

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย ในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตการศึกษาในเรื่องตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับกรณีพิบัติภัย
 - 1.1 ความหมายของกรณีพิบัติภัย
 - 1.2 ประวัติการเกิดกรณีพิบัติภัยหรือคลื่นสึนามิ
 - 1.3 สาเหตุการเกิดคลื่นสึนามิ
2. ผลกระทบของกรณีพิบัติภัย
 - 2.1 ผลกระทบในภาพรวม
 - 2.2 ผลกระทบด้านสุขภาพ
3. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัย/กรณีพิบัติภัย
 - 3.1 ความหมายการพยาบาลสาธารณภัย/ภัยพิบัติ
 - 3.2 การแบ่งลักษณะการปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย
 - 3.3 การปฏิบัติการพยาบาลสาธารณภัย/กรณีพิบัติภัย
 - 3.4 ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย
 - 3.5 ปัญหา/อุปสรรคของการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย
 - 3.6 แนวทางการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติงานกรณีฉุกเฉินพิบัติภัย
4. แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับธรณีพิบัติภัย

ความหมายของธรณีพิบัติภัย

เป็นคำมาจากภาษาบาลี-สันสกฤต แยกได้ 3 คำคือ “ธรณี” แปลว่า แผ่นดิน “พิบัติ” แปลว่า ความคลาดเคลื่อน ความผิด โทษ-วิบัติ “ภัย” แปลว่า อันตราย ดังนั้น แปลเป็นไทยได้ว่า เหตุอันตราย อันเกิดจากความผิดปกติของแผ่นดิน หรือ ภัยธรรมชาติที่เกิดจากกระบวนการทางธรณีวิทยา ซึ่งการเกิดครั้งนี้เป็นการแยกตัวของแผ่นดินใต้มหาสมุทร (ตรงใจ, 2005)

สึนามิ (Tsunami) เป็นคำในภาษาญี่ปุ่น “สึ” (tsu) แปลว่าท่าเรือ (harbour) “นามิ” (nami) แปลว่าคลื่น (wave) เมื่อรวมกันเป็น สึนามิ จึงแปลว่าคลื่นในท่าเรือ (harbour wave) เป็นการตั้งชื่อจากประสบการณ์การสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามภูมิปัญญาของชาวญี่ปุ่นในสมัยโบราณ คลื่นสึนามิเป็นกลุ่มคลื่นในมหาสมุทรที่มีความยาวคลื่นมากๆ ขนาดหลายร้อยไมล์นับจากยอดคลื่นที่ได้ตามกันไป มีระลอกคลื่นสูง 1-2 ฟุต แต่เมื่อคลื่นมาบริเวณชายฝั่งหรือบริเวณท่าเรือคลื่นจะสูงขึ้น 10-40 เมตร มีพลังการทำลายอย่างรุนแรง กวาดเอาทุกสิ่งทุกอย่างลงทะเลอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความแตกต่างจากคนที่เกิดจากกระแสน้ำ และคลื่นที่เกิดจากน้ำขึ้นน้ำลง (tidal wave) ซึ่งเกิดจากแรงดึงดูดระหว่างดาวเคราะห์ ดวงอาทิตย์หรือดวงจันทร์ แต่สึนามิเกิดจากการกระตุ้นน้ำในมหาสมุทรให้กระเพื่อมในแนวตั้ง ซึ่งมีปัจจัยจากหลายสาเหตุ เช่น แผ่นดินไหว ดินถล่ม เป็นต้น (เจริญ, 2548 ; อดิชา, 2548; รอยเดือน, 2548; อภิชา, ม.ป.ป.)

ประวัติการเกิดธรณีพิบัติภัยหรือคลื่นสึนามิ

ในประวัติศาสตร์ของโลกก่อนช่วงเวลาคริสต์ศักราช มีการบันทึกเอาไว้เป็นหลักฐานจากจารึก พระคัมภีร์และร่องรอยการเกิดคลื่นยักษ์ที่ปรากฏเป็นหลักฐานทางธรณีวิทยาต่างๆ ซึ่งนักวิทยาศาสตร์สามารถค้นพบและสันนิษฐานในปรากฏการณ์คลื่นยักษ์ที่สร้างความเสียหายได้ตั้งแต่ครั้งก่อนประวัติศาสตร์ มีหลายครั้งที่สร้างความเสียหายทั้งชีวิตมนุษย์และทรัพย์สินอย่างมากมาย ดังนี้ (รอยเดือน, 2548; อภิชา, ม.ป.ป.; Wikipedia, 2005)

6100 ปีก่อนคริสต์ศักราช ได้เกิดปรากฏการณ์คลื่นยักษ์บริเวณมหาสมุทรแอตแลนติกตอนเหนือ ซึ่งเกิดจากการเลื่อนถล่มของแผ่นดินที่อยู่ใต้ท้องทะเลแถบชายฝั่งประเทศนอร์เวย์ เรียกว่า “สโตเรกกา สไลด์ (storegga slide)” สโตเรกกา คือ บริเวณชายขอบทวีปซึ่งอยู่ลึกลงไปใต้ทะเลใต้เกิดการทรุดถล่มลง ความสั่นสะเทือนจากการถล่มที่รุนแรงทำให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิขึ้น

ปี ค.ศ. 1755 เกิดแผ่นดินไหวบริเวณชายฝั่งมหาสมุทรแอตแลนติก ใกล้กับกรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เป็นแผ่นดินไหวที่รุนแรงที่สุดในยุโรป ความสั่นสะเทือน 9.0 ริคเตอร์ แผ่นดิน

ไหวครั้งนั้นทำให้เกิดอาคารถล่ม ไฟไหม้ และคลื่นยักษ์ซัดเข้าชายฝั่ง 3 ประเทศ คือ โปรตุเกส สเปน และโมร็อกโค มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 100,000 คน

ปี ค.ศ. 1883 เกิดการระเบิดของภูเขาไฟที่กรากาตัว ทางใต้ของเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย แรงสั่นสะเทือนจากการระเบิดของภูเขาไฟทำให้เกิดคลื่นยักษ์ที่มีความสูงถึง 40 เมตร คลื่นยักษ์สึนามิซัดเข้าฝั่งมหาสมุทรอินเดีย มหาสมุทรแปซิฟิก ชายฝั่งตะวันตก และทางใต้ของอเมริกา มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 36,000 คน

ปี ค.ศ. 1998 เกิดแผ่นดินไหวในมหาสมุทรแปซิฟิก ที่ใกล้กับชายฝั่งปาปัวนิวกินี เหนือประเทศออสเตรเลีย ทำให้เกิดคลื่นยักษ์ซัดเข้าทำลายชายฝั่ง มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3,000 คน

ปี ค.ศ. 2004 เกิดแผ่นดินไหวที่นอกชายฝั่งมหาสมุทรอินเดีย ทางตอนเหนือของเกาะสุมาตรา และเดินทางไปถึงทวีปแอฟริกา มีความสั่นสะเทือน 9.3 ริคเตอร์ คลื่นยักษ์ครั้งนี้ได้มีการบันทึกว่าสร้างความเสียหายมากที่สุดในประวัติศาสตร์ ประเทศที่ได้รับผลกระทบเช่น อินโดนีเซีย ประเทศไทย ศรีลังกา มาเลเซีย มัลดีฟ พม่า บังกลาเทศ และในทวีปแอฟริกา มีผู้คนเสียชีวิตรวมมากกว่า 310,000 คน เฉพาะประเทศอินโดนีเซียประเทศเดียว มากกว่า 220,000 คน

สาเหตุการเกิดคลื่นสึนามิ

การก่อตัวของคลื่นยักษ์สึนามิให้เกิดขึ้นในทะเลหรือมหาสมุทรได้นั้นเกิดได้จากปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) แผ่นดินไหว การเกิดคลื่นยักษ์สึนามิครั้งนี้เกิดขึ้นจากการมุดตัวของแผ่นเปลือกโลกที่เรียกว่า อินเดียเพลท (Indian plate) ซึ่งอยู่ใต้มหาสมุทรอินเดียเข้าไปข้างใต้แผ่นเปลือกโลกที่เรียกว่า เบอร์มิสเพลท (Burmese plate) บริเวณเกาะสุมาตรา ทำให้เกิดรอยแตกหรือรอยแยกยาวประมาณ 960 กิโลเมตร หรือ 600 ไมล์ ทำให้เกิดการเข้าแทนที่ของน้ำทะเลหลายล้านตันทะลักเข้าไปตามรอยแยกนี้ และมีแรงสั่นสะเทือนของแผ่นดินไหวจะส่งผลให้น้ำทะเลเกิดการสั่นไหว และก่อตัวเป็นคลื่นยักษ์สึนามิ 2) แผ่นดินถล่ม อย่างรุนแรง ริมชายฝั่งหรือบนเกาะต่างๆ กลางทะเล และมหาสมุทร เมื่อจำนวนน้ำหนัก ที่มีจำนวนมหาศาลถล่มใส่ท้องทะเลทำให้ท้องทะเลเกิดการสั่นสะเทือนก็สามารถก่อตัวเป็นคลื่นยักษ์สึนามิ 3) ภูเขาไฟระเบิด ปฏิกิริยาการระเบิดทั้งภูเขาไฟใต้น้ำและบนบกใกล้ชายฝั่งทะเล สามารถทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือนมากพอที่จะก่อให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ 4) อุกกาบาตตก การตกของอุกกาบาตที่ตกลงสู่กลางทะเลหรือมหาสมุทร ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิได้ แต่สาเหตุนี้เกิดขึ้นน้อย เนื่องจากอุกกาบาตที่จะส่งผลให้เกิดคลื่นยักษ์ได้นั้นต้องมีขนาดใหญ่ 5) ฝีมือมนุษย์ พฤติกรรมมนุษย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำให้เกิดแผ่นดินไหว แผ่นดินถล่ม จนเป็นเหตุให้เกิดปรากฏการณ์คลื่นยักษ์สึนามิได้นั้น ต้องมีแรงกระทำต่อเปลือกโลก จากการใช้แรงระเบิดส่งลงไปกระทบกับพื้นทะเลเพื่ออาศัยแรงสั่นสะเทือน ทำให้เกิดคลื่นความสั่นสะเทือน (seismic wave) อย่างรวดเร็วและนับพัน จนทำให้เกิดพลัง

มหาศาลมากพอที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของมวลน้ำในท้องทะเลและเกิดแรงเคลื่อนขนาดใหญ่พัดออกจากศูนย์กลางและแผ่ออกเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยจากสภาพของแผ่นดินของพื้นแผ่นดินในท้องทะเล (เจริญ, 2548; ทวีศักดิ์, 2548; อภิชา, ม.ป.ป.)

ผลกระทบของธรณีพิบัติภัย

เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ได้สร้างความเสียหายอย่างมหาศาล ทำให้เกิดผลกระทบหลายๆ ด้าน ทั้งในภาพรวมและด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับผลกระทบของธรณีพิบัติภัยทั้งในภาพรวม และรายละเอียดด้านสุขภาพ ดังต่อไปนี้

ผลกระทบจากธรณีพิบัติภัยในภาพรวม

การเกิดคลื่นยักษ์สึนามิครั้งนี้ได้สร้างความเสียหายมากที่สุดในประวัติศาสตร์ มีผู้เสียชีวิตรวมจาก 11 ประเทศ มากกว่า 310,000 คน (อภิชา, ม.ป.ป.; Wikipedia, 2005) ประเทศอินโดนีเซีย มีผู้เสียชีวิตและผู้สูญหายมากที่สุด เสียชีวิตจำนวน 111,171 คน สูญหาย 127,000 คน เป็นผู้ไร้ที่อยู่อาศัย 800,000 คน ด้านเศรษฐกิจความเสียหายประมาณ 4.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนมีความยากจน มากกว่า 1 ล้านคน ประเทศศรีลังกา มีผู้เสียชีวิตประมาณ 31,000 คน สูญหายหลายพันคน ไร้ที่อยู่อาศัย 800,000 คน และประชาชนจะว่างงาน ประมาณ 400,000 คน ประเทศศรีลังกาเป็นประเทศที่ได้รับความเสียหายทางเศรษฐกิจ ประมาณ 1,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ประเทศอินเดีย มีผู้เสียชีวิตกว่า 1,000 คน ความเสียหายที่เกิดกับรัฐต่างๆ มีมูลค่าประมาณ 1.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ประเทศมัลดีฟส์ มีผู้เสียชีวิตจำนวนน้อย แต่ได้รับความเสียหายทางเศรษฐกิจสูงสุด พื้นที่เสียหายรวม 73 เกาะ ความเสียหายมีมูลค่ากว่า 1,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ธุรกิจที่ได้รับความเสียหายมากที่สุดคือ การท่องเที่ยว ส่วนประเทศที่ได้รับผลกระทบเล็กน้อยได้แก่ ประเทศบังกลาเทศ มาเลเซีย พม่า และโซมาเลีย (Prasad, 2005)

ประเทศไทย ได้รับความเสียหายในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคใต้ชายฝั่งทะเลอันดามัน (ภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง ตรังและสตูล) มีผู้เสียชีวิตทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ 5,395 คน บาดเจ็บจำนวน 8,457 ราย สูญหาย 2,332 ราย (แถลงการณ์ ศชป., 2548) ดังตารางที่ 1 ซึ่งประชาชนที่ได้รับความเสียหายมีสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ผู้ประสบภัยโดยตรง ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่ นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ผู้ประกอบธุรกิจและพนักงานที่ให้บริการ และข้าราชการที่อยู่ในพื้นที่ 2) ประชาชนในพื้นที่ไม่ได้เป็นผู้ประสบภัยโดยตรง แต่ได้รับผลทางอ้อมจากภัยพิบัติ เช่น การสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพเกี่ยวกับธุรกิจการท่องเที่ยวและการประมง รวมทั้งการสูญเสียทางสังคม และวัฒนธรรม (อุไร, 2548)

ตาราง 1

แสดงการสรุปยอดผู้เสียชีวิต บาดเจ็บ และสูญหายจากกรณีภัยพิบัติภัย

จังหวัด	ผู้เสียชีวิต (คน)				บาดเจ็บ (คน)				รับแจ้งสูญหาย (คน)			
	ไทย	ต่าง ชาติ	ไม่ ระบุ	รวม	ไทย	ต่าง ชาติ	ไม่ ระบุ	รวม	ไทย	ต่าง ชาติ	ไม่ ระบุ	รวม
พังงา	1,266	1,633	1,325	4,224	4,344	1,253	0	5,597	1,428	305	0	1,733
กระบี่	357	203	161	721	808	568	0	1,317	329	240	0	569
ภูเก็ต	151	111	17	279	591	520	0	1,111	256	364	0	620
ระนอง	156	4	0	160	215	31	0	246	9	0	0	9
ตรัง	3	2	0	5	92	20	0	112	1	0	0	1
สตูล	6	0	0	6	15	0	0	15	1	0	0	0
รวม	1,939	1,953	1,503	5,395	6,065	2,392	0	8,457	2,023	909	0	2,932

แหล่งข้อมูล: แถลงการณ์ศพ. (ข้อมูล ณ วันที่ 24 มีนาคม 2548)

จากการสรุปภาพรวมความเสียหายเกี่ยวกับทรัพย์สิน พบว่ามีบ้านเรือนราษฎรเสียหาย 4,806 หลัง (รวม และคณะ, 2548) พื้นที่การเกษตร เสียหายคิดเป็นมูลค่า 197 ล้านบาท พื้นที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำและการประมงเสียหายคิดเป็นมูลค่า 1,607 ล้านบาท ปศุสัตว์เสียหายคิดเป็นมูลค่า 14 ล้านบาท สถานประกอบการ ธุรกิจโรงแรม ร้านค้า สถานเริงรมย์ การท่องเที่ยว เสียหายคิดเป็นมูลค่า 7,431 ล้านบาท ความเสียหายด้านสาธารณูปโภค ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์และอื่นๆ ประมาณ 1,028 ล้านบาท รวมมูลค่าความเสียหาย 10,277 ล้านบาท (Asian Disaster Preparedness Center, 2005) ด้านเศรษฐกิจจากการท่องเที่ยว ผลจากกรณีภัยพิบัติภัยส่งผลให้สูญเสิรายได้จากการท่องเที่ยวประมาณ 840 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ส่วนเศรษฐกิจต่างประเทศ ฝ่ายวิชาการ, 2548)

ด้านสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์กรณีพิบัติภัยครั้งนี้สร้างความเสียหายต่อทรัพยากรธรรมชาติ ระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้ทรัพยากรชายฝั่งทะเล ปะการัง ป่าโกงกาง แหล่งน้ำใต้ดิน แหล่งน้ำจืดธรรมชาติได้รับความเสียหาย (รณชัย, 2548; อุไร, 2548) รวมทั้งมีปัญหาก็เกิดหลุมยุบหรือการยุบตัวของแผ่นดิน (ไตรภพ, 2548)

ผลกระทบด้านสุขภาพ

เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งในช่วงเกิดเหตุการณ์ และระยะหลังเกิดเหตุการณ์กรณีพิบัติภัยต่อผู้ประสบภัย มีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

จากรายงานการจำแนกประเภทการบาดเจ็บของผู้ประสบภัยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พังงา และโรงพยาบาลตะกั่วป่า มีผู้จมน้ำ และสำลักน้ำ 141 ราย มีบาดแผล 1,908 ราย กระดูกหัก 458 ราย และมีเลือดออกอวัยวะภายใน 2,904 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, 2548) และพบว่าผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ และมีบาดแผลทุกชนิด บาดแผลปนเปื้อนน้ำทะเล สิ่งสกปรก ดิน โคลน ทราช ซากปรักหักพัง เศษขยะ บาดแผลส่วนใหญ่มีโคลน ทราชติดฝังแน่น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาบาดแผลอักเสบ และติดเชื้ออย่างรวดเร็ว และรุนแรงในเวลาต่อมา (Chierakul, Chuckpaiwong & Mahaisavariya, 2005; Maegele et al., 2006; Marres, Lange, Leenen & Hoepelman, 2006) ซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด เช่น เคล็บซีลลา (*Klebsiella* spp.) ซูโดโมแนส (*Pseudomonas* spp.) สแตปไฟโลคอคคัส (*Staphylococcus aureus*) เอนเทอโรแบคเตอร์ (*Enterbacter* spp.) (Anonymous, 2005) และยังพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียเบอร์โฮเดอเรีย ซูโดมอลไล (*Burkholderia pseudomallei*) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเมลลอยด์โคสิส (melioidosis) มีอาการช็อก (septic shock) ต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู ทั้งในประเทศไทย และที่กลับไปรักษาบาดแผลต่อเนืองยังประเทศฟินแลนด์ (Chierakul et al. 2005; Nieminen & Vaara, 2005) ในระยะต่อมาช่วงหลังวิกฤต ก็พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ เนื่องจากการสำลักน้ำ และโดนแรงอัดจากคลื่นสึนามิ ทำให้น้ำทะเล และโคลนเข้าในปอดทำให้เกิดโรคปอดบวม (aspirate pneumonia) ผู้ป่วยปอดบวมบางรายมีภาวะแทรกซ้อนร่วมคือ ฝืนปอด และโรกระบบทางเดินหายใจ (acute respiratory syndrome [ARDS]) และบางรายเสียชีวิตในเวลาต่อมา (ไพรัช และคณะ, 2005; สุพจน์, 2548) นอกจากนั้นมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในประเทศอินโดนีเซีย และได้รับการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมสซาชูเซทท์ (Massachusetts Hospital) พบว่ามีปัญหาโรกระบบทางเดินหายใจ ปอดอักเสบ อัมพาตครึ่งซีก (hemiparesis) ฝืนสมอง จากการสำลักน้ำทะเล น้ำโคลนและเกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย (Kao, Munander, Ferrara & Systrom, 2005) และในระยะหลังภัยพิบัติในประเทศไทย พบว่าผู้ประสบภัยก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สกปรก เช่น น้ำเสีย บ่อน้ำที่ปนเปื้อนด้วยน้ำเค็ม ทำให้ไม่สามารถใช้อุปโภคบริโภคได้และมีการหมักหมมของขยะกระจายเต็มพื้นที่ จนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดและความเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรกระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคท้องเสีย อหิวาตกโรค โรคไทฟอยด์ บิด (Drazen & Klemperner, 2005) ตับอักเสบเอและบี นอกจากนั้นยังมีโรคติดต่อที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ เช่น ไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย โรคฉี่หนู (WHO, 2005)

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับผู้เสียชีวิตที่มีจำนวนมาก และจำเป็นต้องมีการระบุว่าผู้เสียชีวิตเป็นใคร ซึ่งมีปัญหาด้านจิตใจของญาติในการรับศพ และปัญหาทางกฎหมาย จะต้องมีการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล แต่สถานที่เก็บศพมีไม่เพียงพอ ทำให้ศพเน่าและส่งกลิ่นเหม็นรบกวน รวมทั้งจะเป็นแหล่งเพาะเชื้อและเป็นสาเหตุของโรคระบาดต่างๆ (ปิยลาภ, 2548) และศพที่มีเชื้อไวรัส เช่น เอดส์ หรือตับอักเสบ จะเป็นปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสอยู่ประมาณ 5 วันหลังจากเสียชีวิต ส่วนการติดเชื้อแบคทีเรียจะมีปัญหากับเชื้อที่อยู่ในช่องท้องและลำไส้ตามธรรมชาติซึ่งจะติดต่อได้ทางปากอาหาร และน้ำ (Center Disease Control: [CDC], 2005 อ้างตาม ปิยลาภ, 2548)

2. ผลกระทบด้านสุขภาพจิต

หลังเกิดเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ประสบภัย ชนิดที่เกิดอาการอย่างรวดเร็วเฉียบพลัน เรียกว่า โรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) จะมีอาการอย่างสั้นที่สุด 2 วันก็หาย อย่างนานที่สุดไม่เกิน 4 สัปดาห์ และจะต้องเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังจากเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญขึ้น โรคนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของคนอื่น หรือเกือบจะเสียชีวิตของตนเองหรือของคนอื่น หรือได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง แล้วผู้ป่วยมีปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ด้วยความรู้สึกหวาดกลัวอย่างสุดขีด (พิเชฐ, 2548) ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการ เฉยเมย สับสน มึนชา ไม่รับรู้ความจริง ซ็อก เสียใจ สิ้นหวัง กลัว วิตกกังวลอย่างมาก ผวาตกใจง่ายกว่าเดิม นอนไม่หลับ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย (พิเชฐ, 2548; เขียรชัย, 2548) และภาวะเครียดหลังภัยพิบัติระยะที่ 2 นี้เกิดขึ้นหลังจาก 1 เดือนหรือนานกว่า เรียกว่า Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (ประเสริฐ ผ., 2548) ผู้ที่เคยประสบเหตุหรือร่วมอยู่ในเหตุการณ์ซึ่งรุนแรง ไม่ได้มีอาการตกอยู่ในภาวะผิดปกติทางจิตหรือภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) ทุกคน แต่ขึ้นกับความรุนแรงของเหตุการณ์ที่ได้พบเจอ ซึ่งศูนย์รักษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) แห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 2005) ได้จัดกลุ่มของเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตกอยู่ในภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) ได้แก่ 1) เป็นเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บล้มตายเป็นจำนวนมาก (exposure to mass destruction or death) 2) การที่บุคคลอื่นเป็นที่รักถูกพรากไปโดยเหตุการณ์รุนแรงโดยไม่ทันตั้งตัว 3) การสูญเสียที่อยู่ ครอบครัว หรือชุมชน (loss of home or community) และยังมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่ประสบเหตุสะเทือนขวัญส่วนมากจะมีอาการเครียดและซึมเศร้ามากอยู่ระยะหนึ่ง และจะค่อยๆ รู้สึกดีขึ้นได้เองโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา และจากการศึกษาของศูนย์ดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) แห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) สามารถป้องกันอาการซึมเศร้าหรือเครียดหลังภัยพิบัติได้ โดยการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ผู้ที่เคยประสบกับเหตุการณ์ภัยพิบัติและมีความเครียด ศูนย์รักษาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) แห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดแบ่งปฏิกริยาที่เกิดขึ้น

ของผู้ประสบเหตุการณ์แบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (National Center for Post Traumatic Stress Disorder, 2005)

1) ระยะเกิดภัยพิบัติหรือระยะผลกระทบ (impact phase) ผู้ประสบภัยอาจไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม รู้สึกถูกคุกคามต่อชีวิต และต้องเผชิญกับความตาย รู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก สูญเสียพลังอำนาจ อาการเช่นนี้อาจเกิดขึ้นช่วงระยะเวลานั้นๆ แล้วหายไป หรืออาจจะอยู่นานก็ได้

2) ระยะเหตุการณ์เริ่มผ่าน (immediate post-disaster phase: recoil and rescue) เป็นช่วงเวลาที่ยุติภัยพิบัติเพิ่งผ่านไป แต่ปัญหาด้านจิตใจและผลกระทบจากเหตุการณ์เริ่มปรากฏชัดขึ้น ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละคนที่ประสบมา การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในช่วงนี้จะช่วยให้การปรับตัวของผู้ประสบภัยเป็นไปอย่างราบรื่น อาการของผู้ประสบภัยในระยะนี้ คือ ซ็อกหรือปฏิเสธความจริง ฝันร้าย โกรธ เศร้า โศกเสียใจ สิ้นหวังท้อแท้

3) ระยะฟื้นฟู (recovery phase) เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยมีการปรับตัวให้กลับมาดำรงชีวิตอย่างปกติในสภาพแวดล้อมทางสังคมได้ ต้องอาศัยเวลายาวนานหลังจากการช่วยเหลือสิ้นสุดลง ซึ่งขึ้นกับความความสูญเสีย หรือความเสียหายที่บุคคลได้รับ

สำหรับโรคเครียดหลังภัยพิบัติหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติมีอาการต่างๆ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) อดวอยด์แดนซ์ (avoidance) มีอาการ ชอบแยกตัว เฉยชา เฉยเมย หลีกเลียงผู้คน 2) ไฮเปอร์อะรูซอล (hyperarousal) มีอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย หวาดผวาตื่นกลัวเมื่อประสบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ขี้หงุดหงิด ฉุนเฉียว 3) อินทรูชัน (intrusion) มีอาการนอนหลับไม่สนิท ฝันร้ายบ่อย บางคนเห็นภาพหลอน (ประเสริฐ ผ., 2548)

นอกจากผู้ประสบภัยมีอาการทางจิตใจแล้ว ความสูญเสียจากเหตุการณ์ยังทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรมซึ่งสรุปไว้หลายประการดังนี้ 1) ด้านร่างกาย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก เหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน งุนงง เหงื่อออกมาก 2) ด้านความคิด มีอาการสับสน ฝันร้าย ขาดสมาธิ ตื่นเต้นกระวนกระวาย มีปัญหาด้านความจำ 3) ด้านอารมณ์ มีอาการวิตกกังวล รู้สึกผิด เศร้าโศก ไม่ยอมรับความจริง กลัว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ โทษตนเองและผู้อื่น 4) ด้านพฤติกรรม แสดงอาการโกรธรุนแรง ระเบิดอารมณ์อยาก/ เบื่ออาหาร จิตใจไม่สงบไม่สามารถพักผ่อนได้ และอาจมีพฤติกรรมทางเพศแปรปรวน (Center Disease Control, 2005)

สำหรับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะเครียดจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ ซึ่งจะต้องมีการประเมินผู้ประสบภัยก่อนการช่วยเหลือ หรือการดำเนินการใดๆ มีดังนี้ (Norris, 2005)

- 1) ระดับความรุนแรงหรือความสูญเสียที่บุคคลนั้นได้เผชิญ การบาดเจ็บที่รุนแรงหรือเกือบเอาชีวิตไม่รอดมักมีผลร้ายต่อการปรับตัวให้กลับสู่สภาวะปกติ และถ้าระดับความรุนแรงและความสูญเสียยิ่งมากโอกาสที่จะเกิดภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) ก็ยิ่งมีมากขึ้น
- 2) ระดับความรุนแรงหรือความเสียหายที่มีต่อชุมชน ความสูญเสียระดับตัวบุคคลก็ทำให้เกิดภาวะเครียดและความเสียหายของชุมชนก็จะช่วยเสริมให้บุคคลมีความเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากบุคคลและชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก
- 3) เพศ พบว่าอัตราการเกิดภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ ในเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ 2:1 เนื่องจากปัจจัยด้านวัฒนธรรม และการเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง วิกฤต
- 4) อายุ พบว่ากลุ่มวัยกลางคน เป็นผู้ที่เกิดภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ (PTSD) มากกว่ากลุ่มวัยอายุน้อยกว่าหรือมากกว่า อาจเพราะว่าเป็นกลุ่มที่มีภาระทางสังคมมากกว่า
- 5) เชื้อชาติ อาจเป็นไปได้ว่าเชื้อชาติมีผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ
- 6) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ประสบภัยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับล่างมักมีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่รุนแรงได้น้อยกว่า แต่ไม่ได้เป็นตัวกำหนดระดับความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียในเบื้องต้น
- 7) สถานะครอบครัว ผู้ที่มีบุตรในความดูแลมักมีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่า
- 8) อารมณ์และบุคลิกภาพส่วนบุคคล บุคคลที่มีประวัติมีอาการผิดปกติด้านจิตใจก่อนเกิดภัยพิบัติมีโอกาสที่จะเกิดภาวะเครียดหลังภัยพิบัติได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีจิตใจเข้มแข็ง ควบคุมอารมณ์ได้ หรือมีการจัดการกับความรู้สึกได้เหมาะสม
- 9) ความช่วยเหลือทางจิตใจและสังคมที่ได้รับ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุน กำลังใจหรือมีที่พึ่งพา มักมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคและรอดพ้นจากการนำไปสู่ภาวะเครียดหลังภัยพิบัติ
- 10) วิธีรับมือกับปัญหา การแก้ปัญหา ขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยภายนอกและภายในของแต่ละคน บุคคลที่เชื่อว่าสามารถเผชิญปัญหาได้ และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง (self efficacy) หรือมีจิตใจเข้มแข็ง รวมทั้งได้รับสิ่งสนับสนุนจากสังคมจะผ่านพ้นภาวะเครียดหลังภัยพิบัติได้ดีกว่าบุคคลที่รู้สึกโดดเดี่ยว และขาดความช่วยเหลือจากสังคม

3. ผลกระทบด้านสังคม

เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยที่เกิดขึ้นครั้งนี้ ทำให้ประชาชนได้รับบาดเจ็บ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก นอกจากเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตใจที่รุนแรงแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (จดี, 2548; สถาบันการศึกษาสาธารณสุข 16 สถาบัน, 2548) จากปัญหาอาคารบ้านเรือนถูกทำลาย ไร่ที่อยู่อาศัย สูญเสียทรัพย์สิน และอาชีพ ทำ

ให้ผู้ประสบภัยต้องอพยพไปอาศัยอยู่ที่ศูนย์พักพิงชั่วคราวจำนวนมาก อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในการแย่งแย่งสิ่งของหรือแหล่งประโยชน์ หรือขัดแย้งเรื่องประเพณี วัฒนธรรม และอาจมีปัญหาการจัดระเบียบต่างๆ ในการอยู่ร่วมกัน (วรรณเพ็ญ, ณัฐชยา, และจิติภา, 2548) นอกจากนั้นอาจเกิดปัญหาโรคระบาดต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วเพราะผู้ประสบภัยต้องอยู่ร่วมกันจำนวนมาก ในพื้นที่ขาดแคลนระบบสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมที่ดี (ศุมล และคณะ, 2548) ยิ่งกว่านั้นอาจเกิดภาวะวิกฤตทางสังคม โดยเฉพาะหมู่บ้านที่ได้รับความเสียหายรุนแรง และถูกจัดสรรที่ดินใหม่ ทรัพยากรธรรมชาติเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพเดิมในชุมชน ทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต รวมทั้งการช่วยเหลือของรัฐบาลที่ดูแลไม่ทั่วถึง หรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังทั้งที่อยู่อาศัยและอาชีพ อาจทำให้ผู้ประสบภัยมีการปรับตัวแย่ง และก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น การหย่าร้าง การติดสุรา ยาเสพติด และอาชญากรรม (พิมลพรรณ, 2548; ยงยุทธ และไพศาล, 2548) และในเหตุการณ์ครั้งนี้ก็ทำให้ผู้คนที่อาศัยอยู่ตามหมู่บ้านต่างๆ เช่น ชวามอร์แกน ต้องอพยพไปประกอบอาชีพรับจ้าง เนื่องจากสูญเสียที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ประกอบอาชีพประมง ทำให้วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชนกลุ่มนี้เปลี่ยนไป (เจริญ, 2548)

นอกจากนั้นผลกระทบจากกรณีพิบัติภัยครั้งนี้ ได้ส่งผลกระทบต่อให้มีเด็กกำพร้าเพิ่มขึ้นในสังคมจำนวนมาก เนื่องจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะเลี้ยงดูเสียชีวิต ทำให้เกิดปัญหาที่รัฐบาลหน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ต้องเข้าไปดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนด้านต่างๆ (ศุมล และคณะ, 2548; สถาบันการศึกษาสาธารณสุข 16 สถาบัน, 2548)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

หลังเกิดกรณีพิบัติภัย ชาวบ้านในชุมชนต่างๆ ที่อาศัยอยู่ใกล้ชายฝั่งทะเลมีอาการหวาดกลัว เสียขวัญ สูญสิ้นความหวัง ไม่กล้าอยู่ใกล้ทะเล แม้จะมีการช่วยเหลือจากหน่วยต่างๆ (ชุตินา, 2548) และเกี่ยวกับความเชื่อของชาวบ้านบางคน มีความรู้สึกกลัวผี กลัวน้ำทะเลปนเปื้อนศพ กลัวโรคระบาดจากศพ และไม่ยอมกินปลาทะเล (วีรพล, จิรพันธ์, พร, และวิวัฒน์, 2548) รวมทั้งความเชื่อเรื่องผี และวิญญาณผู้เสียชีวิตที่ชาวบ้านมองเห็นนักท่องเที่ยวต่างชาติเดินอยู่บริเวณชายหาด และร้องเรียกให้ช่วยเหลือ หรือคนขับรถเมล์ ขับรถแท็กซี่รับผู้โดยสาร แต่กลายเป็นว่าไม่เห็นมีคนนั่งอยู่บนรถ ทำให้ผู้คนที่รู้สึกหวาดกลัวเกี่ยวกับศพผู้เสียชีวิตจำนวนมาก และคิดว่าวิญญาณยังคงอยู่บริเวณที่ได้รับประสบภัย (Ehrlich, 2005)

นอกจากนั้นเด็กๆ ในชุมชนที่ได้รับประสบภัยอาจขาดการดูแลเอาใจใส่ ขาดความรักความอบอุ่น และแรงสนับสนุนจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครองในการปรับตัว หรือเผชิญปัญหาหลังภัยพิบัติ เนื่องจากผู้ใหญ่ที่ได้รับประสบภัยสูญเสียที่อยู่อาศัย ทรัพย์สิน จนมีอาการเศร้า โศกเสียใจ สูญสิ้นความหวัง จนทำให้ขาดสัมพันธภาพที่ดี (อรัญญา และจอห์น, 2549)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสาธาณภย/ธรณพิบัติภัย

เนื่องจากเหตุการณ์ธรณพิบัติภัยครั้งนี้เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทย จึงยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลธรณพิบัติภัยมาก่อน และเหตุการณ์ธรณพิบัติภัยจัดเป็นภัยพิบัติจากธรรมชาติชนิดหนึ่งซึ่งเหตุการณ์ครั้งนี้เกิดขึ้นกะทันหัน เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมากจัดเป็นอุบัติภัยหมู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอนำเสนอรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสาธาณภย/ภัยพิบัติ และธรณพิบัติภัยดังนี้

ความหมายการปฏิบัติการพยาบาลสาธาณภย/ภัยพิบัติ

การพยาบาลด้านสาธาณภย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่มุ่งลดความเสียหายต่อชีวิต และสุขภาพของมนุษย์ที่เกิดจากสาธาณภย โดยใช้องค์ความรู้และทักษะทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ยืดหยุ่น โดยทำงานประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น (สมาคมพยาบาลสาธาณภยของประเทศญี่ปุ่น อ้างตามวรรณเพ็ญ และคณะ, 2548) หรือเป็นการพยาบาลแก่คนหมู่มากที่ประสบภัยทันทีทันใดที่เกิดเหตุ หรือที่โรงพยาบาล เน้นการกู้ชีวิตผู้ประสบภัยที่มีอัตราการมีชีวิตรอด มากกว่าผู้ที่มีอาการหนัก หมดหวัง โดยใช้หลักการจำแนกหรือคัดกรองก่อนให้การช่วยเหลือ เป็นการพยาบาลที่ไม่สามารถวางแผนล่วงหน้า เน้นการพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมายที่จะกู้ชีวิตและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ประสบภัย (วัลภา, 2537)

นอกจากนั้นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย เช่น ตำรวจ ทหาร เจ้าหน้าที่ดับเพลิง แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และการช่วยเหลือการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ หรือระหว่างนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกวิธี รวมทั้งการปฏิบัติพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บรอดชีวิต ปลอดภัย จากความพิการต่างๆ และมีโอกาสหายเป็นปกติเร็วที่สุด (ชนิษฐา, 2542)

การแบ่งลักษณะการปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธาณสุขธรณพิบัติภัย

ลักษณะการปฏิบัติงาน แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้ (สมุล และคณะ, 2548)

1. การดำเนินงานในช่วงก่อนเกิดเหตุ กระทรวงสาธาณสุขมีแผนเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธาณสุขในภาวะฉุกเฉิน แต่ก่อนนั้นมีการซ้อมกันน้อยมาก และไม่มีระบบการแจ้งภัยเตือนภัยและการอพยพที่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีเหตุการณ์ธรณพิบัติภัยเกิดขึ้นครั้งนี้ สำนักนายกรัฐมนตรีจึงเสนอให้สภาความมั่นคงแห่งชาติ เร่งรัดให้กระทรวงสาธาณสุขจัดทำแผน รวมทั้งการซักซ้อมแผนในด้านต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ และให้มีการกำหนดตัวบุคคลระดับผู้บริหารที่จะเป็นผู้สั่งการอย่างชัดเจน

2. การดำเนินงานในระยะวิกฤต (ช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ) เป็นระยะที่ผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก สถานพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุจะต้องรับภาระในการปฐมพยาบาล ผ่าตัด ตลอดจนจนการส่งต่อผู้ป่วยหนักไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่มีสุขภาพมีความเหนื่อยล้า การดำเนินงานในระยะนี้ จึงควรได้รับการสนับสนุนจากทีมงานแพทย์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงและจากส่วนกลาง และมีแนวทางปฏิบัติในการกระจายผู้ประสบภัยตั้งแต่วะแรกๆ จัดให้มีเครือข่ายหน่วยบริการ/โรงพยาบาลภายในกลุ่มจังหวัดเพื่อรับรักษาต่อ ซึ่งสามารถช่วยสนับสนุนให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินได้ดีและรวดเร็ว

3. การดำเนินงานระยะหลังวิกฤต (2 วัน ถึง 7 วันหลังเกิดเหตุ) ระยะนี้การดำเนินงานด้านการแพทย์ การรักษาพยาบาล มีการกระจายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อม และให้การรักษอย่างต่อเนื่อง แต่เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยครั้งนี้ มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากทำให้มีปัญหาการจัดการศพ การจัดการของเสียที่เกิดจากการตรวจพิสูจน์ศพ ซึ่งมีการสัมผัสเลือด น้ำเหลือง จึงมีปัญหาเรื่องการคัดแยกขยะติดเชื้อและการบำบัดน้ำเสีย ทำให้เกิดการแพร่กระจายโรค รวมทั้งปัญหาผู้ประสบภัยที่อยู่ตามศูนย์พักพิงชั่วคราว มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด จากการขาดแคลนระบบสุขาภิบาล และสิ่งแวดล้อมที่ดี การดำเนินงานระยะนี้จึงต้องจัดให้มีระบบการประสานงานเพื่อเก็บรักษาและส่งมอบศพให้ญาติ มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร และการจัดตั้งศูนย์สื่อข่าว และการจัดแยกขยะที่ถูกต้อง จัดให้มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด มีระบบสุขาภิบาลที่ดี รวมทั้งทีมเฝ้าระวังโรคและระบาดวิทยาให้การช่วยเหลือสนับสนุน

4. ระยะฟื้นฟู การดำเนินงานในระยะนี้เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้บาดเจ็บรุนแรงอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและการจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ตลอดจนจนการควบคุมโรคระบาดต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการยา/เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ที่ได้รับบริจาค เพื่อนำมาใช้หรือส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปใช้ประโยชน์

ในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาเหตุการณ์ช่วงสัปดาห์แรก เนื่องจากเหตุการณ์ช่วงนี้มีทั้งภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน และหลังวิกฤต ซึ่งเป็นช่วงที่เหตุการณ์มีความวุ่นวาย ยุ่งยากทั้งการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจำนวนมาก ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งต่อ การให้ข้อมูลแก่ญาติที่มาติดต่อ และการช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่ไร้ที่อยู่อาศัยซึ่งจะต้องพักชั่วคราวที่โรงพยาบาล รวมทั้งปัญหาการจัดการศพ ซึ่งมีจำนวนมาก

การปฏิบัติการพยาบาลด้านสาธารณสุข/ธรณีพิบัติภัย

จากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัยทำให้มีผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บจำนวนมาก โดยเฉพาะระยะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และประกาศใช้แผนสาธารณสุข เพื่อ

ระดมบุคลากร และเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม รวมทั้งมีการประสานงานเพื่อช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ประสบภัย (วรรณเพ็ญ และคณะ, 2548) ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจะทำการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ทั้ง ณ จุดเกิดเหตุนอกโรงพยาบาล และการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล แบ่งได้ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ประสบภัย ณ จุดเกิดเหตุ มีหลักการช่วยเหลือผู้ประสบภัย (วรรณเพ็ญ และคณะ, 2548) ดังนี้

1.1 วิเคราะห์สาเหตุและความรุนแรงของภัยที่เกิดขึ้น โดยซักถามผู้อยู่ในเหตุการณ์เพื่อประเมินสถานการณ์ และประเมินจำนวนผู้บาดเจ็บ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ

1.2 ทำการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตรายและลดความเจ็บปวด รีบประเมินอาการผู้บาดเจ็บ โดยใช้ระบบการจำแนกความรุนแรงของการบาดเจ็บหรือการคัดกรอง เพื่อช่วยผู้ที่เร่งด่วนก่อน แล้วจึงช่วยผู้ที่มีอาการรองลงมาตามลำดับ

นอกจากนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัย ณ จุดเกิดเหตุ ได้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system: [EMS]) ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้ป่วยฉุกเฉินแก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต พิการ หรือปัญหาในการพยาบาลลดลง ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีลักษณะการทำงานโดยทั่วไปแบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (detection) ถ้าเกิดกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น ผู้ที่ตัดสินใจแจ้งเหตุ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุ ซึ่งอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้เร็ว หรือทำให้อัตราการรอดชีวิตสูง

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็น เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสม

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการโดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ การช่วยชีวิตระดับสูง (Advanced Life Support: [ALS]) และการช่วยชีวิตระดับพื้นฐาน (Basic Life Support: [BLS]) จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐานกำหนดเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงและความต้องการของเหตุและสั่งการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแล

แลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักการไม่ให้เสียเวลาดูแล ณ จุดเกิดเหตุจนจนเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วยคือการไม่ทำให้บาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้สารน้ำ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินระดับความรู้สึกตัวทางระบบประสาท

6) การนำส่งสถานพยาบาล (transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและไปมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ เพราะว่าการนำส่งสถานพยาบาลที่ไม่มีความพร้อมก็ทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือมีปัญหาในการรักษาพยาบาลต่อไป

2. การปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือผู้ประสบภัยในโรงพยาบาล มีการคัดกรองหรือการจำแนกผู้ประสบภัย เมื่อเกิดอุบัติเหตุหมู่มีผู้ประสบภัยจำนวนมากและมีหลายประเภท ในการรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การใช้ระบบการจำแนกประเภทหรือคัดกรองผู้ป่วย (triage system) เป็นระบบที่มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อจำแนกประเภทตามความรุนแรงของอาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม (บุญเลิศ, 2540; Bracken, 2003) จากการศึกษาของ มาร์เลท และวูลวิค (Mallett & Woolwich, 1991) พบว่าการใช้การคัดกรองผู้ป่วย ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สร้างความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใช้เวลาในการรอคอยการตรวจของแพทย์สั้นลง และพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่สามารถระบายผู้ป่วยออกเร็วหรือไม่ค้างในการรอตรวจนาน

“ไตรเอจ” (triage) มาจากคำว่า tier เป็นภาษาฝรั่งเศส แปลว่า จำแนกหรือคัดเลือก เป็นการจัดลำดับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้บาดเจ็บ จึงต้องจัดแบ่งกลุ่มของการบาดเจ็บเพื่อให้การช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญและความรุนแรง โดยมุ่งหวังที่จะรักษาชีวิตผู้ประสบภัยให้ได้จำนวนมากที่สุด (วนิดา, อรุณี และวิมลรัตน์, 2540; เอมอร และอริศา, 2548; Bracken, 2003; May, 1993)

การกำหนดบริเวณ (โซน) ที่จะใช้รับผู้บาดเจ็บระยะต้นเพื่อแยกประเภทผู้บาดเจ็บ มีการแบ่งไว้ 4 ประเภทดังนี้ (กนกวรรณ, 2549; ขนิษฐา และวงจันทร์, 2546; บุญเลิศ, 2540; Bracken, 2003; Wattanawaitunechai, Peacock and Jitpratun, 2005)

ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 1 (class 1: โซนสีแดง) เป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บหนัก คุกคามต่อชีวิต (emergent) ต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เช่น มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ซ็อก บาดเจ็บบริเวณหน้าอก อวัยวะต่างๆ ถูกตัดขาด (amputation) เสียเลือดมาก

ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 2 (class 2: โซนสีเหลือง) เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บค่อนข้างหนัก (urgent) ต้องการการรักษาภายใน 30 นาที - 2 ชั่วโมง เช่น มีกระดูกหัก มีบาดแผลบริเวณต่างๆ

ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 3 (class 3: โชนสีเขียว) เป็นผู้ป่วยที่บาดเจ็บเล็กน้อย (non urgent) ไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น กระดูกหักไม่รุนแรง ไม่มีแผลเปิด (closed fracture) มีแผลเล็กๆ ที่ไม่สูญเสียเลือดมากหรือแผลตอก สามารถรอการรักษาได้มากกว่า 2 ชั่วโมง

ผู้บาดเจ็บประเภทที่ 4 (class 4: โชนสีดำ) เป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือคาดว่าจะเสียชีวิตอย่างแน่นอน (expectant) เช่น บาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง กระดูกหักหลายตำแหน่ง บาดเจ็บช่องท้องรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รอระยะเวลา ไม่มีการรักษา

นอกจากนั้นการปฏิบัติการพยาบาลในเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิครั้งนี้ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ดังนี้ (พูลสุข, 2548)

1) การเป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ในเหตุการณ์ครั้งนี้มีผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งในโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่จำนวนน้อย ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วย ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น การทำแผล การเย็บแผล การให้สารน้ำ การช่วยแพทย์ในการใส่เฟือก การช่วยผ่าตัด การช่วยฟื้นคืนชีพ การทำหัตถการต่างๆ และการดูแลให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นภาระงานที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถประสบการณ์ทักษะพื้นฐานในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและทักษะขั้นสูงในวิชาชีพตามสภาวะของผู้ป่วยและการตัดสินใจที่ดีของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด ณ สถานการณ์นั้น

สำหรับการเป็นผู้รักษาการพยาบาลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ในเหตุการณ์สึนามิครั้งนี้ พบว่าบาดแผลของผู้ประสบภัยส่วนใหญ่ เกิดจากการถูกเศษไม้ เศษวัสดุสิ่งของกระแทกเป็นแผลเปิดและมีดินโคลน กรวดทรายที่ถูกรื้อน้ำอัดเข้าไปอุดตันในบาดแผลซ้ำ ซึ่งดินโคลน กรวดทรายที่มาอุดบาดแผลเต็มไปด้วยเชื้อโรคหลายชนิด ลักษณะบาดแผลที่พบจึงเป็นแผลทะลุ (puncture wound) การดูแลบาดแผลลักษณะนี้ จึงต้องล้างให้ถึงก้นแผล และต้องล้างเศษดินโคลน กรวด ทราย ออกให้หมด และหากการล้างแผลทำได้ลำบาก เนื่องจากปากแผลแคบ ก็ต้องเปิดปากแผลให้กว้างเพียงพอที่จะทำความสะอาดได้ และไม่ควรเย็บปิดแผล หากจะเย็บให้เย็บหลวมๆ ในลักษณะที่สามารถทำความสะอาดถึงก้นแผลได้สะดวก (จิตติภา, 2548)

2) การเป็นผู้ประสานงาน ในการจัดการกับผู้ป่วยจำนวนมากที่มารับบริการ พยาบาลจำเป็นต้องประเมินผู้ป่วยและเตรียมการเพื่อรายงานแพทย์ให้การรักษาในรายใดที่อาการหนัก โรงพยาบาลไม่สามารถรับรักษาพยาบาลได้จำเป็นต้องส่งต่อ การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีความสามารถมากกว่าจึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันที นอกจากนั้นยังต้องประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ทั้งประสานขอกำลังคน วัสดุ เวชภัณฑ์ต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติ

3) บทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการ พยายามเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้ป่วยและญาติ การเกิดเหตุการณ์ การเจ็บป่วย การบาดเจ็บนั้นย่อมสร้างความวิตกกังวลแก่ผู้ใช้บริการ ผู้ใช้บริการต้องทราบข้อมูลที่แท้จริงว่าตนเองหรือญาตินั้นจะได้รับการรักษาอย่างไร จะอยู่โรงพยาบาลนี้ดีหรือไปโรงพยาบาลอื่น ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่จะให้ข้อมูลกับผู้ใช้บริการที่จะตัดสินใจเลือกการรักษาที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลด้านจิตสังคม พยาบาลจะต้องให้การยอมรับในสิ่งที่ผู้ประสบภัยแสดงออก ซึ่งอาจมีพฤติกรรมทั้งพึงพอใจ และไม่พึงพอใจ ที่อาจมีสาเหตุมาจากความกดดันทางร่างกาย และจิตใจที่ได้รับจากผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยรับฟังเรื่องราวด้วยความเข้าใจ ตั้งใจแสดงออกถึงความจริงใจ และสนใจเรื่องที่ได้รับฟัง เพื่อก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ประสบภัยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจ (วรรณเพ็ญ และวัลภา, 2548)

5) เป็นผู้สร้างพลังให้ผู้ป่วย การที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันและผู้ป่วยต้องได้รับบาดเจ็บ หรือบางรายบุคคลในครอบครัวเช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา ลูกๆ รวมทั้งญาติๆ ต้องตายจากกันหรือสูญหาย ทำให้ผู้ป่วยย่อมมีสภาพจิตใจที่ย่ำแย่หวาดกลัวเป็นเสมือนฝันร้าย ซึ่งยากที่จะลืมได้ บางรายอยากตายไม่ยอมรับการรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงควรสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยการสร้างคุณค่าให้เกิดในตัวของผู้ป่วย การยอมรับในการกระทำของผู้ป่วยและการให้เกียรติผู้ป่วย การได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากพยาบาลก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น และเผชิญกับชีวิตต่อไปได้

6) เป็นผู้จัดการข้อมูลข่าวสาร ในขณะที่มีเหตุการณ์ ผู้ป่วยได้รับการลำเลียงจากที่เกิดเหตุมารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต่างๆ จำนวนมาก โรงพยาบาลจะเกิดความซุลมุล การจัดระบบข้อมูลข่าวสารจึงจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการรายงานสิ่งที่เกิดขึ้นในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง การเขียนรายงาน การบันทึกทางการพยาบาล เพื่อเป็นหลักฐานการทำงาน การรายงานผู้บังคับบัญชาและเผยแพร่สู่สาธารณชนต่อไป

ปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติงานกรณีกรณีพิบัติภัย

1. มีการระดมกำลังเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในทุกๆ แผนกมาช่วยเหลือหลังจากเกิดกรณีพิบัติภัย (Wattanawaitunechai et al., 2005)

2. ได้รับความช่วยเหลือด้านบุคลากรการแพทย์/พยาบาล รวมทั้งอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลอื่นๆ (ศุมล และคณะ, 2548; Anonymous, 2005)

3. มีอาสาสมัครหลายด้านมาให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1) มีอาสาสมัครช่วยเป็นล่ามในการสื่อสารกับชาวต่างชาติ (กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, ม.ป.ป.)

2) มีอาสาสมัครนำอาหารมาช่วยเหลือทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัย รวมทั้งมีผู้บริจาคเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มแก่ผู้ประสบภัย (กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, ม.ป.ป.; ชาวัณฐ, 2548)

3) ผู้ประสบภัยที่เป็นแพทย์ชาวต่างชาติ ซึ่งได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยช่วยรักษาผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ประสบภัยที่บาดเจ็บเล็กน้อยและไม่มีที่อยู่อาศัย ก็ทำหน้าที่อาสาช่วยเหลือผู้ประสบภัย ในโรงพยาบาล (อุบลรัตน์, 2548)

ปัญหา/อุปสรรคของการปฏิบัติงานกรณีธรรมชาติพิบัติภัย

ในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยในโรงพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

1. ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ (ประเสริฐ ว., 2548) ในช่วงแรกของเหตุการณ์ครั้งนี้ แม้ว่าจะมีแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครมาช่วยจำนวนมาก แต่เนื่องจากการขาดการบริหารจัดการ บุคคลในภาพรวม จึงทำให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก และอยู่ห่างไกลซึ่งไม่เป็นที่รู้จัก ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรโรงพยาบาลอื่นๆ (อุไร, 2548) และถ้าสถานบริการที่อยู่ในพื้นที่หรืออยู่ใกล้เคียงพื้นที่ขาดประสิทธิภาพ บุคลากรไม่เพียงพอ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเพิ่มความรุนแรงของปัญหา (วรรณเพ็ญ และคณะ, 2548)

2. ขาดแคลนทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านการช่วยชีวิตและการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ประเสริฐ ว., 2548; Milsten, 2000) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการจัดการกับสาธารณภัยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น มีการจัดส่งแพทย์ซึ่งมีอยู่เพียงคนเดียวของโรงพยาบาลไปช่วยโรงพยาบาลอื่นเมื่อได้รับแจ้งขอความช่วยเหลือ ทำให้เหลือพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเพียง 2 คน ทำหน้าที่ในโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่สามารถรองรับกับจำนวนผู้ประสบภัยที่ถูกส่งมายังโรงพยาบาลจำนวนมากภายหลังได้ (อุไร, 2548)

3. แผนสาธารณภัย ส่วนใหญ่มีแพทย์เป็นหัวหน้า หรือผู้ประสานงานหลัก แต่ในสภาพความเป็นจริงไม่สามารถทำหน้าที่นั้นได้ เนื่องจากผู้ประสบภัยมีจำนวนมาก ในขณะที่ยังขาดแคลนแพทย์ ทำให้พยาบาลซึ่งไม่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดังกล่าวมาทำหน้าที่แทน (ประเสริฐ ว., 2548; อุไร, 2548)

4. ขาดแคลนอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ยา (ประเสริฐ ว., 2548; อุไร, 2548; Milsten, 2000) รวมทั้งเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดในช่วงแรก (Anonymous, 2005)

5. ขาดแคลนยานพาหนะในการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุไร, 2548)

6. การสื่อสารล้มเหลวในช่วงแรก ไม่สามารถติดต่อโทรศัพท์ได้ เพราะสายโทรศัพท์ถูกตัดขาด (กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, ม.ป.ป.; ปัทมาพร และเสาวลักษณ์, 2548; อุไร, 2548)

7. ขาดล่ามในการสื่อสารกับผู้ประสพภัยชาวต่างชาติในระยะแรก โรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ประสพภัยมาจาก 38 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็นชาวยุโรปที่ไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ (อุไร, 2548)

8. ขาดการประสานงานของหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องและเครือข่าย จุดสำคัญ คือ หน่วยงานฉุกเฉิน กับหน่วยงานภายในอื่นๆ แพทย์หรือพยาบาลห้องฉุกเฉินต้องประสานงานกับหน่วยประชาสัมพันธ์ ติดต่อบุคคลอื่นขอความช่วยเหลือ ประสานงานกับห้องผ่าตัด หออภิบาลผู้ป่วยหนัก รังสีวินิจฉัย และหน่วยงานอื่นๆ ตามแผนของอุบัติเหตุหมู่ที่โรงพยาบาลร่างไว้ (ประเสริฐ ว., 2548)

9. ขาดระบบการประสานงาน ส่งต่อ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ก่อนการส่งต่อผู้ป่วยถ้าไม่ได้ประสานงาน แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลผู้รับผู้ป่วยไม่ได้เตรียมการรักษายาบาล่วงหน้าก็จะทำให้เกิดความวุ่นวาย (ประเสริฐ ว., 2548)

10. ขาดการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ โดยข้อมูลที่สำคัญบางอย่างไม่ได้ถูกจัดเก็บและข้อมูลไม่ทันสมัย ทำให้ขาดความน่าเชื่อถือ และไม่สามารถนำมาใช้ได้ (อุไร, 2548)

11. ปัญหาการชันสูตรศพ ทำไม่ทัน ห้องเก็บศพมีไม่เพียงพอ (ปัทมาพร และเสาวลักษณ์, 2548; อุไร, 2548)

นอกจากนั้นปัญหาในภาวะภัยพิบัติ ที่พบว่าแพทย์ พยาบาลจะต้องไปช่วยเหลือหรือปฏิบัติหน้าที่นอกโรงพยาบาล (ประเสริฐ ว., 2548) มีดังนี้

1) ขาดผู้รับรู้คนแรก (first responder) ที่ให้คำแนะนำที่เหมาะสมหรือขอความช่วยเหลือเหมาะสม ซึ่งผู้รับรู้คนแรกเป็นผู้มีความสำคัญมากที่สุดในการจัดการกับภัยพิบัติชุมชนขนาดใหญ่ เพราะจะเป็นผู้ประเมินความรุนแรงความสูญเสียที่เกิดขึ้น และจะเป็นผู้ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดหรือป้องกันไม่ให้เกิดความสูญเสียมามากมาย ซึ่งผู้รับรู้ข้อมูลเหตุการณ์คนแรกอาจเป็นผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ และหัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินอาจได้รับแจ้งเหตุที่เกิดขึ้น จะได้ดำเนินการหรือบริหารจัดการด้านต่างๆ ที่ต้องคาดการณ์ คือ จำนวนผู้บาดเจ็บ การคัดแยก การกระจายผู้ป่วยไปตามโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดความแออัดหรือเกินกำลังแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์หรือพยาบาลที่มีความรู้ประสบการณ์และมีแผนการปฏิบัติก็จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ขาดผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ (field commander) ในจุดเกิดเหตุถ้าไม่มีผู้สั่งการในการจัดการกับผู้บาดเจ็บ ไม่มีการคัดกรองที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่เดินได้ก็แย่งกันขึ้นรถ ผู้บาดเจ็บที่ช่วยตนเองไม่ได้ก็โดนทอดทิ้ง

3) ขาดระบบประสานงาน การสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ ทำให้เกิดปัญหา รวมทีมกันไม่ได้ ต่างคนต่างทำ การแก้ปัญหาคือ การวางแผนปฏิบัติร่วมกัน และการซ้อมปฏิบัติ เช่น ทีมที่1 ทำหน้าที่เป็นผู้สั่งการ ส่วนทีมที่ 2 ทำหน้าที่ช่วยประสานงาน นำส่งโรงพยาบาล และขอความช่วยเหลือจากหน่วยอื่นๆ

4) ขาดการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และปัญหาการคัดกรองผู้ป่วย ปัญหาของการปฐมพยาบาลเกิดจากบุคลากรที่เข้าไปช่วยเหลือขาดประสบการณ์ของการปฐมพยาบาลเพราะฝึกฝนไม่มากพอ และขาดเครื่องมือที่จะใช้ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งปัญหาเหล่านี้แก้ไขโดยการฝึกปฏิบัติบ่อยๆ การคัดกรองก็เช่นเดียวกันควรมีแพทย์หรือพยาบาลทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ และการคัดกรองผู้ป่วยควรกระจายไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ถ้าส่งผู้ป่วยทั้งอาการหนักและอาการเล็กน้อยอยู่โรงพยาบาลเดียวกันหมดจะทำให้เกิดความวุ่นวาย

แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านรักษาพยาบาล

แนวทางแก้ไขปัญหาด้านการรักษาพยาบาลผู้ประสบอุบัติเหตุ มีแนวทางดำเนินการ ดังนี้ (พิพัฒน์, ปราชญ์, สุภชัย, และณรงค์ศักดิ์, 2548)

1. เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรก มีผู้ประสบภัยจำนวนมาก จึงต้องมีการบริหารจัดการให้มีการกระจายผู้ป่วยไปรักษาในหน่วยบริการ/โรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง และต้องจัดระบบให้มีเครือข่ายหน่วยบริการ/โรงพยาบาลภายในกลุ่มจังหวัดต่างๆ

2. การจัดการด้านการส่งต่อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/ผู้ประสบภัยจำนวนมาก จำเป็นต้องมีเครือข่ายและการสนับสนุนรพพยาบาลฉุกเฉินอย่างเพียงพอ ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพจนถึงหน่วยบริการ/โรงพยาบาล

3. การจัดการด้านกำลังคน ในระยะแรกต้องการแพทย์ด้านศัลยกรรม ระยะต่อมาต้องการแพทย์ด้านนิติเวช และพยาบาลจะต้องได้รับการสนับสนุนจำนวนมากในทุกระยะการเกิดเหตุ

4. การจัดระบบสื่อสารในระหว่างการช่วยเหลือผู้ประสบภัยให้มีประสิทธิภาพ

5. การจัดการข้อมูลควรต้องทำอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการจัดการข้อมูลมีความจำเป็นในการใช้ข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติงาน

6. การบริหารจัดการเรื่องการชันสูตรพลิกศพและการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล ควรแยกออกจากหน่วยบริการเพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ การป้องกันโรคติดต่อและโรคระบาดมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นการให้การพยาบาลในขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้เตรียมตัวรับกับสถานการณ์มาก่อน ในเหตุการณ์ดังกล่าวไรท์ (Wright, 1993) ได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติในกรณีเกิดภัยพิบัติไว้ 8 ประการดังนี้ 1) ให้ระลึกอยู่เสมอถึงข้อจำกัดต่างๆ ที่มีอยู่ 2) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบข้อมูล รวมถึงการบันทึกที่ถูกต้อง และมีศูนย์ประสานข้อมูลข่าวสาร 3) อนุญาตให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วย 4) สนับสนุนให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชนที่มี

ความสูญเสียร่วมกันช่วยกันประคับประคองซึ่งกันและกัน 5) การบริหารจัดการ และทักษะการปฏิบัติพยาบาลที่รวดเร็วถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลของพยาบาลที่จัดการกับภาวะวิกฤต 6) ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความจริงโดยให้ข้อมูลที่เป็นจริง แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกไม่ดี แต่จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล 7) ควรจำกัดการพึ่งพาผู้อื่น และ 8) ใช้ผู้นำชุมชนและครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากร นอกจากนี้จากการศึกษาของสุภัก (2547) กล่าวถึงการเสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากภัยพิบัติไว้ในระดับโรงพยาบาลมี 6 ลักษณะ คือ 1) ต้องมีแผนทบทวนจริงจัง 2) ประสานเครือข่ายภายนอก 3) พัฒนาศักยภาพพยาบาล แก้ปัญหาอัตรากำลัง 4) จัดสรรอุปกรณ์ตามความต้องการใช้ 5) จัดระบบป้องกันปัญหาผัดคนผัดเพิ่ม และ 6) จัดแพทย์ประจำหน่วยรับและสังเกตอาการผู้ป่วย ในระดับผู้บริหาร มีลักษณะ คือ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ กล้าตัดสินใจและไวต่อปัญหา ในระดับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมี 3 ลักษณะคือ 1) ต้องตั้งสติให้ได้และใช้ความรู้ที่มี 2) ต้องรู้หน้าที่เตรียมใจให้พร้อม 3) ติดตามข่าวสาร

สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์วิกฤตนั้น (critical situation) จากการศึกษาของ เฮอร์บิก บัสซิง และอีเวท (Herbig, Bussing & Ewert, 2001) พบว่า พยาบาลที่ใช้ประสบการณ์เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน (experience-guided working) สามารถเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตที่ไม่อาจคาดเดาได้ (unpredictable critical guided working) เพราะว่าประสบการณ์จะช่วยทำให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่วิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา (2545) และ สุภัก (2547) ซึ่งพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์วิกฤตนั้น จำเป็นต้องใช้สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการเผชิญสถานการณ์ คือมีแนวทางในการทำงานโดยอาศัยประสบการณ์ และใช้วิจารณญาณส่วนตัวในการตัดสินใจแก้ปัญหา

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ความหมาย

ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มาจากภาษากรีก จากคำว่า “phainomion” และ “logos” ซึ่ง “phainomion” หมายถึง “สิ่งที่แสดงออกมาให้เห็นด้วยตัวของมันเอง” (that which shows itself from itself) “การปรากฏออกมาของมันเอง” (to show itself) หรือ “การแสดงออกมาให้เห็นของสิ่งนั้นๆ” (the appearance of things) (วีณา, 2547; Holloway & Wheeler, 2002) การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปรากฏการณ์หรือสภาพปัญหาโดยการทำความเข้าใจปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหา ในบริบทหรือสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ และการให้ความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน (กิติพัฒน์,

2546; นิสา, 2545; วิณา, 2547; ศิริพร, 2546; สุกงศ์, 2546; Parse, 2001; Polit & Beck & Hungler, 2001; Streubert & Carpenter, 2003)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์

คำว่า เฮร์เมเนิวติกส์ (hermeneutics) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง การตีความหมาย หรือ เข้าใจ หรือ เป็นศาสตร์แห่งการตีความ (กิติพัฒน์, 2546; นิสา, 2545; Parse, 2001) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สำหรับแนวคิดของฮัสเซิลนั้น มีจุดเน้นของปรัชญา คือ เน้นกระบวนการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (epistemology) และมีคำถามว่า “ทำอย่างไรให้เราทราบว่าเรารู้อะไร” ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจในประสบการณ์นั้นๆ และในการแปลความหมายจะใช้วิธีกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นออก แต่การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์ของไฮเดกเกอร์และกาดามเมอร์ (Heideggerian/Gadamerian hermeneutic phenomenology) นั้นมีจุดเน้นของปรัชญา คือ เน้นความจริงแท้แน่นอน (existential-ontological) จากประสบการณ์และความเข้าใจว่าความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อความเป็นบุคคล และ ไฮเดกเกอร์ยังมีความคิดว่า การกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกทั้งหมดโดยการนำใส่ไว้ในวงเล็บ (bracketing) ไม่สามารถทำได้จริง และสิ่งเหล่านั้นอาจเป็นสาระสำคัญของเนื้อหา ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ มากขึ้น ซึ่งไฮเดกเกอร์ได้นำสิ่งเหล่านั้นเข้ามาศึกษาในการแปลความหมายโดยผ่านวงจรถือเฮร์เมเนิวติกส์ (hermeneutic circle) (Annells, 1996; Koch, 1995; Pascoe, 1996) ซึ่งแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการทำความเข้าใจและแปลความหมายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

วงจรถือเฮร์เมเนิวติกส์ (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงเหตุการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้โดยการเปรียบเทียบกับสิ่งที่บุคคลนั้นเคยรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน (วิณา, 2547) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) ภูมิหลัง (background) 2) การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding or fore-conception) 3) การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (co-constitution) และ 4) การแปลความ ตีความ (interpretation) (Koch, 1995) มีรายละเอียดดังนี้

1. ภูมิหลัง เป็นประวัติ หรือภูมิหลังของบุคคล ซึ่งวัฒนธรรมให้มาตั้งแต่กำเนิด พื้นฐานทางวัฒนธรรมช่วยให้เข้าใจโลกของความเป็นบุคคลของประสบการณ์ของคนๆ นั้น (Benner & Wrubel, 1989 cited by Koch, 1995) ซึ่งไฮเดกเกอร์ (Heidgger) ได้อธิบายแนวคิดไว้ว่า บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเอง อาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญต่างๆ (วิณา, 2547; Leonard, 1994) ดังนี้

1.1 บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตนเอง (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อมในโลก หรือสิ่งที่ติดตัวเขามาตั้งแต่เกิดโดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวัน ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกัน เป็นบริบททางสังคม เป็นภูมิหลังที่ติดตัวมา ดังนั้นบุคคลแต่ละคนจึงมีโลกและสังคมของตนเอง และมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกและสังคม

1.2 บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความสำคัญแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน (the person as a being for whom things have significance and value) นั่นคือ การให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษา ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลจำเป็นต้องมีการศึกษาบุคคลในบริบทที่บุคคลนั้นให้คุณค่าและให้ความสำคัญ

1.3 บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self interpreting) หมายถึงบุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่น ซึ่งในการแปลความหมายของบุคคล ไฮเดกเกอร์เชื่อว่า เป็นการแปลความ ตีความที่มาจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ ไม่ได้เกิดจากความมีสติรู้คิด ไตร่ตรอง ไคร่ครวญ ของบุคคลที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภายในของคนกับสิ่งที่อยู่ภายนอก

1.4 บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกายแต่ยังมีการรวมสิ่งอื่นๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัยแบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้ โดยเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิต สังคมและต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

1.5 บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของช่วงเวลา การมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจโดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า เป็นการทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นอยู่จริงในโลก รวมทั้งภาษา วัฒนธรรม ของบุคคล ซึ่งมีมาก่อนและไม่สามารถกำจัดหรือกันออกไปได้ แต่เป็นพื้นฐานที่ทำให้เราเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้ (Palmer, 1969 cited by Pascoe, 1996)

3. การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย เป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายนั้น จะทำให้เกิด

ความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995) ต่อมา กาดาเมอร์ ซึ่งเป็นศิษย์ของไฮเดกเกอร์ กล่าวว่า การแปลความเพื่อที่จะทำความเข้าใจบางสิ่ง จะต้องเริ่มจากการค้นหา และสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเข้าใจในสิ่งที่ค้นหาต้องประกอบด้วยองค์ประกอบอีก 2 อย่าง (Annells, 1996; Thomson, 1990 อ้างตาม วิณา, 2547) ดังนี้

3.1 ภาษา เป็นสื่อกลางสำคัญของการสื่อสารที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสื่อที่จำเป็น และต้องทำความเข้าใจทั้งรูปแบบและความหมาย ผู้วิจัยจึงสามารถเข้าใจสิ่งที่บุคคลให้ความหมายของปรากฏการณ์นั้นได้ถูกต้อง

3. 2 การเชื่อมโยงความหมายหรือการหล่อหลอมความเข้าใจ (the fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เป็นการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน รวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษา เพื่อให้สิ่งที่ศึกษาหรือข้อมูลที่ค้นพบนั้น เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษากับผู้ให้ข้อมูล เพื่อช่วยลดอกคิดหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา เพราะผู้ศึกษาข่อมมีความรู้หรือการคิดที่เกิดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำถามที่ต้องการคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ได้ใช้เป็นกรอบของการตอบ แต่ควรเป็นในลักษณะของการเชื่อมโยง

4. การแปลความ ดีความ ไฮเดกเกอร์มีแนวคิดว่าการแปลความ ดีความจะต้องทำความเข้าใจภูมิหลังหรือพื้นฐานชีวิตของบุคคล เช่น วัฒนธรรม ภาษา การศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานที่มีมาก่อนของบุคคล ร่วมกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล เพื่อจะแปลความหมายได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

นอกจากนั้น แวน มาเนน (van Manen, 1990) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกส์ไว้ ดังนี้

1) เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ (the study of lived experience) มุ่งเน้นการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์อย่างลึกซึ้ง สามารถให้ความหมายประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต จึงมีความแตกต่างจากศาสตร์สาขาอื่น เนื่องจากการเอาใจใส่ตั้งใจทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างธรรมชาติทุกๆ วันของเราอย่างถ่องแท้ เพื่อให้ความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้น ปรากฏการณ์วิทยาจึงไม่อาจสร้างทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้ในขณะนั้น แต่จะนำเราไปสู่ปรากฏการณ์โดยตรง

2) เป็นการอธิบายปรากฏการณ์โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกลึกซึ้ง (the explication of phenomena as they present themselves to consciousness) มนุษย์สามารถสะท้อนคิดพิจารณาประสบการณ์ที่ผ่านมานในอดีตในขณะที่กำลังดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ยกตัวอย่างเช่น การสะท้อนความโกรธของบุคคลที่กำลังโกรธ พบว่าขณะเราอธิบายความโกรธได้เปลี่ยนไปแล้ว เราไม่สามารถสะท้อนความรู้สึกลึกซึ้งโกรธนั้นออกมาได้ เป็นประสบการณ์ชีวิตหรือเป็นสิ่งที่ได้ผ่านไปแล้ว ดังนั้นการ

สะท้อนปรากฏการณ์จึงไม่ใช่การตรวจสอบความคิดหรือความรู้สึกของบุคคล แต่เป็นการคิดทบทวนย้อนหลัง ถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาแล้ว

3) เป็นการศึกษาสาระสำคัญ (the study of essences) เป็นการค้นหาธรรมชาติสาระสำคัญที่เป็นองค์ประกอบเกี่ยวกับความคิด หรือความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ซึ่งผู้วิจัยอาจรับรู้โดยสัญชาตญาณ หรือเข้าใจจากการศึกษาอย่างพิถีพิถัน รวมทั้งเหตุการณ์ที่เคยประสบในอดีต จากแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา เป็นความพยายามที่จะบรรยายความหมาย และประสบการณ์ชีวิตที่เป็นจริง เราอาจสนใจในสถานการณ์ที่แท้จริงของประสบการณ์ว่า มีบางสิ่งเกิดขึ้นจริงหรือไม่ แนวโน้มในการเกิดเป็นอย่างไร และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ทั่วไปอย่างไร เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้งในทิศทางเดียวกับผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนนิค

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการจัดกระทำกับข้อมูลต่างๆ และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตในการบันทึกภาคสนาม โดยการวิเคราะห์คำหลัก (thematic analysis) (ศิริพร, 2546) และใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (induction) (สุภางค์, 2546) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับความรู้ ความเข้าใจของนักวิจัยที่มีอยู่เดิม ซึ่งจะช่วยให้เชื่อมโยงความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ แวนมาเนนได้เสนอแนะวิธีการในการวิเคราะห์คำหลักสำคัญ จะสามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการให้ความหมาย การแปลความประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลกรณีพิบัติภัยได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ ซึ่งกระบวนการในการวิเคราะห์จะช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในการแปลความ และขยายความในการศึกษาเชิงปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา ในทางปฏิบัติ แวน มาเนน ได้อธิบายวิธีการศึกษาและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ 6 ขั้นตอน ดังรายละเอียดหน้า 39

ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ การบรรยายในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ไม่ได้ใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษาเช่นการศึกษาในเชิงปริมาณ ซึ่งลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1989 cited by Holloway & Wheeler, 2002; Lincoln & Guba, 1989 cited by Polit & Beck, 2004) ได้เสนอแนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ด้านต่างๆ ของข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยได้แก่ ระยะเวลาที่นักวิจัยอยู่ในบริบทที่ศึกษาวิจัย (prolonged engagement) เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย โดยใช้เวลาร่วมอยู่กับผู้ให้ข้อมูลมากเพียงพอ เพื่อทำความรู้จักและสร้างความไว้วางใจต่อผู้วิจัย การสังเกตปรากฏการณ์ที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้ (persistent observation) การให้ข้อคิดเห็นโดยผู้รู้นอกบริบทที่ศึกษา (peer debriefing) การตรวจสอบข้อเท็จจริงโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) และมีการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation) เป็นการตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิม จะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่

2. ความไว้วางใจได้หรือความมีเสถียรภาพ (dependability) เป็นการพิจารณาความเชื่อมั่นของการศึกษา (reliability) ทั้งระเบียบวิธีการวิจัย และผลของข้อมูลที่เกิดขึ้น เนื้อหาการวิจัยต้องบรรยายรายละเอียดซึ่งหากนักวิจัยอื่นสนใจ สามารถเข้าใจวิธีการศึกษาและนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที และหากนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หรือศึกษาในกลุ่มเดิม ผลการวิจัยที่ได้จะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3. ความสามารถนำไปอ้างอิงหรือถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการนำระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกันหรือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่นักวิจัยเข้าไปศึกษา ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีการเขียนบรรยายบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด (thick description) เช่นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (participants) ผู้วิจัยและบริบทที่ศึกษา แต่สำหรับผู้ที่จะนำผลวิจัยไปใช้ ต้องเข้าใจบริบทของงานวิจัยนั้น และบริบทของพื้นที่/กลุ่มที่นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ด้วย

4. การรับรองหรือยืนยันข้อเท็จจริง (confirmability) โดยตลอดทั้งกระบวนการต้องมีหลักฐานข้อมูล (audit trail) ยืนยันที่แน่ชัด และผู้ทรงคุณวุฒิต่างๆ (inquiry audit) สามารถตรวจสอบได้ เช่น ข้อมูลดิบ (บทสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม) เอกสารการวิเคราะห์ข้อมูล เอกสารการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลการวิเคราะห์ที่แก้ไข ผลการวิเคราะห์ฉบับร่างและฉบับสมบูรณ์ ม้วนบันทึกเทป เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีวิธีการศึกษาอื่นๆ ที่จะช่วยให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือ เช่น การศึกษาในบริบทต่างๆ ผู้ที่ศึกษาจะต้องมีความเข้าใจภาษา วัฒนธรรม ประเพณี การแปลความต่างๆ จะต้องให้สอดคล้องกันด้วย (Leonard, 1994)

จะเห็นได้ว่า ความน่าเชื่อถือในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่นักวิจัยจะต้องให้ความสำคัญถึงสำคัญตลอดทั้งกระบวนการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้องค์ความรู้ที่ปรากฏในการศึกษามีความชัดเจน มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 เป็นภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายมากที่สุดในประวัติศาสตร์ มีผลกระทบในหลายประเทศรวมทั้งพื้นที่ชายฝั่งอันดามันภาคใต้ของไทย ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ประสบภัยในพื้นที่โดยตรงและนักท่องเที่ยว ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ซึ่งได้รับความเสียหายทั้งชีวิต ทรัพย์สิน สูญเสียอาชีพ รวมทั้งผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งพื้นที่จังหวัดพังงาได้รับความเสียหายมากที่สุด มีผู้ประสบภัยได้รับบาดเจ็บและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ เป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนหลายๆ ด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้การปฏิบัติงานของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลต้องใช้กลยุทธ์ในการจัดการแก้ไขปัญหา การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมนิวติกส์จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด ที่จะนำมาศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบธรณีพิบัติภัยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงสัปดาห์แรก ซึ่งเป็นทั้งระยะวิกฤต หลังวิกฤต โดยศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นอยู่จริง เพื่อให้เข้าใจถึงการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อม และภูมิหลัง โดยการสัมภาษณ์และให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย บรรยายประสบการณ์ตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมาย ให้คุณค่า และความสำคัญในปรากฏการณ์นั้น รวมทั้งผสมผสานเทคนิคการสะท้อนกลับ การยกตัวอย่างประกอบ การทวนความ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจตรงกับผู้ให้ข้อมูล และเห็นภาพของประสบการณ์ได้มากที่สุด ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าว จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจ และนำมาพัฒนาการพยาบาลด้านสาธารณสุข เช่น เหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย/ภัยพิบัติอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป