

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543
 - 1.1 สาเหตุของภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543
 - 1.2 ผลกระทบจากภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ.2543
 - 1.3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม
3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์แมนิติกกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล

1. ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543

เหตุการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 เป็นเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ที่สุดในรอบ 50 ปีที่มีอาจลิมเลียนได้ (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่12, 2544) เนื่องจากเป็นน้ำท่วมประเภทรุนแรงถึงรุนแรงมากที่มีลักษณะเป็นน้ำท่วมฉับพลัน (flash floods) และน้ำท่วมขัง (drainage floods) ซึ่งเหตุการณ์น้ำท่วมในครั้งนี้เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการ คือ 1) สภาพภูมิประเทศของอำเภอหาดใหญ่ที่เป็นที่ลุ่ม 2) ปริมาณน้ำฝนที่ตกลงมามาก และ 3) ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำ (พิชัย และคณะ, 2543; สำนักงานทางหลวงที่15, 2543) ส่งผลให้มีผู้เดือดร้อนกว่า 79,100 ราย (ที่ทำการปกครองจังหวัดสงขลา, 2543) ประเมินความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจมากถึง 13,824.67 ล้านบาท (อำพร และคณะ, 2544) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สาเหตุของภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543

1.1.1 สภาพภูมิประเทศของอำเภอหาดใหญ่ต่อการเกิดภาวะน้ำท่วม

อำเภอหาดใหญ่เป็น 1 ใน 16 อำเภอของจังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ในพื้นที่ตอนใต้ของจังหวัด มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 1,256.91 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง (urban

community) ตั้งอยู่บริเวณที่ราบลุ่ม ใกล้แม่น้ำ แวดล้อมด้วยภูเขาและที่ราบสูงเป็นรูปตัว U ทางทิศตะวันออก ทิศใต้ และทิศตะวันตก ลาดเอียงลงไปทางเหนือซึ่งเป็นที่ราบลุ่ม (จรรยา, 2543; สำนักงานทางหลวงที่15, 2543; อาคม, 2543) ลักษณะดังกล่าวทำให้ตัวเมืองขนาดใหญ่เป็นเสมือนกั้นกะทะ (นวลตา และสว่าง, 2543) และเปรียบเสมือนคอขวดที่เป็นแหล่งรองรับน้ำจากบริเวณลุ่มน้ำตอนบนซึ่งจะไหลมารวมกัน ก่อนไหลลงสู่คลองอุ้ตะเภาและทะเลสาบสงขลาในที่สุด (วินัย, 2533) ดังนั้นจึงพบว่าจากสภาพทางกายภาพและที่ตั้งของอำเภอหาดใหญ่เอื้อต่อการเกิดภาวะน้ำท่วมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูฝน (ชาญชัย และคณะ, 2540; อาคม, 2543)

1.1.2 ปริมาณน้ำฝนที่ตกลงมามาก

จังหวัดสงขลามีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยตลอดทั้งปีประมาณ 2,073.8 มม. มีฝนตกประมาณ 157 วัน โดยเดือนพฤศจิกายนจะเป็นเดือนที่มีฝนตกมากที่สุด (กรมประชาสัมพันธ์, 2533) และปริมาณน้ำฝนที่จะก่อให้เกิดภาวะน้ำท่วมขนาดใหญ่ จากการศึกษารายงานของวินัย (2533, 2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพื้นที่ลุ่มน้ำคลองอุ้ตะเภาและความเป็นไปได้ของระบบเตือนภัยน้ำท่วมในเขตหาดใหญ่-สะเดา โดยประยุกต์ใช้การจำลองสภาพธรรมชาติโดยทางคณิตศาสตร์ พบว่าหากปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 150 มิลลิเมตรต่อวันเพียงวันเดียว หรือปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 55 มิลลิเมตรต่อวัน และตกอย่างต่อเนื่อง 3 วันขึ้นไป โดยตกครอบคลุมพื้นที่ลุ่มน้ำตอนบนบริเวณบ้านบางศาลา ซึ่งมีพื้นที่รองรับน้ำฝนประมาณ 1,632 ตารางกิโลเมตร ก็จะก่อให้เกิดน้ำท่วมขนาดใหญ่อย่างแน่นอน และระดับน้ำดังกล่าวจะเคลื่อนตัวจากบริเวณบ้านบางศาลาถึงตัวเมืองหาดใหญ่ที่อยู่ห่างไป 15 กิโลเมตร ด้วยระยะเวลาเพียง 6 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งหากปริมาณน้ำฝนมีมากกว่าปริมาณดังกล่าวเพิ่มขึ้นเท่าใด ขนาดและความรุนแรงของภาวะน้ำท่วมก็จะเพิ่มขึ้นเท่านั้น

สำหรับเหตุการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 มีฝนตกหนักมากในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ และตกเป็นบริเวณกว้างครอบคลุมพื้นที่หลายจังหวัดในภาคใต้ โดยฝนเริ่มตกหนักตั้งแต่วันที่ 20 พฤศจิกายน 2543 เป็นต้นมา ตกต่อเนื่องนาน 4 วัน ปริมาณน้ำฝนที่วัดได้ ณ สถานีกรมอุตุนิยมวิทยา ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ มีปริมาณน้ำฝนรวมมากถึง 713.7 มม. ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 3 ของปริมาณน้ำฝนที่ตกโดยเฉลี่ยตลอดทั้งปีของอำเภอหาดใหญ่ และมีปริมาณมากเป็น 3 เท่าของปริมาณน้ำฝนที่ตกในปี พ.ศ. 2531 (สำนักงานทางหลวงที่15, 2543) ซึ่งปี พ.ศ. 2531 เป็นปีที่น้ำท่วมรุนแรงรองจากในปี พ.ศ. 2543 (อาคม, 2543) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

แสดงปริมาณน้ำฝนที่วัดได้ ณ สถานีกรมอุตุนิยมวิทยา ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่

ปริมาณน้ำฝนใน	วันที่					รวม
	19 พ.ย.	20 พ.ย.	21 พ.ย.	22 พ.ย.	23 พ.ย.	
พ.ศ. 2531	122.0	137.4	-	-	-	259.4
พ.ศ. 2543	-	89.7	315.7	147.1	161.2	713.7

หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารสรุปเหตุการณ์น้ำท่วม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ระหว่างวันที่ 21-27 พฤศจิกายน 2543 (หน้า 3), โดย สำนักงานทางหลวงที่ 15, 2543, สงขลา: กรมทางหลวง. อัดสำเนา.

1.1.3 ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำ

ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำ เกิดจาก 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ เกิดจากธรรมชาติ และเกิดจากการกระทำของมนุษย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.3.1 ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำที่เกิดจากธรรมชาติ



ปัจจัยทางธรรมชาติที่ส่งเสริมให้เกิดน้ำท่วมขนาดใหญ่ ได้แก่ สันทราย ทั้งเก่าและใหม่ที่ทอดตัวในแนวเหนือใต้ตลอดแนวที่ราบชายฝั่งทะเลแคบๆ ของพื้นที่ทางด้านใต้ ที่มีทิศทางขัดขวางการระบายน้ำ และการตื้นเขินของทะเลสาบสงขลา โดยเฉพาะบริเวณทะเลสาบ ด้านนอก และบริเวณปากทะเลสาบก่อนออกสู่อ่าวไทย ทำให้อัตราการไหลของน้ำจากทะเลสาบ ลงสู่อ่าวไทยช้าลง ซึ่งมีผลทำให้อัตราการไหลของน้ำจากแม่น้ำลงสู่ทะเลสาบช้าลงด้วย (ชาญชัย และคณะ, 2540)

1.1.3.2 ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์

อำเภอหาดใหญ่ มีคลองคู่ตะเภาทำหน้าที่เป็นแหล่งระบายน้ำหลัก ของเมืองหาดใหญ่ จากจำนวนคลองสำคัญ 3 สาย คือ คลองคู่ตะเภา คลองวาด และคลองเตย (จรรยา, 2543) แต่จากการศึกษาของชาญชัย และคณะ (2540) พบว่าลุ่มน้ำคลองคู่ตะเภาเป็นพื้นที่ ที่มีโอกาสเกิดน้ำท่วมระดับสูง โดยเกิดจากปัญหาในเรื่องการระบายน้ำที่เกิดจากการกระทำของ มนุษย์เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งสำนักงานทางหลวงที่ 15 (2543) ได้กล่าวถึงปัญหาการ ระบายน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ในรายงานสรุปสาเหตุน้ำท่วมขนาดใหญ่ ดังนี้

1) การที่อำเภอหาดใหญ่มีความเจริญอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการถมที่ ปลุกสร้างอาคารต่างๆ จำนวนมาก ซึ่งบางแห่งก็มีการถมดินปลุกสร้างอาคารบนพื้นที่รองรับน้ำ ทำให้พื้นที่รับน้ำน้อยลง เช่น ศูนย์การค้าบีคี่ เป็นต้น และบางแห่งก็มีการถมดินปลุกสร้างอาคาร

ขวางทางระบายน้ำ ดังเช่น อาคารตลาดเกษตรที่ถมดินปิดกั้นทางน้ำบริเวณสะพานเมตตา ซึ่งเป็นทางระบายน้ำที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งของเมืองหาดใหญ่ ที่ช่วยผันน้ำที่เอ่อล้นจากคลองอู่ตะเภาให้ไหลล้อมเมืองหาดใหญ่ลงสู่ทะเลสาบสงขลา ดังนั้นการถมดินสร้างอาคารดังกล่าวจึงทำให้ความสามารถในการระบายน้ำบริเวณนี้ลดลงกว่าร้อยละ 80

2) การปรับปรุงคลองเตย ซึ่งเป็นคลองระบายน้ำที่สำคัญใจกลางเมืองหาดใหญ่ โดยมีการเปลี่ยนรูปตัดคลองจากรูป  ปากคลองกว้าง 25-30 เมตร เป็นรูป  ปากคลองกว้าง 20 เมตร ก้นคลองกว้างประมาณ 8 เมตร ลึก 4 เมตร เพื่อนำพื้นที่ส่วนหนึ่งไปสร้างถนนเลียบบคลอง ทำให้ความสามารถในการระบายน้ำลดลงกว่าร้อยละ 50 ประกอบกับมีการก่อสร้างอาคารคร่อมคลอง จึงทำให้มีขยะจำนวนมากลอยมาติดขวางทางน้ำ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนขัดขวางการไหลของน้ำ

3) สิ่งก่อสร้างต่างๆ กีดขวางทางระบายน้ำภายในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยเฉพาะในย่านเศรษฐกิจ ทางด้านตะวันออกของทางรถไฟ ที่มีตึกอาคารบ้านเรือนที่หนาแน่น ถนนที่เต็มไปด้วยตรอกซอกซอย ระดับถนนที่แตกต่างกัน ตลอดจนเกาะกลางถนนที่สูงและบางแห่งมีลักษณะตั้งฉากกับทิศทางการไหลของน้ำ นอกจากนี้ยังพบว่าในบางพื้นที่ที่มีระยะทางห่างกันไม่ถึงสองกิโลเมตร แต่มีระดับน้ำแตกต่างกันมาก ดังเช่น บริเวณตลาดสันติสุขกับทางรถไฟสายสงขลา-หาดใหญ่ โดยบริเวณตลาดสันติสุขระดับของถนนมีค่าระดับสูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 6.8 เมตร ส่วนบริเวณทางรถไฟสายสงขลา-หาดใหญ่บริเวณคลังปูนซีเมนต์ ระดับสันรางรถไฟสูงจากระดับน้ำทะเลประมาณ 7.1 เมตร ในขณะที่น้ำท่วมบริเวณตลาดสันติสุขสูงประมาณ 2.0 เมตร (ค่าระดับของน้ำเท่ากับ 8.8 เมตร จากค่าระดับของถนนสูงจากระดับน้ำทะเล 6.8 เมตร บวกค่าระดับน้ำ 2.0 เมตร) แต่ไม่ท่วมทางรถไฟที่มีระดับประมาณ 7.1 เมตร แสดงว่ามีสิ่งกีดขวางทางน้ำมากมาย จึงทำให้ระดับทั้งสองแห่งแตกต่างกันมาก

4) มีเส้นทางคมนาคมโอบล้อมเมืองหาดใหญ่ไว้ทางด้านทิศตะวันตกและทิศเหนือ ได้แก่ ทางรถไฟ และทางหลวงหมายเลข 414 (ลพบุรีราเมศวร์) ซึ่งกีดขวางทางระบายน้ำ ซึ่งตามปกติน้ำในเมืองหาดใหญ่จะไหลลงสู่ทะเลสาบสงขลาทางด้านทิศเหนือของเมือง โดยไหลไปตามคลองเตยและคลองอู่ตะเภา ผ่านสะพานรถไฟ แล้วจึงผ่านสะพานทางหลวงหมายเลข 414 (ลพบุรีราเมศวร์)

5) มีการก่อสร้างบ่อบำบัดน้ำเสียและถนนเข้าสู่บ่อบำบัดน้ำเสียปิดกั้นน้ำที่ไหลลงสู่ทะเลสาบ บริเวณคลองใหญ่ที่ผ่านทางหลวงหมายเลข 414 ที่ กม. 10+422 ซึ่งจากเดิมที่ได้เปิดทางน้ำเป็นสะพานยาว 70 เมตร แต่เมื่อมีการก่อสร้างบ่อบำบัดน้ำเสียและถนนเข้าสู่บ่อบำบัดน้ำเสียมีการเปิดทางน้ำเป็นสะพานยาวเพียง 24 เมตร

6) มีการเลี้ยงกุ้งกุลาดำและมีการก่อสร้างถนนจำนวนมาก บริเวณริมทะเลสาบสงขลา ทำให้น้ำไหลลงสู่ทะเลสาบไม่สะดวก ดังจะเห็นได้จากระดับน้ำสองข้างถนนระดับไม่เท่ากัน โดยทางด้านทะเลสาบมีระดับน้ำต่ำกว่าอีกด้านหนึ่งมาก แสดงถึงสิ่งกีดขวางทางระบายน้ำหรือช่องระบายน้ำของถนนไม่เพียงพอ

7) มีการถมทะเลก่อสร้างท่าเรือน้ำลึกบริเวณปากน้ำทะเลสาบสงขลา ทำให้ปากน้ำทะเลสาบสงขลาแคบลง จากเดิมประมาณ 400 เมตร เหลือเพียงประมาณ 200 เมตร ส่งผลทำให้น้ำในทะเลสาบไหลออกสู่ทะเลหลวงไม่สะดวกเท่าที่ควร

ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาในเรื่องการระบายน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ สามารถสรุปได้ 2 ประการคือ 1) เกิดจากการถมที่เพื่อปลูกสร้างสิ่งต่างๆ บนพื้นที่รองรับน้ำ และ 2) เกิดจากการปลูกสร้างสิ่งต่างๆ กีดขวางทางระบายน้ำ เช่น เส้นทางคมนาคม อาคารบ้านเรือน เป็นต้น โดยเส้นทางคมนาคมจะเป็นปัจจัยแรกที่ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะน้ำท่วมสูง รองลงมาคือ ตัวเมืองและแหล่งชุมชนต่างๆ ที่มักตั้งอยู่บริเวณริมทางน้ำ ซึ่งในระยะแรกๆ อาจจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการระบายน้ำของพื้นที่ แต่ภายหลังเมื่อมีการขยายตัวของตัวเมืองและแหล่งชุมชน โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ถนน สะพาน การถมที่เพื่อการก่อสร้าง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการระบายน้ำของพื้นที่ทั้งสิ้น (ชาญชัย และคณะ, 2540) ดังเช่นการขยายตัวของอย่างรวดเร็วของเมืองหาดใหญ่ โดยเฉพาะการขยายตัวออกไปทางทิศตะวันออกของตัวเมืองที่ในอดีตเป็นทางระบายน้ำโดยธรรมชาติ เมื่อมีการถมพื้นที่เหล่านี้ก็เท่ากับเป็นการตัดทางระบายน้ำของพื้นที่ทิ้งไป ซึ่งการใช้ที่ดินในเขตลุ่มน้ำจะมีอิทธิพลต่อระดับน้ำอย่างมาก โดยพบว่าระดับของน้ำท่วมจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อขนาดของเมืองใหญ่ขึ้น สืบเนื่องจากปริมาณพื้นที่ที่สามารถดูดซับน้ำลดลง (วีระพันธ์, อุดมผล, รุจ และสมบุรณ์, 2537) ซึ่งระดับความสูงของน้ำที่ท่วมหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 (ดังแสดงรายละเอียดในภาพ 1) ระดับน้ำได้ขึ้นสูงสุดถึง 4.0 เมตร ณ บริเวณหมู่บ้านจันทร์-วิโรจน์ สำหรับในย่านใจกลางเมืองของเมืองหาดใหญ่ บริเวณถนนนิพัทธ์อุทิศ 3 ระดับน้ำอยู่ระหว่าง 1.8-2.0 เมตร ส่วนบริเวณหาดใหญ่ใน บนถนนราชฎร์อุทิศ ระดับน้ำสูงสุดอยู่ที่ 2.5 เมตร (พิชัย และคณะ, 2543)

1.2 ผลกระทบจากภาวะวิกฤตน้ำท่วมหาดใหญ่ปี พ.ศ.2543

สำหรับผลกระทบจากวิกฤตน้ำท่วมหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 นี้ อำเภอหาดใหญ่เป็นพื้นที่ที่ได้รับความเสียหายมากที่สุด (ที่ทำการปกครองจังหวัดสงขลา, 2543; อำพร และคณะ, 2544)

หมายเหตุ. จากเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การวิเคราะห์สาเหตุเบื้องต้นของการเกิดอุทกภัย น้ำท่วมเมืองหาดใหญ่ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2543 (หน้า 17), โดย พิชัย ธานีรณานนท์, วินัย แซ่จิว, พะยอม รัตน์มณี และรุจ ศุภวิไล, 2543, สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาพ 1 ระดับความสูงของน้ำที่ท่วมหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543

โดยอำเภอขนาดใหญ่ได้รับความเสียหาย 13 ตำบล 92 หมู่บ้าน 3 เทศบาล มีผู้เสียชีวิตจำนวน 18 ราย สูญหาย 7 ราย บาดเจ็บ 373 ราย และมีผู้ประสบภัยได้รับความเดือดร้อนทั้งสิ้น 79,126 ราย หรือ 25,278 ครอบครัว (ที่ทำการปกครองจังหวัดสงขลา, 2543) ประเมินความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจในพื้นที่อำเภอขนาดใหญ่มากถึง 13,824.67 ล้านบาท (ดังแสดงในตาราง 2) ซึ่งค่าความเสียหายนี้ไม่นับรวมถึงการเสียชีวิต การเจ็บป่วย ตลอดจนผลทางสังคมอื่นๆ (อำพร และคณะ, 2544)

ตาราง 2

แสดงความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2543

ประเภทของกิจการ	จำนวน กิจการที่ เสียหาย	ความเสียหายโดยตรง (ล้านบาท)			รวมความ เสียหายโดยตรง (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย ในการฟื้นฟู (ล้านบาท)	รวมเสียหาย ทั้งสิ้น (ล้านบาท)
		เสียชีวิต สินทรัพย์	เสียหายได้	เสียชีวิต โอกาส ทางธุรกิจ			
อุตสาหกรรมกรรมการท่องเที่ยว	307	230.98	55.38	94.40	380.76	308.76	689.52
อุตสาหกรรมกรรมการบริการ	471	271.12	119.72	462.95	853.79	88.04	941.83
การค้าปลีก	1,573	1,076.08	256.76	223.75	1,556.59	903.83	2,460.42
การค้าส่ง	370	712.06	29.28	311.24	1,052.58	247.77	1,300.35
อุตสาหกรรมกรรมการผลิต	360	160.61	63.14	229.25	453.00	160.61	613.61
สถาบันภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ	21	3,909.47	-	-	3,909.47	3,909.47	7,818.94
รวม	3,102	6,360.32	524.28	1,321.59	8,206.19	5,618.48	13,824.67

หมายเหตุ: ดัดแปลงจากการประเมินความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากอุทกภัย
เมืองหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 (หน้า 123-124), โดยอำพร วิจัยโกศล, เกิดศิริ เจริญวิศาล, ธนกร วุฒิไกร-วิบูลย์ และวิวัฒน์ แซ่หลี่, 2544, ม.ป.ท.

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพในเหตุการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 ตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน ถึง 15 ธันวาคม 2543 พบว่ามีผู้เสียชีวิต 18 ราย ซึ่งเกิดจากการจมน้ำ ตกจากที่สูง และไฟฟ้าช็อต (ที่ทำการปกครองจังหวัดสงขลา, 2543; นวลตาและสว่าง, 2543) ด้วยระดับน้ำที่ท่วมสูง ทำให้การไฟฟ้าต้องงดจ่ายกระแสไฟฟ้าเพื่อป้องกันผู้ประสบภัยได้รับอันตรายจากการถูกไฟฟ้าช็อต และการประปาได้หยุดจ่ายน้ำให้แก่ประชาชนเช่นกันตั้งแต่วันแรกของการเกิดน้ำท่วม ส่งผลให้ระบบบริการทางด้านสาธารณสุขต้องหยุดชะงักไป เนื่องจากเครื่องมือทางการแพทย์ส่วนใหญ่ทำงานโดยใช้ไฟฟ้า เช่น เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น และยังทำให้ผู้ประสบภัยต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ขาดแคลนน้ำสะอาดในการบริโภค/อุปโภค ขาดแคลนอาหาร และไม่สามารถถนอมหรือปรุงอาหารได้ ในขณะที่ขยะและสิ่งปฏิกูลไม่ได้ถูกกำจัดแต่กลับถูกสะสมมากขึ้น

จนเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์นำโรคต่างๆ นอกจากนั้นการที่ผู้ประสบภัยต้องเผชิญกับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดต่ำลง ไม่ว่าจะเป็นจากความเครียด จากการที่ร่างกายสูญเสียความร้อนเนื่องจากการที่ต้องแช่อยู่ในน้ำหรือต้องสวมใส่เสื้อผ้าที่เปียกชื้น หรือจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมถึงจากการที่ต้องทำงานหนัก เช่น ขนของหนีน้ำ เป็นต้น ผลกระทบจากน้ำท่วมเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น (สีลม, 2544) สำหรับอุบัติการณ์ของโรคที่พบมากในระหว่างน้ำท่วมและหลังน้ำลดแล้ว ได้แก่ โรคน้ำกัดเท้า ไข้หวัด/ไข การอักเสบติดเชื้อของแผลที่เกิดจากการถูกสังกะสี กระจก และของมีคมอื่นๆ บาด/ตำ และโรคทางระบบทางเดินอาหาร สำหรับโรคฉี่หนู (leptospirosis) เป็นโรคที่ได้รับการเฝ้าระวังและได้รับความสนใจจากหลายฝ่าย เนื่องจากผู้ประสบภัยน้ำท่วมกว่า 7 หมื่นราย ตลอดจนทหารและอาสาสมัคร เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรสดังกล่าว (นวลตาและสว่าง, 2543) เพราะเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคที่ชื่อ “*Leptospira interrogans*” นี้ เป็นแบคทีเรียรูปเกลียวสว่าน (spirochete) ซึ่งมีขนาดเล็กมาก และมีสัตว์หลายชนิดเป็นรังโรค (reservoir) เช่น หนู หมู วัว ควาย สุนัข แมว เป็นต้น โดยเชื้อจะอยู่บริเวณท่อไตของสัตว์ดังกล่าว และจะถูกขับออกมากับปัสสาวะ ดังนั้นเมื่อมนุษย์สัมผัสกับปัสสาวะสัตว์พาหะ เชื้อจะสามารถแทรกซึมผ่านผิวหนังที่มีรอยแผล และเนื้อเยื่อบริเวณตา จมูก หรือในปาก เข้าสู่ร่างกายก่อให้เกิดโรคได้ ดังนั้นจึงมักพบว่าโรคฉี่หนูจะมีการระบาดในช่วงน้ำท่วม (พิณทิพย์, 2543; ศูนย์ข้อมูลโรคติดเชื้อและพาหะนำโรค, ม.ป.ป.) ซึ่งในเหตุการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีรายงานผู้สงสัยเป็นโรคฉี่หนูที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 272 ราย (นวลตาและสว่าง, 2543) ส่วนที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีการส่งตรวจเลือดถึง 630 ราย จากปกติที่ตรวจวันละ 10-20 รายเท่านั้น ซึ่งพบว่าเป็นผลบวกชัดเจน 38 ราย เป็นผลบวกก้ำกึ่ง 48 ราย ส่วนที่เหลืออีกกว่า 500 รายเป็นผลลบแต่ยังต้องติดตาม (สีลม, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากโรคฉี่หนูจะมีระยะฟักตัวประมาณ 5-10 วัน หลังจากได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย (ประสงค์, 2544) ซึ่งจะสามารถตรวจพบเชื้อได้จากเลือดและน้ำไขสันหลังได้ภายใน 10 วันแรก และจากปัสสาวะได้นานถึง 30 วัน หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (ยุพิน, 2542)

1.3 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ปี พ.ศ. 2543

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีบทบาทสำคัญยิ่งในการรองรับดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ประสบภัยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม เนื่องจากลักษณะพื้นฐานของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่บนที่สูงบนเนื้อที่ 120,000 ตารางเมตร มีศักยภาพในการรับผู้ป่วยในได้ 750 เตียง และผู้ป่วยนอกวันละประมาณ 2,000 ราย (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, ม.ป.ป.) ซึ่งเป็นสถานที่เดียวที่ยังมีไฟฟ้าใช้การได้อยู่และน้ำไม่ท่วม (สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่12, 2544)

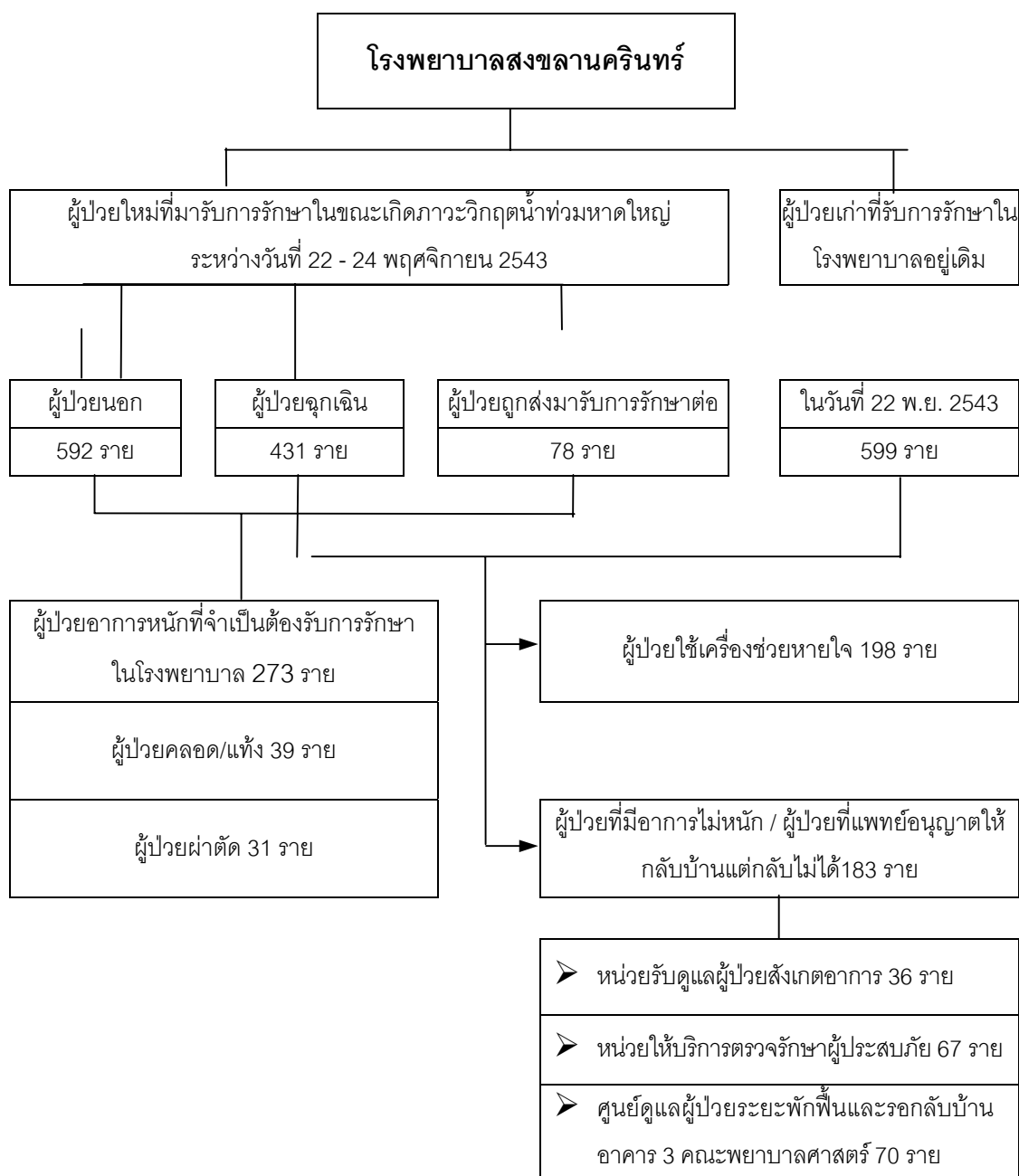
ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนรวมกันกว่า 1,600 ราย (ดังแสดงรายละเอียดในภาพ 2) โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยเก่าที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เดิม จำนวน 599 ราย และผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอก 592 ราย ผู้ป่วยฉุกเฉิน 431 ราย และผู้ป่วยที่ถูกส่งมาเข้ารับการรักษาต่อ 78 ราย จากโรงพยาบาล 9 แห่ง ซึ่งผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษานี้เป็นผู้ป่วยอาการหนักที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 273 ราย และเป็นผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวนถึง 198 ราย (ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543 ข., 2543 ค., 2543 ง.; ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543) ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาจำนวนมากนี้ ทำให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำเป็นต้องจัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มเติมในวันที่ 2 และ 3 ของเหตุการณ์น้ำท่วม (ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543 ข.) ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 3 โดยจัดตั้งในโรงพยาบาล 2 หน่วย และได้มีการประสานกับคณะพยาบาลศาสตร์ จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นและรอกกลับบ้านที่อาคาร 3 คณะพยาบาลศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยบางส่วนของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลมีเตียงว่างสามารถรองรับผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องการช่วยชีวิตไว้ดูแลได้

ตาราง 3

แสดงจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของหน่วยบริการที่เปิดขึ้นใหม่ในสถานการณ์น้ำท่วม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างวันที่ 22 - 24 พฤศจิกายน 2543

หน่วยบริการที่เปิดขึ้นใหม่	จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลวันที่			รวม
	22 พ.ย.2543	23 พ.ย.2543	24 พ.ย.2543	
➤ หน่วยรับดูแลผู้ป่วยสังเกตอาการ	0	11	25	36
➤ หน่วยให้บริการตรวจรักษา ทำแผล เย็บแผล ผู้ประสบภัย	0	0	67	67
➤ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นและรอกกลับบ้าน อาคาร 3 คณะพยาบาลศาสตร์	0	0	70	70

หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารสรุปปริมาณการให้บริการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ช่วงวิกฤตน้ำท่วม ตั้งแต่ 22 พฤศจิกายน – 24 ธันวาคม 2543, โดย ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543 ค., สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.



หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารสรุปปริมาณการให้บริการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ช่วงวิกฤตน้ำท่วม ตั้งแต่ 22 พฤศจิกายน-24 ธันวาคม 2543, โดย ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543 ค., สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา. และจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยเล่มที่ 119, โดย ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543, สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.

ภาพ 2 สรุปจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ ระหว่างวันที่ 22 - 24 พฤศจิกายน 2543

สำหรับประเภทของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 มีผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 431 ราย (ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543) สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือการเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะน้ำท่วมโดยตรง และการเจ็บป่วยที่เป็นผลพวงจากภาวะน้ำท่วม ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดจากภาวะน้ำท่วมโดยตรงที่พบมากที่สุด คือ การบาดเจ็บจากการเดินลุยน้ำ รองลงมาคือการลื่นล้ม ส่วนการเจ็บป่วยที่เป็นผลพวงจากภาวะน้ำท่วมที่พบมากที่สุด คือ อาการไข้ รองลงมาคืออาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ถ่ายเหลว ปวดท้อง และอาเจียน ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4

แสดงประเภทของผู้ป่วยที่มารับการดูแลรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ในระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543

ผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยจากภาวะน้ำท่วมโดยตรง	ผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยจากผลพวงจากภาวะน้ำท่วม
<ul style="list-style-type: none"> ➢ บาดเจ็บจากการเดินลุยน้ำ (ถูกของมีคม บาด/ตำ ตกท่อ ตกคู ชนเหล็ก ขอบคูน้ำ) 79 ราย ➢ ลื่นล้ม 7 ราย ➢ ตกจากที่สูงจากการหนีน้ำท่วม 5 ราย ➢ จมน้ำ 1 ราย ➢ น้ำท่วมซบรถยนต์ตกข้างทาง 1 ราย ➢ น้ำกัดเท้า 1 ราย ➢ โรคฉี่หนูรุนแรง 1 ราย ➢ ไฟฟ้าช็อต 1 ราย 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ ไข้ 51 ราย ➢ มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร 35 ราย (ถ่ายเหลว 16 ราย ปวดท้อง 14 ราย และอาเจียน 5 ราย) ➢ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ 28 ราย (หอบเหนื่อย คัดจมูก ไอ) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปอดบวม (pneumonia) 8 ราย เป็นหวัด 2 ราย ➢ สัตว์ที่หนีน้ำกัด/ข่วน 19 ราย ➢ มีอาการกำเริบของผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม 10 ราย ได้แก่ โรคหอบ (asthma) 7 ราย โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) 2 ราย โรคหัวใจ (CHD) 1 ราย ➢ ของหล่นใส่ หล่นทับ 7 ราย ➢ ไฟไหม้ น้ำร้อน น้ำมันลวก 7 ราย ➢ ใช้ชักในเด็ก 6 ราย ➢ ผื่นลมพิษ 3 ราย ➢ เคืองตา ตาแดง 3 ราย

หมายเหตุ: ดัดแปลงจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยเล่มที่ 119, โดย ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543, สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.

จะเห็นได้ว่าในภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ โรงพยาบาลต้องดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ในขณะเดียวกันภายในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่กลับไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ โดยในปีงบประมาณ 2543 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีเจ้าหน้าที่ทั้งสิ้น 2,936 ราย แพทย์กายนอกมหาวิทยาลัย 1,772 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (งานการเจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ม.ป.ป.) โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในส่วนของหน่วยงานฝ่ายอำนวยการที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดมีที่พักภายนอกมหาวิทยาลัย สามารถมาปฏิบัติงานในช่วงภาวะวิกฤตน้ำท่วมได้เพียง 135 ราย จากจำนวน 402 ราย หรือร้อยละ 34 เท่านั้น (ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544 ก., 2544 ข.) ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5

แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ฝ่ายอำนวยการ ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 (ตั้งแต่วันที่ 2 วันขึ้นไป) เปรียบเทียบกับอัตรากำลังปกติในเดือนตุลาคม 2543

หน่วยงาน	อัตรากำลังปกติ (ตุลาคม 2543)	เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พย. 2543 (ตั้งแต่วันที่ 2 วันขึ้นไป)	
		จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
➤ หน่วยเงินรายได้	32	8	25
➤ หน่วยขนย้ายผู้ป่วย	40	17	43
➤ งานวิศวะ ซ่อมบำรุง	46	13	28
➤ งานเวชภัณฑ์กลาง	42	21	50
➤ งานเวชระเบียน	36	6	17
➤ งานโภชนาการ	60	20	33
➤ หน่วยจ่ายผ้ากลาง	32	15	47
➤ งานประชาสัมพันธ์	8	2	25
➤ งานสังคมสงเคราะห์	10	1	10
➤ หน่วยเคหะบริการ	78	27	35
➤ หน่วยสุขศึกษา	2	1	50
➤ หน่วยควบคุมการติดเชื้อ	3	3	100
➤ สำนักงานโรงพยาบาล	13	1	8
รวม	402	135	34

หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารข้อมูลบุคลากรฝ่ายอำนวยการที่มาปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่สามารถมาปฏิบัติหน้าที่ได้ ในระหว่างเกิดสถานการณ์น้ำท่วมขนาดใหญ่และเขตปริมาตร, โดยฝ่ายอำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544 ก., สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา. และจากเอกสารรายชื่อผู้มาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่า 2 วัน ในระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 ในการช่วยเหลือหรือปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้บริการผู้ป่วยหรือสนับสนุนการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, โดย ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544 ข., สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.

สำหรับในส่วนของฝ่ายบริการพยาบาล (เดือนตุลาคม 2543) มีจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งสิ้น 1,163 ราย ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล เสมียน พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย และคนงาน (ดังรายละเอียดในตาราง 6) ซึ่งพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่เพียงกลุ่มเดียวที่ได้สวัสดิการพักอาศัยภายในมหาวิทยาลัย โดยในช่วงภาวะวิกฤตน้ำท่วมเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการพยาบาลสามารถมาปฏิบัติงานได้ 670 ราย หรือร้อยละ 58 (ดังรายละเอียดในตาราง 7) (ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543; ฝ่ายอำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544 ข.)

ตาราง 6

แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการพยาบาลในเดือนตุลาคม 2543

เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการพยาบาล	อัตรากำลังในเดือนตุลาคม 2543	
	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
➤ พยาบาลวิชาชีพ	605	52
➤ ผู้ช่วยพยาบาล	286	25
➤ เสมียน	62	5
➤ พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย	96	8
➤ คนงาน	114	10
รวม	1,163	100

หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารอัตรากำลังข้าราชการและลูกจ้าง ประจำเดือนตุลาคม 2543, โดยฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543, สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.

ตาราง 7

แสดงจำนวนเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ฝ่ายบริการพยาบาล ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 (ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป) เปรียบเทียบกับอัตรากำลังปกติในเดือนตุลาคม 2543

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	จำนวน เตียง	อัตรากำลังปกติ (ตุลาคม 2543)	เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พย. 2543 (ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป)	
			จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
1. อายุรกรรมชาย 1	40	51	31	61
2. อายุรกรรมชาย 2	25*	48	25	52
3. อายุรกรรมหญิง	40	52	29	56
4. พิเศษอายุรกรรม	14	21	13	62
5. พิเศษอายุรกรรมศัลยกรรม	13	21	10	48
6. พิเศษศัลยกรรม	14	21	10	48
7. ศัลยกรรมชาย 1	40	34	22	65
8. ศัลยกรรมชาย 2	40	32	20	63
9. ศัลยกรรมหญิง	40	34	18	53
10. ศัลยกรรมประสาท	25	37	25	68
11. หออภิบาลผู้ป่วย (ICU)	14	63	47	75
12. หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU)	**	23	12	52
13. หออภิบาลเด็กแรกเกิด (NICU & NS)	35	44	26	59
14. พิเศษเด็ก	19	27	15	56
15. เด็ก 1	35	42	24	57
16. เด็ก 2	25	28	15	54
17. ศัลยกรรมเด็ก	20	17	11	65
18. จิตเวช	20	20	9	45
19. กระจกและข้อหญิง	38	28	21	75
20. กระจกและข้อชาย	39	28	18	64
21. นรีเวช	30	25	11	44
22. พิเศษสูตินรีเวช	18	22	15	68
23. พิเศษสูติกรรม	16	21	14	67
24. สูติกรรม	40	24	15	63
25. ห้องคลอด	**	25	15	60
26. พิเศษทั่วไป	19	30	25	83

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	จำนวน เตียง	อัตรากำลังปกติ (ตุลาคม 2543)	เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พย. 2543 (ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป)	
			จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
27. ตา	30	20	11	55

ตาราง 7 (ต่อ)

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน	จำนวน เตียง	อัตรากำลังปกติ (ตุลาคม 2543)	เจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 22-24 พย. 2543 (ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป)	
			จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
28. นู คอ จมูก	32	27	18	67
29. อูบตีเหตุ	25	35	25	71
30. อุกเงิน	**	35	21	60
31. ห้องผ่าตัด	12	98	45	46
ห้องผ่าตัดเล็ก	**			
32. หน่วยดูแลผู้ป่วยนอกก่อนและหลัง ทำหัตถการ (SDC)	**	3	1	33
33. ผู้ป่วยนอก	**	91	38	42
34. ไฟไหม้-น้ำร้อนลวก	4	16	11	69
35. สำนักงานฝ่ายบริการพยาบาล	**	20	4	20
รวม	737	1,163	670	58

* ลดเตียง 1 มีนาคม 2543 และย้ายไปอยู่ชั้น 5 อาคาร 100 ปี เพื่อปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็นหน่วยดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

** ไม่คิดยอดเตียง

หมายเหตุ. ดัดแปลงจากเอกสารอัตรากำลังข้าราชการและลูกจ้าง ประจำเดือนตุลาคม 2543, โดย ฝ่ายบริการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543, สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา. และจากเอกสารรายชื่อผู้มาปฏิบัติราชการไม่น้อยกว่า 2 วัน ในระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2543 ในการช่วยเหลือหรือปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้บริการผู้ป่วยหรือสนับสนุนการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, โดย ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544 ข., สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. อัดสำเนา.

ซึ่งจากการที่เจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานได้เพียงบางส่วนนี้ ทำให้โรงพยาบาลต้องอาศัยกำลังนักศึกษาอาสาสมัครโดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลช่วยปฏิบัติงานด้านต่างๆ โดยในช่วงภาวะวิกฤตน้ำท่วมโรงพยาบาลมีนักศึกษาแพทย์ไปช่วยประมาณวันละ 360 ราย (กันยิกา, 2544) และนักศึกษาพยาบาลประมาณวันละ 160 ราย (ขนิษฐา, 2544) นอกจากนั้นในสภาวะที่ทรัพยากรต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น น้ำ เสื้อผ้า อาหาร ยาเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การดูแลต่างๆ มีจำนวนจำกัด (ฝ่ายอำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2543 จ., 2543 ซ.) ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม

การดูแล (caring) เป็นคำที่ใช้โดยทั่วไปในการอธิบายเกี่ยวกับสาระสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล (Harrison, 1990; Leininger, 1986) โดยการดูแลจะเปรียบเสมือนเป็นหัวใจหรือแก่นแท้ของการพยาบาล (Morse et al., 1990; Watson, 1997)

วิวัฒนาการของการให้การดูแลทางการพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในระยะแรกได้รับอิทธิพลมาจากไนติงเกล (Nightingale) ที่เน้นในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีเพื่อให้ธรรมชาติช่วยในการฟื้นฟูของผู้ป่วย (Fry, 1988) ซึ่งสำหรับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลคือผู้ที่อุทิศตนเองให้การดูแลอย่างไม่เห็นแก่เห็นดีเห็นงาม ดังนั้นจึงทำให้พยาบาลเป็นคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแล (caring) ส่วนแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีความรับผิดชอบในการรักษา (curing) (Jones, 1988 cited by Chipman, 1991)

แต่ต่อมาในยุคกลาง ด้วยความเชื่อที่ว่า "ถึงแม้ว่าทั้ง *caring* และ *curing* จะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยียวยารักษา แต่ดูเหมือนว่า *curing* จะเปรียบเสมือนสินค้าที่มีคุณค่ามากกว่า ทั้งทางด้านชื่อเสียงและค่าตอบแทน" (Jones, 1988 cited by Chipman, 1991) ด้วยความเชื่อนี้ทำให้พยาบาลหลายคนละทิ้ง *caring* ในการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้ในสมัยกลางถูกเรียกว่า "ยุคมืด" (dark ages) ของการพยาบาล (Chipman, 1991; Kelly & Joel, 1999) ซึ่งในระยะนี้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลค่อนข้างน้อย (Harrison, 1990)

ต่อมาในระยะเวลาหลังปี ค.ศ. 1976 ภายหลังจากที่มีการทำงานของ *The National Caring Conferences* บนพื้นฐานของสมมุติฐานที่ว่า "การดูแลเป็นสาระสำคัญของการพยาบาล" และมี

การวิจัยต่างๆออกมาสนับสนุนสมมุติฐานดังกล่าว ทำให้แนวคิดการดูแลได้รับความสนใจมากขึ้น (Fry, 1988) และนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา แนวคิดการดูแลก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อ ปรักษษาและการปฏิบัติพยาบาล มีการก่อตั้งองค์กร/หน่วยงานที่เกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลขึ้น ภายใต้ชื่อว่า *Center for Human Caring* ในปี ค.ศ. 1986 เป็นครั้งแรกที่มหาวิทยาลัยโคโลราโด (university of Colorado) และต่อมาได้ขยายไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก เช่น ฟินแลนด์ (Finland) ออสเตรเลีย (Australia) และสวีเดน (Sweden) ภายใต้ชื่อว่า “*Department of Caring Science*” (Watson, 1997) และได้มีการพัฒนาแนวคิดการดูแลไปเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลมนุษย์ (human care) (Fry, 1988) เช่น ทฤษฎีการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน หรือ “*Transpersonal caring*” ของวัตสัน (Watson) ที่สร้างจากปรัชญาความเชื่อที่สำคัญประการหนึ่ง คือ มนุษย์ไม่ควรได้รับการรักษาเฉกเช่นเดียวกับวัตถุ และมนุษย์ไม่ควรถูกแยกออกมาจากตัวตน ของเขาเอง ธรรมชาติ และจักรวาลที่กว้างใหญ่ ดังนั้นทฤษฎีการดูแลของวัตสันจึงเป็นการดูแล ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ด้วยกัน โดยผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดและสัมพันธภาพ ที่เป็นพลวัต ซึ่งในช่วงเวลาที่มีการดูแลอย่างแท้จริงปรากฏ (actual caring occasion) จะเป็นการดูแลที่ต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและจิตใจของกันและกัน (Watson, 1985; 1988 cited by กนกนุช, 2543; Watson, 1997) และทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม หรือ “*Cultural care theory*” ของไลนิงเจอร์ (Leininger) ที่เน้นการปฏิบัติพยาบาลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Leininger, 1988 cited by สมจิต, 2543)

ความหมายของการดูแล

คำว่า “care” มาจากคำเก่าแก่ของภาษาอังกฤษคือ “caru” “carian” และ “cearu” และ มาจากคำเก่าแก่ของภาษาเยอรมันคือ “kara” เป็นคำกริยา มีความหมายหนึ่งว่า สนใจ เอาใจใส่ เป็นห่วง เป็นกังวล (“Webster’s Third New International Dictionary,” 1966) ส่วนความหมาย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2539) ให้ความหมายหนึ่งว่า การเอาใจใส่ ปกป้องรักษา สำหรับทางการแพทย์ “caring” มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน เช่น

วัตสัน (Watson, 1999) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นแนวคิดทางศีลธรรมจรรยาของ แพทย์ เป็นการเข้าถึงความรู้สึกของกันและกันระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ด้วยกัน ในการป้องกัน อันตราย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุลภายใน

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 2001) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน ประคับประคอง อำนวยความสะดวก และเป็นกรกระทำหรือทัศนคติที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ตามวิถีชีวิตและบริบทของสิ่งแวดล้อมของบุคคล

จาโคโน (Jacono, 1993) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นความรัก ความปรารถนาดี

นิเบอร์ก (Nyberg, 1989) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นภาวะ เป็นความรับผิดชอบ และเป็นความรู้สึกที่ส่งไปยังบุคคลอื่น

ชิเบอร์ และลาสัน (Shiber & Lason, 1991) ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นกระบวนการ ที่อธิบายในลักษณะของพฤติกรรมหรือคุณลักษณะของพยาบาลและการปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นการดูแลจึงหมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของ พยาบาลที่แสดงถึง การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน การอำนวยความสะดวก การป้องกันอันตราย โดยมีพื้นฐานมาจากความรัก ความปรารถนาดี อยากรจะช่วยเหลือ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

นอกจากนี้มอร์ส และคณะ (Morse et al., 1990) ได้รวบรวมวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลของนักวิจัยจำนวน 35 ท่าน มาวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า สามารถให้ความหมายของการดูแลได้ 5 ลักษณะ ดังนี้ 1) การดูแลเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวมนุษย์ 2) การดูแลเป็นศีลธรรมจรรยาหรือเป็นอุดมคติ 3) การดูแลเป็นความรู้สึก 4) การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาลกับผู้ป่วย และ 5) การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวมนุษย์ (human trait) การดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มนุษย์ เป็นคุณลักษณะสากล เป็นพื้นฐานของสังคมมนุษย์ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่รอด และเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีชีวิต นักวิจัยที่ให้ความหมายของการดูแลในลักษณะนี้ ได้แก่ เรย์ (Ray) ไลนินเจอร์ (Leininger) กริฟฟิน (Griffin) โรช (Roach) เบนเนอร์ และวรูเบล (Benner & Wrubel) ไฟร์ (Fry) และโอเร็ม (Orem)

2. การดูแลเป็นศีลธรรมจรรยาหรือเป็นอุดมคติ อธิบายการดูแลในลักษณะที่เกี่ยวข้อง กับการทำในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย และการรักษาคุณค่าและเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย นักวิจัยที่ให้ความหมายของการดูแลในลักษณะนี้ ได้แก่ โบรดี (Brody) กาโดว์ (Gadow) วัตสัน (Watson) และไฟร์ (Fry)

3. การดูแลเป็นความรู้สึก อธิบายการดูแลในลักษณะอารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออกถึง ความเมตตาสงสารหรือเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ นักวิจัยที่ให้ความหมายของการดูแลใน ลักษณะนี้ ได้แก่ บีวิส (Bevis) ฟานสลอว์ (Fanslow) ฟอว์เรสต์ (Forrest) เจนดรอน (Gandron) และแมคฟาร์แลน (McFarlane)

4. การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย อธิบายการดูแลในลักษณะการติดต่อสัมพันธ์กันของพยาบาลและผู้ป่วยที่จะต้องมีการติดต่อสื่อสารกัน มีความไว้วางใจ มีความยอมรับซึ่งกันและกัน และมีความผูกพันกับอีกฝ่ายหนึ่ง นักวิจัยที่ให้ความหมายของการดูแลในลักษณะนี้ ได้แก่ เบนเนอร์ และวรูเบล (Benner & Wrubel) โนวัลเดน (Knowlden) กาโดว์ (Gadow) โฮร์เนอร์ (Horner) โฮเมอร์ (Homer) และวิสส์ (Weiss)

5. การดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัด อธิบายการดูแลโดยผ่านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ การสอน การปกป้องพิทักษ์ การสัมผัส และความสามรถในเทคนิคปฏิบัติ นักวิจัยที่ให้ความหมายของการดูแลในลักษณะนี้ ได้แก่ อาโมดท์ (Aamodt) กอท (Gaut) บราวน์ (Brown) โครนิน และฮาร์ริสัน (Cronin & Harrison) ลาสัน (Lason) สตีเวนสัน (Stevenson) สวานสัน (Swanson) วูลฟ (Wolf) และโอเร็ม (Orem)

จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์ความหมายของการดูแลดังกล่าว ช่วยให้เข้าใจความหมายของการดูแลได้ชัดเจนและลึกซึ้งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “การดูแลเป็นมากกว่าความเมตตากรุณา” (Kurtz & Wang, 1991)

มิติของการดูแล

วาเลนทีน (Valentine, 1989) ได้ศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลในผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาล ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลประกอบด้วย 4 มิติ คือ มิติเชิงจิตใจ มิติเชิงปรัชญา มิติเชิงโครงสร้าง และมิติเชิงปฏิสัมพันธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. มิติเชิงจิตใจ จะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านความรู้ความสามารถ

1.1 องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความเมตตา สงสาร ความเมตตา กรุณา ความเชื่อมั่น ความเห็นใจ เข้าใจถึงความรู้สึก ความอบอุ่น ความสนใจ ความเป็นมิตร และ ความมีอารมณ์ขัน

1.2 องค์ประกอบด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย การสอน การประเมินปัญหา และการประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล

2. มิติเชิงปรัชญา จะเกี่ยวข้องกับความคิดความเชื่อ มี 2 องค์ประกอบ คือ ด้านจิตวิญญาณ และด้านจริยธรรม

2.1 ด้านจิตวิญญาณ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อของตนเอง เป็นต้น

2.2 ด้านจริยธรรม ได้แก่ การใช้สรรพนามที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย ความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ และการพิทักษ์สิทธิ

3. มิติเชิงโครงสร้าง จะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ด้านสังคม/องค์กร และด้านเทคนิค

3.1 ด้านสังคม/องค์กร ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

3.2 ด้านเทคนิค ได้แก่ การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยความชำนาญ ให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพสูง

4. มิติเชิงปฏิสัมพันธ์ จะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ ด้านสังคม และด้านร่างกาย

4.1 ด้านสังคม ได้แก่ การตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ การสื่อสาร การให้กำลังใจ การรับฟัง และการดูแลช่วยเหลือประคับประคองอื่นๆ

4.2 ด้านร่างกาย ได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย การช่วยเหลือในกิจกรรมทางกาย การสัมผัสผู้ป่วย การกุมมือผู้ป่วยไว้ และการอยู่กับผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการจำแนกการดูแลออกเป็นมิติต่างๆ ทั้ง 4 มิติ คือ มิติเชิงจิตใจ มิติเชิงปรัชญา มิติเชิงโครงสร้าง และมิติเชิงปฏิสัมพันธ์ จะช่วยให้พยาบาลมองเห็นภาพการดูแลที่ชัดเจนมากขึ้น

พฤติกรรมและการดูแลของพยาบาล

การดูแลสามารถแสดงออกได้ในรูปแบบของพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Morse, Bottorff, Neander & Solberg, 1991) โดยการดูแลนี้จะถูกซ่อนเร้น หรือถูกรวมอยู่ภายในทุกๆ การปฏิบัติของพยาบาล (Arndt, 1992; Morse et al., 1990) และการดูแลสามารถปรากฏได้หลายรูปแบบ (Larson, 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลมีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการให้และช่วยเหลือประคับประคอง ได้แก่

1.1 การให้การช่วยเหลือ (Chipman, 1991; Clarke & Wheeler, 1992)

1.2 การให้ความไว้วางใจ (Clarke & Wheeler, 1992)

1.3 การให้ความรัก (Clarke & Wheeler, 1992)

1.4 การให้ความมั่นใจ (Brown, 1986)

1.5 การให้ความหวัง ให้กำลังใจ (Forrest, 1989)

- 1.6 การให้ความรู้ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ และให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย เช่น การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นต้น (Brown, 1986; Forrest, 1989; Lason, 1987)
 - 1.7 การให้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ (Forrest, 1989)
 - 1.8 การให้เวลากับผู้ป่วย (Brown, 1986)
 - 1.9 การทำให้สุขสบาย (Chipman, 1991) และการดูแลความสุขสบาย เช่น การฟังผู้ป่วย การสัมผัสผู้ป่วย เป็นต้น (Lason, 1987)
 - 1.10 การช่วยเหลือเมื่อปวด (assistance with pain) (Brown, 1986)
 - 1.11 การดูแลอย่างใกล้ชิดและติดตามอาการผู้ป่วย เช่น การรู้ว่าเมื่อใดควรจะตามแพทย์ เป็นต้น (Brown, 1986; Forrest, 1989; Lason, 1987)
 - 1.12 การอยู่กับผู้ป่วย (Clarke & Wheeler, 1992)
 2. เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ได้แก่
 - 2.1 การตระหนักและเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย (Clarke & Wheeler, 1992; Forrest, 1989)
 - 2.2 การเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลและคุณค่าในความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Clarke & Wheeler, 1992; Forrest, 1989)
 - 2.3 การเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย (Chipman, 1991)
 - 2.4 การยอมรับถึงความต้องการของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล (Brown, 1986)
 - 2.5 การเข้าใจและเห็นใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (Forrest, 1989)
 3. เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้และทักษะทางวิชาชีพ (Brown, 1986)
 4. เป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Brown, 1986)
- สำหรับพฤติกรรมที่ไม่ใช่การดูแลทางการพยาบาล ได้แก่
1. การไม่ให้การช่วยเหลือ หรือการไม่ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สุขสบาย (Chipman, 1991) หรือการไม่ตอบสนองต่อการร้องขอ เช่น เรียกหรือสั่งกระดิ่งแล้วพยาบาลไม่มา หรือการที่พยาบาลยุ่งอยู่กับการพูดคุยกับพยาบาลคนอื่นเกินกว่าจะพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น (Rieman, 1986)
 2. การไม่เข้าถึงความต้องการของผู้ป่วย (Chipman, 1991) หรือการทำแต่งงาน เช่น การมาทำงานตามหน้าที่แล้วก็กลับบ้าน เป็นต้น (Rieman, 1986)
 3. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างลวกๆ และทำเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก เช่น การไม่สนใจว่าได้พูดอะไรออกไปกับผู้ป่วย เป็นต้น (Rieman, 1986)

4. การอยู่กับความรีบเร่ง เช่น การกระทำที่แสดงออกถึงความรีบเร่งอยู่เสมอ การไม่มีเวลาที่จะพูดคุย เป็นต้น (Rieman, 1986)

5. การให้การรักษาผู้ป่วยเหมือนวัตถุสิ่งของ เช่น การผูกมัดผู้ป่วยไว้ที่เตียง โดยไม่พูดคุยบอกกล่าวอะไรแล้วก็เดินจากไป เป็นต้น (Rieman, 1986)

ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วย เป็นการสื่อสารที่พยาบาลส่งถึงผู้ป่วย ทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด (Clarke & Wheeler, 1992) โดยพฤติกรรมการดูแลที่ใช้คำพูด เช่น การพูดคุย การให้ข้อมูล เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ใช้คำพูด เช่น การสัมผัส การอยู่กับผู้ป่วย เป็นต้น ผลของพฤติกรรมการดูแลจะนำผู้ป่วยไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้น การเยียวยารักษา และความผาสุก (Swanson, 1993; Wolf et al., 1994) ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลสื่อสารพฤติกรรมที่ไม่ใช่การดูแลออกไป ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทางลบ เช่น ความคับข้องใจ ความกลัว ความซึมเศร้า ความโกรธ ความวิตกกังวล เป็นต้น (Rieman, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสามารถประมวลแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ดังนี้ การดูแลจะเกี่ยวข้องกับพยาบาลผู้ให้การดูแลและผู้ป่วยผู้รับการดูแล ดังนั้นเพื่อให้เห็นภาพแนวคิดการดูแลทางการพยาบาลที่ชัดเจนขึ้น จะขอเปรียบเทียบกับเหรียญวิเศษ 1 เหรียญ ซึ่งประกอบด้วยมิติ 4 มิติ และด้าน 2 ด้าน ซึ่งเป็นระบบเปิด และเป็นพลวัต (ดังแสดงในภาพ 3) โดยเหรียญด้านหนึ่งจะเป็นพยาบาลผู้ให้การดูแล ส่วนอีกด้านหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยผู้รับการดูแล ในแต่ละด้านจะประกอบไปด้วยมิติ 3 มิติ คือ มิติเชิงจิตใจ มิติเชิงปรัชญา และมิติเชิงโครงสร้าง โดยมิติเชิงจิตใจ จะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และการตระหนักรู้ มิติเชิงปรัชญา จะเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ ความดีงาม และศีลธรรมจรรยา และมิติเชิงโครงสร้าง จะเกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เป็นต้น ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะการพยาบาล ทักษะการบริหารจัดการ เป็นต้น และบริบทที่บุคคลนั้นอาศัยหรือดำรงอยู่ เช่น อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดูแล รวมถึงสังคม และวัฒนธรรมองค์กร และส่วนที่อยู่ตรงกลางระหว่างด้านทั้งสองจะเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยผ่านการปฏิบัติพยาบาลจะเป็นอีก 1 มิติ เรียกว่า มิติเชิงปฏิสัมพันธ์

ในด้านพยาบาลผู้ให้การดูแล จะประกอบไปด้วย มิติเชิงจิตใจ เช่น ความรัก ความปรารถนาดี อภัยช่วยเหลือ ช่วยป้องกันให้พ้นจากอันตราย ความเมตตาสงสาร และการตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วย เป็นต้น มิติเชิงปรัชญา เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับองค์รวมของมนุษย์ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลมนุษย์ควรดูแลเขาในฐานะมนุษย์ ความเชื่อในเรื่องคุณงามความดี สิ่งมีค่า

สูงสุดในชีวิต ความเชื่อในเรื่องความเป็นปัจเจกบุคคล การให้เกียรติ ความไว้วางใจ เป็นต้น และมี
เชิงโครงสร้าง เช่น ประสบการณ์การทำงานในแผนกที่ปฏิบัติงานอยู่ ทักษะการพยาบาล

การบริหารจัดการ ความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สังคมและวัฒนธรรมองค์กร ที่ให้ความสำคัญกับด้านจิตใจ มนุษยธรรม เป็นต้น

ในด้านผู้ป่วยผู้รับการดูแล ก็จะประกอบไปด้วยทั้ง 3 มิติเช่นกัน แต่ในผู้ป่วยแต่ละคน จะมีองค์ประกอบของในแต่ละมิติแตกต่างกันออกไป โดยมิติเชิงจิตใจ เช่น ความรู้สึกกลัว กังวล ท้อแท้ ความปวด เป็นต้น มิติเชิงปรัชญา เช่น ความคิดความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสิ่งที่มีค่าสูงสุดในชีวิต เช่น ความคิดว่าการเจ็บป่วยของตนเองทำให้ครอบครัวเดือดร้อน ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าเกิดจากเวรกรรม การถูกลงโทษ เป็นต้น และมิติเชิงโครงสร้าง เช่น การมีร่างกายที่กำลังเจ็บป่วย การมีลักษณะนิสัย คุณลักษณะ วัฒนธรรมที่ต่างกัน เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้แสดงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลจึงปรากฏได้หลายรูปแบบ

พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วย โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์และการปฏิบัติพยาบาล ในมิติที่อยู่ตรงกลางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่เรียกว่ามิติเชิงปฏิสัมพันธ์ ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร และมีการเปลี่ยนผ่านเข้าไปในแต่ละด้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ของทั้ง 2 ด้านที่เรียกว่าผลของการดูแล โดยในด้านผู้ป่วย การได้รับการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกในทางบวกมากขึ้น เช่น รู้สึกว่าอาการดีขึ้น รู้สึกว่าได้รับการเยียวยารักษา มีความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น มีความหวัง และมีความผาสุก เป็นต้น ส่วนในด้านพยาบาล การให้การดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลมีความรู้สึกในทางบวกมากขึ้นเช่นกัน เช่น รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เป็นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย เกิดความปิติความอิมเมทที่ช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า "caring" เป็นสิ่งที่ยิ่งใหญ่ ลึกซึ้ง เป็นสิ่งที่แสดงถึงความรัก ความปรารถนาดี การช่วยเหลือ สนับสนุน การอยู่เคียงข้าง เป็นสิ่งที่แสดงถึงการให้อย่างไม่มีเงื่อนไข และไม่หวังสิ่งตอบแทน ดูจากรายการแสดงออกของแม่ที่มีต่อลูกน้อย การแสดงออกของครูที่มีต่อศิษย์ และการแสดงออกของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม

บุคคลจะเกี่ยวข้องกับการดูแล (ทั้งทางด้านผู้ให้และผู้รับการดูแล) ตั้งแต่เกิดจนตาย ในทุกสภาวะ ทุกสถานการณ์เช่นเดียวกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในทุกช่วงชีวิต ทุกเพศ ทุกวัย ในทุกสภาวะสุขภาพ และ ในทุกสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็สถานการณ์ปกติ หรือในภาวะวิกฤต ดังเช่น ในเหตุการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ ปี พ.ศ. 2543

คำว่า "crisis" เป็นคำลาติน มาจากคำภาษากรีกว่า "krisis" และ "krinein" ความหมายหนึ่งหมายถึง จุดเปลี่ยนสำหรับสิ่งที่ดีขึ้นหรือแย่ลง เป็นภาวะที่ความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนรู้สึกว้าวุ่น อันตรายกำลังจะมาถึง ("Webster's Third New International Dictionary," 1966) เป็นช่วงเวลาทีบุคคลหรือกลุ่มคนต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม ซึ่งอยู่ในภาวะที่ใกล้จะถึงขีดจำกัดของทรัพยากร (Lazarus, 1966 cited by Lesk, 1986)

ส่วนน้ำท่วม เป็นสภาวะที่น้ำไหลเอ่อล้นฝั่งแม่น้ำ ลำธาร หรือทางน้ำ เข้าท่วมพื้นที่ซึ่งโดยปกติมิได้อยู่ใต้ระดับน้ำ (สมิทธ, 2534)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม จึงเป็นการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในช่วงเวลาที่มีน้ำเอ่อล้นเข้าท่วมพื้นที่ซึ่งโดยปกติมิได้อยู่ใต้ระดับน้ำ และอยู่ในภาวะที่ใกล้จะถึงขีดจำกัดของทรัพยากรต่างๆ เช่น น้ำ อาหาร เสื้อผ้า ยา ตลอดจนเวชภัณฑ์ต่างๆ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การดูแลผู้ป่วยเต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรค

สำหรับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภัยพิบัติ ได้ดังนี้

1. ปัญหาในเรื่องการติดต่อสื่อสารและการติดต่อสื่อสารล้มเหลว (Milsten, 2000)
2. ปัญหาการมีทรัพยากรไม่พอ (Milsten, 2000)
 - 2.1 น้ำมีไม่พอและมีการปนเปื้อน (Milsten, 2000)
 - 2.2 เจ้าหน้าที่บางคนหรือส่วนมากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (ชนิษฐา, 2545; Peleg, Reuveni & Stein, 2002)
3. ปัญหาความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่และโรงพยาบาลที่ให้บริการ
 - 3.1 ปัญหาสุขภาพกาย เจ้าหน้าที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ (Milsten, 2000)
 - 3.2 ปัญหาสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ (psychological problems) โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจที่ทีมช่วยชีวิตและทีมแพทย์ คือเมื่อมีเด็กบาดเจ็บหรือตายจำนวนมากและความสูญเสียดังกล่าวยังคงดำเนินต่อไปมากกว่า 2-3 วัน (Peleg et al., 2002)
 - 3.3 การที่มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษามากในขณะที่โรงพยาบาลได้รับความเสียหายอย่างหนัก ("Special report, the 1994 Southern California earthquake," 1994)
 - 3.4 ปัญหาในเรื่องคอมพิวเตอร์ที่ไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากไฟฟ้าดับ (Ramsey, 1994)
4. ปัญหาการเสี่ยงต่อการปล่อยทิ้งให้วัสดุอุปกรณ์ได้รับความเสียหาย (Milsten, 2000)
5. ปัญหาการอพยพที่ไม่มีระเบียบ (Milsten, 2000)

6. ปัญหาโรงพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้นไม่เพียงพอจากตัวแทนการปกครองท้องถิ่น (Martchenke & Pointer, 1994)

7. ปัญหาระบบการสนับสนุนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรในเรื่องระบบการช่วยชีวิตเข้ามา และเต็มไปด้วยความขัดแย้ง (Heyman, Eldad & Wiener, 1998)

8. ปัจจัยแทรกซ้อนและเงื่อนไขเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อจำกัดของห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์และรังสีศึกษา ข้อจำกัดของการใช้ยารักษาโรคที่มีอยู่ (Wylie, Cheanvechai, & Seaberg, 2000)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคดังกล่าวที่เกิดขึ้นโดยมีอาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าว วริกท์ (Wright, 1986) ได้เสนอแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะภัยพิบัติไว้ 8 ประการ ได้แก่ 1) ให้ระลึกอยู่เสมอถึงข้อจำกัดต่างๆ ที่มีอยู่ 2) ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการตรวจสอบข้อมูล รวมถึงมีการบันทึกที่ถูกต้อง และควรมีจุดที่เป็นศูนย์ประสานงานร่วมสำหรับข้อมูลข่าวสาร 3) อนุญาตให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง 4) สนับสนุนให้ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ที่มีความสูญเสียร่วมกันได้ช่วยกันประคับประคองซึ่งกันและกัน 5) การบริหารจัดการ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสูง เป็นทักษะส่วนบุคคลของพยาบาลที่เป็นที่ต้องการสำหรับใช้ในการจัดการกับภาวะวิกฤต 6) ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับความเป็นจริง โดยให้ข้อมูลที่เป็นจริง แม้ว่าความจริงนั้นอาจจะเจ็บปวดทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล แต่ก็ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งความซื่อสัตย์และการเผชิญหน้าเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยตั้งอยู่บนความไว้วางใจ 7) ควรจำกัดการพึ่งพาผู้อื่น และ 8) ใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากร นอกจากนี้ชีโนลด์ (Shenold, 2002) และ ซีแบสเทียน สทிரอน ไรช ฮูสตัน และคณะ (Sebastian, Styron, Reize, Houston & et al., 2003) ยังกล่าวถึงหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภัยพิบัติ คือ การคัดกรองผู้ป่วย (triage) และการจัดลำดับความสำคัญ (priorities) ในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สำหรับพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วมนั้น เฮอริบิก และคณะ (Herbig, et al., 2001) เชื่อว่าในสถานการณ์ที่วิกฤต (critical situation) พยาบาลจำเป็นต้องใช้สิ่งสำคัญประการหนึ่งในการเผชิญสถานการณ์นั้น คือ การมีแนวทางในการทำงานโดยอาศัยประสบการณ์ (experience-guided working) และได้พิสูจน์ความเชื่อดังกล่าวโดยได้สร้างสถานการณ์ภาวะวิกฤตขึ้นมา แล้วทำการศึกษาในพยาบาล 16 ราย ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ประสบ

ความสำเร็จในการจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤต จะใช้ประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการทำงาน ซึ่งรวมถึงการมองภาพรวมของสถานการณ์ และใช้วิธีการดำเนินการที่มีการปฏิสัมพันธ์ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤต

ซึ่งอาจสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมที่เต็มไปด้วยปัญหาอุปสรรคนานับประการ เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของพยาบาล และเป็นบทเรียนสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมครั้งต่อไป หรือภัยพิบัติอื่นใดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลในขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมจึงเป็นสิ่งอย่างยิ่ง และเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก (hermeneutic phenomenology) (Pascoe, 1996)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกกับการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล

ในระหว่าง 35 ปีที่ผ่านมา วิวัฒนาการขององค์ความรู้ทางการพยาบาลพัฒนาอย่างโชนเอนไปมา (surge) จากวิวัฒนาการของวิทยาศาสตร์ที่อาศัยการทดลองและสังเกตที่เน้นความชัดเจนของข้อค้นพบและความรู้ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Cull-Wilby, 1987 cited by Pascoe, 1996) แต่ปรากฏการณ์ของมนุษย์เป็นสิ่งที่ซับซ้อนมากเกินไปที่จะศึกษาด้วยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว (Castillo, 2000) จึงได้มีแนวคิดใหม่ในการเก็บรวบรวมความรู้ที่ไม่เน้นเฉพาะแต่วิทยาการทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น (Cull-Wilby, 1987 cited by Pascoe, 1996) ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative methods) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเจอร์และกาดามเมอร์ (interpretative phenomenology or Heideggerian/Gadamerian hermeneutic phenomenology) บางทีอาจจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมมากที่สุดในการทำความเข้าใจและอธิบายให้รู้ถึงปรากฏการณ์ของมนุษย์ (Castillo, 2000) ที่จะทำให้พยาบาลเข้าใจความหมายโดยไม่บิดเบือน และไม่ซ้ำซากน่าเบื่อ (Benner, 1985)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก

คำว่า "hermeneutics" มาจากคำกริยาภาษากรีกว่า "hermeneueuen" และคำนาม "hermeneia" มีความหมายว่า ตีความหรือให้ความหมาย (interpretation) (Pascoe, 1996)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเจอร์และกาตาเมอร์ มีปรัชญาสำคัญ คือ เน้นความจริงแท้แน่นอนอน (existential-ontological) เน้น “Dasein” (or being-in-the-world) คือ ความเป็นจริง สิ่งปรากฏอยู่ หรือการดำรงอยู่ตามวิถีชีวิต หรือตามสภาพความเป็นจริงในสถานการณ์นั้น (Koch, 1995; Leonard, 1994; Thompson, 1990) โดยมีเป้าหมายเพื่อเข้าใจถึงความหมายที่ฝังตัวหรือซ่อนเร้นอยู่ในปรากฏการณ์ (Sorrell & Redmond, 1995) และมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็นวิถีชีวิตในแต่ละวัน เกี่ยวกับความสามารถ การปฏิบัติ และประสบการณ์ของมนุษย์ เพื่อสรุปประเด็นให้เห็นอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเหมือนและแตกต่างกันของความหมาย ความมุ่งมั่น การปฏิบัติ ความสามารถ และประสบการณ์ของมนุษย์ (Castillo, 2000)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเจอร์และกาตาเมอร์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีพื้นฐานมาจากปรัชญาของไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล (Husserlian or Transcendental phenomenology) ผู้เป็นอาจารย์ (Koch, 1995; Walters, 1995) ซึ่งแนวคิดทั้ง 2 นี้ ต่างเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่มุ่งเน้นไปที่ตัวประสบการณ์นั้นๆ ด้วยการสืบสวนอย่างลึกซึ้ง (Koch, 1996) แต่ทั้ง 2 แนวคิดนี้ก็มีปรัชญาที่แตกต่างกัน (Walters, 1995) โดยคอค (Koch, 1995) ได้กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดทั้ง 2 ในเรื่องปรัชญา คือ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล จะเน้นกระบวนการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (epistemological) ว่าทำอย่างไรให้เราารู้ว่าเรารู้อะไร หรือ ทำไมเราจึงรู้ว่าเรารู้ ในขณะที่แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกของไฮเดกเจอร์และกาตาเมอร์ จะเน้นความจริงแท้แน่นอนอน (existential-ontological) จากประสบการณ์และความเข้าใจว่าความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อบุคคล ซึ่งนอกจากความแตกต่างกันในเรื่องปรัชญาแล้ว แนวคิดทั้งสองยังมีความแตกต่างกันในเรื่องความน่าเชื่อถือของการวิจัย และในเรื่องการแปลความหมายอีกด้วย (ดังแสดงในตาราง 8)

โดยในเรื่องการแปลความหมาย การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล จะใช้วิธีการกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นออก (bracketing) แต่การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติกนั้น ไฮเดกเจอร์ (Heidegger) มีความเห็นว่าการกันความรู้เดิมเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นออกทั้งหมด (bracketing) ไม่สามารถทำได้จริง และสิ่งเหล่านั้นอาจเป็นสาระสำคัญหรือเนื้อหา (matter) ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ มากขึ้น ไฮเดกเจอร์ (Heidegger) จึงนำสิ่งเหล่านั้นเข้ามาศึกษาช่วยในการแปลความหมาย โดยผ่านวงจรเฮร์เมเนิวติก (hermeneutic circle) ซึ่งแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนิวติก

เชื่อว่า วงจรเฮร์เมเนวติก เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการทำความเข้าใจและแปลความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างบางประการระหว่างแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนวติก กับแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล

ประเด็นเปรียบเทียบ	แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล	แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมเนวติก
➤ จุดเน้นของปรัชญา (philosophy focuses)	➤ เน้นกระบวนการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (epistemological)	➤ เน้นความจริงแท้แน่นอนอน (existential-ontological)
➤ คำถาม (question)	➤ ทำอย่างไรให้เราารู้ว่าเรารู้อะไร (How do we know what we know?) หรือ ทำไมเราจึงรู้ว่าเรารู้	➤ ความจริงแท้คืออะไร ประสบการณ์แท้จริงเป็นอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อบุคคล
➤ การแปลความหมาย	➤ ใช้การกันความรู้เดิมเกี่ยวกับ ปรากฏการณ์นั้นออก (bracketing)	➤ ใช้วงจรเฮร์เมเนวติก (the hermeneutic circle: background, co-constitution or "fusion of horizons", pre-understanding)
➤ ความน่าเชื่อถือของการวิจัย	➤ เทคนิคและวิธีการที่เพียงพอสามารถรับประกันความถูกต้องของการแปลความ (adequate techniques and procedures guarantee validity of interpretation)	➤ สร้างเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัยของตนเอง (establish own criteria for trustworthiness of research)

Note. Modify from "interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger," by Koch, 1995, *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), p. 832.

วงจรเฮร์เมเนวติก (hermeneutic circle) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding) 2) ภูมิหลัง (background or person's history) และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (co-constitution or "fusion of horizons") (Koch, 1995) ดังนี้

1. การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า เป็นสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดออกหรือกันออกไปได้ (Koch, 1995) เป็นพื้นฐานที่ทำให้เราสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้ (Palmer, 1969 cited by Pascoe, 1996)

2. ภูมิหลัง เป็นวัฒนธรรมที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดที่จะทำให้เข้าใจว่าอะไรคือตัวตนที่แท้จริงของบุคคลนั้น (Benner & Weubel, 1989 cited by Koch, 1995) ซึ่งไฮเดกเกอร์ (Heidegger) เชื่อว่าบุคคลมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ (Leonard, 1994) คือ 1) บุคคลมีสิ่งแวดล้อม 2) บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ให้คุณค่าและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ 3) บุคคลมีการให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตัวของเขาเอง 4) บุคคลมีหน่วยรวม และ 5) บุคคลอยู่ในมิติของเวลา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) บุคคลมีสิ่งแวดล้อม โดย “สิ่งแวดล้อม” (world) ในที่นี้จะแตกต่างจากความหมายทั่วไปที่ให้ความหมายว่าเป็นธรรมชาติหรือสิ่งต่างๆ ในโลก แต่ในความหมายของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมเนวติกนี้ จะหมายถึงกลุ่มของการปฏิบัติสัมพันธ์ การปฏิบัติ และภาษาที่หล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมซึ่งติดตัวมาตั้งแต่เกิด ดังนั้นสิ่งแวดล้อมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ตามความมุ่งหมายและค่านิยมของบุคคลนั้น

2) บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ให้คุณค่าและความสำคัญแก่สิ่งต่างๆ บุคคลไม่เพียงมีสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังมีกรให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งเหล่านั้น ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคลต้องศึกษาในบริบทที่เขาเป็นอยู่

3) บุคคลมีการให้ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยตัวของเขาเอง ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลไม่ใช่เพียงแค่เกิดจากจิตสำนึกเท่านั้น แต่รวมถึงภูมิหลังที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญต่อเขา รวมทั้งการพูดภาษา ประเพณี และวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา

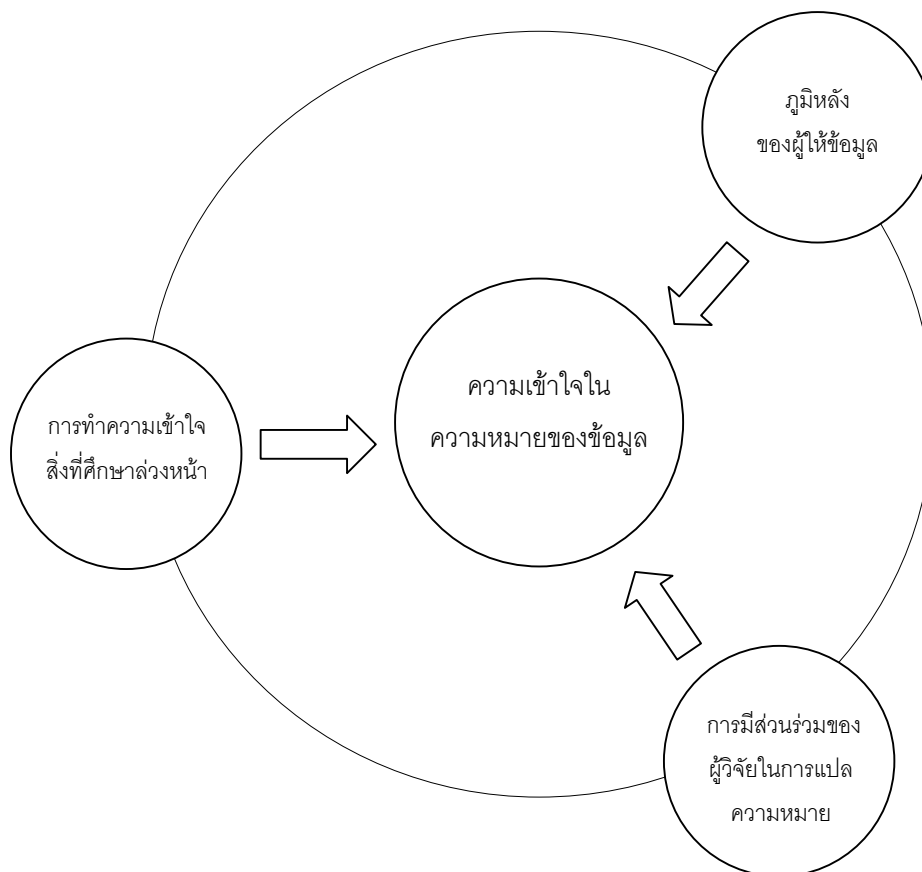
4) บุคคลมีหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลมิใช่มีเพียงกายภายนอก (body) เท่านั้น แต่ยังมีกรรวบรวมสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกัน (embodied) และการรับรู้ (perception) ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

5) บุคคลอยู่ในมิติของเวลา (the person in time) จะคำนึงถึงบุคคลที่เป็นอยู่ในเวลานั้น (being-in-time) ซึ่งอธิบายด้วยคำว่ามีติของเวลา (temporality) ซึ่งถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคต

3. การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (co-constitution) หรือที่กาดาเมอร์ (Gadamer) เรียกว่า “การหล่อหลอมความเข้าใจ” หรือ “fusion of horizons” เป็นการ

ทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995) เป็นการรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นทั้งหมดให้เห็นภาพที่ชัดเจน ซึ่งกาดาเมอร์ (Gadamer) เชื่อว่าภาษาจะเป็นสื่อกลางสำคัญ ที่จะสื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ และความเข้าใจในรูปแบบและความหมายของภาษาจะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลได้ลึกซึ้งขึ้น (Gadamer, 1976 cited by Allen, 1995) และเพื่อให้เกิดการหล่อหลอมความเข้าใจ ผู้วิจัยจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่สามารถ สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์

การนำวงจรเฮอริเมนิวติก (hermeneutic circle) ไปใช้ในแปลความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าใจในองค์ประกอบสำคัญทั้ง 3 ประการ (ดังแสดงในภาพ 4) ดังนี้



ภาพ 4 แสดงองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการของวงจรเฮอริเมนิวติก (hermeneutic circle)

1. การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding) จะเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้วิจัยในสิ่งที่ต้องการศึกษา ว่าต้องการศึกษาเรื่องอะไร เพื่ออะไร ทำอย่างไรให้ได้มาซึ่งสิ่งที่

ต้องการศึกษา และความเข้าใจในเรื่องใดบ้างที่จะช่วยให้เข้าใจถึงข้อมูลตลอดจนบริบทที่ต้องการศึกษา โดยในการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจในเรื่องภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ ผลกระทบจากภาวะวิกฤตน้ำท่วมใหญ่ที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในภาวะวิกฤตน้ำท่วม แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลทางการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงบริบทที่เกิดขึ้นในขณะนั้นระดับหนึ่ง ก่อนที่จะศึกษา ซึ่งภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งความเข้าใจในปรากฏการณ์การดูแล ในขณะนั้นก็จะชัดเจนเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า จะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น แต่จะไม่ใช้การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้าดังกล่าว มาควบคุมผลการศึกษา เพราะสิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยควรตระหนักคือปรัชญาของการศึกษาที่มุ่งแสวงหาความจริงแท้แน่นอน (existential-ontological) ตาม “Dasein” ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

2. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล (background or person's history) เนื่องจากบุคคลมีความเป็นปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่น ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ จุดมุ่งหมายในชีวิต ค่านิยม ประสบการณ์ การให้คุณค่าและให้ความสำคัญกับสิ่งต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ตัวตนที่แท้จริงของบุคคลต่างกัน เรียกว่า ภูมิหลัง โดยภูมิหลังที่ต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้และให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไปด้วย แม้จะอยู่ในสถานการณ์เดียวกันก็ตาม ซึ่งภูมิหลังเหล่านี้เราไม่สามารถกำหนดหรือกันออกไปได้ (bracketing) ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลจึงทำให้เราเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลในภาวะวิกฤตน้ำท่วมใหญ่ได้ดีขึ้น ซึ่งภูมิหลังสำคัญ ได้แก่ ความคิดความเชื่อและการให้คุณค่าของ “การดูแล” ประสบการณ์และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วมหรือในสถานการณ์วิกฤตอื่นๆ ในอดีต และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงานในวิชาชีพ หน่วยงาน และประสบการณ์ในหน่วยงาน ตลอดจนความคิดความเชื่อในการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3. การมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย (co-constitution or “fusion of horizons”) เป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ว่าข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนถึงความจริงแท้แน่นอน (existential-ontological) ของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตน้ำท่วม ตาม “Dasein” ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยควรดำรงบทบาทในลักษณะของ “outsider” หรือผู้ที่อยู่นอกเหตุการณ์ ซึ่งในการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลนี้ สามารถทำได้ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในขณะสัมภาษณ์หากข้อมูลใดที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจก็จะขอให้ผู้

ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมจนเกิดความเข้าใจตรงกัน และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยก็นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ หากข้อมูลใดที่ผู้วิจัยยังไม่เข้าใจหรือขาดหายไปก็จะขอให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเพิ่มเติมจนเกิดความเข้าใจตรงกันในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และสุดท้ายเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวแล้ว คือไม่มีข้อมูลใดใหม่เพิ่มเติม ผลจากการวิเคราะห์ดังกล่าวจะถูกนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าที่ผู้วิจัยเข้าใจและได้แปลความนั้น ถูกต้องตรงกับการรับรู้และ ให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543 เป็นน้ำท่วมประเภทรุนแรงถึงรุนแรงมาก มีลักษณะเป็นน้ำท่วมฉับพลันและน้ำท่วมขัง เกิดจากสาเหตุใหญ่ 3 ประการคือ 1) สภาพภูมิประเทศของอำเภอหาดใหญ่ที่เป็นที่ลุ่ม 2) ปริมาณน้ำฝนที่ตกลงมามาก และ 3) ปัญหาในเรื่องการระบายน้ำ ส่งผลให้เกิดความเสียหายมหาศาลทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ประเมินความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจมากถึง 13,824.67 ล้านบาท ซึ่งภาวะน้ำท่วมที่เกิดขึ้นโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้ถูกกำหนดให้เป็นสถานที่ตั้งรับดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัย และรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตลอดจนโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตน้ำท่วม ส่งผลให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่น้ำไม่ท่วมและไฟฟ้าใช้ มีผู้ป่วยมารับการรักษาจำนวนมาก แต่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ก็ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตน้ำท่วมเช่นกัน เช่น เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถมาปฏิบัติงานได้ ทรัพยากรต่างๆ มีจำนวนจำกัด เป็นต้น ทำให้การดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น การพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ภัยพิบัติ ให้มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกที่มีปรัชญาสำคัญ คือ เน้นความจริงแท้แน่นอน ว่าความจริงแท้คืออะไร ประสพการณ์ที่แท้จริงเป็นอย่างไร เป็นระเบียบวิธีการวิจัยที่เหมาะสมที่สุดในการศึกษาประสพการณ์การดูแลของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วม ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในประสพการณ์ดังกล่าว จะช่วยให้เห็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วม นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ภาวะวิกฤตน้ำท่วม และใช้ในการวางแผนเตรียมรับน้ำท่วมของโรงพยาบาลต่อไป