

บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ*

ไพรินทร์ ยอดสุขบัน¹

บำเพ็ญจิต แสงชาติ² ขนิษฐา นันทบุตร³

บทคัดย่อ

ประเทศไทยประสบภัยพิบัติมีความถี่มากขึ้นและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยใช้วิธีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบวิพากษ์ เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก การศึกษาข้อมูลเอกสาร และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 127 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วน 2) องค์กรท้องถิ่น 3) เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 4) ภาคประชาชน และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้คือ พยาบาลชุมชนควรจะ 1) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเกิดภัย และวางแผนในการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ 2) จัดทำข้อมูลและนำข้อมูลมาใช้ในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติ 3) ผลักดันให้ทุนทางสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมในการบริการสุขภาพ และ 4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนให้เป็นผู้จัดการภัยพิบัติในระดับตำบล

คำสำคัญ: พยาบาลชุมชน, การบริการสุขภาพ, ภัยพิบัติ

วันที่รับ: 4 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไข: 8 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับ: 16 สิงหาคม 2564

* ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ พย.ม. นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² พย.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ติดต่อหลัก อีเมล: bamphenc@kku.ac.th

³ ปรด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The roles of community health nurses for health service in disaster situation*

Pairin Yodsuban¹

Bumphenchit Sangchart² Khanitta nuntaboot³

Abstract

Thailand tends to experience more and more severe disasters, widely affecting people, family, community and country. The purpose of this study was to study the roles of community nurses in providing health services in disaster situations. Critical ethnography methods including: observations, in-depth interviews, document study, and focus-group discussion were employed to collect data. The data were analyzed by content analysis. There were 127 informants who were purposively selected, including 1) the officers of administrative organizations, 2) the officers of local organizations, 3) the health service personnel in the area, 4) the people sector, and 5) the elderly and their family caregivers. The results showed that community nurses played a role in providing health services in disaster situations in 3 phases: 1) the roles in disaster prevention and preparedness phase, 2) the roles in rescue phrase, and 3) the role in post-disaster recovery period. The recommendations from this research results are as follows: 1) Community health nurses should prioritize preparedness in the pre-disaster stage; and plan for health services covering all three phases. 2) They should also prepare data and use them to prepare disaster management plans. 3) They should drive social capital and related agencies to participate in health services. 4) The potential of community nurses should be improved so that they can be disaster managers at the sub-district level.

Keywords: Community health nurse, Health service, Disaster

Received: July 4, 2021 Revised: August 8, 2021 Accepted: August 16, 2021

* Dissertation, Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kean University

¹ M.N.S., Ph.D. (Candidate), Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kean University

² D.N.S., Faculty of Nursing, Khon Kean University,

Corresponding author, Email: bamphenc@kku.ac.th

³ Ph.D., Faculty of Nursing, Khon Kean University

บทนำ

ทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติ มีความถี่ในการเกิดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิศาสตร์ ภูมิอากาศ การเพิ่มขึ้นของประชากรมนุษย์ การขยายตัวของสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี สถานการณ์การเกิดภัยพิบัติโลกในช่วงปี ค.ศ. 2006-2015 จำนวน 6,090 ครั้ง (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies [IFRC], 2016) ทวีปเอเชียเกิดภัยพิบัติธรรมชาติเฉลี่ย 160 ครั้งต่อปี (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific & United Nations Office for Disaster Risk Reduction [ESCAP & UNISDR], 2012) ในประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2532-2555 เกิดภัยพิบัติอุทกภัยมากกว่า 4,000 ครั้ง วาตภัย 36,024 ครั้ง ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง และสึนามิ 1 ครั้ง ประเทศไทยตั้งอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงที่สุดในโลก และตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรง เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยเป็นลำดับที่ 7 ของโลก (Asian Disaster Reduction Center [ADRC], 2012)

ภัยพิบัติส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจสุขภาพ และสภาวะแวดล้อม เช่น เหตุการณ์สึนามิ พ.ศ. 2547 มีผู้เสียชีวิต 5,395 คน บาดเจ็บ 8,457 คน สูญหาย 2,187 คน และ อุทกภัย พ.ศ. 2554 ส่งผลกระทบ 65 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร จำนวน 13 ล้านครัวเรือน ผู้เสียชีวิต 813 คน มูลค่าความเสียหาย 1.44 ล้านล้านบาท (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556)

ในประเทศไทยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ด้วยการพัฒนาระบบการป้องกัน การเตรียมความพร้อม และการสร้างภูมิคุ้มกัน โดยพัฒนาภูมิความรู้ และเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังและรับมือกับภัยพิบัติ ตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการนำแนวคิดการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย เพื่อป้องกันภัยตามหลักสากล คือ รู้รับ ปรับตัว ฟื้นเร็ว อย่างยั่งยืน โดยการเสริมสร้างความตระหนักในการลดความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย โดยกำกับการดำเนินการขับเคลื่อนให้เป็นไปตามกรอบพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 1) การมุ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย 2) การบูรณาการการจัดการในภาวะฉุกเฉิน 3) การเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน และ 4) การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ ในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย (เสาหลักสี่ โศกนาฏกรรม, ธีรภัทร์ ลอยวิรัตน์, ปริญญ์ วัฒนกุล และอาภรณ์ จวนสง, 2563) จากสถานการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมา หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถที่จะรับมือได้เพียงลำพัง (เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่, 2556) ปัจจุบันการจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Banks, 2013) คือ การให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการจัดการภัยพิบัติ การมุ่งใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมกำลัง ความสามารถในการใช้ทรัพยากร และการแก้ไขปัญหาภายในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีผลต่อการดำรงชีพ และได้รับประโยชน์จากการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ (ศิรินันต์ สุวรรณโมลี, 2552)

ระบบบริการสุขภาพ (health service system) เป็นการบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ จากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป (WHO, 2007) โดยระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองและครอบครัว (self-care level) 2) การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care level) 3) บริการระดับปฐมภูมิ (primary care level) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีประมาณ 9,777 แห่ง 4) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care level) และ 5) บริการระดับตติยภูมิ (tertiary care level) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่างานบริการสุขภาพ ซึ่งมีพยาบาลชุมชน เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ในการดูแลทุกกลุ่มประชากรเป้าหมายในชุมชน โดยมีภารกิจ ได้แก่ 1) งานบริการสุขภาพ เช่น บริการสุขภาพ

พื้นฐานตามกลุ่มประชากร การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก บริการดูแลช่องปาก การเฝ้าระวัง และควบคุมโรคติดต่อ และการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น 2) งานเสริมสร้างความเข้มแข็ง ได้แก่ (1) พัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ เช่น งานสาธารณสุขมูลฐาน และการบริการโดยภาควิชาชีพ (2) การเสริมพลังการดูแลสุขภาพโดยประชาชน เช่น ฝึกอบรมอาสาสมัคร และสนับสนุนการดูแลโดยอาสาสมัคร เป็นต้น และ (3) เสริมความเข้มแข็งให้ระบบการจัดการด้าน สุขภาพของหน่วยงาน องค์กร ชุมชน เช่น กองทุนสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่ม องค์กรชุมชน และอาสาสมัคร เป็นต้น (ชนิษฐา นันทบุตร, 2553)

สภาการพยาบาลสากลได้พัฒนากรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขภัยขึ้น ประกาศเป็น ICN Framework of Disaster Nursing Competency ในปี 2009 ซึ่งเป็นกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้ มีขีดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะ ทั้ง 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention/mitigation phase) มี 2 สมรรถนะ คือ (1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ และ (2) การพัฒนานโยบายและการวางแผน 2) ระยะเตรียมความพร้อม (preparedness phase) มี 3 สมรรถนะ คือ (1) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ (2) การสื่อสารและการแบ่งปัน ข้อมูล และ (3) การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อม เป็นต้น 3) ระยะรับมือ/ตอบสนองภัยพิบัติ (response phase) มี 4 สมรรถนะ คือ (1) การดูแลชุมชน (2) การดูแลบุคคลและครอบครัว (3) การดูแลจิตใจ และ (4) การดูแลกลุ่มเปราะบาง และ 4) ระยะพักฟื้น/ฟื้นฟูสภาพ (Recover/rehabilitation phase) มี 1 สมรรถนะ คือ การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (World Health Organization and International Council of Nurses [WHO & ICN], 2009; International Council of Nurses, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านภัยพิบัติ และจะต้องเป็นผู้จัดการภัยพิบัติ ตั้งแต่การวางแผน เพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ภัยพิบัติ ตั้งแต่ก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัยอย่างต่อเนื่อง (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุช, 2557) และพบว่าพยาบาลมีหน้าที่จำแนกผู้บาดเจ็บ และผู้ประสบภัย ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติประสานความร่วมมือทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระยะ (พลสุข ศิริพูล, สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลบล รุจิระประเสริฐ, 2555) อีกทั้งต้องนำความรู้และทักษะทางการ พยาบาลทั่วไป การพยาบาลฉุกเฉินประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อป้องกันและลดความสูญเสีย ที่จะเกิดกับชีวิตและ ทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจผู้ประสบภัยและญาติ ต้องปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระยะ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงที่เกิดขึ้น (กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์, 2559; สุพรรณนา ครองแถว และนพวรรณ เปียเชื้อ, 2558) อย่างไรก็ตามในสถานการณ์ปัจจุบันกลับพบว่า มีพยาบาลจำนวนมากไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญสาธารณ ภัย มีเพียงพยาบาลบางส่วนได้รับการเตรียมความพร้อมบ้าง แต่ยังไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเตรียมรับมือภัย ภัยพิบัติ และพยาบาลมีความคับข้องใจกับศักยภาพของตน พยาบาลบางคนให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามประสบการณ์ เดิม และสัญชาตญาณในการแก้ปัญหา (สุนันทา ลักษณะจิตติกาล, และอุไร หัตถกิจ, 2550) และพบว่า ในอดีตประเทศไทยไม่มี การบรรจุวิชาการพยาบาลผู้ประสบภัยพิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ชนิษฐา รัตนกัลยา, 2560) หลักสูตรการพยาบาลมี จำนวนน้อย ที่มีการเปิดสอนเนื้อหาของการพยาบาลสาธารณสุขภัย หรือการพยาบาลผู้ประสบสาธารณสุขภัยที่ชัดเจน การจัดการเรียน การสอนไม่ครอบคลุมและ ไม่เพียงพอ ตามมาตรฐานในการจัดการสาธารณสุขภัยระดับสากล (พลสุข ศิริพูลและคณะ, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจึงสนใจศึกษา บทบาทของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัย พิบัติ ในพื้นที่ต้นแบบที่มีประสบการณ์ในการจัดการภัยพิบัติและมีเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 ตำบล และเป็นตำบลต้นแบบในการขับเคลื่อนงานด้านภัยพิบัติโดยชุมชนระดับชาติ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้วิธีการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่สะท้อนให้เห็นบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัย พิบัติ ภายใต้บริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา โดยการทำความเข้าใจธรรมชาติของปรากฏการณ์ บทบาทพยาบาล ชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อศึกษาความคิด ความรู้สึกโลกทัศน์ ความหมาย การตีความใน

ทัศนะของคน (emic view) ภายใต้บริบทวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยสภาพธรรมชาติ ที่ผู้วิจัยต้องมีมุมมองอย่างรอบด้าน เพื่อเข้าใจภาพรวมทั้งหมดที่เกี่ยวข้องที่สืบเนื่องไปยังความหมายและการตีความ เพราะเชื่อว่า พฤติกรรมของคนกำหนดมาจากความคิดของคนในสังคม เพื่อเกิดความเข้าใจในหน้าที่ของแต่ละส่วนในภาพรวม เน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล จนเข้าใจความคิด ความรู้ คำอธิบาย ความหมาย ประสบการณ์ และวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้ง สรุปรวบรวมความรู้ที่ได้เชิงอุปนัย (inductive) โดยเลือกใช้การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาเพื่อให้เข้าถึงบริบทสังคม วัฒนธรรม วิถีคิดความเชื่อ ค่านิยม การให้ความหมาย พฤติกรรมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน มองเห็นเงื่อนไขที่เอื้อให้พยาบาลชุมชนสามารถให้บริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ และข้อเสนอเชิงบทบาท หน้าที่ขององค์กรและภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมที่ศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติตามบริบทสังคม วัฒนธรรมของพื้นที่ที่ศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณาเชิงวิพากษ์ (Critical ethnography) (ชนินฐา นันทบุตร, 2561; Streubert & Carpenter, 2011) ศึกษาในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีประสบการณ์ และรูปธรรมในการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน เป็นศูนย์เรียนรู้ และศูนย์ประสานงานการจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครศรีธรรมราช จนสามารถยกระดับเป็นพื้นที่ต้นแบบ ด้านการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนในระดับประเทศ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 13 เดือน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลหลัก (key information) โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยมีการจัดเก็บข้อมูล จนข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 127 คน ซึ่งผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านผู้นำทาง (gate keeper) แบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 คน ได้แก่ นายก อบต. จำนวน 1 คน ปลัด อบต. จำนวน 1 คน รองปลัด อบต. จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 คน และสมาชิก อบต. จำนวน 2 คน 2) กลุ่มองค์กรท้องที่ (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 10 คน 3) กลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน 4) กลุ่มภาคประชาชน จำนวน 46 คน ได้แก่ อาสาสมัครภัยพิบัติ จำนวน 2 คน คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ จำนวน 4 คน ประธานกลุ่มออมทรัพย์/กองทุน/สถาบันการเงิน จำนวน 14 คน อาสาสมัครในชุมชน จำนวน 11 คน แกนนำ กลุ่มอาชีพ จำนวน 10 คน แกนนำครัวชุมชน จำนวน 1 คน คณะกรรมการจัดการน้ำ จำนวน 1 คน คณะกรรมการพัฒนาตำบล จำนวน 2 คน และ นักพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน และ 5) กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 59 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยวิจัย คือเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยพัฒนาตนเองให้เป็นนักวิจัยที่มีคุณภาพ ด้วยการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎี และฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการออกฝึกปฏิบัติภาคสนาม ภายใต้โครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นระยะเวลา 3 ปี 2 เดือน การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล จริยธรรมการวิจัย และหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น โดยใช้คู่มือและแนวคำถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 2) แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งในกลุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรท้องที่ หน่วยบริการสุขภาพ ภาคประชาชน และกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และปรับแนวคำถามเพิ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา 3) แนวทางการสนทนากลุ่ม ตามประเด็นที่วิเคราะห์ได้จากสัมภาษณ์เชิงลึก

4) แบบบันทึกภาคสนาม ซึ่งบันทึกประเด็นหลัก และรายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้เห็นบทบาทของพยาบาลชุมชน ในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ 5) แนวทางการศึกษาข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการจัดการภัยพิบัติ แผนพัฒนาท้องถิ่น โครงการจัดการภัยพิบัติ รายงานการประชุม ข้อมูลการสรุปบทเรียน การวิจัยชุมชน (Rapid Ethnographic Community Assessment Process: RECAP) และการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP) เป็นต้น และ 6) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาคสนาม และเครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE622074 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล มีการเก็บความลับของผู้ร่วมวิจัย และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม การดำเนินการในครั้งนี้นับทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรม คือ 1) หลักการเคารพในความเป็นบุคคล (respect for person) 2) หลักการให้คุณประโยชน์ (beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (justice)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การศึกษาจากข้อมูลเอกสาร รายงาน และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม โดยผู้วิจัย มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือเพื่อขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หลังจากได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2. ผู้วิจัยเข้าชุมชนเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยต่อผู้นำ แกนนำชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยค้นหาผู้แนะนำ (gate keeper) ในการเข้าถึงข้อมูลของชุมชนในระยะแรก โดยมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้เกิดความไว้วางใจ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก คนละ 45-60 นาที โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยเฝ้าสังเกตและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล ที่ทำการกำนัน การประชุมหมู่บ้าน และร่วมสังเกตกิจกรรมต่าง ๆ ในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ปกติและภัยพิบัติ 3) การสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง กับแกนนำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ชุดรักษาความสงบหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 ครั้ง กลุ่มอาสาสมัครภัยพิบัติ จำนวน 1 ครั้ง สนทนากลุ่มหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 1 ครั้ง สนทนากลุ่มผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้างานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และหัวหน้างานกองช่าง จำนวน 1 ครั้ง และคณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล จำนวน 2 ครั้ง และกลุ่ม อสม. จำนวน 1 ครั้ง และ 4) ศึกษาเอกสารของพื้นที่ ได้แก่ แผนหมู่บ้าน แผนชุมชน แผนพัฒนาตำบล แผนพัฒนาท้องถิ่น 4 ปี การวิจัยชุมชนด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (RECAP) ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP) ข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ ข้อมูล จปฐ. ข้อมูล กชช. 2ค. และข้อมูลทะเบียนราษฎร์ เป็นต้น

5. ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบสามเส้า ดังนี้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ดังนี้ (1) จากผู้ให้ข้อมูลที่ต่างกัน (person) เช่น ผู้สูงอายุและครอบครัว แกนนำองค์กรชุมชน อาสาสมัครภัยพิบัติ กู้ชีพกู้ภัยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ อบต. กำนันและผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น (2) จากช่วงเวลาที่แตกต่างกัน (time) เช่น ช่วงเช้า ช่วงบ่าย เย็น หรือวันจันทร์ ถึง

ศุภร์ เสาร์ และอาทิตย์ (3) จากสถานที่ (space) ที่ต่างกัน เช่น ที่บ้านผู้สูงอายุ รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์จัดการภัยพิบัติ และองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น โดยผู้วิจัยเข้าพื้นที่นาน 13 เดือน มีการเว้นระยะเพื่อออกจากสนามวิจัยเพื่อทบทวนข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความคิดของผู้วิจัย และร่วมกิจกรรมทางวิชาการกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อเปิดโลกทัศน์ทางความคิดและลดความลำเอียง แล้วจึงเข้าพื้นที่วิจัยใหม่ ถ่ายทอด เล่า ตรวจสอบ (debriefing) กับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจและตรวจสอบกระบวนการวิจัย สะท้อนความคิดของผู้วิจัย และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะและพัฒนากระบวนการวิจัย และ 2) การตรวจสอบสามเส้าจากวิธีที่ต่างกัน (methodological triangulation) โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การเก็บข้อมูลในวัน เวลาที่แตกต่างกัน และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร เพื่อนำมายืนยัน และเพิ่มเติมความสมบูรณ์ ครบถ้วน

6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนกระทั่งมีข้อมูลที่อิ่มตัว (saturation data)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูล ควบคู่ไปกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดการดำเนินการวิจัย หลังจากที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลภาคสนาม (field note) ที่ได้มาจัดระเบียบข้อมูล (data organization) ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) และวิเคราะห์ธีม (theme) เพื่อจำแนกประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเกี่ยวกับงาน กิจกรรมของพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ Lincon and Guba (1985) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ให้กับการวิจัย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolong engagement) โดยใช้ระยะเวลา 13 เดือน ผู้วิจัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลไปตรวจสอบกับทีมนักวิจัยชุมชน แกนนำ ผู้นำ ผู้นำบ้าน ผู้นำกลุ่มองค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพ เพื่อช่วยสะท้อนคิด (debriefing) และยืนยันข้อความรู้ที่ได้ นอกจากนี้เนื่องจากผู้วิจัยมีภูมิความรู้ในเรื่องบทบาทพยาบาลชุมชน ในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ ในมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการเก็บความคิด ที่มีอยู่เดิมของนักวิจัยไว้ก่อน (bracketing) เพื่อให้เข้าใจความหมายอย่างถ่องแท้ ในบทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติในมุมมองของชุมชน และสะท้อนคิดกับอาจารย์ที่ปรึกษา 2) ความสามารถเชื่อมโยงได้ (transferability) องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์หรือประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน 3) ความสามารถพึ่งพากับเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในพื้นที่ที่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับคนในพื้นที่ เพื่อทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงในฐานะ “คนใน” มากที่สุด และ 4) ความสามารถในการยืนยันผล (confirmability) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบผลการวิจัยกับวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การตรวจสอบผลการวิจัยกับกระบวนการ วิธีการออกแบบในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบสามเส้า

ผลวิจัย

จากการสังเกต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นว่ามีข้อมูลบริบทพื้นที่ที่ส่งผลต่อการทำงานของพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ภัยพิบัติ ดังนี้ พื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีพื้นที่ 26.6 ตารางกิโลเมตร มีจำนวน 10 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ประสบภัยพิบัติอย่างต่อเนื่องทุกปี ได้แก่ วาดภัย อุทกภัย และภัยแล้ง มีครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ จำนวน 1,127 ครัวเรือน (ร้อยละ 53.41) มีทุนทางสังคมและศักยภาพในพื้นที่ทั้งหมด จำนวน 476 ทุนทางสังคม เป็นคนเก่ง คนดี คนสำคัญ จำนวน 198 คน มีทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการจัดการตนเองด้านสังคม 433 ทุน ด้านเศรษฐกิจ 123 ทุน ด้านสภาวะแวดล้อม 88 ทุน ด้านสุขภาพ 180 ทุน ด้านการเมืองการปกครอง 130 ทุน ด้านการจัดการอาหารชุมชน 58 ทุน และเป็นทุนทางสังคมในชุมชนสามารถถอด

บทเรียน และจัดการเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ ได้พัฒนาตนเองให้เป็นศูนย์เรียนรู้ตำบลสุขภาพและเป็นศูนย์ประสานงานเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครราชสีมา และศูนย์ประสานงานเฝ้าระวังและป้องกันโควิด-19 (ศพ.) ของสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งสามารถจัดการเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่นทั่วประเทศ ในพื้นที่ตำบลมีรูปธรรมในการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ มีวิถีเกื้อกูลกันในชุมชน ได้แก่ 1) การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ เช่น จัดตั้งศูนย์จัดการภัยพิบัติระดับตำบล สร้างกลไกการทำงานด้านภัยพิบัติมีการพัฒนาอาสาสมัคร และการฟื้นฟูน้ำร้าง เพื่อเป็นแหล่งอาหารชุมชนในระยะเกิดภัยพิบัติ เป็นต้น 2) การจัดทำระบบข้อมูลพื้นที่ เช่น ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (TCNAP) การวิจัยชุมชน (RECAP) การจัดทำข้อมูลพื้นที่เสี่ยงภัย การจัดทำแผนที่ทำมือ และข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เป็นต้น 3) การสนับสนุนงานด้านการจัดการภัยพิบัติ เช่น การจัดตั้งกองทุนจัดการภัยพิบัติตำบล การให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยตำบล การจัดตั้งครัวชุมชน และการจัดตั้งโรงน้ำดื่มชุมชน เป็นต้น และ 4) การบูรณาการหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้องกับงานด้านภัยพิบัติ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ฝ่ายปกครอง หน่วยงานรัฐ เพื่อการหนุนเสริมทรัพยากร เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย และมีการถอดบทเรียนการช่วยเหลือผู้ประสบภัย เป็นต้น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 184 คน มีอาสาสมัครภัยพิบัติที่ผ่านการฝึกอบรม จำนวน 165 คน ชูรักษาความสงบหมู่บ้าน จำนวน 100 คน และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน จำนวน 190 คน

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

1. บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ พบว่า บทบาทพยาบาลชุมชน มีบทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ดังนี้

1.1. จัดทำข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประชากร กลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทรัพยากรในพื้นที่ แนวโน้มการเกิดภัยพิบัติ การนำข้อมูลมาจัดทำแผนที่เสี่ยงภัย แผนที่ทำมือ เพื่อวางแผนในการให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ

“... ตำบลเราทำข้อมูลแบบบูรณาการใช้ในการทำแผนจัดการภัยพิบัติ พยาบาลก็มาร่วมทำเอาข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน เราก็จะระบุกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กเล็ก คนพิการ การซ่อมแผน แบ่งบทบาทหน้าที่ ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

1.2. การประเมินความต้องการของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการของศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล เพื่อวางแผนในการจัดการภัยพิบัติ และการบริการสุขภาพสำหรับประชาชน

“...คณะกรรมการจัดการภัยพิบัติจะประกอบด้วย 4 องค์กรหลักในพื้นที่ หนึ่งในนั้นที่ขาดไม่ได้ก็คือพยาบาลวิชาชีพ ที่จะต้องร่วมเป็นหนึ่งในคณะทำงานเพื่อร่วมกันประเมินปัญหาความต้องการของชุมชนทั้งในระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ ธันวาคม 2562)

1.3. จัดทำแผนในการจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน โดยนำใช้ข้อมูลในระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ ที่ครอบคลุมทั้งระยะก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย

“... ตำบลเราทำข้อมูลแบบบูรณาการใช้ในการทำแผนจัดการภัยพิบัติ พยาบาลก็มาร่วมทำเอาข้อมูลด้านสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมกัน เราก็จะระบุกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เด็กเล็ก คนพิการ การซ่อมแผน แบ่งบทบาทหน้าที่ ประสานขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

1.4. การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ พยาบาลชุมชนต้องมีการเตรียมความพร้อมอัตรากำลังของบุคลากรด้านสุขภาพ การอบรมเพิ่มความรู้ พัฒนาทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ และการซ่อมแผนในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินของชุมชน

“...เวลาที่เราไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ ตำบลเราทำงานร่วมกันตลอดกับพยาบาลชุมชนจากโรงพยาบาล น้องเค้าเก่งมาช่วยสอนอาสาสมัครกับผม เขาผ่านการอบรม แต่ในอนามัยก็ลำบากนะพยาบาลแต่ละแห่งมีคนเดียว บางที่ย้ายไปย้ายมาอีก ขาดความต่อเนื่อง รพ.สต.ทุกแห่งต้องส่งพยาบาลไปอบรมภัยพิบัติหรือมาร่วมกับทีมทำงานในพื้นที่จะได้ทำงานง่าย...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติจังหวัดนครศรีธรรมราช กรกฎาคม 2562)

1.5. เสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับประชาชน ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน อาสาสมัครภัยพิบัติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ ทักษะในการเตรียมรับมือภัยพิบัติ เช่น การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ การอพยพเคลื่อนย้าย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลในภาวะฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ และการช่วยเหลือคนจมน้ำ เป็นต้น การสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ความสามารถในการฟื้นคืนกลับของชุมชนและให้ชุมชนให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางเมื่อเกิดภัยพิบัติ

“...หมออนามัยกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบลที่บ้านกำนัน ก็มีอบรมมาให้เตรียมพร้อมเราก็ก็นำมาทำแคร์ไม้ยกของขึ้นที่สูง ไปสืขามาไว้ เตรียมอาหาร เต่าถ่านไม้ฟืน ทำปลาแห้ง อยู่ได้ไม่ต้องอพยพ คนตื่นตัวรับผิดชอบครอบครัวตัวเองได้...” (ผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

“...เราจัดโครงการ อบรมหมอบุญบ้าน เรายกทีมไปอบรมที่หมู่บ้านเลย และก่อนนี้มีการอบรมเป็นประจำทุกปี ส่วนมากจะมีการอบรมปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล การห้ามเลือด การดูแลคนที่เป็นลม และการอบรมเรื่องการ CPR จัดร่วมกับโรงพยาบาล โดยอบรมให้อาสาสมัครภัยพิบัติ อสม. อบพร. และญาติคนไข้ บางรอบก็จัดที่ รพ.สต. บางรอบก็จัดที่ อบต. จัดปีละ 1-2 ครั้ง...” (พยาบาลวิชาชีพ ตุลาคม 2562)

1.6. การซ้อมแผนเสมือนจริง ในการจัดการภัยพิบัติร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครภัยพิบัติเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ การกำหนดเส้นทางอพยพ และการประเมินและคัดกรองผู้ประสบภัย

“...ในการฝึกซ้อมแผนของอาสาสมัครภัยพิบัติเพื่อทบทวนแผน พยาบาลมีบทบาทในการเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการซ้อมแผน การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระหว่างซ้อมแผนพยาบาลจะมีการกำหนดจุดคัดกรองผู้ประสบภัยตามธงสี เช่น สีเขียว สีเหลือง สีแดง เป็นต้น เมื่อประเมินอาการจะประสานส่งต่อด้วยรถพยาบาลโรงพยาบาลในกรณีที่อาการรุนแรง เป็นต้น หลังฝึกซ้อมพยาบาลจะมีการร่วมสรุปบทเรียนและปรับแผน...” (บันทึกภาคสนาม, ตุลาคม 2562)

1.7. จัดเตรียมสถานที่พักพิงในชุมชน โดยมีการคัดเลือกพื้นที่ปลอดภัยให้เป็นจุดพักพิง การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก ความพร้อมของสาธารณูปโภค การจัดสรรพื้นที่ให้เหมาะสม การจัดเตรียมพื้นที่เพื่อใช้ในการบริการสุขภาพ เช่น จุดคัดกรอง การปฐมพยาบาล การสังเกตอาการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เป็นต้น และการคำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ประสบภัย

“...ก่อนเกิดภัยเรามีการสำรวจทรัพยากร กำหนดจุดอพยพ จุดพักพิง ในส่วนพยาบาลก็มาช่วยดูว่าเหมาะสมไหมสำรวจความพร้อม กำหนดจุดที่ให้การดูแลทางการแพทย์...” (กำนัน กรกฎาคม 2562)

1.8. จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น มีการวางแผนในการเตรียมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ เช่น เลือซูชีพ ไฟฉาย เครื่องวัดความดันโลหิต ปอดวัดไข้ เครื่องปั่นไฟ และวิทยุสื่อสาร เป็นต้น

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ เช่น ยาและเวชภัณฑ์ ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็นเปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

1.9. การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โดยมีกรอบรมให้ความรู้เรื่องอันตรายที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ การป้องกันไฟฟ้าช็อต และการสนับสนุนให้ครัวเรือน ที่มีบ้านตั้งในพื้นที่เสี่ยงให้มีการย้ายสะพานไฟ ปลั๊กไฟให้เลื่อนสูงขึ้น และการจัดอบรมการฝึกสอนการว่ายน้ำและการช่วยชีวิตในน้ำสำหรับเด็กและเยาวชน

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการจัดเตรียมยา ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็น เปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

2. บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย พบว่าบทบาทพยาบาลชุมชนในระยะกู้ชีพกู้ภัย ดังนี้

2.1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในการแจ้งเตือนภัย พยาบาลชุมชนมีการสื่อสารสำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อแจ้งการอพยพหลากหลายช่องทาง เช่น การใช้วิทยุสื่อสาร (ว.แดง) กลุ่มไลน์ และแบบปากต่อปากโดยอ้อม. และอาสาสมัครภัยพิบัติแจ้งเตือนภัยที่บ้านกลุ่มประบาง

“...เมื่อเกิดน้ำท่วมกลุ่มเป้าหมายแรกที่จะต้องอพยพออกคือ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ เด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มนี้ต้องรีบพาออกมาก่อนเพื่อน พยาบาลเขาจะช่วยสื่อสารส่งข่าวทางไลน์ อสม.ด้วย ให้กลุ่มประบางอพยพ...” (ผู้ประสานงานเครือข่ายจัดการภัยพิบัติ ตุลาคม 2562)

2.2. การดูแลด้านสุขภาพผู้ประสบภัย พยาบาลชุมชนจะมีการจัดลำดับความสำคัญ การประเมิน การควบคุมการติดเชื้อ การจำแนกผู้ได้รับผลกระทบ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้าย การรักษา การป้องกันการเกิดโรคระบาด การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ด้านสุขอนามัย และประสานส่งต่อโรงพยาบาลในกรณีมีอาการรุนแรงหรือฉุกเฉิน

“...ยายเป็นโรคไตวายต้องฟอกไตทางหน้าท้อง ตอนน้ำท่วมพยาบาลที่อนามัยจะรู้ว่าเราออกไปไม่ได้ เขาประสานรถโรงพยาบาล มาส่งน้ำยาฟอกไตถึงบ้านเลย สอนการป้องกันการติดเชื้อ คือในบ้านเราไม่ท่วมแต่รอบบ้านท่วมหมดออกไปไหนไม่ได้ ถ้าอ้าวแม่เป็นไข้มาก (มีไข้สูง) จะคัดกรองแล้วก็ให้ทีมอาสาพาออกไปหาหมอที่โรงพยาบาล...” (ผู้สูงอายุ มีนาคม 2563)

2.3. การจัดทำข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ พยาบาลชุมชนมีการจัดระบบ การลงทะเบียนผู้ประสบภัยที่มาพักอาศัยในศูนย์พักพิง การคัดกรองผู้ป่วยและระบุตัวตนของผู้มารับบริการในศูนย์พักพิงและในชุมชน

“...ตำบลเรามีการพัฒนาระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ และการวิจัยชุมชนเพื่อรู้ทุนและศักยภาพของชุมชน โดยอาศัย 4 องค์กรหลักในพื้นที่มาร่วมกัน กำนัน ท้องที่ อบต. รพ.สต. แต่เมื่อเกิดภัยพยาบาลช่วยจัดระบบการลงทะเบียนคัดกรองผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง...” (กำนัน สิงหาคม 2562)

2.4. การจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับผู้ประสบภัย พยาบาลชุมชนมีการจัดเตรียม เช่น ยาแก้ปวด ยาลดไข้ ยาโรคประจำตัว อุปกรณ์ทำแผล และยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

“...พยาบาลเขามีหน้าที่เตรียมยาเวชภัณฑ์ เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ยาโรคประจำตัวต่าง ๆ ซึ่งพิจารณาจากที่เคยให้ไปแล้วเมื่อ 1 เดือน ซึ่งจะครบกำหนดมารับยาเพิ่มเมื่อไหร่ถ้าไม่มีอะไรก็ไม่ค่อยมีปัญหา ยกเว้นผู้ป่วยที่ถึงนัดในวันที่เกิดภัยพิบัติเราก็มียาอยู่แล้วสามารถนำไปได้เลย...” (ผอ.รพ.สต. สิงหาคม 2562)

2.5. การดูแลสุขภาพจิตและจิตสังคม ด้วยการประเมินด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย เช่น รับฟังอย่างตั้งใจ การเอาใจใส่ใกล้ชิด ยอมรับความรู้สึก และการประสานขอความช่วยเหลือหรือติดต่อญาติเพื่อบรรเทาความทุกข์ใจ

“...แม่เป็นโรคชรา นอนติดเตียง ฉันเป็นคนดูแล น้ำท่วมพยาบาลมาเยี่ยมที่บ้านเอาของมาให้ ยามาให้มาถามอาการว่าพริ้นหรือบ้าง แม่มีไข้ไหม อีคนเฝ้านี้เครียด ไม่รู้ว่าจะท่วมมากขึ้นไหม...” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

2.6. การสำรวจความต้องการพื้นฐาน โดยพยาบาลชุมชน มีการสำรวจข้อมูลของประชาชนในพื้นที่ และผู้ได้รับผลกระทบ ร่วมกับคณะกรรมการจัดการภัยพิบัติ เช่น สถานที่พักพิง เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ยารักษาโรค อาหาร น้ำดื่ม การดูแลสุขภาพกายเบื้องต้น การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ภัยพิบัติ

“...หมอเขามาเยี่ยมและให้ อสม. มาสำรวจข้อมูล ก็ถามว่าต้องการอะไร嘛 ชาติเหลืออะไร ส่วนใหญ่เราเตรียมไว้ แต่จะเพิ่มเรื่องที่พักพิงและคอยให้ข้อมูลว่าตอนนี้ความรุนแรงเป็นไปบ้าง...” (อสม. มีนาคม 2563)

2.7. การจัดเตรียมสถานที่พักพิงสำหรับผู้ได้รับผลกระทบ โดยมีการจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วน สำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วย และมีการจัดเวรยามเฝ้าตลอด 24 ชั่วโมง และการจัดการด้านสุขภาพ เช่น อาหาร น้ำดื่ม และการจัดการขยะ เป็นต้น

“...พยาบาลเขาออกหน่วยที่จุดพักพิงด้วย ไปช่วยวางระบบด้านสาธารณสุขว่าจะต้องมีจุดบริการถ้าเจ็บไข้ ไม่สบาย บริการคัดกรอง วัดความดัน ทำแผล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจะประสานส่งต่อโรงพยาบาลทันที อยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมง ประสานทีมกู้ชีพกู้ภัย 1669...” (ผู้ใหญ่บ้าน มีนาคม 2563)

2.8. การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้ประสบภัย ทั้งในระยะฉุกเฉินและภายหลังได้รับผลกระทบ เช่น การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การคัดกรอง และการรักษาเบื้องต้น เป็นต้น

“...น้องพยาบาลเขาจะมีการเตรียมยา ธงสีสำหรับคัดแยกผู้ประสบภัย รถเข็น เปลนอน เป็นต้น ประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้มีเพียงพอ และส่งต่อฉุกเฉินด้วยรถ 1669 และทีมกู้ชีพกู้ภัย...” (นักวิชาการสาธารณสุข มีนาคม 2562)

2.9. การป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรคติดต่อที่มีโอกาสเกิดขึ้นในกรณีภัยพิบัติ เช่น โรคท้องร่วง โรคติดเชื้อบริเวณผิวหนัง และโรคฉี่หนู เป็นต้น

“...การสื่อสารใช้วิทยุ ว.แดงและแจ้งผ่านกำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครภัยพิบัติร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติประจำตำบล โดยมีการประเมินสถานการณ์เพื่อออกแบบการอพยพ ซ้อมแผนการอพยพไปยังที่ปลอดภัย ประชาสัมพันธ์เส้นทาง การอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัยชั่วคราว และอพยพผู้ประสบภัย ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการนำส่งโรงพยาบาล...” (คณะกรรมการศูนย์จัดการภัยพิบัติ กรกฎาคม 2562)

3. บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู พบว่าบทบาทพยาบาลชุมชนในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

3.1. การฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ พยาบาลชุมชนประเมินและประสานความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยง และประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และคัดกรองในกลุ่มเปราะบาง

“...หลังน้ำท่วมพยาบาลกับ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบเพื่อประเมินคัดกรองสุขภาพจิต หากพบว่ามีความผิดปกติ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล ติดตามเยี่ยมประเมินซ้ำ และส่งต่อโรงพยาบาล...” (นักวิชาการสาธารณสุข พฤษภาคม 2562)

3.2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยและวางแผนการพยาบาล ในรายที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือผู้ประสบภัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และวางแผนในการดูแล

“...คุณพยาบาลจะมาเยี่ยมบ้าน แวะมาให้คำปรึกษาให้กำลังใจ มากับอสม. เอาถุงยังชีพมาให้ด้วย ตอนน้ำท่วมหนักบ้านฉันท่วมหมดเลย ไปอยู่ศูนย์พักพิงก็เครียดนอนไม่หลับ พอกลับมาอยู่บ้านได้ยินเสียงฝนตกนั้นนอนไม่ได้เลย...” (ผู้สูงอายุ กรกฎาคม 2564)

3.3. ทบทวนและปรับปรุงแผนการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และแผนการจัดการภัยพิบัติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการสุขภาพและวางแผนในการแก้ไข และร่วมในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติระดับตำบล

“...หลังน้ำท่วมเราต้องมาทำแผนกันใหม่ ประชุมกันว่าเรามีปัญหาอะไรบ้าง อย่างปีก่อนเราเกิดน้ำท่วมใน รพ.สต. เราต้องวางแผนจัดสรรงบประมาณมาทำแนวกันน้ำ จัดโซนต่างๆ ให้พร้อมรับมือสถานการณ์ จัดตั้งงบประมาณในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอ และเข้าร่วมกับคณะกรรมการจัดการภัยพิบัติเพื่อปรับปรุงแผนใหม่...” (พยาบาลวิชาชีพ ตุลาคม 2562)

3.4. การสรุปบทเรียนการจัดการภัยพิบัติและการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยร่วมกับศูนย์จัดการภัยพิบัติ องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครภัยพิบัติและแกนนำภาคประชาชน ร่วมกันสรุปบทเรียน

“...เรามีการสรุปบทเรียนหลังเกิดภัยถึงปัญหาอุปสรรค ประเมินผล เพื่อปรับแผนการจัดการภัยพิบัติ และส่วน รพ.สต. จะมีการปรับแผนบริการสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างปีก่อนพบว่าน้ำท่วมเข้า รพ.สต.เราก็ต้องนำกระสอบทรายมาทำกั้นไว้ไม่ให้น้ำเข้า เราก็ต้องทำแผนในการเตรียมแก้ปัญหาน้ำท่วมหน่วยบริการด้วย...” (พยาบาลวิชาชีพ สิงหาคม 2562)

3.5. การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การปรับปรุงและซ่อมแซมบ้านเรือนผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น

“...เราให้ อสม.ผู้ใหญ่บ้าน สำรวจข้อมูลว่าบ้านใครได้รับผลกระทบบ้าง แล้วก็ส่งเรื่องไป อบต. เขาก็จะมีงบประมาณมาช่วยซ่อมให้ กับระดมแรงในแต่ละช่วยกันซ่อม แต่ว่าถ้าบ้านผู้สูงอายุ กลุ่มด้อยโอกาสที่สภาพไม่มั่นคงตำบลเราก็มีคณะกรรมการบ้านพอเพียงเรา ขอของ พอข. ได้งบประมาณปรับปรุง ซ่อมแซมบ้านให้...” (พยาบาลวิชาชีพ สิงหาคม 2562)

3.6. การช่วยเหลือด้านจิตสังคมผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยการติดตาม ประเมิน และคัดกรองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบภัย

“...หลังเกิดภัยก็มีพยาบาลประเมินภาวะซึมเศร้าประเมินความเครียดหรือวิตกกังวล เราก็เยี่ยมแต่ละบ้านอยู่แล้ว พูดคุยให้คำปรึกษาให้กำลังใจ...” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. สิงหาคม 2562)

3.7. การฟื้นฟูสุขภาพให้การดูแลผู้ประสบภัยที่มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับยาต่อเนื่อง พยาบาลชุมชน มีบทบาทในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสุขภาพ

“...หลังน้ำลด หมอก็มาเยี่ยมบ้าน แวะมาถามว่าพร่นพรี มีเจ็บมีไข้ไหม แล้วก็เอายามาให้พวกอินชูลิน ยายเป็นเบาหวานต้องฉีดทุกวันเช้าเย็น หมอเคลียร์ว่ายาใกล้หมดก็เอามาให้ เพราะเราไปไม่รอดนี่...” (ผู้สูงอายุ ตุลาคม 2562)

3.8. การให้ความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พยาบาลชุมชนให้ความรู้สำหรับผู้ได้รับผลกระทบในหมู่บ้าน และมีการสำรวจบ่อน้ำ และการล้างบ่อน้ำดินในชุมชน

“...ทีม รพ.สต. และพยาบาลเราก็จะออกตรวจดูพวกบ่อน้ำ รพ.สต. เราจะสนับสนุนคลอรีน และ EM ball ไปใส่บ่อน้ำดิน เพื่อควบคุมโรค และเราก็อบรมให้ความรู้ประชาชนเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง...” (ผู้อำนวยการ รพ.สต. สิงหาคม 2562)

อภิปรายผล

บทบาทพยาบาลชุมชนในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติที่มีความครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ 2) บทบาทในระยะกู้ชีพ และ 3) บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ดังนี้

1. บทบาทในระยะการป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ในระยะนี้พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการป้องกันและเตรียมความพร้อม ได้แก่ การจัดทำข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพ การประเมินความต้องการของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ร่วมจัดทำแผนในการจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพ การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ การซ่อมแซมเสมือนจริง ร่วมจัดเตรียมสถานที่พักพิงในชุมชน จัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น การป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีขีดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention/mitigation phase) ประกอบด้วย 2 สมรรถนะ คือ 1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การใช้ข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยง และผลที่เกิดจากความเสี่ยงสำหรับชุมชน และกำหนดวิธีการให้การพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกับบุคลากรสุขภาพอื่น องค์กรชุมชน ภาครัฐ และเอกชน เพื่อพัฒนาวิธีการลดความเสี่ยง พยาบาลมีส่วนร่วมกับผู้

เกี่ยวข้องในการวางแผน เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนขณะเกิดภัย ระบุประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง หาวิธีการลดความเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง และทำงานร่วมกับหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้แก่ชุมชนในการเตรียมรับมือภัยพิบัติ และ 2) การพัฒนานโยบายและการวางแผน โดยพยาบาลอธิบายบทบาทขององค์กรและหน่วยงานภาครัฐในการวางแผนและการรับมือภัยพิบัติ และมีส่วนร่วมในการวางแผนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสาธารณภัยและปรับปรุงแผน ระยะที่ 2 ระยะเตรียมความพร้อม (preparedness phase) ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ คือ 1) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การปกป้องสิทธิ คุณค่า เกียรติยศและศักดิ์ศรีของบุคคลและชุมชน ปฏิบัติได้สอดคล้องกับความเชื่อทางวัฒนธรรม สังคมของบุคคลและชุมชน และรักษาความลับของผู้ได้รับผลกระทบ 2) การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล โดยพยาบาลสามารถสื่อสารสู่ผู้รับผิดชอบได้ ใช้เครื่องมือหรือวิธีการสื่อสารที่มีความหลากหลาย ประสานข้อมูลต่างๆ กับทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ มีกระบวนการจัดการข้อมูลสุขภาพในกรณีภัยพิบัติ และมีการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้เหมาะสม และ 3) การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อม พยาบาลมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เช่น การจัดโครงการฝึกอบรม มีส่วนร่วมในการฝึกเตรียมรับสาธารณภัยในหน่วยงานและในชุมชน พัฒนาแผนในการรับมือภัยพิบัติ โดยพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนรับมือภัยพิบัติ และมีการประเมินความพร้อมของชุมชน เป็นต้น (ICN, 2011) ซึ่งหากพยาบาลได้รับการฝึกอบรมเตรียมพร้อมรับมือ ภัยพิบัติจะสามารถเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ ส่งผลให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Colon & Wiechula, 2011) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการ ภัยพิบัติโดยการเสริมสร้างให้ชุมชน มีการเตรียมความพร้อม มีการวางแผนการจัดการภัยพิบัติ การให้การพยาบาลด้านสุขภาพสำหรับผู้ประสบภัย (กวิสราร ธนเพิ่มพร และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์, 2561) พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานระหว่างสถานบริการกับชุมชน ในการกำหนดนโยบายสนับสนุน และให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ประสบภัย มีการเตรียมความพร้อมบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติการเชิงรุก วางแผนการดูแล ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะวิกฤตระหว่างทีมดูแลรักษา และเตรียมความพร้อมผู้ประสบภัย (Cosgrave, 2014)

2. บทบาทในระยะกู้ชีพกู้ภัย ในระยะนี้พยาบาลชุมชนมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสารแจ้งเตือนภัย การดูแลด้านร่างกาย การจัดทำข้อมูลผู้ประสบภัย การจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น การสำรวจความต้องการพื้นฐาน การจัดเตรียมสถานที่พักพิง การจัดเตรียมอาหาร การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 3 ระยะรับมือ/ตอบสนองภัยพิบัติ (response phase) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ คือ 1) การดูแลชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยจากภัยพิบัติ การประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ความเพียงพอของทรัพยากร สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัย การประสานงาน การทำงานร่วมกับทีมกู้ชีพกู้ภัย การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ประสบภัย เช่น การพยาบาลผู้บาดเจ็บ การส่งต่อเพื่อรับการรักษา การให้ความรู้แก่ชุมชน และการมีส่วนร่วมในทีมการช่วยเหลือ เป็นต้น 2) การดูแลบุคคลและครอบครัว โดยพยาบาลมีการประเมินความต้องการทางการพยาบาลของผู้ประสบภัย ประเมินภาวะสุขภาพ ผลกระทบของ ภัยพิบัติต่อปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ป้องกันการติดเชื้อ การปฏิบัติการช่วยเหลือตามแผน โดยใช้หลักการดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ใช้หลักการ triage เพื่อคัดแยกผู้ประสบภัยตามความเร่งด่วน การบันทึกสถานการณ์การบาดเจ็บ และผลการรักษาพยาบาล โดยคำนึงถึงความแตกต่างเชิงสังคมและวัฒนธรรม การให้การดูแลโดยไม่อคติ และการประสานงานเพื่อการส่งต่อ 3) การดูแลจิตใจ โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้ประสบภัยของผู้ประสบภัยที่มีความแตกต่างกัน เช่น เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ มีปัญหาโรคเรื้อรัง และการดูแลด้านจิตใจผู้ประสบภัย และ 4) การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยพยาบาลมีบทบาทในการระบุ

หรือประเมินกลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และการส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (ICN, 2011) โดยควรมีการออกแบบบริการเชิงรุกในชุมชน การออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่อง การรับและส่งต่อผู้ประสบภัย เมื่อเกิดภัยพิบัติโดยทีมสุขภาพและชุมชน จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศจำเป็นต่อการตัดสินใจและการรักษาของทีมสุขภาพมีความสามารถในการประเมินปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ประสบภัย สามารถจัดการให้ได้รับบริการตามความเหมาะสม ให้การดูแลกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยได้ (ดราวรรณ รองเมือง, อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, ประไพพิศ สิงหเสน และทักษิศา ชัยวรรัตน์, 2560)

3. บทบาทในระยะหลังเกิดภัยและฟื้นฟู ในระยะนี้พยาบาลชุมชนให้ความสำคัญในการฟื้นฟูด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ การประสานความช่วยเหลือ การคัดกรอง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยและวางแผนการพยาบาล การทบทวนและปรับปรุง การสรุปบทเรียน การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีขีดความสามารถ ในการเผชิญกับสถานการณ์ภัยพิบัติ ระยะที่ 4 ระยะพัก/ฟื้นฟูสภาพ (recover/rehabilitation phase) ประกอบด้วย 1 สมรรถนะ คือ การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลเพื่อฟื้นฟูบุคคลและครอบครัว ได้แก่ (1) พัฒนาแผนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยทั้งในระยะสั้น และระยะยาว (2) ประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อระบุความต้องการของผู้ประสบภัย และปรับปรุงแผนในการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการ (3) ส่งต่อผู้ประสบภัย เพื่อให้ได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ (4) สอนให้ผู้รอดชีวิตจากสาธารณภัยรู้จักวิธีการป้องกันตนเอง จากการบาดเจ็บและป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บป่วยอื่นๆ (5) ให้การช่วยเหลือแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนในการฟื้นฟู และ (6) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทางสุขภาพหลังเกิดภัยพิบัติในชุมชน เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับความช่วยเหลือ (7) การดูแลเพื่อฟื้นฟูชุมชน เช่น เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับมือภัยพิบัติและประเมินการรับมือ และการปฏิบัติของพยาบาลระหว่างเกิดภัยพิบัติ เพื่อปรับปรุงแก้ไขร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ในการปรับปรุงและพัฒนาการรับมือภัยพิบัติ ระบุประเด็นที่ต้องแก้ไข และช่วยเหลือชุมชนในการเปลี่ยนผ่านจากระยะการรับมือภัยพิบัติ การช่วยเหลือในการพัฒนากลยุทธ์ในการฟื้นฟูชุมชน และประสานความร่วมมือกับกลุ่ม องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ICN, 2011) และในระยะนี้ ให้ความสำคัญการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อป้องกันปัญหาการเกิดโรคทางจิตเวชหลังเกิดภัยพิบัติ ด้วยการเก็บข้อมูล วางแผนการพยาบาล ประสานงาน (คณิงนิจ จันทรทิน, 2560)

พยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในทีมของการจัดการภัยพิบัติในระดับตำบล ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินการกับทุนทางสังคม โดยไม่ได้ทำเพียงมิติด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพ สภาวะแวดล้อม และด้านการเมืองการปกครอง รวมถึงสนับสนุนให้ชุมชนใช้หลักชุมชนจัดการตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ ให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางการจัดการภัยพิบัติ ช่วยให้ชุมชนรู้รับปรับตัวให้เร็วที่สุด อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรม เพื่อการพัฒนาศักยภาพด้านการพยาบาลสาธารณภัย และยังขาดการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับชุมชน การให้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เน้นการบริการในระยะขณะเกิดภัยพิบัติ หากพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีอัตรากำลังเพียงพอ จะช่วยให้พยาบาลชุมชนให้บริการสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลชุมชนควรจะ: (1) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนเกิดภัย และวางแผนในการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ (2) จัดทำข้อมูลและใช้ข้อมูลในการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติ (3) ผลักดันให้ทุนทางสังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมในการบริการสุขภาพ และ (4) พัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชน ให้เป็นผู้จัดการภัย

พิบัติในระดับตำบล 2) ด้านการศึกษา สถาบันการศึกษาควรประสานกับสภาการพยาบาล เพื่อเปิดหลักสูตรอบรมระยะสั้น การจัดการภัยพิบัติสำหรับพยาบาลชุมชน 3) ด้านการวิจัย สถาบันการศึกษาพยาบาลควรพัฒนาโครงการวิจัยที่มีความหลากหลายพื้นที่ เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชน ทูทางสังคม และเสริมสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการร่วมกัน จัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และ 4) ด้านนโยบาย สภาการพยาบาล ประเทศไทย ควรจะ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติ สำหรับพยาบาลชุมชนในการทำงานร่วมกับทูทางสังคมในการบริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ (2) สนับสนุนให้พยาบาล ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพการพยาบาลสาธารณสุข และ (3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อ บริการสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ และสอดคล้องตามกรอบสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติในชุมชนทุกท่านที่กรุณาให้ ข้อมูล ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (ศวช.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กฤติสร ธนเพิ่มพร และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. (2561). การจัดการด้านสุขภาพในศูนย์พักพิงชั่วคราวในชุมชน: บทบาท พยาบาลสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 11(1), 14-26.
- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. (2559). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(1), 2-13.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *การสาธารณสุขไทย 2559-2560*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สงจันทร์การพิมพ์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2553). ระบบสุขภาพชุมชน กระบวนการทำงานร่วมกันของ 3 ระบบใหญ่ในชุมชน. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ชิส์เต็มส์.
- ชนิษฐา นันทบุตร. (2561). *การวิจัยชุมชนด้วยวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน (สำนัก 3).
- ชนิษฐา รัตนกัลยา. (2560). การเตรียมพร้อมพยาบาลเพื่อรับมือภัยพิบัติ. *เชิงรายวารสาร*, 9(2), 147-156.
- คณินิจ จันทรินทร์. (2560). บทบาทพยาบาลสาธารณสุขในการช่วยเหลือด้านจิตสังคมของผู้ประสบภัย. *วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย*, 10(1), 35-43.
- เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่. (2556). 7+1 นโยบายสาธารณะ ร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ 88 ข้อเสนอ (ปฏิบัติการ). สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.dol.thaihealth.or.th/Media/Index/f9c934b6-47f9-e711-80de-00155d84fa40?isSuccess=False>
- ดรรารณ รองเมือง, อติญาณ ศรีเกษตริน, ประไพพิศ สิงหเสน และทักษิภา ชัยวัฒน์. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วม. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(3), 3-14.
- พลสุข ศิริพล และ สุพัฒนา ศักดิฐฐานนท์. (2555). การพยาบาลภาวะพิบัติภัย: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27 (ฉบับพิเศษ), 18-30.

- พลสุข ศิริพล, สุกพัฒนา ศักดิชฐานนท์, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, และนิลบล รุจิระประเสริฐ. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาสมรรถนพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัย. คณะกรรมการดำเนินงานแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2. ขอนแก่น: คลังนา.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช. (2557). การพยาบาลสาธารณภัย. กรุงเทพฯ: ปิยะนันทน์พับลิชชิง.
- ศิรินันต์ สุวรรณโมลี. (2552). การศึกษาแนวทางการพัฒนาการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นฐานจากภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาชุมชนบ้านน้ำเค็ม ตำบลบางม่วง อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรชีวภาพ คณะทรัพยากรชีวภาพและเทคโนโลยี). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, ธีรภัทร์ ลอยวิรัตน์, ปรียานุช วัฒนกุล และอาภรณ์ จวนสง. (2563). แนวทางการบริหารจัดการภัยพิบัติ: จากภาครัฐสู่ชุมชน. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร., 8(1), 348-360.
- สุนันทา ลักษิณีทิศา, และอุไร หักกิจ. (2550). การดูแลแผลผู้ประสบภัยพิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(5), 389-400.
- สุพรรณนา ครองแถว และ นพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2558). แนวคิดและบทบาทในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 21(2), 141-157.
- Banks, L. (2013). Caring for elderly adults during disasters improving health outcomes and recovery. *Southern Medical Journal*, 106(1), 94-98.
- Conlon, L., & Wiechula, R. (2011). Preparing nurses for future disasters-the Sichuan experience. *Emergency Nursing Journal*, 14(4), 246-250.
- Cosgrave, J. (2014). *Responding to flood disasters: learning from previous relief and recovery operations*. Retrieved February 4, 2021, from file:///C:/Users/Admin/Downloads/alnap-lessons-flood-cosgrave.pdf
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific & United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2012). *Reducing vulnerability and exposure to disasters: The asia-pacific disaster report 2012*. Bangkok: UNESCAP/UNISDR.
- International Council of Nurse. (2011). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization and International Council of Nurses.
- International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies. (2016). *World disasters report resilience: saving lives today, investing for tomorrow*. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies.
- Lincon, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva: Switzerland.