ่ จังหวัดปทุมธานี

3. นางจินตนา ชูประสิทธิ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง
- ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน 5 ปี
- วุฒิการศึกษา - ครุศาสตรบัณฑิต
- ประสบการณ์การทำงาน - ครู
- จิตอาสา สโมสรไลอ้อน
- ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางบัวทอง
- เลขาธิการศูนย์ประสานงาน อำเภอบางบัวทอง
- คณะกรรมการ สาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และคลัง ปัญญาประจำจังหวัดนนทบุรี
- ผลงานเด่น - ครูดีเด่นของคุรุสภา
- ประธานชมรมผู้สูงอายุดีเด่น ระดับจังหวัด พ.ศ. 2553

- รางวัลชมรมผู้สูงอายุดีเด่นขนาดใหญ่ชนะเลิศ 3 ปีซ้อน ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2555
- อาสาสมัครดีเด่น “ต้นแบบคนดีศรีแผ่นดิน” นนทบุรี พ.ศ. 2553
- ผู้ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ในเขตพื้นที่ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี และเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลบางบัวทองกับชุมชน ในเขตพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1

เรื่อง การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

คำชี้แจง กรุณากรอรายละเอียดในช่องว่าง เพื่อเป็นการอ้างอิงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

วันเดือนปีที่ให้ข้อมูล.....เลขที่ผู้ให้ข้อมูล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

1. วุฒิการศึกษาตั้งแต่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่สำเร็จการศึกษาจนถึงปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ประวัติการได้รับรางวัลที่สำคัญ หรือผลงานเด่นที่ได้รับรางวัล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 :

มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในภาวะ ภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยการตอบแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างชนิดปลายเปิด ให้ผู้เชี่ยวชาญ แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยคำถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามในรอบนี้ มีจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1. ท่านคิดว่า การจัดการของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ควรหมายถึงอะไร และพยาบาลควรมีบทบาทการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่า พยาบาลควรมีการจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติในเรื่องใดบ้าง โปรดระบุ พร้อมอธิบายรายละเอียด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าบทบาทของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติระยะใดมีความสำคัญที่สุด เพราะเหตุใด และท่านต้องการให้พยาบาลมีการจัดการพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบ ภัยพิบัติในเรื่องใดเพิ่มเติม (โปรดอธิบายรายละเอียด)

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ.....

.....

.....

.....

.....

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

เรื่อง การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

แบบสอบถามการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ จำนวน
ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 52 ข้อรายการ โดยแบ่งเป็น

1. ระยะป้องกันและบรรเทาผลกระทบของภัยพิบัติ จำนวนรวม 14 ข้อรายการ ประกอบด้วย
 - 1.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 1.2 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 1.3 การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ จำนวนรวม 13 ข้อรายการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 2.2 การเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 2.3 การเตรียมความพร้อมในชุมชนในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ จำนวนรวม 16 ข้อรายการ ประกอบด้วย
 - 3.1 การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ จำนวน 2 ข้อรายการ
 - 3.2 การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
 - 3.3 การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
 - 3.4 การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้น จำนวน 4 ข้อรายการ
 - 3.5 การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ จำนวนรวม 9 ข้อรายการ ประกอบด้วย
 - 4.1 การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 4.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ประกอบการทำวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ และสร้างเป็นข้อคำถาม

เมื่อได้พิจารณาแต่ละข้อความแล้ว ขอความกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**มากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**มาก**

3 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**ปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**น้อย**

1 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**น้อยที่สุด**

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อความ ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดในช่อง “ข้อเสนอแนะ”

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่ 2 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

1. ระยะป้องกันและบรรเทาผลกระทบของภัยพิบัติ

ข้อ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1.1	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ						
1	วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ได้						
2	ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ ที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ต่อผู้สูงอายุ						
1.2	การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ						
1	ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ประสบภัยพิบัติ						
3	ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติในการเตรียมการเมื่อประสบภัยพิบัติ ได้แก่ สถานที่พักพิง บุคคลที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่						

4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ข้อ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
4.1	การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ						
1	ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ						

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3
เรื่อง การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ผู้ให้ข้อมูล.....

ดิฉัน นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณอย่างสูงในความอนุเคราะห์ ให้ข้อมูลของท่านในรอบที่ผ่านมา ทำให้สามารถสังเคราะห์เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 3 จำนวนรวม 47 ข้อรายการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ท่านยืนยันความคิดเห็นตามคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความอนุเคราะห์ของท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง
นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามการศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุรอบที่ 3 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ จำนวนข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 47 ข้อรายการ โดยแบ่งเป็น

- 1. ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ จำนวนรวม 13 ข้อรายการ ประกอบด้วย**
 - 1.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 1.2 การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
 - 1.3 การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
- 2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ จำนวนรวม 11 ข้อรายการ ประกอบด้วย**
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 5 ข้อรายการ
 - 2.2 การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
 - 2.3 การเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
- 3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ จำนวนรวม 15 ข้อรายการ ประกอบด้วย**
 - 3.1 การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อรายการ
 - 3.2 การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 3 ข้อรายการ
 - 3.3 การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 2 ข้อรายการ
 - 3.4 การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติเบื้องต้น จำนวน 4 ข้อรายการ
 - 3.5 การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
- 4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ จำนวนรวม 8 ข้อรายการ ประกอบด้วย**
 - 4.1 การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ
 - 4.2 การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ จำนวน 4 ข้อรายการ

คำชี้แจงเพื่อการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ประกอบการทำวิจัยของนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ข้อ คือ ข้อ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในแต่ละด้านเพิ่มจากแบบสอบถามในรอบที่ 2 ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ข้อ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำคำตอบที่ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในแบบสอบถามรอบที่ 2 มาพิจารณาอีกครั้งว่าจะยังคงยืนยันความคิดเห็นตามคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นใหม่

2. เมื่อได้พิจารณาแต่ละข้อความแล้ว ขอความกรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**มากที่สุด**

4 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**มาก**

3 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**ปานกลาง**

2 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**น้อย**

1 หมายถึง เห็นว่าข้อความดังกล่าว**เหมาะสม** กับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในด้านนั้นๆจำเป็นต้องมี**น้อยที่สุด**

3. เพื่อความสมบูรณ์ของผลการวิจัย ผู้วิจัยขอความกรุณาโปรดตอบคำถามให้**ครบทุกข้อ** และหากกรณีที่มีความคิดเห็นของท่านในรอบนี้ อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ซึ่งหมายความว่าความคิดเห็นที่ท่านตอบไว้ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีจำนวน 20 คน ผู้วิจัยใคร่ขอทราบเหตุผลของท่านด้วย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานวิจัยต่อไป

คำชี้แจงค่าที่นำเสนอในแบบสอบถามรอบที่ 3

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ Δ
2. ค่ามัธยฐาน (Md) เป็นค่ากลางของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ใช้สัญลักษณ์ \star
 ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสม
 จำเป็นในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายการอยู่ในระดับใด โดยใช้
 เกณฑ์ ดังนี้
 - ค่ามัธยฐาน 4.50 - 5.00 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสม
 จำเป็นต้องมีมากที่สุดในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - ค่ามัธยฐาน 3.50 - 4.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสม
 จำเป็นต้องมีมากในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - ค่ามัธยฐาน 2.50 - 3.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสม
 จำเป็นต้องมีปานกลางในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - ค่ามัธยฐาน 1.50 - 2.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสม
 จำเป็นต้องมีน้อยในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 - ค่ามัธยฐานน้อยกว่า 1.50 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่าข้อความนั้นเหมาะสม
 จำเป็นต้องมีน้อยที่สุดในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range; IR; Q3- Q1) เป็นความคิดเห็นของกลุ่ม
 ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow
 - 3.1 การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
 - น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการ
 พยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นสอดคล้องกัน
 - มากกว่า 1.50 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อการจัดการพยาบาลใน
 ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในข้อนั้นไม่สอดคล้องกัน
 - 3.2 การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
 - ในกรณีคำตอบของท่านอยู่ในขอบเขตค่า \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นที่ท่าน
 ตอบไว้มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน
 - ในกรณีคำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่า \longleftrightarrow หมายความว่า ความคิดเห็นที่
 ท่านตอบไว้ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน

ตัวอย่าง

ข้อ	การศึกษาการจัดการ พยาบาลในภาวะภัย พิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ		ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1	การประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดภัยพิบัติใน ผู้สูงอายุ								
1.1	วิเคราะห์โอกาสเกิดภัย พิบัติในพื้นที่ได้		△ ★ ↔ ✓				4.20	1.00	
1.2	ระบุผลกระทบของภัย พิบัติ ที่มีโอกาสเกิดใน พื้นที่ต่อผู้สูงอายุ	△ ✓	↔	★			3.20	1.30	

การแปลความหมายข้อ 1

1. ค่ามัธยฐาน (★) = 4.20 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ได้ เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องมีในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับมาก

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 4.50 - 3.50 = 1.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความ “วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ได้” นั้นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3. สัญลักษณ์ △ หมายถึง ระดับความคิดเห็นเดิมของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งได้ให้ความคิดเห็นไว้เท่ากับ 4

4. ภายหลังจากที่ได้ทบทวนแล้ว คำตอบในรอบที่ 3 ของท่านไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทำเครื่องหมาย ✓ อยู่ในช่องเดิม คือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เช่นนี้ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

การแปลความหมายข้อ 2

1. ค่ามัธยฐาน (★) = 3.20 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ ที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ต่อผู้สูงอายุ เป็นการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องมีในการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง

2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = $4.50 - 3.20 = 1.30$ หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความ “ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ ที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ต่อผู้สูงอายุ” นั้นมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3. สัญลักษณ์ Δ หมายถึง ระดับความคิดเห็นเดิมของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งได้ให้ความคิดเห็นไว้เท่ากับ 5

4. ภายหลังจากที่ได้ทบทวนแล้ว คำตอบในรอบที่ 3 ของท่านไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทำเครื่องหมาย ✓ อยู่ในช่องเดิม คือ 5 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เช่นนี้ **ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดระบุเหตุผลประกอบให้ด้วย** หากท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาอยู่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้
นางสาวนิตยา โชคทวีพานิชย์

ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่ 3 การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

1. ระยะป้องกันและบรรเทาผลกระทบของภัยพิบัติ

ข้อ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1.1	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ						
1	วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ได้						
2	ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ ที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ต่อผู้สูงอายุ						
1.2	การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ						
1	ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลถึงแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้						
3	ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมของใช้ที่จำเป็น ได้แก่ ยา ชื่อยาที่ใช้ประจำ บัตรประชาชน แวนตา เครื่องช่วยฟัง อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน สมุดสุขภาพ และของใช้ที่จำเป็นอื่นๆ						

4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ข้อ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
4.1	การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ						
1	ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติ						



ภาคผนวก ค
หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0960

วันที่ 5 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ โทร. 089-177-2423

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตยาสรางขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาล
อนามัยชุมชนและจิตเวช |
| 2. ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัย
ชุมชนและจิตเวช |
| 3. ดร. หม่อมหลวง สมจินดา ชมพูนุท | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
และจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว, ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ และ
ดร. หม่อมหลวง สมจินดา ชมพูนุท

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ โทร. 089-177-2423

ที่ ศร 0512.11/ 0960

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ ไพโรจน์ เครือกาญจนา | หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และหัวหน้าทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ศูนย์กู้ชีพเรนทร |
| 2. นางสาวกมลมาศ ไสสะอาด | หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน |
| 3. นางสาวอุบล ยี่เฮ็ง | หัวหน้าพยาบาลศูนย์กู้ชีพเรนทร |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวกมลมาศ ไสสะอาด, นส.อุบล ยี่เฮ็ง และนายแพทย์ ไพโรจน์ เครือกาญจนา
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ โทร. 089-177-2423

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๖๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

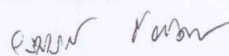
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา โชคทวีพณิชย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตยาสังเคราะห์ขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. ดร. ราตรี สีนะกุล | หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล |
| 2. นางสาวอรรรณ ฤทธิอินทรางกูร | หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. ราตรี สีนะกุล และนางสาวอรรรณ ฤทธิอินทรางกูร

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต นางสาวนิตยา โชคทวีพณิชย์ โทร. 089-177-2423

ที่ ศธ 0512.11/ 0960

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ กรกฎาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวนิตยา โชคทวีพานิชย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1. นางสาวจินต์จุฑา รอดพาล | หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย |
| 2. นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวจินต์จุฑา รอดพาล และนางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158
ชื่อนิสิต	นางสาวนิตยา โชคทวีพานิชย์ โทร. 089-177-2423



ภาคผนวก ง
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
ฝ่ายวิชาการ	
เลขที่หนังสือรับ	182
ว.ค.ป.	๑๕ ก.ค. ๕๖
เวลา	๑๐.๕๐ น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว 560/56

วันที่ 15 สิงหาคม 2556

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. หนังสือแสดงความยินยอม

ตามที่ นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 091.1/56 เรื่อง การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ (A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT FOR THE ELDERLY) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ รับรองวันที่ 8 สิงหาคม 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 140/2556

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 091.1/56 : การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนิตยา ไชคทวีพาณิชย์
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประดิษฐ์)

ลงนาม.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 8 สิงหาคม 2556

วันหมดอายุ : 7 สิงหาคม 2557

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 091.1/56

วันที่รับรอง - 8 ส.ค. 2556

วันหมดอายุ - 7 ส.ค. 2557

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



เลขที่โครงการวิจัย 091.1/56
วันที่รับรอง - 8 ส.ค. 2556
วันหมดอายุ - 7 ส.ค. 2557

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (ภาคในเวลาราชการ)

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ตึก มงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

(ที่บ้าน) หอกุลพิพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2564222 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-2564611 ต่อ 1101

โทรศัพท์มือถือ 089-1772423

E-mail : nittayanit1101@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม้ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการใช้เทคนิคเดลฟาย ศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านงานภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การทำงานด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ สม่ครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 17 คน ประกอบด้วย 5 กลุ่มได้แก่ ผู้บริหารการพยาบาล 4 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาล 5 คน อาจารย์พยาบาล 4 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ 4 คน โดยวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมาจากการทำงานด้านบริหารจัดการงานพยาบาลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การมีผลงานการลงหรือได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรหรือมีผลงานด้านภัยพิบัติในผู้สูงอายุ การรักษาและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ โดยในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ขอความคิดเห็นจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมด 3 รอบ

รอบที่ 1 มีคำถาม 2 ส่วน ในส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 6 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง ทั้งจากการตอบแบบสอบถามทางจดหมาย การสัมภาษณ์ และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกของผู้มีส่วนร่วมในการ

วิจัย กรณีสัมภาษณ์จะขออนุญาตผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ในการบันทึกเทปด้วย

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลคำตอบที่ผ่านการวิเคราะห์และผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วในรอบที่ 1 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือ e-mail โดยคำตอบของแบบสอบถามในรอบที่ 2 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตาม Likert scale โดยคะแนน 5 ถึง 1 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมต่อระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุตามความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูล หาฉันทมติของผู้เชี่ยวชาญ สรุป ปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนตามข้อเสนอแนะ กรณีไม่มีการเสนอให้ตัดรายการใดออกจะคงรายการไว้เช่นเดิม นำรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนทั้งหมดมาหาค่ามัธยฐาน (ค่ากลางของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 17 คน) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ (เป็นค่าช่วงของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 17 คนที่มีต่อแต่ละรายการการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ)

รอบที่ 3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่สร้างขึ้นมาใหม่ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอีกครั้ง โดยจะแสดงค่ามัธยฐาน (ค่ากลางของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 17 คน) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่ม (ค่าช่วงของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน) และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ได้ทราบ ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญจะทราบระดับความคิดเห็นของตนเองที่ได้ให้ความสำคัญของแต่ละข้อรายการที่เหมือนหรือแตกต่างจากกลุ่ม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับคำตอบของกลุ่ม ถ้าผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิมของตน ที่มีค่าพิสัยควอไทล์ (ค่าช่วงของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน) ≤ 1.50 ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าหากยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยควอไทล์ (ค่าช่วงของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 17 คน) > 1.50 ต้องระบุเหตุผลประกอบด้วย

สำหรับในรอบที่ 2 และ 3 ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที สำหรับการส่งกลับคืนทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยได้เตรียมซองปิดตราไปรษณียากรไว้ให้ โดยการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบใช้เวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ และขออนุญาตติดตามทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่นัดไว้ หากข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงเกินร้อยละ 20 ต้องมีการเก็บข้อมูลในรอบต่อไป แต่หากข้อมูลเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลแบบสอบถาม และเทปที่ใช้ในการบันทึกเสียง ที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลายทิ้ง



เลขที่โครงการวิจัย... 091.1/56
- 8 ส.ค. 2556
วันที่รับของ...
- 7 ส.ค. 2557
วันหมดอายุ...

6. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ทราบถึงการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ สำหรับผู้สูงอายุว่าควรเป็นอย่างไร ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการพยาบาลให้กับ ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

7. การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจาก การวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

8. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหาก ผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึง ตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยนิตินิติได้เตรียม ของที่ระลึกเป็นหนังสือธรรมะไว้ให้

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th"



เลขที่โครงการวิจัย 091.1 / 56
วันที่รับรอง - 8 ส.ค. 2556
วันหมดอายุ - 7 ส.ค. 2557

AF 05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์

ที่อยู่ติดต่อ หอกุลพิพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 089-1772423

ข้าพเจ้า ได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เป็นจำนวน 3 ครั้งโดยแต่ละครั้งมีเวลาในการตอบประมาณ 2 สัปดาห์ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบมาในทุกทางทั้งการตอบทางจดหมาย การบันทึกเทป หรือการตอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) จะถูกทำลายทิ้ง

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะออกมาเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าได้

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวนิตยา โชคทวีพาณิชย์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

.....

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย..... 091.1/56

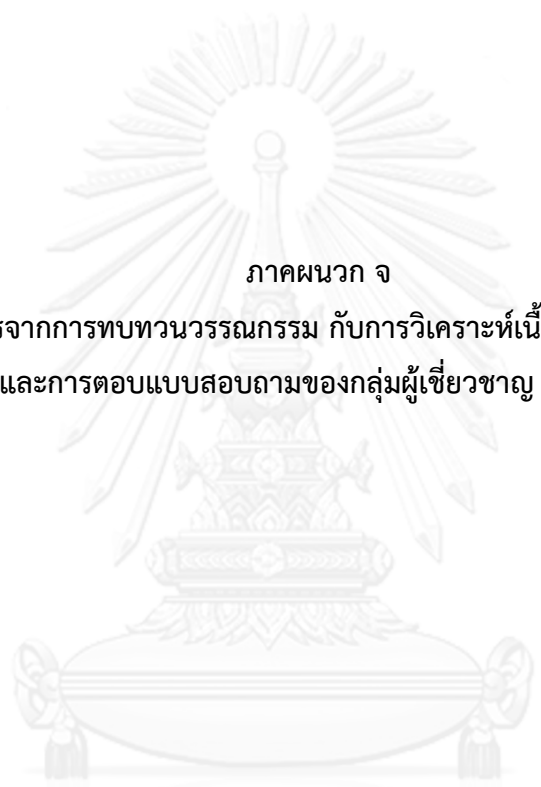
วันที่รับรอง..... - 8 ส.ค. 2556

วันหมดอายุ..... - 7 ส.ค. 2557

ลงชื่อ.....

.....

พยาน



ภาคผนวก จ
การบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม กับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์
และการตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม กับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และ การตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 1

ระยะการ เกิดภัย พิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัย พิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวน วรรณกรรม	การ วิเคราะห์ เนื้อหาที่ได้ จากกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
1. ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ	<p>1. การประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ</p> <p>1) วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติ ในพื้นที่</p> <p>2) ระบุความเสี่ยงของภัยพิบัติ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ</p> <p>3) ระบุผู้สูงอายุตามระดับ ความเสี่ยง</p> <p>4) จัดทำแผนที่และเครื่อง หมายบ่งบอกบ้านที่มีผู้สูงอายุ</p> <p>5) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้อง ได้รับการดูแลพิเศษ</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	
	<p>2. การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ</p> <p>1) ให้ข้อมูลการจัดการกับ ผู้ประสบภัยพิบัติ</p> <p>2) ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ</p> <p>3) ให้ความรู้การเตรียมการเมื่อ ประสบภัยพิบัติ</p> <p>4) ให้ข้อมูลเรื่องการเตรียมยา และของใช้จำเป็น</p> <p>5) ติดตามการเตรียมความ พร้อมของใช้สำหรับผู้สูงอายุ</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	

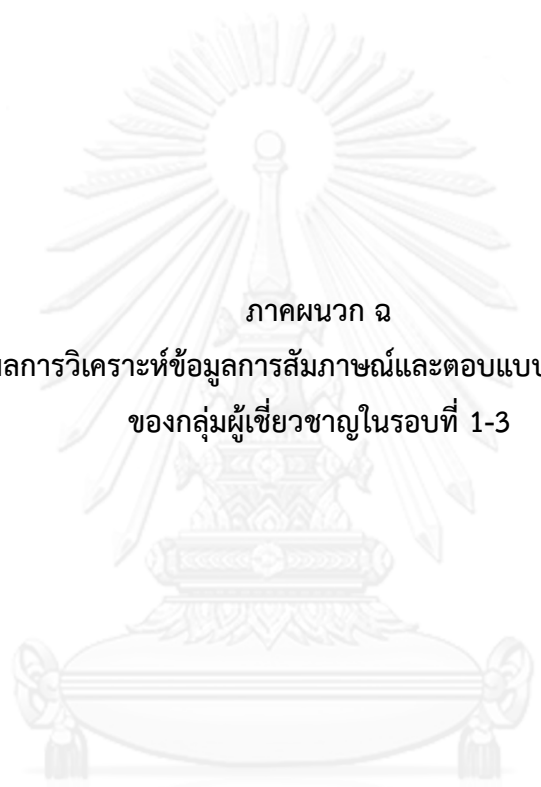
ระยะการเกิดภัยพิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวนวรรณกรรม	การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
1. ระวังป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ	3. การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ 1) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านร่างกาย ✓ 2) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุ เมื่อประสบภัยพิบัติ ✓ 3) เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้ฝึกกระตุ้นผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย ✓ 4) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านจิตใจ ✓			
2. ระยะเวลาการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	1. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาล 1) เตรียมความรู้พยาบาล ✓ 2) พัฒนามาตรฐานการดูแล ✓ 3) การอบรมอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือ ✓ 4) วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและทบทวนแผนป้องกันภัยพิบัติ ✓ 5) ดำเนินการฝึกซ้อมแผน ✓ 6) มีส่วนร่วมจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแล ✓ 7) ถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติครั้งก่อน ✓			ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่าพยาบาลมีมาตรฐานการดูแลเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว และมักมีอาสาสมัครเกิดขึ้นหลังจากเกิดเหตุภัยพิบัติ ซึ่งแตกต่างจากต่างประเทศ

ระยะการเกิดภัยพิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวนวรรณกรรม	การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
2. ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	<p>2. การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติ</p> <p>1) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p> <p>2) จัดเตรียมของใช้และเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น</p> <p>3) จัดเตรียมสถานที่พักพิง</p> <p>4) จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์</p> <p>5) จัดเตรียมงบประมาณ</p> <p>6) ปรับสีทิวทัศน์การรักษาพยาบาลให้ครอบคลุม</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลว่า ประเทศไทยยังไม่ให้ความสำคัญกับการเตรียมการล่วงหน้า รวมทั้งพยาบาลไม่สามารถดำเนินการเรื่องสิทธิการรักษาและงบประมาณได้ลำพัง ต้องอาศัยหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการมีบริการรัฐสวัสดิการหลังเกิดภัยพิบัติ</p>
	<p>3. การเตรียมความพร้อมในชุมชนในภาวะภัยพิบัติ</p> <p>1) สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>2) ดำเนินการให้ชุมชนมีการสื่อสารช่วยเหลือ</p> <p>3) จัดทำข้อมูลที่อยู่ติดต่อกับแหล่งประโยชน์ในพื้นที่</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	

ระยะการเกิดภัยพิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวนวรรณกรรม	การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	1. การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ 1) ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ 2) จัดการดูแลสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ	 ✓ ✓	 ✓ ✓	
	2. การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ 1) ประเมินปัญหาครอบคลุม 2) จำแนกผู้สูงอายุตามความรุนแรง/เร่งด่วน 3) จัดทำบันทึกข้อมูล	 ✓ ✓ ✓	 ✓ ✓ ✓	
	3. การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ 1) ทำแนวทางการประสานงาน และส่งต่อ 2) มีแนวทางการเคลื่อนย้าย 3) ส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ	 ✓ ✓ ✓	 ✓ ✓ ✓	
	4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุ 1) วิเคราะห์ปัญหาและให้การดูแลรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน 2) จัดแบ่งพื้นที่ในการให้การดูแลตามความรุนแรง 3) จัดระบบการช่วยเหลือให้อี้อต่อการเข้าถึง 4) คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	 ✓ ✓ ✓ ✓	 ✓ ✓ ✓ ✓	

ระยะการเกิดภัยพิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวนวรรณกรรม	การวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
3. ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	<p>5 การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ</p> <p>1) ใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อในการปฏิบัติการพยาบาล</p> <p>2) แบ่งพื้นที่ให้การพยาบาลตามหลักป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>3) แนะนำผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย และสุขลักษณะส่วนบุคคล</p> <p>4) เฝ้าระวังและควบคุมโรค</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	
4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	<p>1. การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ</p> <p>1) ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>2) เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุให้ได้รับยาต่อเนื่อง</p> <p>3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และฟื้นฟูจิตใจ</p> <p>4) จัดเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิต หลังประสบภัยพิบัติ</p> <p>5) ประสานแหล่งประโยชน์ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>-</p> <p>✓</p>	<p>ทำได้ยาก เพราะพยาบาลต้องเตรียมญาติ / ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคน</p>

ระยะการ เกิดภัย พิบัติ	การจัดการพยาบาลในภาวะภัย พิบัติ สำหรับผู้สูงอายุ	การทบทวน วรรณกรรม	การ วิเคราะห์ เนื้อหาที่ได้ จากกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ	หมายเหตุ
4. ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	<p>2. การจัดการสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>1) ให้คำแนะนำแก่ญาติ/ ผู้ดูแลในการจัดการสิ่งแวดล้อม บริเวณที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย</p> <p>2) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ ช่วยฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมให้กับ ผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแล</p> <p>3) ประสานงานกับผู้นำชุมชน ในการดูแลรักษาความสะอาด สิ่งแวดล้อมในชุมชน</p> <p>4) ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้าปรับปรุงสิ่งแวดล้อม</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	



ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม
ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1-3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1-3

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1

จากผลการศึกษาที่ได้ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็นสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นนำเนื้อหาที่ได้มาจัดกลุ่มการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 1 มี 4 ระยะ 13 ด้าน ดังนี้

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในรอบที่ 1

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ
 - 1) วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่
 - 2) ระบุความเสี่ยงของภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ
 - 3) ระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยง
 - 4) จัดทำแผนที่และเครื่องหมายบ่งบอกบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่
 - 5) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลพิเศษ
2. การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ
 - 1) ให้ข้อมูลการจัดการกับผู้ประสบภัยพิบัติ
 - 2) ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 3) ให้ความรู้การเตรียมการเมื่อประสบภัยพิบัติ
 - 4) ให้ข้อมูลการเตรียมยาและของใช้จำเป็น
 - 5) ติดตามการเตรียมความพร้อมของของใช้สำหรับผู้สูงอายุ
3. การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ
 - 1) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านร่างกาย
 - 2) จัดเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแล ให้สามารถจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้น
 - 3) เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้ฝึกกระตุ้นผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย
 - 4) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านจิตใจ

ระยะที่ 2 การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ
 - 1) เตรียมความรู้พยาบาล
 - 2) วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและทบทวนแผนป้องกันภัยพิบัติ
 - 3) ดำเนินการฝึกซ้อมแผน
 - 4) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือและพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลช่วยเหลือ
 - 5) ถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติครั้งก่อน

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในรอบที่ 1 (ต่อ)

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ระยะ

ระยะที่ 2 การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (ต่อ)

2. การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติ
 - 1) เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ
 - 2) จัดเตรียมของใช้และเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็น
 - 3) จัดเตรียมสถานที่พักพิง
 - 4) จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์
 - 5) จัดเตรียมงบประมาณ
3. การเตรียมความพร้อมในชุมชนในภาวะภัยพิบัติ
 - 1) สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ
 - 2) ดำเนินการให้ชุมชนมีการซ้อมการช่วยเหลือ
 - 3) จัดทำข้อมูลที่อยู่ และวิธีติดต่อกับแหล่งประโยชน์ในพื้นที่

ระยะที่ 3 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ
 - 1) ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ
 - 2) จัดการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ
2. การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) ประเมินปัญหาผู้สูงอายุครอบคลุม
 - 2) จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความรุนแรง/เร่งด่วน
 - 3) จัดทำบันทึกข้อมูล
3. การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) จัดทำแนวทางการประสานงานส่งต่อ
 - 2) มีแนวทางในการเคลื่อนย้าย
 - 3) ส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) วิเคราะห์ปัญหาและให้การดูแลรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน
 - 2) จัดแบ่งพื้นที่ในการให้การดูแล
 - 3) จัดระบบการดูแลช่วยเหลือให้เอื้อต่อการเข้าถึง
 - 4) คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ
5. การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ
 - 2) แบ่งพื้นที่ให้การพยาบาลตามหลักป้องกันการติดเชื้อ
 - 3) แนะนำให้ปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย สุลักษณะส่วนบุคคล
 - 4) ฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ในรอบที่ 1 (ต่อ)

การจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ระยะ

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

1. การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ
 - 2) เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ให้ได้รับยาต่อเนื่อง
 - 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และฟื้นฟูจิตใจ
 - 4) จัดเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิต
 - 5) ประสานแหล่งประโยชน์ ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. การจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ
 - 1) ให้คำแนะนำในการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย
 - 2) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ช่วยฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแล
 - 3) ประสานงานกับผู้นำชุมชน ในการดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในชุมชน
 - 4) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 แสดงค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุโดยรวม และแบ่งตามระยะ ดังนี้

- 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 โดยรวมทั้ง 4 ระยะ

ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 และ 3 โดยรวม

ระยะของการจัดการพยาบาล ในภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ	รอบที่ 2		ระดับ ความสำคัญ	รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
	Md	IR		Md	IR	
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.61	0.55	มากที่สุด
ระยะป้องกันและลดผลกระทบ ของภัยพิบัติ	4.47	0.77	มาก	4.52	0.65	มากที่สุด
ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	4.44	0.94	มาก	4.51	0.72	มากที่สุด
ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	4.57	0.82	มากที่สุด	4.47	0.66	มาก

2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ

ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลใน
ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 และ 3 ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ

ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ	รอบที่ 2		ระดับ ความสำคัญ	รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
	Md	IR		Md	IR	
1. การควบคุมการติดเชื้อ	4.64	0.46	มากที่สุด	4.68	0.42	มากที่สุด
1) แนะนำผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล	4.69	0.31	มากที่สุด	4.75	0.25	มากที่สุด
2) ฝ้าระวังและควบคุมโรค	4.67	0.33	มากที่สุด	4.75	0.25	มากที่สุด
3) ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลัก สะอาดปราศจากเชื้อ	4.61	0.60	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
4) แบ่งพื้นที่ให้การพยาบาลตามหลัก ป้องกันการติดเชื้อ	4.61	0.60	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
2. การประเมินและจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ	4.61	0.54	มากที่สุด	4.62	0.53	มากที่สุด
1) จำแนกผู้สูงอายุตามความเร่งด่วน	4.69	0.31	มากที่สุด	4.72	0.28	มากที่สุด
2) ประเมินปัญหาครอบครัว	4.61	0.60	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
3) จัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ	4.54	0.72	มากที่สุด	4.54	0.72	มากที่สุด
3. การประสานงานและการส่งต่อ	4.61	0.77	มากที่สุด	4.62	0.54	มากที่สุด
1) มีแนวทางการประสานงานและส่งต่อ	4.64	0.65	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
2) มีแนวทางในการเคลื่อนย้าย	4.58	0.89	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	4.57	0.78	มากที่สุด	4.61	0.52	มากที่สุด
1) วิเคราะห์ปัญหาและให้การดูแล รักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน	4.67	0.33	มากที่สุด	4.70	0.29	มากที่สุด
2) ช่วยเหลือโดยคำนึงถึงความ แตกต่างระหว่างบุคคล	4.58	0.89	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) จัดระบบการช่วยเหลือให้เข้าถึง	4.54	0.94	มากที่สุด	4.58	0.67	มากที่สุด
4) จัดแบ่งพื้นที่ดูแลตามความรุนแรง	4.50	0.97	มากที่สุด	4.50	0.81	มากที่สุด
5. การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ	4.52	1.08	มากที่สุด	4.52	0.76	มากที่สุด
1) ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติ	4.54	1.07	มากที่สุด	4.54	0.77	มากที่สุด
2) จัดการดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องกับ ความรุนแรงของภัยพิบัติ	4.50	1.09	มากที่สุด	4.50	0.75	มากที่สุด

3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ

ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลใน
ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 และ 3 ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ

ระยะป้องกันและลดผลกระทบ ของภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. การให้ความรู้ในการจัดการกับ ภัยพิบัติ	4.50	0.77	มากที่สุด	4.53	0.61	มากที่สุด
1) ให้ข้อมูลเตรียมการเมื่อประสบภัย	4.58	0.66	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
2) ให้ข้อมูลเตรียมยาและของใช้จำเป็น	4.58	0.66	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
3) ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุน	4.58	0.79	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
4) ติดตามการเตรียมของใช้ที่จำเป็น	4.28	0.97	มาก	4.27	0.76	มาก
2. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด ภัยพิบัติ	4.50	0.74	มากที่สุด	4.52	0.70	มากที่สุด
1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ	4.69	0.31	มากที่สุด	4.72	0.28	มากที่สุด
2) จัดทำแผนที่และเครื่องหมายบ่งบอก บ้านที่มีผู้สูงอายุ	4.61	0.64	มากที่สุด	4.61	0.64	มากที่สุด
3) ระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยง	4.54	0.77	มากที่สุด	4.58	0.67	มากที่สุด
4) ระบุผลกระทบของภัยพิบัติ	4.54	0.84	มากที่สุด	4.58	0.79	มากที่สุด
5) วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่	4.12	1.13	มาก	4.12	1.14	มาก
3. การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ	4.40	0.81	มาก	4.50	0.63	มากที่สุด
1) ส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแลสามารถดูแล สุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุ	4.64	0.57	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านจิตใจ	4.58	0.79	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
3) เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถเตรียม ความพร้อมผู้สูงอายุ	4.23	0.87	มาก	4.61	0.64	มากที่สุด
4) เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้าน ร่างกาย	4.17	1.03	มาก	4.05	1.08	มาก

4) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3
ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลใน
ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 และ 3 ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2		ระดับ ความสำคัญ	รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
	Md	IR		Md	IR	
1. การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ	4.51	0.82	มากที่สุด	4.52	0.63	มากที่สุด
1) ประเมินปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ	4.58	0.72	มากที่สุด	4.64	0.49	มากที่สุด
2) เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุให้ได้ รับยาต่อเนื่อง	4.61	0.60	มากที่สุด	4.64	0.40	มากที่สุด
3) ประสานแหล่งประโยชน์ ให้การช่วยเหลือ	4.50	0.89	มากที่สุด	4.50	0.75	มากที่สุด
4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ	4.36	1.08	มาก	4.30	0.89	มาก
2. การจัดการสิ่งแวดล้อม	4.47	0.90	มาก	4.52	0.79	มากที่สุด
1) ให้คำแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ให้ปลอดภัย	4.54	0.94	มากที่สุด	4.61	0.71	มากที่สุด
2) ประสานงานกับผู้นำชุมชน ในการดูแล รักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในชุมชน	4.54	0.84	มากที่สุด	4.58	0.79	มากที่สุด
3) ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	4.54	0.84	มากที่สุด	4.58	0.79	มากที่สุด
4) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่ช่วยฟื้นฟู สิ่งแวดล้อม	4.28	0.97	มาก	4.30	0.89	มาก

5) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3
 ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญของการจัดการพยาบาลใน
 ภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุในรอบที่ 2 และ 3 ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

ระยะเวลาเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ	รอบที่ 2		ระดับ ความสำคัญ	รอบที่ 3		ระดับ ความสำคัญ
	Md	IR		Md	IR	
1. การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากร	4.54	0.69	มากที่สุด	4.61	0.54	มากที่สุด
1) จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ให้มีจำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้กับผู้สูงอายุ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.72	0.28	มากที่สุด
2) จัดเตรียมของใช้และเครื่องอุปโภค บริโภคที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ	4.50	0.97	มากที่สุด	4.61	0.60	มากที่สุด
3) จัดเตรียมสถานที่พักพิงชั่วคราวที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	4.40	0.82	มาก	4.50	0.75	มากที่สุด
2. การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาล	4.55	0.75	มากที่สุด	4.42	0.68	มาก
1) เตรียมความรู้ของพยาบาล	4.69	0.31	มากที่สุด	4.75	0.25	มากที่สุด
2) การจัดเตรียมความพร้อมระบบสื่อสาร (เป็นคำถามเพิ่มในรอบที่ 3)	4.69	0.31	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
3) ทบทวนแนวทางและฝึกซ้อมการ ช่วยเหลือ	4.50	0.75	มากที่สุด	4.50	0.75	มากที่สุด
4) มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือ และพัฒนาเครือข่าย	4.50	0.97	มากที่สุด	4.17	1.03	มาก
5) ถอดบทเรียนการจัดการดูแล	4.50	0.97	มากที่สุด	4.00	1.07	มาก
3. การเตรียมความพร้อมชุมชน	4.47	0.91	มาก	4.39	0.77	มาก
1) ดำเนินการให้ชุมชนมีการซ้อม การช่วยเหลือ	4.54	0.97	มากที่สุด	4.58	0.79	มากที่สุด
2) สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้ง ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการวางแผน ดูแลผู้สูงอายุ	4.37	0.94	มาก	4.33	0.77	มาก
3) จัดทำข้อมูลที่อยู่ และวิธีติดต่อกับ แหล่งประโยชน์ในพื้นที่	4.40	0.82	มาก	4.27	0.76	มาก



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างการคำนวณค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างการคำนวณค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

การคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median: Md) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่ ใช้สูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

$$Md = L_{md} + [(N/2 - CF) \div f_{md}] (i)$$

Md = ค่ามัธยฐาน

L_{md} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐานอยู่

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

CF = ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นขีดจำกัดบน ของคะแนนก่อนชั้นที่มีมัธยฐานอยู่

f_{md} = ความถี่ของคะแนนในชั้นที่มีมัธยฐานอยู่

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้น

การคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่ ใช้สูตรดังนี้ (ชนิษฐา วิทยานุมาส, 2530)

$$IR = (Q3 - Q1)$$

คำนวณหาค่า Q3 และ Q1 จากสูตร

$$Q3 = L_{Q3} + [(3N/4 - CF) \div F_{Q3}] (i)$$

Q3 = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3

L_{Q3} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

CF = ความถี่สะสม ของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3

F_{Q3} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 3

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้นที่ควอไทล์ที่ 3

$$Q1 = L_{Q1} + [(N/4 - CF) \div F_{Q1}] (i)$$

Q1 = ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1

L_{Q1} = ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

CF = ความถี่สะสม ของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1

F_{Q1} = ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 1

i = ความกว้างของอันตรภาคชั้นที่ควอไทล์ที่ 1

ตัวอย่างการคำนวณค่าถามข้อที่ 1 รอบ 2

ตารางการแบ่งช่วงคะแนน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2550)

ระดับคะแนน	ช่วงคะแนน	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริง	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
1	1.00 – 1.49	0.50	0.5
2	1.50 – 2.49	1.50	1
3	2.50 – 3.49	2.50	1
4	3.50 – 4.49	3.50	1
5	4.50 – 5.00	4.50	0.5

ตารางตัวอย่างข้อมูล

ระดับคะแนน	ความถี่	ความถี่สะสม
1	2	2
2	0	2
3	3	5
4	8	13
5	7	20

N= 20

$$\text{ตำแหน่งมัธยฐาน (Md)} = N/2 = 10$$

$$\text{ตำแหน่งควอไทล์ที่ 1 (Q1)} = N/4 = 5$$

$$\text{ตำแหน่งควอไทล์ที่ 3 (Q3)} = 3N/4 = 15$$

$$Md = 3.50 + (10 - 5 \div 8) \times 1 = 4.12$$

$$Q1 = 2.50 + (5 - 2 \div 3) \times 1 = 3.50$$

$$Q3 = 4.50 + (15 - 13 \div 7) \times 0.5 = 4.64$$

$$\text{ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)} = Q3 - Q1 = 4.64 - 3.50 = 1.14$$



ภาคผนวก ซ
ข้อแนะนำและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ		
1.1	การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติในผู้สูงอายุ	
1)	วิเคราะห์โอกาสเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ได้	- การจัดการให้ความรู้ในการวิเคราะห์ภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นของผู้สูงอายุ อาจทำได้ลำบากและไม่สะดวกพอ อีกทั้งพยาบาลไม่สามารถทำได้โดยฝายเดียว ต้องอาศัยการประสานงานหลายด้าน
2)	ระบุความเสี่ยงของภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในพื้นที่	ปรับใช้คำว่า ระบุผลกระทบของภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่ ต่อผู้สูงอายุ -
3)	ระบุผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงได้แก่ ภาวะสุขภาพภาวะพึ่งพา	ให้ระบุความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ว่าเป็นภาวะสุขภาพโรค และความเจ็บป่วย -
4)	จัดทำเครื่องหมายบ่งบอกบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อการช่วยเหลือที่ถูกต้อง	จัดทำแผนที่บ้านผู้สูงอายุและเครื่องหมายบ่งบอกที่บ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพื่อการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ควรให้เป็นหน้าที่ของอบต.หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วพยาบาลนำเอาข้อมูลในส่วนนั้นมาใช้ ไม่ต้องจัดทำเอง

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ		
1.2	การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับภัยพิบัติ	
5)	ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลถึงแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้	- ควรให้เป็นงานของส่วนกลาง พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานก็เพียงพอแล้ว
6)	-ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการกับผู้ประสบภัยพิบัติ -ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติในการเตรียมการเมื่อประสบภัยพิบัติได้แก่สถานที่พักพิง บุคคลที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่	รวมข้อรายการเป็น ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลเรื่องการดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ การเตรียมการเมื่อประสบภัยพิบัติได้แก่สถานที่พักพิง บุคคลที่ผู้สูงอายุจะไปอาศัยอยู่ -
7)	ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติถึงแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้	ให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแลถึงแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้ -
8)	ติดตามการเตรียมความพร้อมของของใช้สำหรับผู้สูงอายุ	ติดตามการเตรียมของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือกลาง เช่น รัฐบาล สภากาชาดไทย หรือกองบรรเทาทุกข์

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะป้องกันและลดผลกระทบของภัยพิบัติ		
1.3	การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ	
9)	เตรียมความพร้อมผู้สูงอายุด้านร่างกาย ได้แก่การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทรงตัว	<p>ปรับคำเป็น เตรียมความพร้อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุให้พร้อมรับภัยพิบัติ ได้แก่การฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทรงตัว</p> <p>ควรให้เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่นนักกายภาพ เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานที่มากอยู่แล้ว ประกอบกับผู้สูงอายุญาติ/ผู้ดูแล มักให้น้ำหนักความเชื่อถือกับพยาบาลมากกว่าพยาบาลจึงควรทำหน้าที่ช่วยย้าและกระตุ้นให้เกิดการกระทำก็เพียงพอ</p>
10)	เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้ฝึก กระตุ้นผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย	<p>เตรียมญาติ/ผู้ดูแลให้สามารถเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุให้พร้อมรับภัยพิบัติ</p> <p style="text-align: center;">-</p>
ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ		
2.1	การเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
11)	เตรียมความรู้พยาบาล เรื่องการพยาบาลภัยพิบัติในผู้สูงอายุระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	<p>เตรียมความรู้ของพยาบาลเรื่องภัยพิบัติ ผลกระทบต่อผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ รวมทั้งระบบการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ และเสนอให้แยกข้อรายการ การจัดเตรียมระบบการสื่อสารออกมาให้ชัดเจนอีก 1 ข้อรายการ เป็นจัดเตรียมระบบการสื่อสารให้พร้อมใช้ และซักซ้อมความเข้าใจกับผู้สูงอายุและ/หรือญาติ/ผู้ดูแล</p> <p style="text-align: center;">-</p>

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ		
12)	-วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงและทบทวนแผนป้องกันภัยพิบัติซ้ำปีละ 1 ครั้ง -ดำเนินการฝึกซ้อมแผนรับมือกับภัยพิบัติต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง	เสนอแนะให้รวมข้อเป็น ทบทวนแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ และฝึกซ้อมการช่วยเหลือต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง
13)	มีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือและพัฒนาเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	- ควรเป็นหน้าที่ของงานส่วนกลาง
14)	ถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติครั้งก่อน	ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในการจัดการภัยพิบัติครั้งก่อน
2.2	การจัดเตรียมและกระจายทรัพยากรเพื่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	-
15)	เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	เป็นการรวมความหมายของข้ออื่นเข้าด้วยกัน ตัดข้อรายการนี้ทิ้ง
16)	จัดเตรียมงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	พยาบาลคงไม่ค่อยได้เข้าไปมีบทบาทเกี่ยวข้องกับงบประมาณเท่าไรนักประกอบกับข้อนี้ได้ค่า IR เท่ากับ 1.78 จึงตัดข้อรายการนี้ทิ้งไป
2.3	การเตรียมความพร้อมชุมชนในภาวะภัยพิบัติ	-
17)	สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	สนับสนุนให้คนในชุมชนรวมทั้งผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์และวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ		
3.1	การประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ	
18)	ประเมินความรุนแรงของภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ	- พยาบาลอาจไม่ต้องประเมินเอง แต่ให้นำผลที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วมาใช้เป็นหน้าที่ของงานส่วนกลาง
3.2	การประเมินผู้สูงอายุและจัดระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
19)	จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความรุนแรง/เร่งด่วน	จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตามความรุนแรง/เร่งด่วนของความต้องการการช่วยเหลือ -
20)	จัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อการช่วยเหลือติดตาม	จัดทำบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ เพื่อการช่วยเหลือ ติดตามประเมินผล
3.3	การประสานงานและการส่งต่อเครือข่ายผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
21)	-จัดทำแนวทางการประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ -ส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติได้แก่ ยาที่ต้องใช้ประจำ อาหารเฉพาะโรค อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น	เสนอแนะให้รวมข้อรายการเป็น มีแนวทางการประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ ที่ครอบคลุมข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ ยาที่ต้องใช้ประจำ อาหารเฉพาะโรค และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น -

ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และรอบที่ 3

ข้อ	รายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลจากผู้เชี่ยวชาญ
ระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ		
3.5	การควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
22)	แนะนำผู้สูงอายุ ญาติ/ผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล เพื่อป้องกันโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ	แนะนำผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย ดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อป้องกันโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ
		-
4.1	การฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
23)	จัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลคนเดิมที่บาดเจ็บ/เสียชีวิต หลังประสบภัยพิบัติ	ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากพยาบาลต้องให้ความรู้แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้สูงอายุทุกคนจึงจะครอบคลุม ประกอบกับข้อนี้ได้ค่า IR เท่ากับ 1.58 จึงตัดข้อรายการนี้ทิ้งไป
		-
4.2	ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ	
24)	ให้คำแนะนำแก่ญาติ/ผู้ดูแลในการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ	- ควรให้เป็นหน้าที่ของงานสุขภาพสิ่งแวดล้อม/เทศบาล



ภาคผนวก ฅ

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ)
1	3
2	23
3	4
4	15
5	-
6	13
7	-
8	2
9	-
10	-
11	-
12	12
13	-
14	10
15	10
16	-
17	-
18	4
19	15
20	4
รวม	115

คำนวณค่าความเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นทั้งหมด 47 ข้อรายการ จากผู้เชี่ยวชาญ 20 คน ได้ดังนี้

$$\frac{115 \times 100}{47 \times 20} = 12.23$$

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว นิตยา โชคทวีพาณิชย์ เกิดวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีพ.ศ. 2536 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การคุ้มครองผู้บริโภคทางสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ในปีพ.ศ. 2541 นิติศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ในปีพ.ศ. 2555 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2554 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 (ศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) และหน่วยไฟไหม้-น้ำร้อน ลวก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างปฏิบัติงานได้ปฏิบัติหน้าที่พิเศษด้านคุณภาพงาน เป็นประธานวิชาการของตึกมงกุฎ-เพชรรัตน ชั้น 3 กรรมการบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล กรรมการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมในทีมประสานความร่วมมือพัฒนาหน่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวกระหว่างรพ.ต่างๆ และดูงานการพยาบาลและการทำแผลผู้ป่วยไฟไหม้-น้ำร้อนลวก ที่ Linkou burn center, Chang Gung Memorial hospital ประเทศไต้หวัน ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 เป็นเวลา 1 เดือน มีประสบการณ์ในการร่วมจัดระบบการบริการพยาบาลและให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง พ.ศ. 2553

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY