

ระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน*

Community Management System for care of Emergencies

จงกณณี จันทรศิริ วท.ม** ขนิษฐา นันทบุต APN, Ph.D.***

Jongkolnee Chantarasiri** M.S Khanitta Nuntaboot, APN, Ph.D.***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2556

Volume 36 No.4 (October-December) 2013

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินในประเด็น 1) ความหมายกรณีฉุกเฉิน 2) ลักษณะกรณีฉุกเฉิน 3) ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน 4) ลักษณะการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชน และ 5) เงื่อนไขการจัดการของชุมชนในกรณีฉุกเฉิน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2553 ถึง เดือนธันวาคม 2554 โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม จากผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป จำนวน 84 คน และ 137 คนตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า 1) ชุมชนให้ความหมายกรณีฉุกเฉินตามมิติเชิงชีวการแพทย์ และรวมความถึงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต 2) ลักษณะกรณีฉุกเฉิน เป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวัน 3) ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง 4) ลักษณะการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชน ได้แก่ การบำบัด การบรรเทาอาการ การช่วยชีวิต การจัดสวัสดิการ และการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือกัน และ 5) เงื่อนไขการจัดการของชุมชนในกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ การมีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง การสร้างกระบวนการรับรู้ข้อมูลชุมชน การใช้ช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ และความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน

คำสำคัญ: กรณีฉุกเฉิน ระบบการจัดการ ชุมชน

Abstract

This ethnographic study aimed to study the management systems of the community for care of emergencies; meaning of emergencies, characteristics of emergencies, needs of care of emergencies, characteristics of community care for emergencies, and conditions related to care of emergencies. Data was collected, during January 2010–December 2012, by using of participatory observation, in–depth interview, group discussion. 84 key informants and 137 general informants were recruited. Content analysis was used to analyze data. The results revealed that 1) the meaning of emergencies including the biomedical concept in emergency and situations on life styles, 2) characteristic of emergencies was the harmfulness situations to daily life, 3) need of care of emergencies was identified as the risk group of population, 4) characteristics of community care for emergencies were helping and decreasing of hardness situations, life support, welfare, and helping network, and 5) conditions related to care of emergencies were data based of the risk population, receiving process on community data, multichannel to communication and strengthening community organizations.

keywords: emergency, management systems, community

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาลำดับชั้นปริญญาตรี สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรณีฉุกเฉินมีความหมายว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือในทันทีทันใด เกิดขึ้นได้กับบุคคล ทุกเพศทุกวัยหรือกลุ่มคน ชุมชน โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ไม่เพียงแต่จากการเจ็บป่วยเท่านั้น¹ กรณีฉุกเฉินจึงถือว่าเป็นความต้องการการดูแลช่วยเหลือทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง การเสียชีวิตของประชากรไทยที่มีสาเหตุมาจากกรณีฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น² นอกจากจะทำให้เกิดการเสียชีวิตดังที่กล่าวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล องค์กร ชุมชน และสังคมโดยรวมได้ ในปีหนึ่ง ๆ พบว่า ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ คิดเป็นค่าใช้จ่ายมหาศาล มีประชากรที่ต้องพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น³ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกรณีฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกมิติ

การจัดการกรณีฉุกเฉินในบริบทของประเทศไทยนั้นให้ความสำคัญกับกรณีฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรเป็นส่วนใหญ่⁴ โดยในปี พ.ศ.2551 ได้มีการใช้พระราชบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐต้องจัดให้มีหน่วยกู้ชีพขึ้น และได้มีหน่วยงานการกุศลที่ไม่หวังกำไร รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทร่วมในการรับส่งผู้บาดเจ็บในระยะต่อมา⁵ อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์ของกรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในพื้นที่นั้น มีความหมายมากกว่ากรณีอุบัติเหตุจราจร ซึ่งสะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงมุมมองที่แตกต่างมีต่อกรณีฉุกเฉินระหว่างมิติทางวิชาการแพทย์กับมิติของชาวบ้าน เช่น การกำหนดกลุ่มอาการและโรคที่เข้าเกณฑ์เป็นกรณีฉุกเฉินในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยกู้ชีพ⁶ ในขณะที่ในทางวิชาการแพทย์กำหนดให้กรณีฉุกเฉินเป็นการบาดเจ็บ 19 สาเหตุเท่านั้น เหล่านี้ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ดังกรณีตัวอย่างการศึกษาการเจ็บป่วยฉุกเฉินเรื่องเล่าจากห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการที่รับรู้ว่าเป็นเรื่องฉุกเฉิน แต่แพทย์ให้ข้อคิดเห็นว่าไม่ฉุกเฉินเนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินที่กำหนดไว้ในทางการแพทย์⁷

งานวิจัยที่ผ่านมา⁸⁻¹⁴ มุ่งทำความเข้าใจในการจัดการกรณีฉุกเฉินกรณีอุบัติเหตุจราจร ในขณะที่ปรากฏการณ์ที่เห็นนั้น มีการให้การช่วยเหลือกันของคนในชุมชนในหลาย ๆ ลักษณะที่ได้รับการบอกกล่าวว่าเป็นกรณีฉุกเฉินที่ต้องให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เป็นไปตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ และเกิดจากประสบการณ์ที่เคยพบมากับตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนดบนฐานคิดที่แตกต่างที่เกี่ยวข้องกับกรณีฉุกเฉินที่ในชุมชนใช้บริบทสังคมวัฒนธรรมเป็นตัวตั้ง และอาศัยประสบการณ์ที่สั่งสมมาของคนที่เกี่ยวข้องกับกรณีฉุกเฉินกับบริบททางการแพทย์ที่ใช้เป็นฐานคิดสำคัญของการให้บริการกรณีฉุกเฉินที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินในชุมชนตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ทั้งในมิติของ 1) ความหมายกรณีฉุกเฉิน 2) ลักษณะกรณีฉุกเฉิน 3) ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน 4) ลักษณะการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชน และ 5) เงื่อนไขการจัดการของชุมชนในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการออกแบบบริการสำหรับกรณีฉุกเฉินที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ในมิติ 1) ความหมายกรณีฉุกเฉิน 2) ลักษณะกรณีฉุกเฉิน 3) ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน 4) ลักษณะการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชน และ 5) เงื่อนไขการจัดการของชุมชนในกรณีฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา เพื่อสะท้อนให้เห็นระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ผู้วิจัยเชื่อว่า การที่ผู้วิจัยเข้าไปอยู่ในบริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา จะทำให้เห็นตัวอย่างของกรณีฉุกเฉินตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

สถานที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ซึ่งผู้วิจัยมองเห็นว่าเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน มีการจัดการดูแลประชากรในพื้นที่อย่างหลากหลาย ตลอดจนลักษณะพื้นที่เป็นชุมชนใกล้เคียงเมือง ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสามารถสะท้อนระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินได้

ผู้ให้ข้อมูลและการเข้าถึง ผู้ให้ข้อมูลมี 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 84 คน เป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในกรณีฉุกเฉิน และผู้ให้ข้อมูลทั่วไป จำนวน 137 คน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการกรณีฉุกเฉินในชุมชน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยการเข้าไปอยู่ในชุมชน โดยผ่านโครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษาในเบื้องต้น ผู้วิจัยเข้าไปพักอาศัยกับคนในชุมชน ร่วมทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ทำให้ผู้วิจัยเกิดความคุ้นชินกับคนในชุมชน ทำให้สามารถเห็นผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไปได้ รวมถึงการบอกกล่าวของคนในชุมชนถึงการมีประสบการณ์ในกรณีฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2554 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา และสถานที่ที่แตกต่างหลากหลายตามกิจกรรมที่ปรากฏในชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน การไปสังเกตในตลาดนัดชุมชน การเข้าร่วมทำงานกับองค์กรท้องถิ่น การเข้าร่วมประชุมกับคนในชุมชน เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยทำการถอดเทปเสียง ทำการอ่านซ้ำหลาย ๆ ครั้ง และทำการสรุปความจากข้อมูล นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปริกษาหารือกับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนการสรุปผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความปลอดภัย การยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่โครงการ HE522275) ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยชื่อ และยึดถือการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากการวิจัยตอนใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการได้ประโยชน์ตามปกติที่เคยได้รับจากชุมชน

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ในมิติ 1) ความหมายกรณีฉุกเฉิน 2) ลักษณะกรณีฉุกเฉิน 3) ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน 4) ลักษณะการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชน และ 5) เงื่อนไขการจัดการของชุมชนในกรณีฉุกเฉิน ผลการศึกษาจำแนกตามมิติต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ความหมายกรณีฉุกเฉินของชุมชน

การให้ความหมายกรณีฉุกเฉินของชุมชน เป็นการผสมผสานแนวคิดกรณีฉุกเฉินที่เป็นไปตามมุมมองด้านชีวการแพทย์และมุมมองของชุมชน กล่าวคือเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ การเจ็บป่วยต่าง ๆ เรื่องเดือดร้อน เรื่องจำเป็น เหตุการณ์ไม่สงบ เหตุทะเลาะวิวาท ภัยคุกคาม ภัยพิบัติต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล ดังนี้

“...ฉุกเฉินตอนนี้คือชาวบ้านเป็นเบาหวานกันหลาย คนเบาหวานก็จะมีน้ำตาลขึ้นน้ำตาลลง ต้องรีบนำไปหาหมอ...”

อาสาภูมิคุ้มกัน, เมษายน 2554

“...ฉุกเฉินเป็นเรื่องอะไรก็ได้ที่ชาวบ้านเดือดร้อน มาขอร้องให้ช่วย ... ยากจน ไม่มีข้าวกินก็เป็นเรื่องฉุกเฉิน ไฟไหม้ก็เป็นเรื่องฉุกเฉิน...”

สนทนากลุ่มอาสาสมัครภูมิคุ้มกัน, มีนาคม 2554

2. ลักษณะการเกิดกรณีฉุกเฉินในชุมชน

ลักษณะของการเกิดกรณีฉุกเฉินในชุมชนมี 2 มิติ ได้แก่ 1) กรณีฉุกเฉินจากการเจ็บป่วย โดยเป็นการ

เจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคระบาด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ และ 2) กรณีฉุกเฉินที่เป็นมิติเชิงสังคม ได้แก่ การเกิดภัยพิบัติ น้ำท่วม ไฟป่า ภาวะแล้ง ก่อให้เกิดความขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ ภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์ เช่น การเผาป่า ไฟไหม้บ้าน ปัญหาภัยคุกคาม ที่เกิดจากการเสพยาเสพติดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ เช่น วัยรุ่นนกินเหล้าตีกัน วัยรุ่นก่อเหตุทะเลาะวิวาท ฆาตกรรมฆ่าชิงทรัพย์ เรื่องเดือดร้อนต่างๆ ปัญหาความยากจน ไม่มีเงินใช้ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ไม่มีคนดูแล การไม่มีอาชีพ ไม่มีที่ทำกิน ไม่มีที่อยู่อาศัยเรื่องจำเป็นต่างๆ เช่น ไม่มีรถรับส่งเมื่อจำเป็นต้องไปรับโรงพยาบาล ไม่มีรถไปรับยา ไม่มีรถไปฉีดวัคซีนตามกำหนด ไม่มีรถรับกลับบ้านเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไม่มีรถเคลื่อนย้ายศพเมื่อเสียชีวิต เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อมูล ดังนี้

“...เรื่องด่วนๆของชาวบ้านตอนนี้คือ ไม่มีเงินค่ารถไปหาหมอ ถ้าไม่ได้ไปก็ไม่มียามากิน แม้มียัตรทองก็ไปเอายาไม่ได้ อย่างนี้ก็ถือว่าเป็นกรณีฉุกเฉิน...”

ประธานกลุ่มเยาวชน, กรกฎาคม 2554

“...เด็กน้อยตกต้นไม้ ไฟไหม้ ผัวเมียทะเลาะกัน ตีกัน ก็ว่ามันฉุกเฉินหมด คนกินเหล้า ส่งเสียงดัง รบกวนชาวบ้าน ไม่ได้หลับไม่ได้นอน ก็ฉุกเฉินเพราะมันจะทำให้ชาวบ้านเดือดร้อน นอนไม่พอ คนกินเหล้าเองบางทีก็ตีกัน...เจ็บมากก็ต้องเอาไปหาหมอ...มันฉุกเฉินทั้งหมด...”

สนทนากลุ่มแม่บ้าน, มิถุนายน 2554

“...เรื่องทุกขใจตอนนี้คือ ไม่มีที่อยู่ บ้านโดนยึด เราไม่มีเงินไปส่งธนาคารเขา เขาก็ยึด ลูกก็ป่วยเป็นบ้า ตอนนี้ก็อาศัยพี่น้องเขา เกรงใจมาก จะหาซื้อที่อยู่เองก็ไม่มีเงิน มันเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉินในชีวิตเรา...”

แม่ของผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่ง, ธันวาคม 2553

3. ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินจำแนกตามกลุ่มประชากร 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่เป็น

ประชากรเป้าหมายสำคัญที่มีโอกาสเกิดกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคหัวใจ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง และผู้ป่วยจิตเวช) และ 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กและวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เกษตรกร รวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย ทั้งนี้พบว่า ความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินนั้นมี 4 ด้านคือ 1) ความต้องการการบำบัดรักษา 2) การบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกรณีฉุกเฉิน 3) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกรณีฉุกเฉินเป็นความต้องการการดูแล ที่มุ่งเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉิน และ 4) การจัดการด้านสวัสดิการและการสนับสนุนอื่นๆ เป็นความต้องการการดูแลด้านวิถีชีวิต ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัว และสังคม ดังตัวอย่างข้อมูล ดังนี้

“...ตาเคยช็อก หน้ามืด ยายให้กินน้ำหวาน เรียกรถกู้ชีพของหมวดตึง(นามสมมติ)นำไปส่งโรงพยาบาลทัน...”

ตามี(นามสมมติ), มีนาคม 2554

“...เวลาเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็ไม่รู้จะทำยังไง มีโทรศัพท์ที่กดเองไม่ได้ มองไม่ค่อยเห็น เอาไว้รับอย่างเดียว เมื่อเดือนก่อนคลานไปหุงข้าว ถูกน้ำข้าวลวกขา ก็ไม่รู้จะทำยังไง ก็เอาน้ำเย็นราดขาไว้ก่อน รอจนน้องสาวเอาข้าวมาให้ในวันรุ่งขึ้น เขาก็มาเห็นว่าขาโดนน้ำร้อนลวก เขาก็ไปตามรถกู้ชีพมารับไปโรงพยาบาล...”

ผู้พิการคนหนึ่ง, กุมภาพันธ์ 2554

“...คนแก่เด็กเยาวชนเป็นคนที่เกิดปัญหาได้บ่อย พวกนี้ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ อาจเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิด คนแก่ก็หกล้มง่าย วัยรุ่นดื่มเหล้าแล้วตีกัน ไปดูหมอร่าก็ตีกัน เด็กเป็นไข้เลือดออก พวกนี้ต้องถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉิน...”

ผู้นำชุมชนคนหนึ่ง, กุมภาพันธ์ 2554

4. ลักษณะการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน

ทั้งนี้พบว่า มีลักษณะการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน 4 ลักษณะคือ 1) การช่วยเหลือ

เพื่อการบำบัด บรรเทาอาการเมื่อเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ประสบเหตุพ้นจากอาการคุกคามที่กำลังเกิดขึ้น เกิดความผ่อนคลาย และสุขสบาย 2) การช่วยเหลือที่เป็นการช่วยชีวิต เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ หลังจากการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการแล้วไม่ดีขึ้น 3) การช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เพื่อบรรเทาความเดือดร้อน การช่วยเหลือในทุกด้านที่ถูกร้องขอ การตอบสนองความต้องการของประชาชน และการแก้ไขปัญหาที่เป็นเรื่องเดือดร้อน และความต้องการของประชาชน และ 4) การช่วยเหลือในลักษณะเครือข่าย เป็นการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินทั้งในมิติที่เป็นการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและมิติด้านสังคมเพื่อช่วยเหลือบรรเทาเรื่องเดือดร้อน ป้องกันเหตุร้าย เหตุการณ์ไม่สงบ และภัยพิบัติ ดังตัวอย่างข้อมูล ดังนี้

“...การดูแลเมื่อเจ็บป่วย เบื้องต้นไปสถานีอนามัย เช่น เป็นหวัด เป็นไข้ ท้องเสีย หากอนามัยรับไม่ได้ ก็ส่งไปโรงพยาบาลจังหวัด ประสานงานกับสถานีอนามัย อบต.มีรถรับส่งฉุกเฉิน ใครอยู่ ใครสะดวกก็ไปส่วนใหญ่ไทบ้านช่วยไทบ้านกันเอง...”

ผู้นำชุมชนคนหนึ่ง, มิถุนายน 2553

“...เวลาเกิดฉุกเฉินขึ้นมา ผมก็จะปัมหัวใจ ผมเคยเรียนการปัมหัวใจช่วงที่ไปเลี้ยงวัวให้หมอที่โรงพยาบาลจังหวัด หมอเขาสอนให้ผม ผมเคยปัมหัวใจให้พ่อ 4-5 ครั้งแกก็ตื่น...”

บุตรชายผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง, มกราคม 2554

5. ปัจจัยเงื่อนไขการดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนให้เห็นเงื่อนไขการดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน ดังนี้

1) การมีฐานข้อมูลที่แยกส่วนกันของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้การจัดการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินขาดประสิทธิภาพและไม่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้ง 2 มิติ

2) การสร้างกระบวนการรับรู้ข้อมูลความเข้าใจต่อปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชนที่ครอบคลุมทั้ง 2 มิติ และเป็นข้อมูลที่ได้จากเจ้าของข้อมูลจะทำให้การจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนที่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่

3) ความรู้และทักษะในการจัดการเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลที่เสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉิน

4) กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลไกสำคัญในการรับรู้ปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน อีกทั้งเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

5) กลุ่มทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มอาชีพ ชุมชนออกกำลังกาย ชุมชนผู้สูงอายุ กองทุนต่างๆ เป็นกลไกหนุนเสริมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลประชากรเป้าหมายในการดูแล

6) หน่วยงาน องค์กรภายนอกพื้นที่ เป็นองค์กรร่วม และองค์กรสนับสนุนในการจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน

7) การเข้าถึงบริการการช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินได้อย่างสะดวก และทันเวลา จะช่วยให้สามารถลดความรุนแรง ลดอันตราย และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตและทรัพย์สิน

8) การกำหนดบทบาทหน้าที่ และการจัดการงานที่ชัดเจนของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินของชุมชนให้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9) ความเข้าใจ และ แนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน จะทำให้การจัดการเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ส่งผลให้กลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลมีความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน

การอภิปรายผล

จากข้อค้นพบระบบการจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน แสดงให้เห็นถึงการจัดการที่มาจากแนวความคิดการให้ความหมายกรณีฉุกเฉิน ทั้งที่เป็นแนวความคิดทางวิชาการแพทย์ และแนวคิดเชิงสังคม โดยเป็นมุมมองจาก 3 องค์ประกอบคือ ภาคประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรท้องถิ่น ท้องที่ ซึ่งมีความเหมือนและความต่างกัน ทำให้ลักษณะการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับให้ความหมายของแต่ละคน ซึ่งหากการให้ความหมายของกรณีฉุกเฉินมีความแตกต่างกันอาจทำให้การแก้ไขปัญหาและการตอบสนองความต้องการระหว่างผู้ที่ประสบเหตุฉุกเฉินกับผู้ให้การช่วยเหลือไม่สอดคล้อง เนื่องจากการให้ความหมายในมุมมองที่แตกต่างกัน

ด้วยเหตุนี้หากใช้มุมมองของชุมชนต่อกรณีฉุกเฉินเดิมเดิมมุมมองทางวิชาการแพทย์แล้ว กรณีฉุกเฉินจึงเป็นมิติด้านสุขภาพที่มีความหมายกว้างกว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่รวมถึงทุก ๆ กรณีที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ความมั่นคง ความปลอดภัย ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน ซึ่งหากบุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องใช้มุมมองต่อกรณีฉุกเฉินในความหมายร่วมกันทั้งสองส่วนแล้ว จะทำให้การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการเพื่อการดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินมีความครอบคลุมสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ ได้

ดังนั้น หากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพใช้มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมต่อกรณีฉุกเฉินเดิมเดิมมุมมองที่เป็นด้านวิชาการแพทย์ จะทำให้การดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง อีกทั้งหากผู้เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ กลุ่มหรือองค์กรในชุมชน เป็นต้น ใช้มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมทำความเข้าใจในความหมายกรณีฉุกเฉินครอบคลุมทั้ง 2 มิติ จะทำให้เกิดความเข้าใจต่อมุมมองของกันและกัน จะช่วยให้ระบบการจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินมีความครบถ้วน

ครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากใช้มุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมด้วยความเข้าใจ จะส่งผลให้การช่วยเหลือเยียวยา เป็นการช่วยเหลือที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในสังคมได้ ทั้งนี้เนื่องจาก การมองมิติทางสังคมวัฒนธรรมมีความหลากหลายและมีความหมายกว้างกว่าการมองเชิงวิชาการแพทย์อยู่เสมอ¹⁵ สอดคล้องกับแนวความคิดการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้องเอาวัฒนธรรมเป็นที่ตั้ง^{16,17}

นอกจากนี้ แนวคิดการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นการทำงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นตัวตั้ง มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลตามความสำคัญของปัญหาและความต้องการการดูแลของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง โดยการนำใช้ 4 กระบวนการหลักในการดูแลสุขภาพชุมชน ที่สำคัญคือการค้นหาและใช้ทุนทางสังคม เพื่อนำใช้ศักยภาพของชุมชน การค้นหาและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสร้างความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันค้นหาและออกแบบวิธีการทำงาน นำสู่การสร้างกติกา ข้อตกลง นโยบายในพื้นที่เพื่อให้เกิดการจัดการกับปัญหาในชุมชนแบบมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ¹⁸ จึงกล่าวได้ว่ากรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นประเด็นปัญหาที่มีความซับซ้อน เนื่องจากเกิดจากสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ หลายด้าน และต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลและหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ จำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีการจัดการกับปัญหาแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชน โดยต้องอาศัยหลักการแนวความคิดการดูแลสุขภาพชุมชนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดระบบการจัดการของชุมชนเพื่อการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน

สรุป

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นการให้ความหมายกรณีฉุกเฉินของชุมชนที่เป็นการผสมผสานแนวความคิดกรณีฉุกเฉินที่เป็นไปตามมุมมองด้านวิชาการแพทย์ และมุมมองของชุมชน กล่าวคือ เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อ

วิถีชีวิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้แก่ การเจ็บป่วยต่างๆ เรื่องเดือดร้อน เรื่องจำเป็น เหตุการณ์ไม่สงบ เหตุทะเลาะวิวาท ภัยคุกคาม ภัยพิบัติต่างๆ ลักษณะของการเกิดกรณีฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ กรณีฉุกเฉินจากการเจ็บป่วย และกรณีฉุกเฉินที่เป็นมิติเชิงสังคม ในขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินนั้นมี 4 ด้าน คือ ความต้องการการบำบัดรักษา การบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดกรณีฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกรณีฉุกเฉิน และการจัดการด้านสวัสดิการและการสนับสนุนอื่นๆ เจื้อนไขการดูแลช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินของชุมชน ประกอบด้วย การจัดการฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนสามารถเข้าถึงได้ การสร้างกระบวนการรับรู้ข้อมูล การสร้างเสริมความรู้ และทักษะในการช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน การใช้กลุ่มอาสาสมัคร องค์กรชุมชน หน่วยงานในชุมชนและนอกชุมชน เป็นกลไกการทำงาน เพื่อสร้างการเข้าถึงบริการ การมีบทบาทรับผิดชอบที่ชัดเจน และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบการจัดการของชุมชนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินในหน่วยงานองค์กรต่างๆ ได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านการจัดทำฐานข้อมูลระดับตำบล การจัดทำแผนการจัดการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน การจัดตั้งศูนย์การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินแบบบูรณาการ การจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร การหนุนเสริมปฏิบัติการของกลุ่มทางสังคม การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และการจัดทำคู่มือการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน 2) หน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในด้านการพัฒนาเครื่องมือการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกรณีฉุกเฉิน การให้ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินแก่ประชาชน และอาสาสมัคร และการออกแบบการบริการโดยนำใช้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของ

ประชาชนในพื้นที่เป็นฐาน 3) ปฏิบัติการพยาบาล ในด้านการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษา บรรเทาอาการ และช่วยชีวิต การจัดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การพัฒนาทักษะผู้ดูแล กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน และการส่งเสริมการจัดกิจกรรมสุขภาพ และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การจัดการศึกษาทางการพยาบาล ในด้านการเสริมความรู้ในมิติเชิงสังคม วัฒนธรรมในการจัดการเรียน การสอน การพัฒนาองค์ความรู้ ศึกษาวิจัยทางการพยาบาลด้านการจัดการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในด้านการจัดการภัยพิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการศึกษาค้นคว้า

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก. รายงานโลก เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน. เจนีวา: มปท; 2548.
2. วิทยา ขาติปัญชาชัย. หลักการ กลวิธี และผลดำเนินงาน โครงการควบคุมอุบัติเหตุจราจร จังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์; 2540.
3. วรเวศน์ สุวรรณระดา. ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศักติโสภาคการพิมพ์; 2548.
4. วิทยา ขาติปัญชาชัย วิภาดา วัฒนนามกุล.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์; 2546.
5. วิทยา ขาติปัญชาชัย ไพศาล โชติกล่อม ศิริกุล กุลเลียบ อัญชลี โสภณ ธีรธรรม์ ปิยวัชรเวลา จุลจิรา ทองเจียว. หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์; 2551
6. วิทยา ขาติปัญชาชัย และคณะ. คู่มือการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น:ขอนแก่นการพิมพ์; 2548.

7. ปกรณ์ เกียรติวุฒิมร. ประสบการณ์และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉินเรื่องเล่าจากห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน. มปท; 2550.
8. เพ็ญศรี หงส์สวัสดิ์. สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรในจังหวัดยะลาและแนวทางการป้องกัน. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา; 2541.
9. วราพรณ ด่านอุตราการ. ศึกษาปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรมของผู้ประสบอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกในเขตกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
10. เกียรติก้องไกร บุญนำ. ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจากลมหายใจกับการบาดเจ็บในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
11. ชนิษฐา นันทบุตร. โครงการประเมินผลนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจราจรของรัฐบาลในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ.2546 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
12. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ตำราโรคบาดาวิทยาอุบัติเหตุจราจร. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2546.
13. เพ็ญประภา ศิวิโรจน์. ความเสี่ยงของคนไทยในการใช้รถใช้ถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2547. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
14. นันทวรรณ ทิพยเนตร. ผลกระทบของความหวังต่อประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการสัมมนาระดับชาติเรื่องอุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 7 “ชุมชนถนนปลอดภัย : มอเตอร์ไซด์ปลอดภัยอุบัติเหตุ”. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2549.
15. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ บรรณาธิการ. วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยาแนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา; 2550.
16. ประเวศ วะสี. การพัฒนาต้องเอาวัฒนธรรมเป็นตัวตั้ง. กรุงเทพฯ: กระทรวงวัฒนธรรมราชบัณฑิตยสถาน; 2547.
17. สุนธัวรรณระอมร ชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลของชุมชนสำหรับคนจนในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2556; 36(2): 1-8.
18. ชนิษฐา นันทบุตร. ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนแนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์; 2550.