


การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล



ร้อยเอกหญิงอรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT



Captain Arunrat Siripukdeekan

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล
โดย	ร้อยเอกหญิงอรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ : การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล. (A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ, 200 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายแบบ Delphi technique มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติกรพยาบาล 8 คน 2) กลุ่มอาจารย์พยาบาลที่มีผลงานด้านภัยพิบัติ 5 คน 3) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ 5 คน และ 4) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภาวะภัยพิบัติ 3 คน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ควรแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ 2) ระยะการรับมือกับภัยพิบัติ และ 3) ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 13 ด้านหลัก 79 ข้อรายการ ค่ามัธยฐานของข้อรายการอยู่ในช่วง 4.34-4.73 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการอยู่ในช่วง 0.28-0.91 ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก 40 ข้อรายการ ได้แก่ 1) วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน 5 ข้อรายการ 2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ 8 ข้อรายการ 3) กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล 8 ข้อรายการ 4) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ 12 ข้อรายการ และ 5) จัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ 8 ข้อรายการ

ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก 24 ข้อรายการ ได้แก่ 1) จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล 7 ข้อรายการ 2) จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ 6 ข้อรายการ 3) จัดการทรัพยากรและสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ 6 ข้อรายการ และ 4) จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ 5 ข้อรายการ

ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก 15 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ 3 ข้อรายการ 2) สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล 5 ข้อรายการ 3) จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย 4 ข้อรายการ และ 4) ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ 3 ข้อรายการ

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล และสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้มีทักษะในการจัดการภาวะภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล

ลายมือชื่อนิติต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5477204236 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS: DISASTER NURSING MANAGEMENT / DISASTER

ARUNRAT SIRIPUKDEEKAN: A STUDY OF DISASTER NURSING MANAGEMENT.

ADVISOR: ASST. PROF. CAPT. WASINEE WISESRITH, Ph.D. RN, 200 pp.

This research was a descriptive research using the Delphi technique. The purpose was to study on disaster nursing management from 21 experts in disasters which were divided into 4 groups including 1) 8 nursing managers and clinical practice nurses, 2) 5 nursing instructors, 3) 5 physicians, and 4) 3 experts involved in the policy of disaster management.

The results revealed that the experts' opinion had a consensus on disaster nursing management should be divided into 3 phases: 1) preparedness phase, 2) response phase and 3) recovery phase. It consisted of 13 domains and 79 items. The median of all items was 4.34-4.73 and the interquartile range of all items was 0.28-0.91.

Preparedness phase comprised of 5 domains and 40 items: 1) management plan of disaster affecting to health of the community (5 items), 2) development of nursing services for disaster care (7 items), 3) development of disaster plan for nursing organizations (8 items), 4) development of disaster nursing competencies (12 items), and 5) provision of nursing resources for disaster management (8 items).

Response phase comprised of 4 domains and 24 items: 1) arrangement of a security system for victims and nursing personnel (7 items), 2) provision of nursing services during disaster (6 items), 3) resource and infrastructure management during disaster (6 items), and 4) allocation of nursing personnel to deal with disasters (5 items).

Recovery phase comprised of 4 domains and 15 items: 1) healing victims and nursing personnel affected from the disaster (3 items), 2) summarizing the operating results of the nursing organization (5 items), 3) setting up nursing services after the disaster by cooperating with network partners (4 items), and 4) reconstructing nursing service system and environment affected by the disaster (3 items).

The research findings can be used as a guideline for initiating effective and systematic disaster nursing management, competency development and disaster nursing management skills.

Field of Study: Nursing Administration

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.วาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่อง รวมทั้งให้กำลังใจและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานคณะกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิด และแนวทางปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการ ปฏิบัติงานและการดำรงชีวิตตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการสัมภาษณ์และตอบ แบบสอบถามจนครบทั้ง 3 รอบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องและ ชัดเจนมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ กองทัพบก ที่สนับสนุนทุนการศึกษาตามโครงการพัฒนาการศึกษาครู- อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาของ ทบ. ประจำปีการศึกษา 2554 และวิทยาลัยพยาบาล กองทัพบกที่ให้โอกาสลาศึกษาต่อในเวลาราชการ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการพยาบาลและพัฒนา ศักยภาพตนเอง รวมทั้งนำความรู้มาพัฒนาการเรียนการสอนด้านการบริหารการพยาบาลให้แก่ นักเรียนพยาบาลต่อไป และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุน ทุนอุดหนุนการวิจัยงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ บิดา-มารดา ที่ได้ให้โอกาสเติบโต สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้วิจัยรักการ เรียน อีกทั้งยังเป็นแรงใจให้ก้าวผ่านทุกอุปสรรคไปได้ รวมทั้งขอขอบคุณ เพื่อนๆ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลือและปรารถนาดีต่อผู้วิจัยมาโดยตลอด ท้ายที่สุด ขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ ให้สามารถก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ไปได้ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. นโยบายด้านภัยพิบัติของประเทศไทย.....	11
2. อุบัติการณ์และการจัดการภาวะภัยพิบัติของต่างประเทศ.....	16
3. แนวคิดเกี่ยวกับภัยพิบัติ.....	19
4. หลักการจัดการและแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติ.....	23
5. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางพยาบาล (Disaster nursing management).....	29
6. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติ.....	41
7. วิธีการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique.....	43
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
1. การเตรียมความพร้อม.....	60
2. การกำหนดและคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ.....	61
3. การสร้างเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
4. การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย.....	66

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ แบ่งเป็นระยะและรายด้านหลัก	73
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ แบ่งเป็นรายด้านและข้อ รายการ.....	75
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	90
รายการอ้างอิง.....	113
ภาคผนวก.....	124
ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	125
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	143
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	145
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	153
ภาคผนวก จ. ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและทบทวนวรรณกรรม .	169
ภาคผนวก ฉ ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ.....	188
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	200

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล	39
ตารางที่ 2	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมของการวิจัยแบบ Delphi technique	45
ตารางที่ 3	ตารางการแบ่งช่วงคะแนนของอันตรภาคชั้น	72
ตารางที่ 4	การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ จำแนกเป็นรายด้าน เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ รอบที่ 3.....	74
ตารางที่ 5	การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อน เกิดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3.....	76
ตารางที่ 6	การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะรับมือกับภัยพิบัติ แบ่งเป็น รายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3	83
ตารางที่ 7	การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3.....	87
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล จากกรอบแนวคิดและ ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	97

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กระบวนการบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster Management Cycle)..... 13

ภาพที่ 2 แผนภูมิการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย 15

ภาพที่ 3 Disaster Management Continuum 31

ภาพที่ 4 ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. 32

ภาพที่ 5 Hospital Incident Command System. 42

ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 59



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภัยพิบัติ หมายถึงเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสังคมมนุษย์ในวงกว้าง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกินขีดความสามารถที่จะบริหารจัดการได้ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกในระดับชาติ หรือนานาชาติ (World Health Organization, 2008) ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติมีจำนวนและความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ศูนย์วิจัยทางระบาดวิทยาด้านภัยพิบัติ (Center for Research on the Epidemiology of Disaster) รายงานว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003-2012 พบการเกิดภัยพิบัติทั่วโลกทั้งสิ้น 6,699 ครั้ง แบ่งเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติ 3,899 ครั้ง และภัยพิบัติที่เกิดจากเทคโนโลยีและการกระทำของมนุษย์ 2,800 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตจากภัยพิบัติทั้งหมด 1,149,920 ราย ผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบ 2,167,404 ราย คิดมูลค่าความเสียหาย 1,571,681 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดความสูญเสียมากที่สุดคือ แผ่นดินไหวและสึนามิ 487,061 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติมากที่สุดคือทวีปเอเชีย 2,717 ครั้ง รองลงมาคือทวีปแอฟริกา และทวีปออสเตรเลียเกิดภัยพิบัติน้อยที่สุด (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2013) จากข้อมูลเห็นได้ว่า ผลกระทบจากภัยพิบัติก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลต่อมวลมนุษยชาติ จึงจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการที่ดี เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรง หากเกิดภัยพิบัติขึ้นในอนาคต

กระแสความตื่นตัวต่อการจัดการภัยพิบัติเริ่มปรากฏชัดเจน หลังจากเกิดเหตุวินาศภัยตึก World Trade Center ปี ค.ศ. 2001 เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง หน่วยงานต่างๆ จึงพยายามหาแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ชุมชนและประเทศชาติ โดยประเทศต่างๆ ได้กำหนดแนวทางการจัดการภัยพิบัติที่เป็นแผนปฏิบัติการระดับชาติ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติ และจัดตั้ง Federal Emergency Management Agency (FEMA) เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติระดับประเทศ (Lavin, Slepski, and Veenema, 2007) ประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปได้กำหนดข้อตกลงประสานความร่วมมือ การจัดการภัยพิบัติตามแผนปฏิบัติการ Marie Curie Actions (Brismar and Linder, 2003) ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดตั้งสภาการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติ (Central Disaster Management Council) และร่วมมือกับองค์การสหประชาชาติในการกำหนดกรอบแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภัยพิบัติ (The Hyogo framework for action 2005-2013) โดยการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน (International Strategy

for Disaster Reduction, 2005) ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติ ได้มีการพัฒนาปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติทุกรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย เริ่มมีการตื่นตัวมากขึ้น หลังจากเกิดเหตุภัยพิบัติสึนามิ เนื่องจากเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงที่สุดที่เคยเกิดขึ้น อีกทั้งผลกระทบจากสึนามิ ยังส่งผลต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและการปรับตัวของผู้ประสบภัย จากสูญเสียบุคคลในครอบครัว ภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวและไร้ที่อยู่อาศัย อีกทั้งประเทศไทยตั้งอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงสุด และอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นบริเวณที่อาจเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงและเกินความคาดหมาย เนื่องจากอุณหภูมิของน้ำทะเลระหว่างมหาสมุทรอินเดียและมหาสมุทรแปซิฟิกทั้งสองฝั่งมีความแตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการภัยพิบัติ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการรับมือให้มากขึ้น เนื่องจากไม่สามารถลอกเลียนรูปแบบการรับมือ แบบเดียวกับภูมิภาคอื่นได้ (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2555) ดังเหตุการณ์พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนหรือไต้ฝุ่นโยลันดาที่พัดขึ้นฝั่งของประเทศฟิลิปปินส์ ระดับความเร็วลมสูงสุดตามค่าเฉลี่ย 1 นาทีต่อ 315 กม./ชม. ทำให้เป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความรุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ที่ได้พัดขึ้นฝั่ง ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบและไร้ที่อยู่อาศัยประมาณ 11 ล้านคน (National Disaster Risk Reduction and Management Council, 2013) สถิติภัยพิบัติย้อนหลังของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532-2555 พบว่าเกิดอุทกภัย มากกว่า 40,000 ครั้ง วาตภัย 36,024 ครั้ง ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง และสึนามิ 1 ครั้ง (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556c) และมีแนวโน้มการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติเพิ่มขึ้น เช่น อุทกภัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.7 วาตภัยร้อยละ 26.6 และแผ่นดินไหวร้อยละ 8.6 (ชาธร สิทธิเคหภาค, 2554) ภัยพิบัติที่พบมากในประเทศไทยคือภัยพิบัติธรรมชาติที่เกิดตามฤดูกาล ทำให้การเตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติขนาดใหญ่มีค่อนข้างน้อย อีกทั้งผลพวงจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ดัชนีการก่อการร้ายโลก (Global Terrorism Index) จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 8 จาก 158 ประเทศทั่วโลก เป็นภัยที่สร้างความเสียหาย ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินมากที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556a) จากข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต้องมีการจัดระบบการจัดการภัยพิบัติในระดับชาติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานเชื่อมโยงกันของแต่ละหน่วยงานได้อย่างเป็นระบบและมีทิศทางเดียวกัน

กระแสความตื่นตัวเชิงนโยบายของภาครัฐ ทำให้ระบบการจัดการภาวะภัยพิบัติได้รับการพัฒนามากขึ้น มีการจัดตั้งศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ (National Disaster Warning Center) ในปี พ.ศ. 2548 และคณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการ และตัวแทนจากทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ร่วมปรับปรุงพระราชบัญญัติ

การป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2552 เป็นพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 เพื่อเป็นกฎหมายหลักในการบริหารจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยกำหนดเป็นวาระแห่งชาติ ที่ทุกหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงาน กำหนดนโยบายการป้องกันและลดผลกระทบจากภัยพิบัติ เตรียมความพร้อมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วน พัฒนาศักยภาพในการรับมือให้สนองตอบความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ฟื้นฟู บูรณะและพัฒนาระบบการเชื่อมโยงของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 4 ด้านได้แก่ การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตอบโต้และบรรเทาทุกข์ และการจัดการหลังเกิดภัย รวมทั้งกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งจัดระบบบริการสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ

สิ่งสำคัญที่สุดเมื่อเกิดภัยพิบัติคือการช่วยชีวิต บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงาน หากการจัดการภัยพิบัติของระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ลดอัตราการตายของผู้ประสบภัยและเพิ่มอัตราการมีชีวิตรอด (Jennings-Sanders, 2004) พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ จึงเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ (International Council of Nurses (ICN), 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมด้านภัยพิบัติทั้งในและต่างประเทศ พบปัญหาการจัดการภัยพิบัติของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกันในด้านการเตรียมความพร้อมและช่วยเหลือขณะเกิดภัยพิบัติยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เช่น การศึกษาวิจัยหลังเกิดเหตุพายุ Hurricane Katrina ในประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2005 พบว่าระบบการจัดการภาวะภัยพิบัติ ขาดการวางแผนการเตรียมความพร้อมและพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (Slepski, 2007) ขาดแคลนอาหาร ยา เวชภัณฑ์ สาธารณูปโภค และจำนวนบุคลากรการแพทย์ พยาบาลมีไม่เพียงพอ (Vest and Valadez, 2006) เช่นเดียวกับประเทศไต้หวันพบว่า การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากเหตุแผ่นดินไหว Chi-Chi มีความล่าช้า ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ไม่มีเอกภาพ ขาดการประสานงานระหว่างรัฐบาลและหน่วยทหาร (Chan et al., 2006) ประเทศออสเตรเลียพบว่า โรงพยาบาลขาดการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากร การรักษาพยาบาลไม่ทั่วถึง (Chapman and Arbon, 2008) ประเทศแคนาดาพบว่า พยาบาลขาดการเตรียมพร้อมต่อการรับมือต่อภัยพิบัติขนาดใหญ่ การฝึกซ้อมและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร (Q'Sullivan et al., 2008) การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพมีความสับสน (Nates and Moyer, 2005) พยาบาลมีความรู้ด้านเตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติในระดับต่ำ ไม่มีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติ (Hammad, Arbon, and Gebbie, 2011) และขาดทักษะด้านภาษาต่างประเทศเมื่อต้องปฏิบัติงานในต่างแดน (Arbon, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเหตุภัยพิบัติของไทย พบว่า การจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอ

และทั่วถึงกับผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก (สุภัก คชรัตน์, 2547) ระบบการติดต่อสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงาน มีความสับสน (สุนันทา ลักษิตติกุล, อุไร ทัดกิจ, และ จิระพรรณ พรวิฑูติ, 2551) ไม่มีผู้นำเป็นศูนย์กลางการสั่งการ ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างองค์กรเอกชน มูลนิธิและอาสาสมัคร (แฉ่งน้อย จุไรสง, 2549) ขาดการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ (สุนีย์ เครานวล, 2551) การจัดระบบความปลอดภัยไม่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน ระบบฐานข้อมูลไม่สมบูรณ์ (อุบล ยี่เฮ็ง, 2553) จากข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า แม้ในประเทศที่มีการพัฒนาการจัดการภัยพิบัติอย่างเป็นระบบ ยังคงพบปัญหา เมื่อนำแผนปฏิบัติการไปใช้จริง เนื่องจากแนวทางการจัดการภัยพิบัติส่วนใหญ่ มีการกำหนดแนวปฏิบัติและผู้รับผิดชอบในภาพรวมอย่างกว้างๆ เมื่อนำแผนไปปฏิบัติงาน จึงพบปัญหาในแต่ละหน่วยงานย่อย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการจัดการภาวะภัยพิบัติของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการสูญเสียด้านร่างกายและชีวิตของผู้ประสบภัย

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของประเทศไทย โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้จัดตั้งศูนย์การพยาบาลสาธารณภัยแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2551 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการปฏิบัติงาน มุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางข้อมูลทางวิชาการด้านภัยพิบัติและจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ด้านสถาบันการศึกษาพยาบาลได้พัฒนาหลักสูตร Disaster Nursing ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี เนื้อหาโครงสร้างหลักสูตร เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยพิบัติและการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละระยะ เห็นได้ว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ มีการพัฒนามาระยะหนึ่ง และจากการศึกษาผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งปัญหาจากการวิจัยที่พบส่วนใหญ่คือ ขาดการวางแผนการเตรียมความพร้อมการจัดระบบบัญชาการที่มีเอกภาพ การประสานความร่วมมือ การจัดสรรทรัพยากรและอัตรากำลัง การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นปัญหาจากการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีการกำหนดรูปแบบการจัดการภาวะภัยพิบัติในแต่ละระยะอย่างชัดเจนและเป็นระบบ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติของโรงพยาบาลคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ ในการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมด้านภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ

ผู้บริหารทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการเหตุการณ์ในโรงพยาบาล (Hospital Incident Command System) และตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านภัยพิบัติสู่การปฏิบัติขององค์กรพยาบาล อีกทั้งยังมีส่วนร่วมในการวางแผนควบคุมสถานการณ์และจัดการความเรียบร้อยเมื่อมีผู้ประสบภัยจำนวนมากร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล (Ardagh et al., 2012) และบุคลากรทางการแพทย์เป็นกำลังหลักในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ ดังนั้นหากพยาบาลมีองค์ความรู้การจัดการภาวะภัยพิบัติ ทำให้สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัยได้ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลมีประสิทธิภาพ (California Medical Services Authority (CMSA), 2006)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล เพื่อหาแนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของสังคมไทย โดยทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของต่างประเทศเพื่อเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นการวิจัย พบว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน มีการกำหนดแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับแผนหลักของแต่ละประเทศ โดยแบ่งการจัดการภัยพิบัติออกเป็นระยะ ประมาณ 3-5 ระยะ ตามบริบทของประเทศนั้นๆ แต่หลักการการจัดการภาวะภัยพิบัติ กิจกรรมหรือกระบวนการต่างๆ ในภาพรวมของแต่ละระยะมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งการจัดการในแต่ละระยะประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การจัดบุคลากร (Staffing) การอำนวยความสะดวก (Directing) การประสานงาน (Coordinating) การรายงาน (Report) และการจัดงบประมาณ (Budgeting) แต่อาจมีรายละเอียดเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมที่แตกต่างกันตามบริบทแวดล้อม สังคม ระบบการปกครอง งบประมาณของแต่ละพื้นที่ ซึ่งสภาการพยาบาลสากล (ICN) กล่าวไว้ว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาคีเครือข่ายและบุคลากรในหน่วยงาน อีกทั้งการวางแผนปฏิบัติการ ควรให้ผู้ที่ปฏิบัติงานจริงหรืออยู่ในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ เนื่องจากมีความเข้าใจในเงื่อนไขและข้อจำกัดของหน่วยงานตนเอง สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง (WHO and ICN, 2009)

จากข้อมูลข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของไทย ยังไม่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบ Delphi technique ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อหาฉันทมติการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ในบริบทหรือสถานการณ์ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ เข้าใจปัญหาและข้อจำกัดด้านต่างๆ ของประเทศไทย เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความ

ครอบคลุมและน่าเชื่อถือ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงาน ส่งผลให้การจัดการภาวะ ภัยพิบัติมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการสูญเสียชีวิต เพิ่มอัตราการรอดชีวิต เพิ่มประสิทธิภาพในการ ปฏิบัติงาน ลดต้นทุนการจัดการภาวะภัยพิบัติ และเพิ่มองค์ความรู้การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาล เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนจัดการภาวะภัยพิบัติในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและ ขอบเขตวิชาชีพพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลควรเป็นอย่างไร
2. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ควรแบ่งการจัดการเป็นกี่ระยะ
3. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ในแต่ละระยะ ควรมีรายละเอียดอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัย แบบ Delphi technique เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของ ประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพพยาบาล ใช้วิธีการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive sampling) และบอกต่อแบบลูกโซ่ (Chain or snowball sampling) แบ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 21 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติกรพยาบาล จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอ หัวหน้าแผนกและหัวหน้าพยาบาล และพยาบาล ระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การปฏิบัติในภาวะภัยพิบัติอย่างน้อย 5 ปี 2) กลุ่มอาจารย์พยาบาล/ นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านภัยพิบัติ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ผู้พัฒนา หลักสูตรการพยาบาลด้านภัยพิบัติ 3) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ ที่ปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ หรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ และ 4) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 3 คน ได้แก่ เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ, ผู้อำนวยการสำนักนโยบายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามจำนวน 2 รอบเพื่อวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อพิจารณาคำความคิดเห็นที่สอดคล้องของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของสังคมไทยและ ขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล ผลการวิจัยจึงเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญกลุ่มหนึ่งเท่านั้น การ นำผลการวิจัยไปใช้ จึงควรมีการประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ภาวะภัยพิบัติ** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ รวมทั้งเทคโนโลยีที่มนุษย์คิดค้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ประสบภัย ชุมชนในวงกว้าง เกินขีดความสามารถของชุมชนหรือหน่วยงานในการรับมือกับภัยพิบัติ จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ความช่วยเหลือ มีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน ตลอดจนภาวะสุขภาพ สภาวะสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนและประเทศชาติ

2. **การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เพื่อลดผลกระทบหรือบรรเทาความรุนแรงจากภัยพิบัติ ลดอัตราการสูญเสียชีวิตและการได้รับบาดเจ็บของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ รักษาขีดความสามารถในการรับมือของระบบบริการพยาบาล และฟื้นฟูบูรณะหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล ตามแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของ ICN (WHO and ICN, 2009) ร่วมกับ Adelman and Legg (2010), Beach (2010) และ Power and Daily (2010) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วยการจัดการ 12 ด้านหลักดังนี้

2.1 **ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation phase)** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานก่อนเกิดภัยพิบัติเพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงจากภัยพิบัติ โดยวิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินกลุ่มเสี่ยง ความรุนแรงจากภัยพิบัติ กำหนดกลยุทธ์และวางแผนการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล และจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ภายในองค์กรพยาบาล ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้านหลัก ได้แก่

2.1.1 **วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินกลุ่มเสี่ยงและความรุนแรงจากภัยพิบัติ** หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน โดยการวิเคราะห์โอกาสของการเกิดภัยพิบัติประเภทต่างๆ ของโรงพยาบาล ขีดความสามารถในการรับมือ กลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับอันตรายจากภัยพิบัติ และผลกระทบหรือความรุนแรงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ

2.1.2 **กำหนดกลยุทธ์การจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยการร่วมกำหนดกลยุทธ์ เป้าหมายและแนวทางการจัดการภัยพิบัติของโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาลที่ครอบคลุมตามความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติทุกประเภท รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย

2.1.3 **จัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ภายในองค์กรพยาบาล** หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลแต่ละหน่วยงานอย่างชัดเจน และผู้ที่

อำนาจในการสั่งการของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลทั้งในและนอกเวลาราชการ รวมทั้งการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้บังคับบัญชา

2.2 ระยะเวลาเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) หมายถึงกระบวนการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ โดยวางแผนจัดเตรียมทรัพยากรขององค์กรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคคลทางการพยาบาล จัดระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้านหลัก ได้แก่

2.2.1 วางแผนจัดเตรียมทรัพยากรขององค์กรพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน โดยจัดสรรทรัพยากรทางการพยาบาลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด วางแผนจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ยา ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน รวมทั้งจัดเตรียมอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงาน และจัดสรรงบประมาณพิเศษในการดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติ

2.2.2 พัฒนาสมรรถนะบุคคลทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดย พัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ จัดการฝึกซ้อมแผนและฝึกอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล จัดระบบพยาบาลอาสาสมัครและวางแผนจัดสรรอัตรากำลังเมื่อเกิดภัยพิบัติ

2.2.3 จัดระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานขององค์กรพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดย กำหนดแนวทางการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ระบบการติดต่อสื่อสารขององค์กรพยาบาล รวมทั้งการประสานงานของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายรวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน

2.3 ระยะเวลาตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response phase) หมายถึง กระบวนการดำเนินงานในการเผชิญเหตุเมื่อเกิดภัยพิบัติ ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ โดยจัดบริการพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาล และศูนย์อพยพ จัดสรรทรัพยากรทางการพยาบาล และประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้านหลัก ได้แก่

2.3.1 จัดบริการพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาล และศูนย์อพยพ หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยจัดบริการพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาลและศูนย์อพยพ ให้ผู้ประสบภัยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และคำนึงถึงวัฒนธรรม เพศ ช่วงอายุของผู้ประสบภัย

2.3.2 จัดสรรทรัพยากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขภาค หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการพยาบาลในการออกหน่วยแพทย์

เคลื่อนที่ หอผู้ป่วยและศูนย์อพยพ รวมทั้งจัดการของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและสอดคล้องกับความต้องการ

2.3.3 ประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยประสานขอความช่วยเหลือทางด้านกำลังพล วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาบาล งบประมาณ ในการระดมความช่วยเหลือกรณีภัยพิบัติมีความรุนแรงมากขึ้น จนเกินขีดความสามารถในการรับมือจากหน่วยงานภายนอก

2.4 ระยะเวลาฟื้นฟูและประเมินผล (Recovery and Evaluation phase) หมายถึง กระบวนการดำเนินงานในการฟื้นฟู บูรณะ และบรรเทาทุกข์หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ โดยช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินและฟื้นฟูระบบบริการพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และพัฒนาแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดการ 3 ด้านหลัก ได้แก่

2.4.1 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบ หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน โดยประเมินผลกระทบ ให้การช่วยเหลือและบรรเทาทุกข์ ผู้ประสบภัย บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

2.4.2 ประเมินและฟื้นฟูระบบบริการพยาบาล หมายถึง กระบวนการดำเนินงานโดยประเมิน รายงานความเสียหาย ฟื้นฟูของระบบบริการพยาบาล สภาพแวดล้อมและสุขภาพพลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

2.4.3 สรุปผลการดำเนินงานและพัฒนาแผนปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการดำเนินงาน โดยสรุปและรายงานผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กร ประเมินแผนปฏิบัติการ นิเทศผลการปฏิบัติงานอย่างมีส่วนร่วม และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านภัยพิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ข้อมูลแนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ กระบวนการดำเนินงานและรายละเอียดการปฏิบัติงานในแต่ละระยะ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาเป็นแนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์จากการทบทวนเอกสารวารสาร ตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย รายละเอียดดังนี้

1. นโยบายด้านภัยพิบัติของประเทศไทย
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติของประเทศไทย
 - 1.2 นโยบายการจัดการภาวะภัยพิบัติของประเทศไทย
2. อุบัติการณ์และการจัดการภาวะภัยพิบัติของต่างประเทศ
3. แนวคิดเกี่ยวกับภัยพิบัติ
 - 3.1 ความหมายของภัยพิบัติ
 - 3.2 ประเภทของภัยพิบัติ
 - 3.3 ระดับของภัยพิบัติ
 - 3.4 วงจรการเกิดภัยพิบัติ
4. หลักการจัดการและแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติ
 - 4.1 ความหมายของการจัดการ
 - 4.2 ความหมายของการจัดการภาวะภัยพิบัติ
 - 4.3 แนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติ
5. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์
 - 5.1 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของสภาการพยาบาลสากล
 - 5.2 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของสมาคมพยาบาลประเทศญี่ปุ่น
 - 5.3 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของสมาคมพยาบาลประเทศไทยได้หวัน
 - 5.4 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์จากการทบทวนวรรณกรรม
6. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติ
7. วิธีดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique
 - 7.1 ความเป็นมาของเทคนิคงานวิจัยแบบ Delphi technique
 - 7.2 ขั้นตอนและวิธีการศึกษาวิจัยด้วย Delphi technique
 - 7.3 ข้อดีและข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบายด้านภัยพิบัติของประเทศไทย

1.1 อุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติของประเทศไทย

ประเทศไทยตั้งอยู่ในทวีปเอเชีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงสุดในโลก สถิติภัยพิบัติย้อนหลัง 20 ปีของภัยแต่ละประเภทในประเทศไทย พบว่า เกิดอุทกภัย มากกว่า 40,000 ครั้ง มูลค่าความเสียหายประมาณ 12 ล้านล้านบาท วาตภัย ประมาณ 36,000 ครั้ง มูลค่าความเสียหายประมาณ 500,000 ล้านบาท ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง มูลค่าความเสียหายประมาณ 2,000 ล้านบาท และสึนามิ 1 ครั้ง มูลค่าความเสียหายประมาณ 44,000 ล้านบาท (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556c) ภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่เคยเกิดขึ้น เช่น พายุเกย์ในจังหวัดชุมพรปี พ.ศ. 2532 คลื่นยักษ์สึนามิใน 6 จังหวัดชายฝั่งทะเลอันดามัน ได้แก่ พังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง และสตูล ซึ่งถือเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ร้ายแรงที่สุดที่เคยเกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน ระบบนิเวศน์ และทรัพยากรธรรมชาติที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาปี พ.ศ. 2543 สร้างความเสียหายมากกว่า 10,000 ล้านบาท (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556c) ธรณีพิบัติภัยดินถล่มในจังหวัดภาคเหนือ เช่น เพชรบูรณ์ น่าน แม่ฮ่องสอน อุตรดิตถ์ และวิฤติมหาอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554 มีพื้นที่ประสบภัยมากถึง 64 จังหวัด ถือเป็นมหาอุทกภัยที่มีความรุนแรงมากที่สุดในรอบ 50 ปี มีรายงานผู้เสียชีวิต 528 คน ผู้ได้รับผลกระทบประมาณ 3.2 ล้านคน ประมาณการความเสียหายทางเศรษฐกิจ 2.3 แสนล้านบาท ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความสูญเสียต่อภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมอย่างมหาศาล (ชุดิกาญจน์ หุทัย, 2554; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดภัยธรรมชาติเพิ่มขึ้น เช่น อุทกภัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.7 พายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 โรคระบาดเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 และแผ่นดินไหวเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.6 (ชาธร สิทธิโคหกภาค, 2554) ซึ่งพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติแผ่นดินไหวในประเทศไทย ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง กาญจนบุรี ตากและกรุงเทพ จากข้อมูลทางประวัติศาสตร์ในพงศาวดารต่างๆ ได้กล่าวถึงแผ่นดินไหว ณ เมืองโยนกนคร พ.ศ. 1558 และบันทึกของหมอบรัดเลย์ปี พ.ศ. 2382 กล่าวถึงแผ่นดินไหวที่รู้สึกสั่นสะเทือนในกรุงเทพมหานคร ทั้งที่มีศูนย์การเกิดแผ่นดินไหวในประเทศพม่า (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556c) เห็นได้ว่าภัยที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดเป็นประจำหรือตามฤดูกาล เช่น อุทกภัย พายุฝน หรือภัยแล้ง การเตรียมความพร้อมจึงอยู่บนพื้นฐานความเสี่ยงตามขอบเขตความรุนแรงระดับหนึ่งเท่านั้น ทำให้ระบบการเตรียมความพร้อม การจัดการภาวะฉุกเฉินและการกู้ภัยสำหรับภัยพิบัติขนาดใหญ่ ยังต้องมีการพัฒนาระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพ

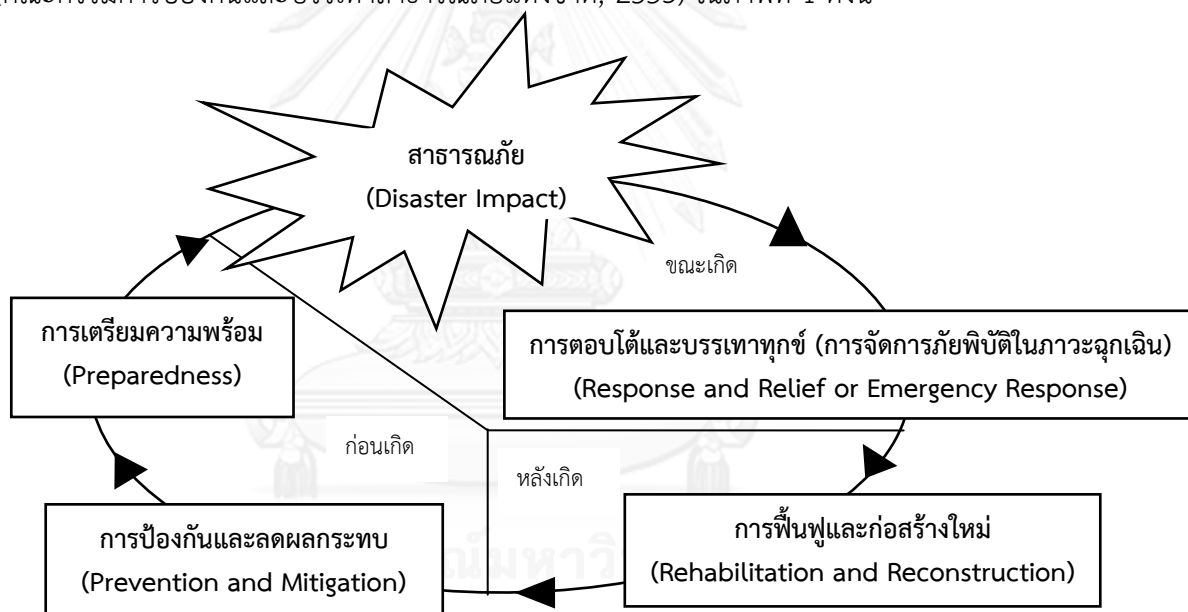
ภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ เช่น เหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เป็นเหตุการณ์ที่เรื้อรังและยังไม่สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

ของประชาชนในพื้นที่ เกิดการสูญเสียชีวิตของพลเรือนและหน่วยงานด้านความมั่นคง เช่น ทหารและ ตำรวจเป็นจำนวนมาก (นิภาภรณ์ รามณรงค์, 2551) ผลจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ การจัดลำดับดัชนีการก่อการร้ายโลก (Global Terrorism Index) ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 8 จาก 158 ประเทศทั่วโลก เป็นเหตุการณ์ที่สร้างความเสียหาย ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินมากที่สุดใน กลุ่มประเทศอาเซียน และการจัดอันดับดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ (Human Security Index) ปี พ.ศ. 2553 ของ 232 ประเทศทั่วโลก ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 103 โดยหนึ่งในองค์ประกอบ ความมั่นคงที่ยังคงมีความไม่มั่นคงสูง ได้แก่ ความสงบสุข โดยเฉพาะความสงบสุขและความปลอดภัย ภายในประเทศและการปกครอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาเสถียรภาพทางการเมือง ความรุนแรงและการ คอร์รัปชัน (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556a) เหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในปี พ.ศ. 2553 มีการทำลายสถานที่ราชการในหลายจังหวัด การวางเพลิงในห้างร้านและแหล่งธุรกิจ ทำให้เกิดความเสียหายต่อการท่องเที่ยวและความเชื่อมั่นในเสถียรภาพทางการเมือง ความปลอดภัยของนักลงทุน และนักท่องเที่ยวต่างชาติ (อุบล ยี่เฮ็ง, 2553) การจลาจลทางการเมือง 4 ครั้งในช่วงปี พ.ศ. 2551-2557 ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียเลือดเนื้อและชีวิต โดยในเดือนตุลาคมปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิต 8 ราย ได้รับบาดเจ็บ 737 ราย เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2552 มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ได้รับบาดเจ็บ 120 ราย เดือนเมษายน-พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2553 มีผู้เสียชีวิต 94 ราย และบาดเจ็บประมาณ 2,000 ราย (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556b) รวมทั้งเหตุการณ์ชุมนุมของมวลมหาประชาชน ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 และยังไม่สิ้นสุดลง ก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจ เนื่องจากมีการปิด เส้นทางจราจรและศูนย์ราชการต่าง ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ชุมนุม ความ ปลอดภัยของประชาชนในการเดินทาง ซึ่งยังคงหาข้อยุติและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันไม่ได้

1.2 นโยบายการจัดการภาวะภัยพิบัติของประเทศไทย

ปัญหาการจัดการภาวะภัยพิบัติดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดความตื่นตัวเชิงนโยบาย ของภาครัฐ ความตระหนักรู้ของประชาชนและเกิดระบบอาสาสมัคร ทำให้การจัดการภัยพิบัติได้รับการ พัฒนามากขึ้น แนวทางการจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย มีการจัดตั้งศูนย์เตือนภัยพิบัติ แห่งชาติ (National Disaster Warning Center) ในปี พ.ศ. 2548 และรัฐได้ตราพระราชบัญญัติการ ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2522 ต่อมาได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็น พระราชบัญญัติป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ให้มีความสอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นกฎหมายหลักในการบริหารจัดการภัยพิบัติของประเทศไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการด้านการป้องกัน บรรเทา ฟื้นฟูสาธารณภัย และอุบัติภัย รวมทั้งกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การ ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีแนวทางเดียวกัน

คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ได้จัดทำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 โดยนำพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 มาเป็นพื้นฐาน เพื่อกำหนดกรอบการปฏิบัติงานให้ทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นถึงระดับประเทศ ให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ โดยกำหนดกรอบการดำเนินงาน ทั้งแนวนโยบาย แผนปฏิบัติการและกรอบการประสานงาน 5 ด้านได้แก่ 1) การพัฒนาส่งเสริมระบบการป้องกันสาธารณภัยและลดผลกระทบให้มีประสิทธิภาพตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง 2) การพัฒนาและส่งเสริมระบบการเตรียมความพร้อมในทุกภาคส่วน เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพการจัดการภัยพิบัติได้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์และมีเอกภาพ 4) การพัฒนาการฟื้นฟูและบูรณะที่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และ 5) การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายทั้งภายในและต่างประเทศ รวมทั้งกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ที่มีความเชื่อมโยงกับกระบวนการจัดการภัยพิบัติ 4 ยุทธศาสตร์หลัก (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2553) ในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กระบวนการบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster Management Cycle)

ที่มา: คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2553). แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557, หน้า 31.

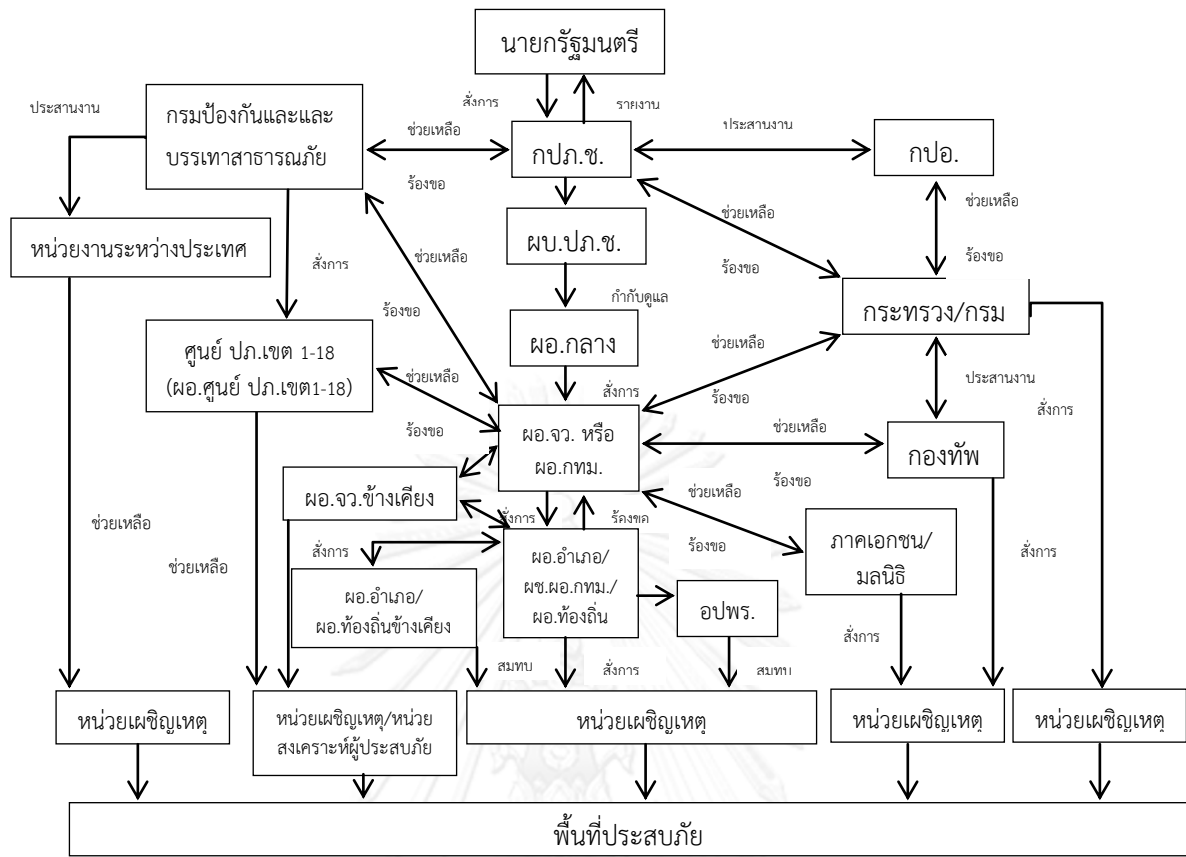
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันและการลดผลกระทบ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติให้มีศักยภาพ ลดความรุนแรงและความสูญเสียจากภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัยให้น้อยที่สุด โดยการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ประเมินความเสี่ยงและจัดทำแผนที่ความเสี่ยงทุกประเภท พัฒนาแผนหลักและแผนปฏิบัติงาน ส่งเสริมความรู้และสร้างมาตรฐานด้านการป้องกันภัยพิบัติ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเตรียมความพร้อม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการเตรียมความพร้อม และแนวทางปฏิบัติในการรับมือกับภัยพิบัติ เพื่อลดภาระการให้ความช่วยเหลือของภาครัฐ โดยการ จัดทำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับประเทศ พัฒนาระบบการ พยากรณ์ การแจ้งเตือน การสื่อสาร การฝึกซ้อม การเตรียมทรัพยากร การช่วยเหลือผู้ประสบภัยและ บุคลากรในการปฏิบัติงาน และเสริมสร้างความพร้อมของชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตอบโต้และบรรเทาทุกข์ (การจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน) มีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมการที่จำเป็นให้สามารถเผชิญเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว เป็นระบบ และลดความสูญเสียจากภัยพิบัติให้น้อยที่สุด โดยการจัดตั้งศูนย์บัญชาการทุกระดับ เชื่อมโยงระบบ การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การสนธิกำลังเข้าช่วยเหลือและควบคุมสถานการณ์ จัดตั้งศูนย์ ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ จัดระบบการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการปฏิบัติการค้นหาและช่วยชีวิต การจัดการศพและตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการหลังเกิดภัย มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาทุกข์ขั้นต้นให้แก่ ผู้ประสบภัยอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย และฟื้นฟู บูรณะพื้นที่ประสบภัยให้กลับสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด บูรณะสิ่งสาธารณูปโภคและโครงสร้างพื้นฐาน จัดการสภาพแวดล้อมในพื้นที่ประสบภัย รายงานและติดตามประเมินผล ประสานงานกับองค์การ ระหว่างประเทศในการฟื้นฟูและขอความช่วยเหลือ และถอดบทเรียนจากเหตุภัยพิบัติ

โครงสร้างการบริหารจัดการสาธารณภัยของประเทศไทย กำหนดแนวทางปฏิบัติและ ผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน ดังภาพที่ 2 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (กปภ.ช) คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ เป็นผู้ กำหนดนโยบาย จัดทำแผนและพัฒนาระบบการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายด้านอุบัติเหตุและการปลูก จิตสำนึกเรื่องความปลอดภัย (Safety mind) โครงสร้างองค์กรของกองอำนวยการบรรเทาสาธารณ ภัย แบ่งเป็น 2 ระดับคือ 1) องค์กรระดับชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นผู้อำนวยการ ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งราชอาณาจักร สำนักเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ทำหน้าที่เป็นกอง อำนวยการของผู้บัญชาการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งราชอาณาจักร และ 2) องค์กรระดับเขตท้องที่ เป็น 5 ระดับ ได้แก่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ กรุงเทพมหานคร เทศบาล และเมืองพัทยา กำหนดให้กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานกลางในดำเนินการเกี่ยวกับการ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของประเทศ



ภาพที่ 2 แผนภูมิการบริหารจัดการสาธารณสุขของประเทศไทย

ที่มา: คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2553). แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557, หน้า 23.

การดำเนินงานด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งพลเรือน ทหาร เอกชน มูลนิธิ อาสาสมัครและองค์กรการสาธารณกุศล มาบูรณาการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยต้องมีการประสานการปฏิบัติ การระดมทรัพยากรและองค์ความรู้ทุกด้าน ตามความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานกลางในการจัดทำแผนเพื่อขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรี จัดทำฐานข้อมูลพื้นที่เสี่ยงภัย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินการตามแผนในแต่ละระดับ รวมทั้งแบ่งมอบหมายหน้าที่ให้แต่ละหน่วยงานตามเชี่ยวชาญ โดยผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขตและผู้อำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยฝ่ายพลเรือนจังหวัดข้างเคียง เป็นผู้สั่งการให้หน่วยเผชิญเหตุที่อยู่ในสังกัดของตนเอง ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ประสบภัย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ มีหน้าที่จัดเตรียมและจัดหาทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประสานงานและระดมพลบุคลากรด้านสุขภาพ จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพ จัดระบบการติดต่อสื่อสาร พัฒนาศูนย์ปฏิบัติการและอาสาสมัครให้มีความรู้ด้านภัยพิบัติ ให้ความรู้แก่ประชาชนด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เฝ้าระวัง ควบคุมโรคติดต่อและติดเชื้อ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัย (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2553) โดยกำหนดโครงสร้างองค์กร สายการบังคับบัญชา และมอบหมายให้สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยประสานงานกลาง ดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินรับผิดชอบ เหตุภัยพิบัติและฉุกเฉินตลอด 24 ชม. กรมสุขภาพจิตรับผิดชอบด้านการช่วยเหลือ และฟื้นฟูด้านจิตใจของผู้ประสบภัย กรมการแพทย์รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัย และมอบหมายให้กรม กองต่างๆ มีหน้าที่ความรับผิดชอบแตกต่างกันตามถนัดและความเชี่ยวชาญ เพื่อให้การทำงานมีเอกภาพและประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินการจัดการภาวะภัยพิบัติในระดับชาติ มีการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติ มีอัตราการเกิดและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทุกหน่วยงานจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. อุตบัติการณ์และการจัดการภาวะภัยพิบัติของต่างประเทศ

ประชากรโลกต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเกิดภาวะภัยพิบัติที่มีอุบัติการณ์ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลเปรียบเทียบการเกิดภัยพิบัติปี ค.ศ. 1987-1996 และปี ค.ศ. 1997-2006 พบว่ามีอัตราการเกิดภัยพิบัติเพิ่มขึ้นจาก 4,241 ครั้งเป็น 6,806 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60 ในช่วงเวลาเดียวกัน จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากเดิม 600,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคน อุตบัติการณ์ด้านภัยพิบัติของศูนย์วิจัยทางระบาดวิทยาด้านภัยพิบัติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003-2012 พบรายงานการเกิดภัยพิบัติทั่วโลกทั้งสิ้น 6,699 ครั้ง มีรายงานผู้เสียชีวิตจากภัยพิบัติทั้งหมด 1,149,920 ราย ผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบ 2,167,404 ราย คิดมูลค่าความเสียหาย 1,571,681 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ แบ่งเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Natural disaster) 3,899 ครั้ง กลุ่มที่พบมากที่สุดคือภัยพิบัติจากการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศและกระแสน้ำ (Climate and Hydro-metrological disaster) 3,554 ครั้ง โดยประเภทของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบ่อยคือ อุทกภัย 1,762 ครั้ง และภัยพิบัติจากเทคโนโลยีและการกระทำของมนุษย์ 2,800 ครั้ง กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจากการขนส่งและยานพาหนะ 1,887 ครั้ง เมื่อจำแนกตามประเภท พบว่าภัยพิบัติที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตมากที่สุดคือ แผ่นดินไหวและสึนามิ 678,346 ราย รองลงมาคือพายุไต้ฝุ่นหรือเฮอริเคน 175,241 ราย ภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดความสูญเสียมากที่สุดคือ แผ่นดินไหวและ สึนามิ 487,061 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ พื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติมากที่สุดคือทวีปเอเชีย 2,717 ครั้ง รองลงมาคือทวีปแอฟริกา 1,636 ครั้ง และทวีปที่เกิดภัยพิบัติน้อยที่สุดคือ Oceania หมายถึงกลุ่มประเทศและ

หมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก รวมทั้งทวีปออสเตรเลีย 167 ครั้ง (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2013)

ภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่เคยเกิดขึ้น เช่น เหตุการณ์วินาศภัยตึก World trade center (911) ปี ค.ศ.2001 ภัยพิบัติจาก Hurricane Katrina ในรัฐนิวออลีนของสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2005 ทวีปแอฟริกาเกิดเหตุแผ่นดินไหวในประเทศเฮติ และทวีปเอเชียเกิดเหตุแผ่นดินไหวในเมืองโกเบ ประเทศญี่ปุ่นปี ค.ศ.1995 แผ่นดินไหวและคลื่นยักษ์สึนามิในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปี ค.ศ. 2004 พายุหมุนนาร์กิสในประเทศพม่าปี ค.ศ.2008 อุทกภัยในประเทศจีนปี ค.ศ. 2009 เหตุแผ่นดินไหว 9.0 ริกเตอร์ และคลื่นยักษ์สึนามิในเกาะฮอนชู ประเทศญี่ปุ่น ปี ค.ศ.2011 ถือเป็นภัยพิบัติธรรมชาติที่รุนแรงมากที่สุดของญี่ปุ่น มีผู้เสียชีวิต 15,373 ราย มูลค่าความเสียหาย 309,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ รวมทั้งผลจากสารกัมมันตรังสีที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถประเมินค่าได้ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554; Jui-ping and Lu Yi, 2009; Toyoda, 2012) ทวีปเอเชียเป็นพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติมากที่สุดในโลก ข้อมูลการเกิดภัยพิบัติปี ค.ศ. 2003–2012 พบว่าภัยพิบัติที่เกิดมากที่สุดคือ อุทกภัย 691 ครั้ง รองลงมา คือ แผ่นดินไหวและสึนามิ 178 ครั้ง ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต 705,691 ราย (IFRC and RCS, 2013) อีกทั้งภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในเขตพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เมื่อปี ค.ศ. 2013 ที่ผ่านมามีคือพายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนหรือไต้ฝุ่นโยลันดาที่พัดขึ้นฝั่งของประเทศฟิลิปปินส์ ประมาณระดับความเร็วลมสูงสุดตามค่าเฉลี่ย 1 นาที ที่ 315 กม./ชม. ทำให้พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนเป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความรุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ที่ได้พัดขึ้นฝั่ง ส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบและไร้ที่อยู่อาศัยประมาณ 11 ล้านคน (National Disaster Risk Reduction and Management Council, 2013)

การจัดการภาวะภัยพิบัติของต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญกับการจัดการภัยพิบัติ โดยกำหนดแนวทางการจัดการภัยพิบัติที่เป็นแผนปฏิบัติการระดับชาติ เช่น รัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายการจัดการในภาวะภัยพิบัติได้แก่ The Defense Against Weapons of Mass Destruction Act ปี ค.ศ. 1996 กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อภาวะภัยพิบัติ และในปีเดียวกัน The National Transportation Safety Board (NTSB) ได้ออกกฎหมายช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางอากาศ The Aviation Disaster Family Assistance Act โดยทำงานร่วมกับ American Red Cross ซึ่งรับผิดชอบจัดบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Veenema, 2009) จัดตั้งหน่วยงานกลางคือ Federal Emergency Management Agency (FEMA) โดยประธานาธิบดีเป็นผู้มีอำนาจในการแต่งตั้งผู้อำนวยการ FEMA กำหนดแนวทางปฏิบัติในแต่ละระดับได้แก่ แผนระดับชาติ (National plan) ของ Federal government แผนระดับรัฐ (State government) และแผนระดับท้องถิ่น (Local government) (Lavin et al., 2007) การจัดการภัยพิบัติเป็นความรับผิดชอบหลักของ

ผู้ว่าการรัฐนั้นๆ ในการเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ และ FEMA จะเข้าช่วยเหลือหากเกินขีดความสามารถในการรับมือหรือได้รับการร้องขอ (Spain, Clements, DeRanieri, and Holt, 2012)

ประเทศกลุ่มสหภาพยุโรปกำหนดข้อตกลงในการประสานความร่วมมือด้านภัยพิบัติตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 โดยจัดทำแผน Marie Curie Actions เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างประเทศสมาชิก ข้อมูลด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับอาวุธชีวภาพ เคมี นิวเคลียร์ พัฒนาการฝึกอบรมและนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้งาน (Brismar and Linder, 2003) จัดตั้ง The European Society for Emergency Medicine (EuSEM) ในปี ค.ศ. 2005 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั่วยุโรป เน้นการเตรียมความพร้อม การฟื้นฟูและการลดผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติ ส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้จากการวิจัยด้านภัยพิบัติ การรักษาพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ การเรียนรู้ภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มเชื้อชาติต่างๆ ในสหภาพยุโรป (The European Society for Emergency Medicine (EuSEM), 2011)

ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงที่สุดในโลก รัฐบาลญี่ปุ่นจึงให้ความสำคัญกับการจัดการภาวะภัยพิบัติ โดยออกกฎหมายการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1880 จัดตั้งกองทุนการกู้ชีพ (Rescue fund) ออกกฎหมายบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยในปี ค.ศ. 1947 (The Disaster Relief Act.) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือประชาชน จัดตั้งสภาการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติ (Central disaster management council) เพื่อเป็นศูนย์กลางการจัดการภาวะภัยพิบัติระดับชาติ พัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยพิบัติและสึนามิ ระบบข้อมูลสารสนเทศศักยภาพของอาสาสมัครด้านภัยพิบัติ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อนที่ความช่วยเหลือจากภายนอกจะเข้าไปถึง (Toyoda, 2012) ประเทศญี่ปุ่นร่วมกับองค์การสหประชาชาติจัดประชุมเพื่อหาแนวทางการลดผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยการถอดบทเรียนแผ่นดินไหวในเมืองโกเบ และกำหนดกรอบแนวทางปฏิบัติที่เรียกว่า The Hyogo framework for action 2005-2013 มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ Yokohama Strategy ในศตวรรษที่ 21 โดยการระบุกิจกรรมด้านการประเมินความเสี่ยง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะภัยพิบัติ (International Strategy for Disaster Reduction, 2005)

ประเทศไต้หวัน มีการออกกฎหมายป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติในปี ค.ศ. 2000 โดยกำหนดให้รัฐบาลของแต่ละมณฑลหรือจังหวัด เป็นหน่วยงานหลักในการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ ภายใต้ขอบเขตอำนาจที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งรัฐบาลกลาง โดย Ministry of Interior มีการจัดตั้ง The National Emergency Operation Center และ The National Disaster Prevention Center เป็นหน่วยบัญชาการระดับสูง มีหน้าที่กำหนดนโยบายและระบุหน้าที่

ความรับผิดชอบให้แก่หน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานสามารถดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chan et al., 2006; Lin and Chen, 2008)

ประเทศออสเตรเลีย มีการออกกฎหมายคุ้มครองเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน และจัดตั้งองค์การอาสาสมัคร อีกทั้ง The Natural Disaster Relief Agreements (NDRA) ของรัฐบาลในเครือจักรภพร่วมกับรัฐบาลกลางของออสเตรเลียเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่าชดเชยหลังจากเกิดเหตุภัยพิบัติ (National rural health alliance, 2004) แผนการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพของออสเตรเลียแบ่งเป็น 3 แผน ได้แก่ 1) แผนการรับมือการจัดการอุบัติภัยหมู่ระดับชาติ คือการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลแผลไฟไหม้ อย่างรุนแรง ด้านกุมารเวชศาสตร์ และด้านการก่อการร้าย 2) แผนรับมือภัยจากโรคติดต่อและภัยคุกคามทางสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม และ 3) แผนรับมือกับสารเคมี สารชีวภาพและการก่อการร้ายด้วยนิวเคลียร์ (Australian Emergency Management Institute, 2011)

อาจกล่าวได้ว่า ภัยพิบัติเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติ ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายมหาศาล หลายประเทศทั่วโลกจึงมีการพัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยทุ่มงบประมาณจำนวนมาก ในการเตรียมความพร้อมทุกด้าน ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทุกประเภท เพื่อลดผลกระทบและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับภัยพิบัติ

3.1 ความหมายของภัยพิบัติ (Definition of disaster) ดังนี้

วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ (2548) กล่าวว่า ภัยพิบัติ หมายถึง ภัยที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมาก สามารถเกิดได้ทุกที่ ทุกเวลา หรือเกิดอย่างกะทันหัน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนและของรัฐ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ

สันต์ หัตถิรัตน์ (2552) กล่าวว่า ภัยพิบัติ หมายถึง ปรากฏการณ์ทางนิเวศวิทยาที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Sudden ecologic phenomena) และมีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก หรือเกิดความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะปกติของสังคมหรือสถานที่ใด สถานที่หนึ่ง

คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (2553) กล่าวว่า สาธารณภัย หรือภัยพิบัติ หมายถึง อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ สัตว์และสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ภัยทางอากาศ การก่อวินาศกรรม ตลอดจนภัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสาธารณชน ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติ สิ่งที่มีมนุษย์ก่อให้เกิด อุบัติเหตุหรืออื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ

Essinger and Linder (2001) กล่าวว่าความแตกต่างระหว่างอุบัติเหตุ (Accident) กับภัยพิบัติ (Disaster) คือ อุบัติเหตุหมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยที่ทรัพยากรที่มีอยู่ ณ ขณะนั้นอาจไม่เพียงพอ แต่สามารถบริหารจัดการและรักษาศักยภาพในการรับมือได้ ภัยพิบัติหมายถึงเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าปกติ จนทำให้ไม่สามารถรักษามาตรฐานการบริการได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรอย่างทันที เนื่องจากมีความต้องการใช้มากกว่าสิ่งที่มีอยู่

American Nurse Association (2002) กล่าวว่า ภัยพิบัติ (Disaster) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่เกิดจากธรรมชาติ ความผิดพลาดของเครื่องจักรกล หรือระบบโครงสร้างพื้นฐาน หรือการกระทำของมนุษย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมากในด้านสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชน และมนุษยชาติ หรืออาจหมายถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดหายนะ ความรุนแรงอย่างใหญ่หลวง

World Health Organization (2008) กล่าวว่า ภัยพิบัติ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว ส่งผลกระทบต่อชุมชนหรือสังคมในวงกว้าง เกิดการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกินขีดความสามารถของชุมชนหรือสังคมที่สามารถจัดการแก้ไขได้ หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อมวลมนุษย์ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก

Australian Government Attorney-General's Department กล่าวว่า ภัยพิบัติ หมายถึง สิ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตชุมชน ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้ประชาชนได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก เกินขีดความสามารถของหน่วยงานชุมชนจะสามารถรับมือได้ ต้องมีการระดมทรัพยากรต่างๆ เพื่อเข้าให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย (Australian Emergency Management Institute, 2011)

จากการทบทวนความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะภัยพิบัติ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ รวมทั้งเทคโนโลยีที่มนุษย์คิดค้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ประสบภัย เกินขีดความสามารถของชุมชนหรือหน่วยงานในการรับมือกับภัยพิบัติ จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ความช่วยเหลือ มีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน ตลอดจนภาวะสุขภาพ สภาวะสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนและประเทศชาติ

3.2 ประเภทของภัยพิบัติ (Types of disaster) สามารถแบ่งได้หลายรูปแบบดังนี้

3.2.1 วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และคณะ (2548) แบ่งประเภทของภัยพิบัติเป็น 2 รูปแบบดังนี้

3.2.1.1 แบ่งตามลักษณะการเกิด ประกอบด้วย 1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Natural disaster) เป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือเกิดขึ้นตามฤดูกาล เป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันได้ แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ ภัยพิบัติเชิงอุตุนิยมวิทยา (Meteorological disaster) เป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นตามฤดูกาลจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ ภัยพิบัติตามภูมิประเทศ (Topological disaster) เป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นตามลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะที่ตั้ง ภัยพิบัติจากการเปลี่ยนแปลงของผิวโลก (Tectonic disaster) เช่น การเกิดแผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด และภัยพิบัติทางชีวภาพ (Biological disaster) เป็นภัยจากสิ่งมีชีวิตที่ก่อให้เกิดโรคระบาดและการสูญเสียชีวิต และ 2) ภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ (Man-made disaster) ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและพยากรณ์การเกิดได้ เช่น การก่อวินาศกรรม การจลาจล การเกิดอุบัติเหตุ สงคราม

3.2.1.2 แบ่งตามสถานการณ์ ประกอบด้วย 1) ภัยพิบัติในภาวะปกติ หมายถึง ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในช่วงที่ประเทศมีภาวะปกติ ไม่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน สงครามหรือความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐ เช่น อุทกภัย วาตภัย 2) ภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน หมายถึง ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในช่วงที่ประเทศถูกรบกวนหรือบ่อนทำลายของอริศัตรูทางทหาร มีการประกาศกฎอัยการศึก เช่น ภัยจากการก่อการร้าย และ 3) ภัยพิบัติในภาวะสงคราม หมายถึง ภัยที่เกิดขึ้นในช่วงที่ประเทศอยู่ในภาวะสงครามหรือการสู้รบ

3.2.2 กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (2553) แบ่งประเภทของภัยพิบัติเป็น 2 ประเภท ดังนี้

3.2.2.1 ภัยพิบัติด้านสาธารณภัย ประกอบด้วย 14 ภัย ได้แก่ อุทกภัยและดินโคลนถล่ม ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน ภัยจากอัคคีภัย ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย ภัยจากการคมนาคมขนส่ง ภัยแล้ง ภัยจากอากาศหนาว ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม ภัยจากคลื่นสึนามิ ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ ภัยจากโรคแมลง สัตว์ ศัตรูพืชระบาด ภัยจากโรคระบาดสัตว์และสัตว์น้ำ และภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ

3.2.2.2 ภัยพิบัติด้านความมั่นคง ประกอบด้วย 4 ภัย ได้แก่ ภัยจากการก่อวินาศกรรม ภัยจากทุ่นระเบิดกัระเบิด ภัยทางอากาศ ภัยจากการชุมนุมและการก่อจลาจล

3.2.3 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2013) แบ่งประเภทของภัยพิบัติเป็น 2 ประเภทดังนี้

3.2.3.1 ภัยพิบัติทางธรรมชาติ หมายถึงภัยที่มีสาเหตุมาจากธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล หรือตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิประเทศ ภูมิอากาศ เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด พายุไต้ฝุ่นหรือเฮอริเคน ไฟป่า สึนามิ อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น

3.2.3.2 ภัยพิบัติทางเทคโนโลยีและการกระทำของมนุษย์ หมายถึง ภัยที่เกิดจากอุบัติเหตุ เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดจากเทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ที่มนุษย์คิดค้นขึ้น และการกระทำของมนุษย์ เช่น อุบัติเหตุจากการขนส่งทั้งทางบก เรือ อากาศ อุบัติเหตุด้านอุตสาหกรรม การรั่วไหลของสารเคมี สารกัมมันตรังสี อารูธชีวภาพ นิวเคลียร์ การชุมนุมประท้วง สงคราม

จากข้อมูลสรุปได้ว่า ประเภทของภัยพิบัติแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ (Natural disaster) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ไม่สามารถป้องกันได้ เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด อัคคีภัย อุทกภัย วาตภัย เป็นต้น และภัยพิบัติที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์หรือเทคโนโลยี (Technological disaster) เป็นเหตุการณ์ที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถป้องกันได้ เช่น ภัยจากความขัดแย้ง การจลาจล การปฏิวัติ การก่อวินาศกรรม สงคราม

3.3 ระดับของภัยพิบัติ (Level of disaster)

3.3.1 The Federal Emergency Management Agency (FEMA) แบ่งระดับของภัยพิบัติเป็น 3 ระดับดังนี้ 1) ภัยพิบัติขนาดเล็กที่ส่งผลกระทบต่อเล็กน้อย หน่วยงานท้องถิ่นสามารถจัดการได้ 2) ภัยพิบัติขนาดกลางที่หน่วยงานระดับภูมิภาคสามารถจัดการได้หรืออาจขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานข้างเคียงได้ และ 3) ภัยพิบัติขนาดใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง มีการประกาศภาวะภัยพิบัติ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานระดับประเทศและนานาชาติ (Hassmiller, 2000)

3.3.2 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (2553) แบ่งระดับความรุนแรงของภัยพิบัติเป็น 4 ระดับดังนี้ ระดับ 1) ภัยพิบัติหรือสาธารณภัยขนาดเล็กที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป ผู้อำนวยการท้องถิ่นหรือนายอำเภอหรือผู้ช่วยผู้อำนวยการกรุงเทพมหานครสามารถควบคุมและจัดการสถานการณ์ได้ ระดับ 2) ภัยพิบัติหรือสาธารณภัยขนาดกลาง ผู้อำนวยการระดับ 1 ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้ว่าราชการจังหวัดหรือผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ระดับ 3) ภัยพิบัติหรือสาธารณภัยขนาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบรุนแรงเป็นวงกว้าง ผู้อำนวยการระดับ 2 ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้อำนวยการกลางหรือผู้บัญชาการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติต้องเข้าควบคุมสถานการณ์ และระดับ 4) ภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบร้ายแรงอย่างยิ่ง โดยมีนายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์

จากข้อมูลสรุปได้ว่า การแบ่งระดับของภัยพิบัติของแต่ละหน่วยงาน ยึดหลักความรุนแรงและผลกระทบของภัยพิบัติเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับ ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้แบ่งระดับของภัยพิบัติตาม FEMA โดยแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 1) ภัยพิบัติขนาดเล็ก 2) ภัยพิบัติขนาดกลางและ 3) ภัยพิบัติขนาดใหญ่ เป็นแนวคิดที่เป็นสากลและเข้าใจง่าย

3.4 วงจรการเกิดภัยพิบัติ (Disaster cycle) ภัยพิบัติเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องสามารถแบ่งโดยใช้ช่วงเวลาของการเกิดภัยพิบัติเป็นตัวกำหนด ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวไว้ดังนี้

3.4.1 วรณเพ็ญ อินทร์แก้วและคณะ (2458) และ Veenema (2009) แบ่งการเกิดภัยพิบัติเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ (Pre impact phase) คือช่วงเวลาที่ยังไม่เกิดภัยพิบัติหรือ เป็นช่วงเวลาของการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือเมื่อเกิดเหตุ 2) ระยะการเกิดภัยพิบัติ (Impact phase) เป็นช่วงเวลาขณะเกิดภัยพิบัติ ระยะเวลาในการเกิดภัยพิบัติขึ้นอยู่กับประเภทความรุนแรงและชนิดของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและ 3) ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (Post impact phase) เป็นช่วงเวลาที่ภัยพิบัติสิ้นสุดแล้ว การช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆเริ่มเข้าถึงพื้นที่

3.4.2 Langan and James (2005) แบ่งการเกิดภัยพิบัติเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ยังไม่เกิดภัยพิบัติ (Non disaster stage) ต้องมีการเตรียมความพร้อม โดยวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ 2) ระยะก่อนการเกิดภัยพิบัติ (Pre disaster stage) เป็นช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ยังไม่เกิดขึ้นแต่คาดการณ์ว่าจะเกิดภัย 3) ระยะการเกิดภัยพิบัติ (Impact stage) เป็นช่วงการเกิดภัย ประชาชนหรือชุมชนต้องช่วยเหลือหรือบริหารจัดการด้วยตนเอง จนกว่าเหตุการณ์จะสงบลง ก่อนที่หน่วยงานของภาครัฐจะเข้ามาช่วยเหลือ 4) ระยะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ (Emergency stage) เป็นช่วงการตอบสนองหลังจากที่เกิดภัยพิบัติอย่างทันที โดยระดมทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือ และ 5) ระยะฟื้นฟูและซ่อมแซม (Reconstruction/ Recovery stage) เป็นระยะที่ภัยพิบัติได้สิ้นสุดอย่างถาวร

สรุปได้ว่าวงจรการเกิดภัยพิบัติ สามารถแบ่งตามช่วงเวลาของการเกิดภัยพิบัติ โดยสรุปเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ และระยะหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

4. หลักการจัดการและแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติ

4.1 ความหมายของการจัดการ (Definition of management)

บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร (2550) กล่าวว่า การจัดการ หมายถึง กระบวนการนำทรัพยากรในองค์กรหรือปัจจัยนำเข้า ได้แก่ มนุษย์ งบประมาณ เครื่องมืออุปกรณ์ และข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในกระบวนการจัดการ (Process) เพื่อให้ได้ผลลัพธ์หรือผลผลิต (Output) ที่บรรลุผลตามเป้าหมาย (Effectiveness) อย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

นิตยา ศรีญาณลักษณ์ (2552) กล่าวว่า การบริหาร (Administration) และการจัดการ (Management) มีความหมายใกล้เคียงกัน คือ กิจกรรมต่างๆที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปนำศาสตร์มารวมกันดำเนินงานโดยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ Administration นิยมใช้ในองค์กรรัฐ รับผิดชอบด้านการกำหนดเป้าหมายและนโยบาย ส่วน Management นิยมใช้ในองค์กรธุรกิจ เน้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ

The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2008) กล่าวว่า การจัดการหมายถึง กระบวนการในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน การนำทรัพยากร วิธีการ และบุคลากรมาใช้ในกระบวนการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4.2 ความหมายการจัดการภาวะภัยพิบัติ (Definition of disaster management)

สมิทธ ธรรมสโรช (2556) กล่าวว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติ เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่การเตรียมการก่อนเกิดเหตุ การรับมือในภาวะฉุกเฉิน การช่วยชีวิต การบรรเทาทุกข์ และการฟื้นฟูบูรณะหลังเกิดเหตุ โดยเน้นมาตรการเชิงรุก เพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินที่เกิดจากภัยพิบัติ รวมทั้งครอบคลุมการแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

สภากาชาดไทย กล่าวว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติหมายถึง การจัดการทรัพยากรขององค์กรในการตอบสนองการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ กำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ การตอบสนองในระยะเกิดภัย รวมทั้งการบูรณะฟื้นฟูหลังเกิดภัย เพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้อยที่สุด (ช.เขมศิริ คงรักเกียรติยศ, 2556)

วรรณเพ็ญ อินแก้ว และคณะ (2548) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติ เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เป็นระบบ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานการณ์ ครอบคลุมการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน กำหนดนโยบาย เตรียมความพร้อม ปฏิบัติการ ประสานความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งฟื้นฟูและบูรณะหลังจากเกิดภัย เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และช่วยลดผลกระทบจากความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ประสบภัย ชุมชน สังคมและประเทศชาติ

World Health Organization and International Council of Nurse (2009) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติหมายถึง การร่างนโยบาย บริหารการตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละระยะของภัยพิบัติและทุกประเภทของภัยพิบัติ เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตอบสนองต่อภัยพิบัติ และการฟื้นฟูบูรณะ

Queensland Government (2010) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติ หมายถึง การเตรียมการด้านการลดผลกระทบทางลบจากภัยพิบัติหรือเหตุการณ์ โดยการเตรียมความพร้อม การป้องกัน การเตรียมการรับมือกับภัยพิบัติและการฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

Qureshi and Gebbie (2007) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติเป็นวงจรต่อเนื่อง ตั้งแต่การวางแผน การป้องกัน การลดผลกระทบ การรับมือกับภัยพิบัติ การฟื้นฟูและประเมินผลและพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตของผู้ประสบภัย รักษาบริบทแวดล้อมทางสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติงานได้ขณะเกิดภัยพิบัติ

จากการทบทวนความหมายการจัดการภาวะภัยพิบัติ สรุปได้ว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติหมายถึง กระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ในการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ การรับมือกับภัยพิบัติ และการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ โดยการวางแผน การจัดการองค์การ การประสานงาน การอำนวยความสะดวก การจัดบุคลากร การรายงานเหตุการณ์และการจัดสรรงบประมาณ เพื่อลดผลกระทบหรือบรรเทาความรุนแรงจากภัยพิบัติ ลดอัตราการสูญเสียชีวิตและการได้รับบาดเจ็บของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งรักษาขีดความสามารถในการรับมือของระบบบริการพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 กระบวนการจัดการภัยพิบัติ (Disaster management cycle)

การจัดการภัยพิบัติเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถรับมือต่อการเกิดภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยสรุปการจัดการภาวะภัยพิบัติจากหน่วยงานต่างๆ ดังนี้

4.3.1 Australian Government Attorney-General's Department แบ่งการจัดการภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Australian Emergency Management Institute, 2011)

ระยะที่ 1 การป้องกัน (Prevention phase) หมายถึงการขัดขวาง ยับยั้งบรรเทาภัยพิบัติและรักษาความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติ ได้แก่ กำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์ ประเมินอันตรายจากภัยพิบัติ จัดการความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติ ระบุความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง โดยประเมินกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์การลดผลกระทบจากภัยพิบัติ ในส่วนที่เป็นโครงสร้าง (Structural mitigation) และส่วนที่ไม่ใช่โครงสร้าง (Non-structural mitigation)

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) หมายถึง การปกป้องประชาชน ทรัพย์สิน โครงสร้างพื้นฐานจากภัยพิบัติ ได้แก่ วิเคราะห์ความพร้อมการรับมือกับภัยพิบัติ การจัดการทรัพยากร โดยการสำรองยาและเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน ฝึกอบรมและให้ความรู้ ฝึกซ้อม ติดตาม ประเมินผล ทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติงานให้มี

ประสิทธิภาพ จัดตั้งศูนย์ประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านภัยพิบัติ จัดตั้งหน่วยงานพยาบาลอาสาสมัคร และการจัดระบบผู้บัญชาการเหตุการณ์

ระยะที่ 3 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response phase) หมายถึง การตัดสินใจจัดการภัยพิบัติอย่างรวดเร็วและทันที่ที่ได้แก่ การแจ้งเตือนเหตุ จัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพนอกพื้นที่โรงพยาบาล ประเมินสถานการณ์และวางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จัดระบบการประสานงานและกำหนดผู้รับผิดชอบ ระดมพลเข้าให้การช่วยเหลือในพื้นที่ การจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วย การอพยพและช่วยเหลือผู้ประสบภัย การจัดการอุบัติเหตุภัยหมู่ และควบคุมสถานการณ์

ระยะที่ 4 การฟื้นฟู (Recovery phase) หมายถึง การช่วยเหลือประชาชนและชุมชนให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติโดยเร็วที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูคุณภาพชีวิต สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ประเมินผลกระทบจากภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ดูแลด้านจิตใจและความเครียดของผู้ประสบภัย (PTSD) ดูแลความปลอดภัยของอาหาร น้ำดื่มและสุขอนามัย ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ควบคุมและป้องกันโรคระบาด จัดระบบให้คำปรึกษา การสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนและสังคม บำรุงรักษาเครื่องมือทางการแพทย์หลังจากได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ซ่อมแซม รื้อถอน สร้างใหม่และบูรณะ ฟื้นฟูเศรษฐกิจ ติดตามและประเมินผล และการนำผลการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนา

4.3.2 The Federal Emergency Management Agency (FEMA) แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Power and Daily, 2010)

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) หมายถึง การประเมินความเสี่ยงเพื่อวางแผนจัดการภาวะภัยพิบัติ กำหนดนโยบาย พัฒนาและปรับปรุงแผนปฏิบัติการ ฝึกอบรม ฝึกซ้อมและทบทวนแผนให้บุคลากร รวมทั้งการสำรองวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ

ระยะที่ 2 การลดผลกระทบ (Mitigation phase) หมายถึง กิจกรรมที่มุ่งเน้นการลดความรุนแรงของภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดอันตรายและความสูญเสีย เนื่องจากการป้องกันและการลดผลกระทบมีความหมายใกล้เคียงกัน ในหลายประเทศจึงอาจใช้มาตรการทั้ง 2 ด้านควบคู่กัน มาตรการที่สำคัญคือ กำหนดมาตรฐานด้านความปลอดภัยในด้านต่างๆ ระบบการเตือนภัย การสร้างความตระหนักรู้ของประชาชนและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 การตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติ (Relief response phase) คือ การปฏิบัติกรอย่างทันที่ที่เกิดภัยพิบัติในการช่วยเหลือ ป้องกันอันตรายและลดความสูญเสียต่อชีวิต ทรัพย์สินของผู้ประสบภัยและภาครัฐ รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชน

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูบูรณะ (Recovery phase) การฟื้นฟูบูรณะเป็นขั้นตอนที่ดำเนินงานเมื่อการเกิดเหตุภัยพิบัติได้สิ้นสุดลงแล้ว เพื่อให้พื้นที่หรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบกลับคืนสู่สภาพที่ดีขึ้น ซึ่งการฟื้นฟูระยะสั้น เช่น การดูแลทางด้านสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยและระยะยาวคือการซ่อมแซมโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภคต่างๆ

4.3.3 Government Gazette Republic of South Africa (2003) แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การป้องกัน (Prevention phase) ได้แก่ พัฒนาการเรียนรู้ สร้างเครือข่ายและสร้างความตระหนักด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติให้แก่ประชาชนและชุมชน บูรณาการแนวทางปฏิบัติและการประเมินความเสี่ยง จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนและชุมชนเพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ จัดระบบการแจ้งเตือนเหตุและระบบบัญชาการเหตุการณ์

ระยะที่ 2 การลดผลกระทบ (Mitigation phase) ได้แก่ ประเมินความเสี่ยง วิเคราะห์ความเสี่ยงภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ กำหนดระดับความเสี่ยงและขีดความสามารถในการรับมือกับภัยพิบัติ วางแผนจัดการภาวะภัยพิบัติ โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนกลยุทธ์ บูรณาการวิธีการและประเมินความเสี่ยงสู่แนวทางปฏิบัติ การตรวจสอบ และประเมินผลประสิทธิภาพของแผนปฏิบัติงาน การบันทึกสถิติข้อมูล ประเภทความรุนแรง ความถี่ในการเกิดภัยพิบัติและการรายงานผลประจำปี

ระยะที่ 3 การเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) ได้แก่ วางแผนการรับมือกับภัยพิบัติอย่างมีส่วนร่วม ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน จัดระบบการติดต่อสื่อสารและแจ้งเตือนเหตุ ถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ ประสานความร่วมมือและปรับปรุงแผนปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ จัดอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติและฝึกซ้อมร่วมกันเป็นประจำ

ระยะที่ 4 การตอบสนองในระยะภัยพิบัติ (Response phase) คือ ปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ได้แก่ ค้นหาและช่วยชีวิต คัดแยกประเภทผู้ป่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามอาการความรุนแรง จัดสิ่งแวดลอม ระบบการขนส่ง การติดต่อสื่อสาร การอพยพและรักษาความปลอดภัย

ระยะที่ 5 การฟื้นฟูและซ่อมแซมหลังเกิดภัยพิบัติ (Post disaster recovery and rehabilitation) ได้แก่ ฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย ประเมินความเสียหายจากเหตุการณ์ ฟื้นฟูและซ่อมแซมระบบโครงสร้างพื้นฐาน

4.4.4 สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการภัยพิบัติของต่างประเทศในเหตุภัยพิบัติทางธรรมชาติ เพื่อเป็นแนวทางการ

จัดการภัยพิบัติ ก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุที่ต่อเนื่องเรียกว่า วงจรการจัดการ
สาธารณภัยแบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

ระยะที่ 1 การป้องกัน (Prevention) คือการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือ
ขัดขวางมิให้เกิดภัยพิบัติและความสูญเสีย

ระยะที่ 2 การบรรเทาผลกระทบและเตรียมความพร้อม (Mitigation and
Preparedness) คือการลดผลกระทบและความรุนแรงของภัยพิบัติ การเตรียมการล่วงหน้าเพื่อเพิ่ม
ขีดความสามารถองค์กร ให้สามารถเผชิญกับภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ระยะที่ 3 การรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency response) คือ การ
ปฏิบัติอย่างรวดเร็วทันทีทันใดเมื่อเกิดภัยพิบัติ

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูบูรณะ (Recovery) คือการดำเนินการเมื่อภัยพิบัติ
สิ้นสุดลง เพื่อให้พื้นที่หรือชุมชนที่ได้รับภัยพิบัติกลับคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว

ระยะที่ 5 การพัฒนา (Development) ดำเนินการครอบคลุมถึงการ
ทบทวน และศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติที่เกิดขึ้น แล้วทำการปรับปรุงระบบการ
ดำเนินงานต่างๆ ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อลดความสูญเสียให้น้อยที่สุด

4.4.5 สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้บูรณาการหลักการจัดการ 6M,
POSDCoRB ร่วมกับหลักการของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) เพื่อ
เชื่อมโยงภารกิจของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84 เป็นหลักการบริหารจัดการสู่การปฏิบัติของ
การจัดการวิกฤตมหาอุทกภัยปี 2554 ประกอบด้วย 1) กำลังคน (Man) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเป็น
หน่วยงานหลักในการประสานงานเพื่อระดมพลจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน
มูลนิธิ 2) งบประมาณ (Money) การจัดทำงบประมาณฉุกเฉิน งบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์และ
ชุดเซยกปฏิบัติวาน 3) วัสดุอุปกรณ์ (Material) การระดมรถพยาบาล รถกู้ชีพ กู้ภัยจากทั่วประเทศ
4) การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี (Management Information System) 5) การ
จัดการ (Management) การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ต้องใช้การบริหารจัดการภายใต้สภาวะ
แวดล้อมที่ไม่ปกติ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการทำงานให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่
ปรับเปลี่ยนในแต่ละวัน โดยการนำหลักการ POSDCoRB ได้แก่ การวางแผน (Planning) โดยถือหลัก
การวางแผนที่ดีภายใต้สภาวะ Worst case scenario การจัดองค์กร (Organizing) โดยการจัดระบบ
บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) การจัดการบุคลากร (Staffing) การระดม
กำลังพลจากทุกหน่วยงาน การอำนวยการหรือการสั่งการ (Directing) โดยการกำหนดทิศทาง
จัดการภัยพิบัติอย่างชัดเจน การประสานงาน (Coordinating) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเป็น
หน่วยงานหลักในการประสานงานทุกหน่วยงาน การรายงาน (Reporting) โดยการประมวลผลข้อมูล
เพื่อรายงานผู้บังคับบัญชาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและทันเวลา การบริหารและควบคุมงบประมาณ

(Budgeting) และ 6) การสร้างขวัญกำลังใจ (Morale) โดยผู้บังคับบัญชาสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554)

จากข้อมูลสรุปได้ว่า หลักการจัดการภาวะภัยพิบัติในแต่ละประเทศ แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็นระยะ เชื่อมโยงกับวงจรการเกิดภัยพิบัติ เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยกำหนดกิจกรรมและรายละเอียดในแต่ละช่วงเวลาของการเกิดภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถจัดการสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งการแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติของหน่วยงานต่างๆ ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่โดยหลักการในภาพรวม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ซึ่งแต่ละประเทศนำหลักการจัดการภาวะภัยพิบัติไปกำหนดกรอบยุทธศาสตร์เพื่อรับมือกับภาวะภัยพิบัติของตนเอง ให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และระบอบการปกครองของแต่ละประเทศ องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การช่วยเหลือที่สำคัญที่สุดเมื่อเกิดภัยพิบัติคือ การช่วยชีวิต โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงาน คือบุคลากรในระบบสุขภาพในการให้ความช่วยเหลือ การรักษาพยาบาล การดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ จึงเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ (ICN, 2001) จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทแวดล้อม สังคม วิถีชีวิต กฎหมายและการปกครองของประเทศไทย โดยการทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์วรรณกรรมในการจัดการภาวะภัยพิบัติของต่างประเทศ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นของการวิจัย

5. การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล (Disaster nursing management)

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของไทย พบว่าสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้จัดตั้งศูนย์การพยาบาลสาธารณภัยแห่งชาติขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการปฏิบัติงานศูนย์การพยาบาลสาธารณภัยแห่งชาติ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลในภาวะพิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์กลางข้อมูลทางวิชาการด้านการจัดการภัยพิบัติของพยาบาล จัดประชุมวิชาการ อบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล อีกทั้งหน่วยงานด้านการศึกษาพยาบาลได้เพิ่มเนื้อหา Disaster Nursing ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำรายวิชาการพยาบาลสาธารณภัย (Disaster Nursing) จำนวน 1 หน่วยกิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยจัดทำรายวิชาการพยาบาลฉุกเฉินและสาธารณภัย (Emergency and Disaster Nursing) จำนวน 2 หน่วยกิต สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รายละเอียดเนื้อหาการเรียนการสอนของทั้ง 2 สถาบันมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ วงจรการเกิดภัยพิบัติ และการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติในแต่ละระยะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับภัยพิบัติเบื้องต้น สามารถปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้น

กลุ่มเป้าหมายในระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งชาติญี่ปุ่นได้จัดทำหลักสูตรเฉพาะทางนานาชาติ สาขาการพยาบาลสาธารณสุข ระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งอยู่ในช่วงดำเนินการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการประเภทอาสาสมัครฉุกเฉินทางการแพทย์ (First Responder) หลักสูตรการฝึกอบรมพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician Basic) และหลักสูตรปริญญาตรีสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์สำหรับนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency Medical Technician Paramedic: EMTP) เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในการเป็นกำลังหลักเพื่อปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์และพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2555) จากการศึกษาของ พูลสุข ศิริพล และ สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์ (2555) กล่าวว่า ด้านการศึกษาพยาบาล หลักสูตรการพยาบาลที่มีอยู่ มีเนื้อหาสาระและการฝึกปฏิบัติ ยังไม่เพียงพอต่อการทำงานในภาวะพิบัติภัย ไม่มีการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและการเปิดสอนหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัยอย่างชัดเจน พยาบาลไทยยังต้องการการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะการพยาบาลภาวะพิบัติภัย เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ซึ่งแต่ละพื้นที่มีประสบการณ์การจัดการภาวะภัยพิบัติที่หลากหลายและแตกต่างกัน และบทบาทพยาบาลของประเทศไทย ด้านการช่วยเหลือผู้ประสบพิบัติภัยยังไม่มี ความชัดเจน พยาบาลบางส่วนใช้ประสบการณ์และสัญชาตญาณในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย พยาบาลมีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน และในบางครั้งเมื่อเกิดภัยพิบัติ พยาบาลยังเป็นผู้ประสบภัยอีกด้วย

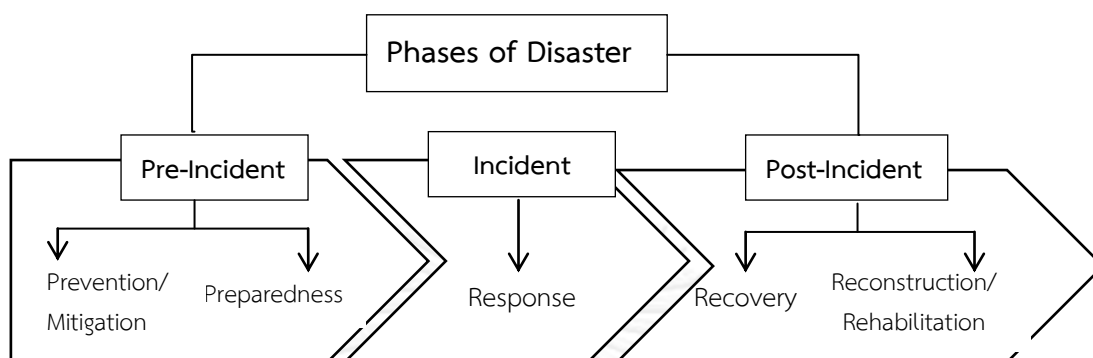
ผู้วิจัยจึงศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของต่างประเทศ โดยทบทวนสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่ามีการจัดการภาวะภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักในการจัดการภัยพิบัติของแต่ละประเทศ รายละเอียด ดังนี้

5.1 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของสภากาชาดสากล (World Health Organization and International Council of Nurse, 2009)

สภากาชาดสากล (ICN) มีการดำเนินงานด้านภัยพิบัติ โดยการพัฒนารอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 เพื่อเผยแพร่ให้ประเทศสมาชิกนำไปพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและสมรรถนะของพยาบาลในหน่วยงาน ให้สามารถปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย ICN ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก WHO Western Pacific Region ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายการพัฒนางานวิจัยและการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านภัยพิบัติ การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ ICN พัฒนาจากแนวคิดของ Jennings Disaster Nursing Model (2004) และ The Disaster Nursing Timeline by Veenema (2007) แบ่งวงจรการเกิดภัยพิบัติเป็น 3 ระยะประกอบด้วย ระยะที่ 1 Pre-Incident phase ระยะที่ 2 Incident phase และระยะที่

3 Post-Incident phase การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ ICN แบ่งการจัดการเป็น 4 ระยะ รายละเอียดในภาพที่ 3 ดังนี้

Disaster Management Continuum



ภาพที่ 3 Disaster Management Continuum

ที่มา: World Health Organization, and International Council of Nurse. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies, pp.40.

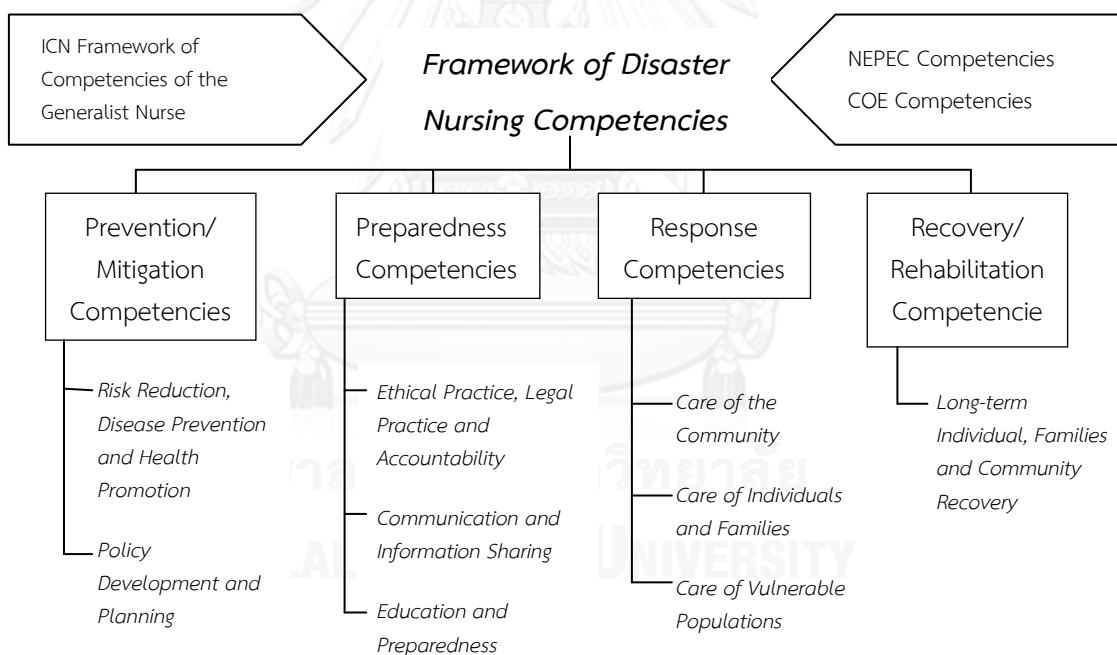
ระยะการป้องกันและการลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) เป็นการกำหนดกิจกรรมเพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงจากภัยพิบัติ ได้แก่ ระบุความเสี่ยงและระดับของความเสี่ยงของชุมชน ปฏิบัติงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ประสบภัย ประเมินกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบ วางแผนการอพยพ มีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์และนโยบายของโรงพยาบาล กำหนดนโยบายสำหรับผู้ที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลในการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ตามขอบเขตอำนาจของกฎหมาย

ระยะการเตรียมความพร้อม (Preparedness) เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ต้องมีการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ตามการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม บุคลากรและเทคโนโลยีที่ทันสมัยขึ้น ซึ่งอาจเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของการจัดการภัยพิบัติ ได้แก่ สร้างและรักษาศักยภาพการตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติของระบบบริการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการและจัดสรรทรัพยากร พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล สรรหาบุคลากร ระบบติดต่อสื่อสาร ประสานงาน ฝึกซ้อม จัดตั้งศูนย์อพยพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และจัดระบบการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย

ระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response) เป็นระยะการเผชิญเหตุของภัยพิบัติ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัยเป็นประการแรก บทบาทของพยาบาลคือ ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ประสบภัยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมาตรฐานวิชาชีพ จัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด คัดแยกประเภทและประเมินอาการ ประสานงานข้อมูลและอพยพผู้ป่วย ควบคุมการติดเชื้อ และรักษาความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล

ระยะการฟื้นฟู ซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพ (Recovery, Reconstruction and Rehabilitation) เป็นการดำเนินการหลังจากภัยพิบัติสิ้นสุดลง เน้นการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและบรรเทาทุกข์ ดูแลด้านร่างกายและจิตใจทั้งระยะสั้นและระยะยาว ประเมินผลกระทบที่เกิดต่อประชาชนและชุมชน ฟื้นฟูระบบบริการสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านสุขภาพและสนับสนุนความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย ติดตามผู้รอดชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน ประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับต้นทุนการรักษา พยาบาลควรมีภาวะผู้นำในการวางแผนจัดบริการพยาบาล ฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม และประเมินผลการปฏิบัติงานและแผนการดำเนินการ

ICN ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติจาก WHO ได้ทบทวนและพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลด้านภัยพิบัติ ให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยบูรณาการจากรูปแบบการจัดการภาวะภัยพิบัติ และกำหนดสมรรถนะพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผ่านฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 4 หมวดหลัก 10 สมรรถนะย่อย รายละเอียดในภาพที่ 4 ดังนี้



ภาพที่ 4 ICN Framework of Disaster Nursing Competencies.

ที่มา: World Health Organization, and International Council of Nurse. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*, pp.49.

หมวดที่ 1 สมรรถนะด้านการป้องกันและลดผลกระทบ ประกอบด้วย 2 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ และ 2) การพัฒนาและวางแผนนโยบาย หมวดที่ 2 สมรรถนะด้านการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 3 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1)

การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมายและหน้าที่ความรับผิดชอบ 2) การติดต่อสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3) การศึกษาและการเตรียมความพร้อม หมวดที่ 3 สมรรถนะด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะย่อย ได้แก่ 1) การดูแลชุมชน เช่นการประเมินสถานการณ์และทรัพยากร ประเมินความต้องการของผู้ประสบภัย 2) การดูแลบุคคลและครอบครัว 3) การดูแลด้านจิตใจ และ 4) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หมวดที่ 4 สมรรถนะด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ ประกอบด้วย 1 สมรรถนะย่อย คือ การดูแลและฟื้นฟูบุคคล ครอบครัวและชุมชนในระยะยาว ซึ่งการใช้กรอบสมรรถนะพยาบาลด้านภัยพิบัติของ ICN จะเป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจของพยาบาลและสื่อสารระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติได้เหมือนกัน มีมาตรฐานในระดับสากล และกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพตามบทบาทวิชาชีพ

5.2 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของสมาคมพยาบาลประเทศญี่ปุ่น

(The Japanese nursing association: JNA) (Ishii, 2012)

ประเทศญี่ปุ่นถือเป็นต้นแบบการจัดการภัยพิบัติ เนื่องจากมีประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติที่หลากหลาย มีการศึกษา วิจัยและพัฒนาแนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงาน ทำให้การพัฒนาที่มีความยั่งยืน และ JNA เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยมีบทบาทเป็นศูนย์กลางการกระจายข่าวให้แก่สมาชิกและประสานงานกับ Prefectural nursing associations (PNA) ในพื้นที่ที่ประสบภัย จัดตั้ง Japan DMAT (Disaster medical assistance team) มุ่งเน้นการช่วยชีวิตในช่วงระยะเกิดเหตุหรือภายใน 72 ชั่วโมงแรกของเกิดภัย จัดตั้งทีม Disaster Relief Nurse เป็นผู้ประสานงานและรายงานสถานการณ์ให้แก่เครือข่าย (Li, 2012) และมีการจัดตั้งสมาคมพยาบาลภัยพิบัตินานาชาติ (World Society of Disaster Nursing) ขึ้นในปี 2008 เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ การวิจัยและพัฒนาการบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติให้แก่ประเทศสมาชิก ปัจจุบันมี 7 ประเทศได้แก่ ญี่ปุ่น จีน อินโดนีเซีย ไทย เกาหลี อังกฤษและสหรัฐอเมริกา (World Society of Disaster Nursing, 2008) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ JNA แบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้ (Ishii, 2012)

ระยะที่ 1 ระยะสงบก่อนเกิดภัยพิบัติ (Quiescent phase) คือการดำเนินงานช่วงเหตุการณ์ปกติ ได้แก่ 1) การวางแผน คือการประเมิน วิเคราะห์และระบุความเสี่ยง วิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงและระบบจัดการความเสี่ยง วิเคราะห์ขีดความสามารถในการรับมือของโรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาล มีส่วนร่วมในการวางแผน กลยุทธ์ กำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมระบุหน้าที่แต่ละหน่วยงาน ร่วมจัดตั้งระบบบัญชาการ ซึ่งมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อม ด้านประสานงาน จัดการข้อมูลข่าวสาร ควบคุมสถานการณ์และจัดการทรัพยากรประกอบด้วย 4 หน่วย

ย่อยคือ หน่วยปฏิบัติการ (Operations) หน่วยวางแผน (Planning) หน่วยสนับสนุนการขนส่ง (Logistics) หน่วยบริหารงบประมาณ (Finance) (Kawatani, 2012) 2) การเตรียมความพร้อมแบ่ง 3 ด้านได้แก่ ด้านระบบ ด้านบุคลากรและด้านทรัพยากร โดยด้านระบบคือพัฒนาระบบการสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ การจัดระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานและระบบการขนส่งและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้านบุคลากรคือเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจด้านภัยพิบัติ พัฒนาหลักสูตร Disaster Nursing ของพยาบาลทุกระดับ (Yamamoto, 2008) และด้านทรัพยากรได้แก่จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) จัดอบรมและกำหนดแนวทางการฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติทุกรูปแบบร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่น เน้นการทำงานเป็นทีม ประเมินผลการฝึกซ้อมและแผนปฏิบัติการ และ 4) สำรองยาและเวชภัณฑ์ โดยประเมินจากเหตุภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและเลือกใช้แผนตามสถานการณ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งมีการยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 2 ระยะแจ้งเตือนเหตุเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Warning phase) โดยกระทรวงสาธารณสุขจะส่งข้อมูลผ่านทาง Disaster Medical Information System ไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาลส่งต่อข้อมูลให้แก่สมาชิกของ DMAT ทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลให้สามารถปฏิบัติงานได้ภายใน 3 ชม. และ JNA จะเป็นผู้แจ้งข้อมูลสถานการณ์ ประเภทและระดับความรุนแรงของการเกิดภัยไปยัง PNA โดย PNA เป็นผู้กำหนดจำนวนพยาบาลที่ต้องการและคัดเลือกพยาบาลในการปฏิบัติงาน (Li, 2012) หลังจากได้รับการแจ้งเหตุ ผู้บริหารทางการแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการเหตุการณ์ ต้องเป็นผู้นำในการดำเนินงานภายใต้บริบทของพยาบาล บริหารจัดการและเตรียมความพร้อมของหอผู้ป่วยให้พร้อมรับผู้ประสบภัย โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไป ให้พร้อมปฏิบัติหน้าที่ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 ระยะฉุกเฉิน (Acute phase) หมายถึงระยะการเกิดภัยพิบัติ มุ่งเน้นการช่วยชีวิต ซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของทีม DMAT โดยมีหลักการสำคัญคือ CSCATTT ได้แก่ มีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Command) จัดระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน (Safety) จัดระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถใช้งานได้เมื่อเกิดเหตุ (Communication) การประเมินสถานการณ์ (Assessment) จัดระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) ตามหลักเกณฑ์ START (Simple triage and rapid treatment) รักษาผู้ป่วยตามอาการและลำดับความเร่งด่วน ประสานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น (Kawatani, 2012)

ระยะที่ 4 ระยะหลังฉุกเฉิน (Sub-acute phase) หมายถึงระยะที่ต้องดูแลผู้ป่วยหนัก ภาวะผิดปกติทางจิตใจ (PTSD) และควบคุมโรคติดเชื้อ บทบาทพยาบาลในระยะนี้คือมีความรู้ความเข้าใจบริบทขององค์กร สามารถควบคุมสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลและตัดสินใจเลือกใช้

แผนปฏิบัติการได้อย่างเหมาะสม (Kawatani, 2012) ได้แก่ 1) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดระบบความปลอดภัยและควบคุมสถานการณ์ในห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย 3S คือ ผู้ปฏิบัติงาน (Self) พื้นที่ปฏิบัติงาน (Scene) และผู้ป่วยที่รอดชีวิต (Survivor) 2) การจัดระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยกำหนดและควบคุมทางเข้า-ออกไว้อย่างชัดเจน (Control of entrance and exit) จัดบริเวณให้การรักษาพยาบาลเป็น 4 กลุ่มตามหลัก Triage ได้แก่ Urgent treatment group สีแดง Semi-urgent treatment group สีเหลือง Non-urgent group สีเขียว และ Un-savable group สีดำ และ 3) การพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลสุขอนามัย จัดการสารคัดหลั่งต่างๆ การพยาบาลโดยคำนึงถึงจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน รวมทั้งดูแลด้านจิตใจของผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงาน

ระยะที่ 5 ระยะเรื้อรัง (Chronic phase) คือการซ่อมแซม การสร้างใหม่ และการฟื้นฟูสภาพ ในกรณีที่โรงพยาบาลได้รับผลกระทบ จำเป็นมีการประเมินความเสียหายและซ่อมแซมเครื่องมือทางการแพทย์ให้สามารถใช้งานได้ชั่วคราว หากไม่สามารถซ่อมแซมได้ ต้องมีการจัดหาอย่างเร่งด่วน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัย และการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการบาดเจ็บ และการดูแลด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนหลังจากเกิดภัยพิบัติและจัดระบบเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตาม ประเมินผลและการประสานงานไปยังหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบประกันสังคม สังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การรายงานเหตุการณ์และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ

5.3 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของสมาคมพยาบาลประเทศไทย (Lin and Chen, 2008)

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของประเทศไทย ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ประสบภัยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดภัยพิบัติ รัฐบาลให้การสนับสนุนเฮลิคอปเตอร์ทางการแพทย์จำนวน 50 ลำ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย สร้างทีม WEMT (Wilderness Emergency Medical Technician) เพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ยากลำบาก เน้นการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยเตรียมเครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์พื้นฐานเพื่อระคับระคองชีวิต ก่อนการช่วยเหลืออื่นๆจะเข้ามาถึงและทีม EMSTs (Emergency Medical Assistance Teams) ทั้งทางบกและอากาศ อีกทั้งยังได้รับความร่วมมือการจัดการภาวะภัยพิบัติจากสมาคมพยาบาลญี่ปุ่น ในการจัดส่งวิทยากรมาให้ความรู้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับอื่น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพพยาบาลโดยส่งศึกษาต่อและอบรมด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติในประเทศญี่ปุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 3 ระยะดังนี้ (Chan et al., 2006; Chang and Wang, 2004; Huang, Shieh, Huang, and Lo, 2010; Lin and Chen, 2008)

ระยะที่ 1 ก่อนเกิดภัยพิบัติ (Pre-Disaster period) เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ได้แก่ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ฝึกอบรมแผนป้องกันภัยพิบัติ สร้างเครือข่ายในการรักษาพยาบาล ฝึกซ้อมแผนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ วางแผนประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น จัดศูนย์บัญชาการและหน่วยปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ จัดเตรียมทีม Emergency Medical Assistance Teams (EMATs) ให้สามารถรักษาพยาบาลและช่วยเหลือชีวิตผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง

ระยะที่ 2 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response period) คือการจัดบริการพยาบาลในระยะฉุกเฉินและการช่วยชีวิต ประเมินสถานการณ์เพื่อวางแผนในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ คัดแยกประเภทผู้ป่วยตามหลัก Triage เคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบกและอากาศ รวมทั้งบูรณาการการพยาบาลแบบ Bio-Psycho-social ตั้งแต่ระยะแรกของภัยพิบัติ อำนวยความสะดวกในการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ บริเวณใกล้พื้นที่เกิดเหตุและในโรงพยาบาล จัดที่พักอาศัยชั่วคราวและศูนย์อพยพ ร่วมจัดตั้งระบบบัญชาการ ระบบควบคุมการติดเชื้อ ดูแลความสะดวกของอาหาร สุขอนามัย น้ำดื่มในศูนย์อพยพ บริหารจัดการกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงเช่น วัณโรค เอชไอวี กลุ่มโรคทางจิตเวช การฆ่าตัวตาย การติดยาเสพติด จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล เครือข่ายหรือพื้นที่ปลอดภัย จัดระบบการติดต่อสื่อสารและประสานงาน (Lin and Chen, 2008)

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสู่สภาพปกติ (Recuperating period) คือการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว ดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำปรึกษา ประเมินผลและติดตามการติดเชื้อโรคในชุมชน ควบคุมโรคระบาด จัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทางจิต และส่งต่อข้อมูลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ ให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดอัตราการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ

5.4 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ทบทวนการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศทางที่ได้รับการยอมรับ มีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

5.4.1 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ Adelman and Legg (2010) แบ่งการจัดการภัยพิบัติเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ (Preparing to response) ประกอบด้วย การวางแผน กำหนดกลยุทธ์ด้านภัยพิบัติ เตรียมความพร้อมบุคลากรและอาสาสมัคร สร้างภาคีเครือข่ายเพื่อขอความช่วยเหลือและระดมทรัพยากร ระยะที่ 2 การรับมือกับภัยพิบัติ (During the response) ประกอบด้วย การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยตามแผนที่กำหนดไว้ ประเมินสถานการณ์ความรุนแรง ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ประสานขอความช่วยเหลือในการระดมทรัพยากรและส่งต่อผู้ประสบภัย และระยะที่ 3 ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ (After the response) ได้แก่ การช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ฟื้นฟูซ่อมแซมระบบบริการสุขภาพให้สามารถให้บริการได้อย่างรวดเร็ว

5.4.2 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ Beach (2010) และ Power and Daily (2010) สอดคล้องกับ Adelman and Legg (2010) ซึ่ง Beach (2010) แบ่งการจัดการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การบรรเทาผลกระทบและเตรียมความพร้อม (Mitigation and Preparation) ระยะที่ 2 การรับมือกับภัยพิบัติ (Response) และ ระยะที่ 3 การฟื้นฟูและประเมินผล (Recovery and Evaluation) และ Power and Daily (2010) แบ่งการจัดการภัยพิบัติเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparedness) คือการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อลดผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ความเสี่ยง การเตรียมความพร้อมของชุมชน การฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ระยะที่ 2 การช่วยเหลือขณะเกิดภัยพิบัติ (Relief Response) คือการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างเร่งด่วน การคัดแยกและจำแนกอาการผู้ประสบภัย การส่งต่อและการเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ปลอดภัย และระยะที่ 3 การฟื้นฟู (Recovery) คือการช่วยเหลือเยียวยาหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ การติดตามอาการและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเนื้อหาการจัดการภัยพิบัติในแต่ละระยะมีความคล้ายคลึงกัน

5.4.3 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ Qureshi and Gebbie (2007) และ Veenema (2009) พัฒนาจากแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติของ FEMA ซึ่งแบ่งการจัดการเป็น 4 ระยะ แต่แนวคิดนี้แบ่งเป็น 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม (Preparedness) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง แนวโน้ม ความรุนแรงของการเกิดภัยพิบัติ ประเมินโครงสร้างอาคารของโรงพยาบาล ระยะที่ 2 การลดผลกระทบ (Mitigation) ได้แก่ การสำรองพลังงาน การถอดบทเรียน การวางแผน การฝึกซ้อมและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ระยะที่ 3 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response) ระยะที่ 4 การฟื้นฟู (Recovery) และระยะที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) โดยแยกการประเมินผลออกจากการฟื้นฟู เนื่องจากรายละเอียดกิจกรรมของการประเมินผลมีความแตกต่างจากการฟื้นฟู อีกทั้งเพื่อหน่วยงานตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินผลเพื่อพัฒนาแผนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเนื้อหารายละเอียดการจัดการภาวะภัยพิบัติมีข้อแตกต่างจากการจัดการภาวะภัยพิบัติของ ICN คือกำหนดระยะการเตรียมความพร้อม ก่อนระยะการลดผลกระทบ และการระบุความหมายและรายละเอียดกิจกรรมแตกต่างกัน ส่วนระยะการตอบสนองการฟื้นฟูและการประเมินผลมีรายละเอียดคล้ายคลึงกันกับแผนการจัดการภาวะภัยพิบัติของ ICN

5.4.4 การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ Jennings-Sanders (2004) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเป็นโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ The Jennings Disaster Nursing Management Model แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้ระยะที่ 1 ช่วงก่อนเกิดภัย (Pre-Disaster) คือวางแผนปฏิบัติงานเพื่อป้องกันภัยพิบัติระดับต้น (Primary levels of prevention) ระยะที่ 2 ระยะเกิดภัย (Disaster) ได้แก่ คัดแยกประเภทผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลตามความรุนแรงของอาการ การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย ระยะที่ 3 ช่วงหลังเกิดภัยพิบัติ (Post-Disaster) ได้แก่ ประเมินความต้องการของผู้ป่วย พัฒนาและปรับปรุงแผน และระยะที่ 4 ผลลัพธ์ทางบวกจากการปฏิบัติการ (Positive Client/Population outcomes) เมื่อนำรูปแบบการจัดการภาวะภัยพิบัติตามแนวคิดนี้ไปใช้ คาดหวังว่าจะเกิดผลทางบวกคือลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ประสบภัย ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการรักษาพยาบาลผู้ได้รับบาดเจ็บ ลดต้นทุนการจัดการในภาวะภัยพิบัติ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มความรู้ด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติและการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลและชุมชน การจัดการภาวะภัยพิบัติรูปแบบนี้มีรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละระยะสอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของสมาคมพยาบาลประเทศไต้หวัน แต่แยกผลลัพธ์หรือการประเมินผล มาไว้ในระยะที่ 4 เพื่อให้เห็นความชัดเจนของผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

5.4.5 การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ Wynd (2006) โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Jennings-Sanders (2004) และ Veenema (2003) มาปรับปรุงเป็นแนวทางปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติของพยาบาลทหารในประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมและวางแผนการดำเนินการ (Preparedness/Readiness) ได้แก่ ด้านส่วนบุคคล ด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านองค์กร ระยะที่ 2 การเกิดเหตุภัยพิบัติ/การปฏิบัติการเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ (Response/ Implementation) คือ การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการอย่างทันท่วงทีและ ระยะที่ 3 หลังเกิดภัยพิบัติ คือการฟื้นฟู บูรณะและประเมินผล (Recovery/ Reconstruction/Evaluation) ซึ่งการแบ่งระยะมีความสอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของสมาคมพยาบาลประเทศไต้หวัน แต่มีกระบวนการที่แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมด้านบุคคล คือบุคลากรทางการพยาบาล ได้แก่ เตรียมความพร้อมของบุคลากรด้านร่างกาย รวมทั้งฝึกการอยู่รอดทางทหาร ฝึกการใช้อาวุธปืนและเครื่องมือสื่อสารทางทหาร การดูแลผู้ป่วยจากภัยสงคราม การปนเปื้อนสารพิษและอาวุธนิวเคลียร์ ความรู้ด้านภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนาของชุมชนหรือสังคมหรือประเทศที่ไปปฏิบัติงาน และพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลขณะเกิดสงคราม

5.4.6 การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Danna, Bernard, Jones, and Mathews (2009) ได้นำแนวคิดการจัดการภัยพิบัติของ The Joint Commission Emergency

ตารางที่ 1 (ต่อ) การสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล	WHO and ICN. (2009)	Adelman and Legg (2010)	Beach (2010)	Danna et.al. (2009)	Ishii (2012)	Power and Daily (2010)	Qureshi and Gebbie	Veenema (2009)	Wynd (2006)
3. ระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response phase)									
3.1 จัดบริการพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาล และศูนย์อพยพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.2 จัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์พยาบาลและสาธารณสุขโลก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.3 ประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
4. ระยะการฟื้นฟูและประเมินผล (Recovery and Evaluation phase)									
4.1 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.2 ประเมินและฟื้นฟูระบบบริการพยาบาล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.3 สรุปผลการดำเนินงานและพัฒนาแผนปฏิบัติการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ผู้วิจัยสรุปการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล จากการสังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติของหน่วยงาน นักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ แบ่งการจัดการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation phase)

ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ วิเคราะห์ความเสี่ยงและประเมินกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยทางจิตเวชและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและความรุนแรงจากภัยพิบัติ กำหนดกลยุทธ์และวางแผนการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล และจัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ภายในองค์กรพยาบาล

2) ระยะการเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) ประกอบด้วย 3 ด้าน

หลักได้แก่ วางแผนจัดการทรัพยากรขององค์กรพยาบาลให้เพียงพอต่อการเกิดภัยพิบัติทุกรูปแบบ พัฒนาศมรรถนะบุคคลทางการแพทย์พยาบาลด้านภัยพิบัติให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดระบบการติดต่อสื่อสารและการประสานงานขององค์กรพยาบาลให้มีความคล่องตัวและรวดเร็ว

3) **ระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response phase)** ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ จัดบริการพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาลและศูนย์อพยพที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ จัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขบุคคลให้แก่อพยพ/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อความต้องการและประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย

4) **ระยะการฟื้นฟูและประเมินผล (Recovery and Evaluation phase)** ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความเสียหายจากภัยพิบัติและฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลให้สามารถเปิดให้บริการได้อย่างรวดเร็ว สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงพัฒนาแผนปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพ

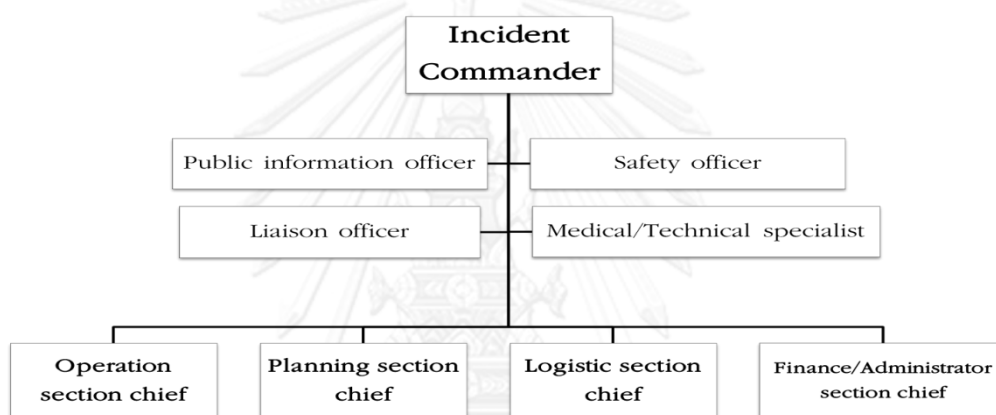
จากข้อมูลดังกล่าว เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านภัยพิบัติ โดยผู้บริหารทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล เป็นตัวแทนขององค์กรวิชาชีพในการกำหนดนโยบาย กรอบยุทธศาสตร์ด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล ที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนภัยพิบัติในระดับชาติ และบุคลากรทางการแพทย์เป็นกำลังหลักในการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ และมีองค์ความรู้ในการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำทางด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัย จึงควรมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลให้มีความชัดเจน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติ

การพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ มีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากการพยาบาลในหอผู้ป่วย คือเป็นการให้บริการพยาบาลผู้ประสบภัยที่มีจำนวนมาก การปฏิบัติการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน และบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีทักษะส่วนบุคคล เช่น ภาวะผู้นำ การตัดสินใจ ความยืดหยุ่น การประเมินสถานการณ์ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ทักษะในการปรับตัว และประสานงานเป็นอย่างดี บทบาทหน้าที่ของพยาบาลด้านภัยพิบัติ จึงครอบคลุมทุกระยะ ตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ

ICN กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน ภาคีเครือข่ายและบุคลากรในหน่วยงาน อีกทั้งการวางแผนปฏิบัติการ ควรเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานจริง เนื่องจากมีความเข้าใจในเงื่อนไขและข้อจำกัดของหน่วยงานตนเอง สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง (WHO and ICN, 2009) ผู้นำองค์กรพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติ มีวิสัยทัศน์ในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ จะทำให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติขององค์กรพยาบาลให้ได้รับการยอมรับจากสังคมและสหสาขาวิชาชีพ เป็นตัวแทนวิชาชีพเพื่อร่วมกำหนดแผน กลยุทธ์และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และเชื่อมโยงสู่องค์กรพยาบาล อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการในโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติ (Hospital Incident Command System: HICS) โดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ อาจเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรณีพิเศษ มีอำนาจสูงสุดในการสั่งการ (CMSA, 2006) ซึ่งผู้บริหารทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการในการดำเนินงานของระบบบัญชาการเหตุการณ์ มีหน้าที่ในการร่วมวางแผน ควบคุมกำกับ และติดตามการดำเนินงาน พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จัดสรรทรัพยากรภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล (Qureshi and Gebbie, 2007) รายละเอียดดังแผนภาพที่ 5



ภาพที่ 5 Hospital Incident Command System.

ที่มา: CMSA. (2006). *Hospital incident command system guidebook*. California: The California Medical Services Authority, pp.35.

ดังนั้นหากผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีองค์ความรู้ด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติ จะส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กรพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและรวดเร็ว จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่าบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติดังนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548; Danna et al, 2009; Fablgren and Drenkard, 2002)

6.1 บทบาทด้านการปฏิบัติการ หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Operation/Expertise) กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่สนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัย ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงาน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และการตัดสินใจ พยากรณ์แนวโน้มสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและองค์กรพยาบาล และเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล

6.2 บทบาทด้านการบริหารและกำกับดูแล (Management and supervisory) กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติ เพื่อให้ระบบการบริการพยาบาลมีคุณภาพ ตามมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพ และจริยธรรม การดูแลด้านความปลอดภัยและสวัสดิการของผู้ปฏิบัติงาน

6.3 บทบาทด้านการวางแผน (Planning) มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกลยุทธ์ และกำหนดเป้าหมายการจัดระบบบริการสุขภาพทางการพยาบาล ที่ครอบคลุมการเกิดภัยพิบัติทุกรูปแบบ บริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource management) ที่มีความเหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ สอดคล้องกับสถานการณ์และความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.4 บทบาทด้านการติดต่อสื่อสารและประสานงาน (Communication and Coordination) ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติ สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงาน สร้างเครือข่ายองค์กรวิชาชีพเพื่อบูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกัน และความเป็นเอกภาพในการปฏิบัติงาน

6.5 บทบาทด้านการบริการ (Services) สนับสนุนการผลิตนวัตกรรมงานวิจัยให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล เพื่อสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ที่สามารถรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ด้านภัยพิบัติ ฝึกซ้อม ฝึกอบรมและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ให้บริการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพ

6.6 บทบาทด้านการตัดสินใจ (Judgment) ผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของผู้บริหารในระบบบัญชาการเหตุการณ์ มีเอกสิทธิ์และอำนาจในการตัดสินใจบริหารงานภายในองค์กรพยาบาล จัดสรรทรัพยากร ปรับเปลี่ยนเป้าหมาย กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ขององค์กรพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายหลักของโรงพยาบาล สามารถยืดหยุ่นหรือเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ และบุคลากรทางการพยาบาลสามารถจำแนก คัดแยกประเภทผู้ป่วย และจัดลำดับความสำคัญในการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

7. วิธีการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique

7.1 ความเป็นมาของเทคนิคงานวิจัยแบบ Delphi technique

การวิจัยเชิงอนาคต (Future research) เป็นเทคนิคการวิจัยที่ค้นคว้าหาความรู้ในอนาคตด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific approach) เพื่อศึกษาพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเป็นไปได้ในอนาคตทั้งในระยะสั้นหรือระยะยาว รวมทั้งผลกระทบจากเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การวิจัยเชิงอนาคตมีความแตกต่างจากงานวิจัยแบบอื่นในด้านมิติ

ของเวลา เป็นการมุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต วัตถุประสงค์ของงานวิจัย การพยากรณ์ภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การแสวงหาทางเลือกหรือการเตรียมการสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งวิธีการที่ใช้ในการพยากรณ์ภาพในอนาคตที่สำคัญมี 3 วิธี ได้แก่ การคาดการณ์แนวโน้ม (Trend Projection) การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) และการปรึกษาผู้อื่น (Consulting others) วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการปรึกษาผู้อื่น ได้แก่ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการเป็นกรสรุปมติจากผู้เชี่ยวชาญหลายๆ คนที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอนาคตศาสตร์ที่ทำการศึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงอนาคต พัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ 1950 โดย Olaf Helmer และ Norman Dalkey เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยของบริษัท Rand Cooperation ในการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยากรณ์ทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในอนาคต (Gracht, 2012) เป็นวิธีการหรือกระบวนการรวบรวมความคิดเห็นหรือการตัดสินใจเหตุการณ์ในอนาคต จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปมติจากข้อค้นพบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต ความเป็นไปได้ หรือทำนายปรากฏการณ์ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงในอนาคตมากที่สุด โดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้มุมมองหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษาวิจัยอย่างแท้จริง เป็นเทคนิคการสื่อสารระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน โดยไม่มีการเผชิญหน้า เป็นการศึกษาคำคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์แนวโน้มหรือเหตุการณ์ในอนาคตภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด เช่น 10 ปี หรือ 20 ปี นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และป้อนกลับผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคำตอบของตนเองใหม่อีกครั้งโดยเปรียบเทียบกับกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ แล้วนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ซึ่งเรียกว่ากระบวนการทำซ้ำ (Iterative process) เก็บข้อมูลประมาณ 2-3 รอบเพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นฉันทามติ (Consensus) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกรอง (Refine) ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2546)

ชนิตา รัชพลเมือง (2553) กล่าวว่า Delphi technique เป็นการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคต โดยอาศัยฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นแนวคิดหรือการพยากรณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งข้อสรุปจากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในด้านต่างๆได้

7.2 กระบวนการศึกษาวิจัยด้วย Delphi technique

7.2.1 กำหนดประเด็นปัญหาของการวิจัย ควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง แต่สามารถทำการวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ในการ

หาข้อสรุปและแนวโน้มที่เป็นไปได้ ซึ่งปัญหาการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องในอนาคต เป็นการพยากรณ์ คาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายต่างๆ การกำหนดปัญหาการวิจัย มีความสัมพันธ์การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการกำหนดประเด็นปัญหาที่ชัดเจน จะทำให้สามารถคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์เหล่านั้นได้อย่างแท้จริง

7.2.2 กำหนดและเตรียมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการวิจัยแบบ Delphi technique เนื่องจากการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้หรือเชี่ยวชาญในประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง จะทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทั้งนี้การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญควรคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นหลัก เช่น หากต้องการให้ผลการวิจัยนั้นสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญที่ดำรงตำแหน่งบริหารในปัจจุบัน กลุ่มที่คาดว่าจะเป็นผู้บริหารในอนาคต นักวิชาการและผู้ใช้บริการร่วมด้วย ซึ่งการเตรียมผู้เชี่ยวชาญจำเป็นต้องมีการติดต่อผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัว และเป็นรายบุคคล โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาและประโยชน์ของงานวิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกใช้เทคนิคนี้ อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญในการเตรียมข้อมูลและแนวคิด ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สามารถเลือกจำนวนเท่าใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัย งบประมาณ ระยะเวลาและความซับซ้อนของวิจัย จากข้อมูลการศึกษาของ Macmillan กล่าวว่าจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ทำให้อัตราความคลาดเคลื่อน (Error) ลดน้อยลง ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมของการวิจัยแบบ Delphi technique

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	การลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error reduction)	ความคลาดเคลื่อนลดลง (Net change)
1-5	1.20-0.70	0.50
5-9	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.50-0.48	0.02
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.46	0.02
25-29	0.46-0.44	0.02

ที่มา: Macmillan ,T.T, The Delphi technique อ้างถึงใน ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2553). การวิจัยแบบเทคนิค

7.2.3 สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ชนิดา รักษ์พลเมือง , 2553)

รอบที่ 1 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เป็นการถามอย่างกว้างๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาของการวิจัย หรือการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งการสัมภาษณ์เป็นช่วงๆ ตามหัวข้อหรือเวลาที่เหมาะสม ผู้สัมภาษณ์ทำการสรุปบันทึกข้อมูลให้ผู้สัมภาษณ์ฟัง และผู้ให้สัมภาษณ์สามารถแก้ไขสำนวนหรือใจความเนื้อหาได้ ซึ่งเรียกเทคนิคนี้ว่า การสรุปสะสม (Cumulative summarization technique) ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ มีความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) เพิ่มมากขึ้น

รอบที่ 2 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า สร้างจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่จำแนกข้อความให้เป็นระบบ เลือกใช้ถ้อยคำที่ครอบคลุมเนื้อหาใจความทั้งหมด เขียนด้วยภาษาที่สั้นกะทัดรัด รวมทั้งรักษาความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด แม้ว่าแนวโน้มของคำตอบบางข้อจะเป็นการแสดงความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญบางคนก็ตาม ผู้วิจัยต้องให้ความเคารพและเชื่อถือในความเชี่ยวชาญของผู้เชี่ยวชาญนั้นๆ ซึ่งหากแนวโน้มของคำตอบนั้นไม่มีความเป็นไปได้ เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบต่อไป ข้อมูลนั้นจะถูกตัดออกไป แต่หากข้อมูลนั้นมีความสำคัญและมีแนวโน้มความเป็นไปได้ อาจได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ซึ่งถือเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญ และเพิ่มช่องว่างเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในแบบสอบถามได้อย่างอิสระ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่า มัชยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการในแต่ละข้อ ส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบดีความคิดเห็นความผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น และอธิบายเกี่ยวกับการตอบคำถาม หากผู้เชี่ยวชาญต้องการยืนยันคำตอบเดิม ที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้เชี่ยวชาญจะถูกร้องขอให้แสดงเหตุผลประกอบ (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2553)

รอบที่ 3 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า เป็นการพัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หากค่า IR มีค่าน้อย แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน แต่หากค่า IR มีค่ามากแสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกัน ยังไม่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ต้องมีการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 การเก็บข้อมูลในรอบที่ 3 มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นการยืนยันคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นคำถามเดิม ผู้วิจัยต้องมีความรอบคอบและไม่มื่อคติในการวิเคราะห์ข้อมูล หากคำตอบที่ได้มีการกระจายของความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบต่อไป เพื่อให้ได้คำตอบที่เป็นฉันทามติของกลุ่ม การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องมีการติดต่อผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ เนื่องจากต้องมีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามหลายรอบ อาจพบ

ปัญหาจำนวนผู้เชี่ยวชาญลดลง จึงควรมีการเว้นระยะห่างของการตอบแบบสอบถามให้เหมาะสม ไม่ควรเร็วหรือนานเกินไป ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบคำถามของผู้เชี่ยวชาญได้

7.2.4 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลและพบคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกันหรือเป็นเอกฉันท์ สามารถยุติการวิจัยได้ แต่หากคำตอบยังมีการเปลี่ยนแปลงและไม่เป็นเอกฉันท์ ต้องส่งแบบสอบถามไปในรอบต่อไป จนกว่าจะได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์ การเลือกใช้สถิติพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยโดยการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central tendency) ได้แก่ ฐานนิยม (Mode) มัชยฐาน (Median) หรือค่าเฉลี่ย (Mean) หากเป็นการแสดงความคิดเห็นในเรื่อง เวลา หรือปริมาณ ควรเลือกใช้ค่ามัชยฐาน หากเป็นการทำนายเวลาหรือสถานการณ์ในอนาคตมักเลือกใช้ฐานนิยม และพิจารณาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็นหลักในการพิจารณาการกระจายความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ยอมรับได้ ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่เกินร้อยละ 15 จึงสามารถยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ (Gracht, 2012) หรืออาจพิจารณาจากระดับความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติ (Consensus level) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ที่ให้ความสำคัญในระดับมาก-มากที่สุด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ถือว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (Keeney, Hasson, and McKenna, 2011) การเขียนภาพอนาคตควรเขียนด้วยภาษาที่อ่านเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ภาษาทางวิชาการมากเกินไป และครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

7.3 ข้อดีและข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique

ผู้วิจัยสรุปข้อดีและข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique เพื่อเป็นแนวทางการพิจารณาเลือกใช้ในการวิจัยดังนี้ (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2553)

7.3.1 ข้อดีของระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique

7.3.1.1 สามารถรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของปรากฏการณ์ต่างๆในอนาคตตามแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน โดยไม่ต้องมีการเผชิญหน้า ทำให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ไม่ส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญคนอื่น และไม่ถูกครอบงำจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่า (Bandwagon effect)

7.3.1.2 ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับจากบุคคลภายนอก เนื่องจากเป็นความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในปรากฏการณ์นั้นๆอย่างแท้จริง อีกทั้งมีการตอบแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดหลายครั้ง ทำให้ข้อมูลการวิจัยมีเที่ยงตรง

7.3.1.3 ใช้งบประมาณในการดำเนินการวิจัยค่อนข้างน้อย เนื่องจากสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล โดยไม่ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญมารวมกลุ่มกัน ลดค่าใช้จ่ายค่าที่พักและค่าเดินทางของผู้เชี่ยวชาญ

7.3.2 ข้อจำกัดของระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique

7.3.2.1 ความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยแบบ Delphi technique ขึ้นอยู่กับแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก ดังนั้นการคัดเลือกและสรรหาผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานวิจัยที่ต้องการศึกษาจึงมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งผู้เชี่ยวชาญต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประเด็นที่ต้องการศึกษา อีกทั้งต้องมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เพียงพอที่ทำให้ข้อมูลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด

7.3.2.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการวิจัยแบบ Delphi technique มีจำนวนหลายรอบ อาจเป็นการรบกวนเวลาของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง มีภาระหน้าที่มาก ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อเพื่อเข้าพบ อาจส่งผลให้การเก็บข้อมูลแบบสอบถามในแต่ละรอบมีจำนวนลดลง

7.3.2.3 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามในแต่ละครั้ง หากมีระยะห่างกันมากเกินไป อาจส่งผลให้ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง ลดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญไม่สามารถจดจำข้อมูลเดิมได้

การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการพัฒนาปรับปรุงมาช่วงเวลาหนึ่ง และมีความตื่นตัวจากหน่วยงานการพยาบาล ตั้งแต่เกิดเหตุภัยพิบัติสึนามิใน 6 จังหวัดภาคใต้ของไทย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique เพื่อเป็นการระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ ในการพิจารณาหาฉันทามติที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติอย่างแท้จริง เป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ หรืออยู่ในพื้นที่เกิดเหตุ ซึ่งทำให้มีความเข้าใจบริบทแวดล้อมและข้อจำกัดในการดำเนินงาน ภายใต้วิถีชีวิตของสังคมไทย เพื่อกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ในอนาคตต่อไป

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยด้านภัยพิบัติทางการพยาบาลในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 13 เรื่อง แบ่งเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 เรื่อง การศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ 7 เรื่อง สมรรถนะของพยาบาล 3 เรื่อง และการจัดระบบบริการพยาบาล 3 เรื่อง ดังนี้

สุภัก คชรัตน์ (2547) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การเตรียมรับสถานการณ์ที่ต้องรับผู้ป่วยจำนวนมาก มีภาวะยุ่งยากทำให้ลำบากในการตัดสินใจ หลักการจัดบริการพยาบาลได้แก่ ยึดหลักสำคัญทำก่อน โดยเน้นช่วยชีวิตให้รอดปลอดภัย ดูแลให้ข้อมูล ให้ความมั่นใจ ช่วยคนไข้คลายกังวล ผลการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้แก่ โรงพยาบาลได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความเข้าใจในองค์กรมากขึ้น เกิดความตระหนักทำให้มีแผนรองรับการเกิดน้ำท่วมในอนาคต ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติงาน ทรัพยากรมีจำกัดและประสานความช่วยเหลือระหว่างหน่วยงาน ดังนั้นหน่วยงานควรมีแผนและทบทวนแผนเป็นระยะ ประสานเครือข่ายภายนอก พัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาล จัดสรรอุปกรณ์ตามความต้องการ

วิระดา แสงศรี (2550) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การจัดการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพสำนักบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อการจัดการสาธารณสุขประกอบด้วย ต้องจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็ว ให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ทันเวลา ช่วยเหลือให้ครบทั้งก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัย และหลังเกิดภัย ช่วยเหลือเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐาน ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ประสบภัย และเป็นงานที่ต้องทำด้วยความรวดเร็วเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา ต้องมีการเตรียมความพร้อมในทุกด้านกำลังพล ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ เครื่องอุปโภคบริโภค ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุข ประกอบด้วย เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย ได้แก่ เตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงานเตรียมสถานที่ ระบบการส่งต่อ การรายงานเหตุการณ์ การจัดการในขณะเกิดภัยได้แก่ การประสานงาน ประเมินสถานการณ์ มอบหมายงาน การจัดการเฉพาะด้านในขณะเกิดภัยได้แก่ บริหารงบประมาณ การสื่อสารกับหน่วยงานอื่น จัดระบบจัดการของบริจาค และการจัดการหลังเกิดภัยได้แก่การส่งเสริมคุณภาพชีวิต พื้นฟูอาชีพ สภาพร่างกาย จิตใจ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้การทำงานดีขึ้นได้แก่ มีหัวหน้าทีมขณะออกปฏิบัติงาน ที่มีความสามารถในการตัดสินใจ มีการมอบหมายงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจบทบาทความเป็นผู้นำวิชาชีพการพยาบาล มีประสบการณ์ในการทำงาน ให้ความสำคัญกับคนในพื้นที่ มีทักษะสัมพันธ์ภาพที่ดี และเชื่อมั่นในหลักการขององค์กร ปัญหาในการปฏิบัติงานได้แก่ ขาดการประสานงาน การติดต่อสื่อสารทั้งภายในและนอกองค์กร ประสานงานล่าช้าหรือซ้ำซ้อน ขัดแย้งด้านผลประโยชน์ ข้อโกงเงินและสิ่งของบริจาค ผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่นนักการเมือง ปัญหาในการสื่อสารกับชาวต่างชาติ ทำงานด้วยความเครียด และ บทเรียนที่ได้รับจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ได้แก่ มีเครือข่ายในการทำงาน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์กรนานาชาติ เพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรการพยาบาลสาธารณสุขตั้งแต่ระดับปริญญาตรี พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพตามสมรรถนะของพยาบาลสาธารณสุข

ปรารธนา ยามานน์ (2550) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขภัยของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 19 ราย ผลการศึกษาพบว่า การจัดการภัยพิบัติ คือการดำเนินการตามแผนเดิม และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานคือ พยาบาลไม่สามารถคัดกรองผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นภัยพิบัติขนาดใหญ่และมีความรุนแรงมาก สถานที่สำหรับคัดกรองและอัตรากำลังมีไม่เพียงพอ รวมทั้งไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้บาดเจ็บไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดยานพาหนะในการส่งต่อ ขาดอัตรากำลังพยาบาลและคนขับรถ การบันทึกข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีจำนวนผู้เจ็บป่วยจำนวนมาก ภาระงานที่หนัก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าและท้อใจ ขาดแคลนยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรต่างอาชีพต่างหน่วยงาน อาจมีแนวคิดที่ไม่ตรงกันทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและความเครียด ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและการเฝ้าระวังในการติดเชื้อ รวมทั้งปัญหาการสื่อสารกับชาวต่างชาติจากภาษาที่ต่างกันทำให้เกิดความเข้าใจผิด พยาบาลควรมีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาที่สอง และมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน การจัดการกับอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย หน้าที่มาก่อน เรื่องอื่นไว้ทีหลัง กลัวแต่ทั้งคนไข้ไม่ได้ การปฏิบัติงานในสถานการณ์ภัยพิบัติมีความเครียดสูง และมีเครียดจากการเป็นห่วงบุคคลในครอบครัว ชำใจส่งสารทำงานจนหมดแรง ช่วยคนอื่นจนลืมเรื่องตนเอง และประทับใจในการร่วมกันทำงาน

อุมาพร อินทวงศ์ (2548) ศึกษาเรื่องประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยในภาคใต้ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ Hermeneutic ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม ได้แก่ เป็นสถานการณ์ที่ต้องแก้ปัญหาเร่งด่วน ยากต่อการตัดสินใจและทำให้เกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลคือ อึดอัด ขัดใจที่ต้องทำงานภายใต้ความจำกัดของความรู้ ประสบการณ์และทรัพยากร รู้สึกเศร้าที่เห็นผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือ กลัวผู้ป่วยผิดหวังที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ วิธีการตัดสินใจ คือ กระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ปรีกษา ประสานงานผู้อื่นเพื่อหาแนวทางในการตัดสินใจ หลักการในการตัดสินใจ คือเน้นสัมพันธ์ภาพในการทำงานร่วมกัน ดูแลแบบญาติมิตร เอาใจเขามาใส่ใจเรา ความรับผิดชอบ คำนี้ถึงประโยชน์และสิทธิผู้ป่วย เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้ความเท่าเทียมกันไม่แบ่งเชื้อชาติ ใช้ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

สุนันทา ลักษิตติกุล, อุไร หักกิจ, และ จิระพรรณ พรวิรุติ (2551) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา Hermeneutic ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานขณะเกิดเหตุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยได้แก่ แก้ปัญหาทุกด้านจัดการทุกเรื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยด้วยจิตวิญญาณของความเป็นพยาบาล เน้นการช่วยเหลือชีวิตในระยะวิกฤต และใช้ภาษากายเป็นสื่อในการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทของพยาบาลคือ บริหารจัดการอัตรากำลังและประสานงาน คัดกรองและส่งต่อ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต การดูแลบาดแผล การพยาบาลในห้องผ่าตัด ดูแลด้านจิตใจ ปลอดภัยและให้กำลังใจ จัดการข้อมูล บริการติดต่อญาติ ให้การพยาบาลพื้นฐานและทำหน้าที่นอกเหนือบทบาทการพยาบาล ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น พยาบาลส่วนใหญ่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับชาวต่างชาติ แต่ใช้ภาษากายในการสื่อสาร เช่น สีหน้า แววตา การสัมผัส เพื่อให้ผู้ประสบภัยชาวต่างชาติรับรู้ได้ถึงความตั้งใจในการดูแล ต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกเพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากที่สุด

สุนีย์ เครานวล (2551) ศึกษาเรื่องประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา Hermeneutic ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 11 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความหมายของการปฏิบัติงานได้แก่ เป็นชีวิตที่มีอันตรายเสมือนปฏิบัติงานในสงคราม หวาดระแวงในสถานการณ์ที่ขัดแย้งและไม่แน่นอน พยาบาลต้องยืนหยัดให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ภูมิใจที่ได้ทำงานที่ท้าทาย ความรู้สึกในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลได้แก่ เครียดในการปฏิบัติงาน กลัวความปลอดภัยเสียใจ สลดใจ และหดหู่ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การใช้ชีวิตส่วนตัวมีความลำบากมากขึ้น เดินทางมาปฏิบัติงานลำบาก มีเวลาอยู่กับครอบครัวและพบปะสังสรรค์น้อยลง กระทบต่อการใช้สิทธิลาราชการของพยาบาล พยาบาลทำงานหนักขึ้นเนื่องจากมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก มีความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยเวลากลางคืน การทำงานเชิงรุกร่วมกับชุมชนลดลง ปัญหาที่พบได้แก่ อัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ลาออกและการจัดระบบการส่งต่อไม่เหมาะสม ระบบการส่งต่อไม่เหมาะสม ภาระงานเพิ่มขึ้นในเวรเช้าและนอกเวลาราชการ อุปกรณ์ เครื่องมือไม่เพียงพอ พยาบาลทำงานเสี่ยงแต่ไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานพื้นที่พิเศษหรือเหรียญรางวัล แนวทางการแก้ไข ปัญหา ควรมีการปรับระบบการส่งต่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ งดออกนอกชั้นสุตรนอกโรงพยาบาล มีมาตรการคัดกรองและตรวจสอบก่อนการรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ มีแนวปฏิบัติในการเดินทาง ไม่ควรแต่งกายชุดเครื่องแบบในขณะที่เดินทางไปปฏิบัติงาน สำรองเครื่องมือให้พร้อมใช้ตลอด ปัจจุบันส่งเสริมให้พยาบาลยังคงปฏิบัติหน้าที่ได้แก่ มีภูมิลำเนาอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผูกพันกับสถานที่ทำงาน และไม่สามารถย้ายได้เนื่องจากไม่มีอัตรากำลังทดแทน

อุบล ยี่เฮ็ง (2553) ศึกษาเรื่องการเผชิญภัยพิบัติ ถอดบทเรียนกรณีเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวบรวมจากประสบการณ์ของตนเองและการประชุมของผู้ปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานคือ การประเมินสถานการณ์ไม่

สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่คาดคิดว่าเหตุการณ์จะรุนแรงและลูกกลมทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจำนวนมาก เกิดความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ข้อมูลมีความสับสน เกิดข่าวลือ ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและการสั่งการไม่มีเอกภาพ

นิภาภรณ์ รามณรงค์ (2551) ศึกษาเรื่องความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงบรรยายกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 140 คน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการสร้างสัมพันธภาพ เช่น การรับฟังผู้ที่ได้รับผลกระทบระบายความรู้สึกด้วยท่าทีที่สงบ อบอุ่นเป็นมิตร ด้านการให้การช่วยเหลือ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้มีความปลอดภัยและทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และด้านการส่งต่อ เช่น การส่งต่อผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม และด้านการรวบรวมข้อมูล เช่น การสังเกตสีหน้าและท่าทางและประเมินสภาพปัญหาที่มีความสามารถในระดับต่ำ

วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, อติญาณ์ ศรเกษตรริน, และ รุ่งนภา จันทรา (2553) ศึกษาเรื่องความพร้อมของบุคลากรและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติ เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมประชุมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 1,000 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณและหน่วยงานมีความพร้อมต่อการดูแลและปฏิบัติการเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติในระดับปานกลาง บุคลากรส่วนใหญ่ระบุว่าตนเองมีความรู้และทักษะในภาพรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ปฏิบัติ จำนวนปีของประสบการณ์ทำงาน อาชีพ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภัยพิบัติ และการมีประสบการณ์การดูแลและปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติ มีผลต่อความรู้ด้านการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ ทักษะด้านการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ การรับรู้ถึงความพร้อมต่อการเกิดภัยพิบัติของบุคลากรและหน่วยงาน และพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ ($r=.760$ $p < .001$) และการรับรู้ถึงความพร้อม ($r=.161$ $p < .001$) ทักษะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความพร้อม ($r=.25$ $p < .001$)

พรพิมล รักษาแก้ว (2548) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพ 431 คน ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 21 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มี 9 ตัวประกอบ 143 ตัวแปร อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 75.55 ได้แก่ 1) บทบาทผู้นำของพยาบาล เช่น มีภาวะผู้นำ เชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร ประสานงานและทำงานเป็นทีม มีคุณธรรมและจริยธรรม 2) การบริหารจัดการทั่วไป เช่น ควบคุมสถานการณ์และฝูงชน บริหารทรัพยากร แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ประเมินความเสี่ยงชุมชนและสร้างเครือข่าย 3) การวางแผนเตรียมการปฏิบัติการพยาบาล เช่น เตรียมการทำงานและฝึกอบรม 4) การปฏิบัติการพยาบาลด้าน

จิตใจ เช่น ติดตามและประเมินผลสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ 5) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสบภัย เช่น การพยาบาลผู้บาดเจ็บในพื้นที่ คัดแยกผู้ได้รับบาดเจ็บ 6) การควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรค เช่น เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อม ดูแลด้านสุขอนามัย 7) การเข้าถึงผู้ประสบภัยในชุมชน สังคม เช่น เข้าใจวัฒนธรรมในพื้นที่ ปรับตัวและสื่อสารให้บุคคลในชุมชนเข้าใจได้ถูกต้อง 8) การส่งต่อผู้ป่วยเจ็บ เช่น ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย 9) มีความรู้ด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยด้านภัยพิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ จำนวน 3 เรื่อง ดังนี้

กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา, และทีมวิจัยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (2550) ศึกษาเรื่องการถอดบทเรียนการบรรเทาภัยพิบัติสถานการณ์อุทกภัยน้ำท่วม โคลนถล่ม และการพัฒนาแผนบรรเทาภัยพิบัติที่มสาธารณสุขอำเภอลับแล เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลคือกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน 69 ราย ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ฉากทัศน์ ผลการศึกษาพบว่า การใช้แผนบรรเทาภัยพิบัติไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการซักซ้อมและไม่สามารถประเมินระดับความรุนแรงได้ การปฐมพยาบาล ค้นหาผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ล่าช้าและไม่ทั่วถึง ด้านอำนาจการและสั่งการ ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจบทบาทหน้าที่ ขาดการประสานงานระหว่างองค์กร ด้านการจัดการด้านข้อมูล การบันทึกการรักษาพยาบาลไม่ครบถ้วน จึงควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในคณะกรรมการของกองอำนาจการ กำหนดแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งเงินและสิ่งของบริจาค ด้านการสื่อสารและการประสานงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละจุด จัดทำฐานข้อมูลก่อนและหลังภัยพิบัติ แบบบันทึกรายงาน หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพของทีมบุคลากรสุขภาพในด้านการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ การให้ความช่วยเหลือในที่เกิดเหตุ การปฐมพยาบาล จัดทีมเคลื่อนที่เร็ว รวมทั้งจัดเตรียมยานพาหนะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ในการเผชิญเหตุ ซ้อมแผนแบบบูรณาการร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด ประเมินและติดตามด้านการควบคุมโรค สุขาภิบาล สุขภาพจิต ในระยะสั้นและระยะยาว

แนนน้อย จุไรสง (2549) ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยพิบัติของสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ เป็นงานวิจัยแบบบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรและอาสาสมัครของสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย 166 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานบรรเทาทุกข์ ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการภัยพิบัติ คือการติดต่อประสานงานกับบุคลากรหน่วยงานอื่นๆ มีความล่าช้า ไม่มีผู้นำเป็นศูนย์กลางในการสั่งการ ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างองค์กรเอกชน มูลนิธิและอาสาสมัคร ด้านบุคลากร คือผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการบรรเทาทุกข์ ไม่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ไม่ทราบถึงบทบาท

หน้าที่ที่แท้จริงของตนเอง ด้านวัสดุ สิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ คือ มีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการบรรเทาทุกข์ไม่เพียงพอ เช่น เสื้อชูชีพ อุปกรณ์ สื่อสาร ยานพาหนะ ขาดการดูแลและบำรุงรักษา อุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน และไม่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์

ประกายแก้ว กำคำ, ผ่องสาย จุงใจไพศาล, และ สุรริักษ์ อจลพงค์ (2555) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการพยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Participative action research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 804 คน และหอผู้ป่วย/หน่วยงานของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จำนวน 31 หน่วย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติแผ่นดินไหว 2) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ซึ่งในขั้นที่ 2 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ การซ่อมแผนและการพัฒนาจัดทำระบบบริการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีความรู้เรื่องภัยพิบัติแผ่นดินไหว คิดเป็นร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดเพื่อรองรับแผ่นดินไหวได้ คิดเป็นร้อยละ 92 หอผู้ป่วย/หน่วยงานทุกหน่วยงาน สังกัดกลุ่มงานการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับแผ่นดินไหว ร้อยละ 100

งานวิจัยด้านภัยพิบัติทางการแพทย์ของต่างประเทศ จำนวน 9 เรื่อง แบ่งเป็นเรื่องที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 6 เรื่อง กลุ่มผู้นำทางการแพทย์ 1 เรื่อง และการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะภัยพิบัติ 2 เรื่อง ดังนี้

Arbon (2006) ศึกษาเรื่อง Australian nurses volunteering for the Sumatra-Andaman earthquake and tsunami of 2004: A review of experience and analysis of data collected by the Tsunami Volunteer Hotline ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลอาสาสมัครของประเทศออสเตรเลีย ที่ปฏิบัติงานในช่วงเหตุการณ์สึนามิบริเวณเกาะสุมาตรา-อันดามัน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลอาสาสมัครร้อยละ 80 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติมาก่อน จึงมีควรมีการพัฒนาหลักสูตรการจัดการภัยพิบัติเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมพยาบาลอาสาสมัครในอนาคต และระบบการจัดการฐานข้อมูลของสมาชิกที่มีความละเอียด ความทันสมัยและถูกต้อง

James and Duarte (2006) ศึกษาเรื่อง Disaster Preparedness of Colorado Nurses เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพโดยติดต่อทางอีเมลและทางโทรศัพท์ครั้งละ 10 นาที ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับภัยพิบัติค่อนข้างน้อยหรือไม่ได้รับเลยเมื่อครั้งเป็นนักเรียน แต่ได้รับการฝึกอบรมหลังจากสำเร็จการศึกษา และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ

Duong (2009) ศึกษาเรื่อง Disaster education and training of emergency nurses in South Australia เป็นงานวิจัยแบบ mix method ผู้ให้ข้อมูลคือพยาบาลวิชาชีพ 152 คน ผล

การศึกษาพบว่า พยาบาลร้อยละ 39 ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับภัยพิบัติ และร้อยละ 60 ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภัยพิบัติ รวมทั้งไม่เคยได้รับทราบข้อมูลแผนการจัดการภัยพิบัติของหน่วยงาน การศึกษาด้านภัยพิบัติทางการพยาบาลมีจำกัด ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับภัยพิบัติมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลในแผนกฉุกเฉิน

Hammad et al. (2011) ศึกษาเรื่อง Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response เป็นงานวิจัย แบบ mix method ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลฉุกเฉินของออสเตรเลียได้ มีประสบการณ์ด้านการจัดการภัยพิบัติและความรู้ด้านภัยพิบัติในระดับต่ำ มีความสับสนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เนื่องจากออสเตรเลียไม่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติค่อนข้างน้อย จึงควรปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการจัดการภัยพิบัติทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้เพิ่มขึ้น โดยจัดเป็นอบรมเป็นประจำและสม่ำเสมอ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ระบบการสั่งการ บริบทแวดล้อม ซึ่งพยาบาลในแผนกฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดำเนินการตามแผนการจัดการภัยพิบัติและช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัย

Chapman and Arbon (2008) ศึกษาเรื่อง Are nurses ready?: Disaster preparedness in the acute setting เป็นการสังเคราะห์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 16 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า จากเหตุการณ์ภัยพิบัติในออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ มีผู้ประสบภัยร้อยละ 61-82 ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ร้อยละ 34-70 ไม่สามารถเข้าห้อง ICU ได้ โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมด้านการอบรมให้ความรู้ด้านภัยพิบัติแก่บุคลากร แต่ขาดการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากร ไม่มีการสำรองอาหารและน้ำ บทบาทของพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติคือ ให้ความรู้ผู้ป่วย เช่น คัดกรองผู้ป่วยตามหลัก Triage บริหารจัดการทั่วไปและตรวจสอบการสำรองยาและส่งต่อผู้ป่วย การวางแผนจัดการภัยพิบัติต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ความรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ คือ การปฐมพยาบาลพื้นฐาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษา การช่วยชีวิต การดูแลผู้สูงอายุ อุปสรรคในการปฏิบัติงานคือพยาบาลไม่มีความสามารถทางด้านภาษาเมื่อต้องปฏิบัติงานต่างประเทศ

Chan et al. (2006) ศึกษาเรื่อง Disaster Management following the Chi-Chi Earthquake in Taiwan เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลจากเหตุแผ่นดินไหวของประเทศไต้หวัน ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบัญชาการระดับสูงมีหน้าที่กำหนดนโยบายและหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่หน่วยงาน แต่การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยปฏิบัติการขาดการติดต่อสื่อสารข้อมูลไปยังพื้นที่ การระดมพลและทรัพยากรมีไม่เพียงพอ จำนวนยานพาหนะในการขนส่งผู้ป่วยมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอ การปฏิบัติงานของ Emergency Medical Assistance

Teams (EMATs) มีความล่าช้า การเดินทางมาถึงจุดเกิดเหตุใช้เวลามากกว่า 6 ชม. ขาดการจัดตั้งศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อประสานงานกับหน่วยงานต่างชาติที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือขาดอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยเหลือชีวิต และไม่มีล่ามในการสื่อสาร หลังจากเกิดแผ่นดินไหวโรงพยาบาลหลายแห่งได้รับผลกระทบไม่สามารถเปิดดำเนินการได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ล่าช้า ผู้ประสบภัยบางส่วนเสียชีวิต โรงพยาบาลที่เหลือนอยู่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากได้ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ผู้ประสบภัยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากเหตุแผ่นดินไหว Chi-Chi ทำให้มีการพัฒนาการวางแผนจัดการภัยพิบัติ โดยการตั้งศูนย์บัญชาการเป็นศูนย์กลางในการควบคุม กำกับดูแลและสนับสนุนการปฏิบัติงาน พัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของภาครัฐกับหน่วยงานท้องถิ่น การพัฒนาหน่วยกู้ชีพให้มีความทันสมัยมากขึ้นรวมทั้งจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้มีประสิทธิภาพและมีความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

Priest (2009) ศึกษาเรื่อง Catastrophic Conditions, Tough Decisions: The Roles and Responsibilities of Nurse Leaders in Disaster Settings. พบว่า บทบาทของผู้นำทางการพยาบาลในการจัดการภาวะภัยพิบัติที่มีความรุนแรง ควรมีการเตรียมความพร้อมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้แนะนำภาวะสุขภาพแก่ประชาชน การฝึกอบรมและวางแผน โดยผู้นำทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมทีมบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อร่วมปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ สร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการสถานการณ์ฝึกอบรมความรู้ทางการพยาบาลและทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน โดยการอบรม ต้องเน้นกระบวนการคิด วิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ข้อมูลด้านกฎหมาย การประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและช่วยผู้ประสบภัยได้มากที่สุด โดยให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้ประสบภัยที่สิ้นหวัง สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยในการปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุ การดูแลครอบครัวบุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นผู้ประสบภัยและการจัดสรรค่าตอบแทนที่เหมาะสม

Huang et al. (2010) ศึกษาเรื่อง Ethical Issues of Disaster Medicine: Taiwan's Experience of Typhoon Morakot พบว่า ทีมปฏิบัติการแพทย์ทางอากาศ ใช้เฮลิคอปเตอร์ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยที่อยู่บนที่สูงหรือตามภูเขา หมู่บ้านบริเวณเชิงเขาถูกตัดขาด ระบบการคมนาคมขนส่งและระบบการติดต่อสื่อสารถูกทำลายไม่สามารถใช้งานได้ ทำให้ขาดแคลนอาหารและน้ำดื่ม มีการจัดตั้งศูนย์อพยพ ทั้งในวัด โบสถ์ และค่ายทหาร จัดหน่วยบริการทางการแพทย์เคลื่อนที่ทั้งในบริเวณที่ใกล้พื้นที่เกิดเหตุและในโรงพยาบาล ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ระบบควบคุมการติดต่อและติดตามประเมินผล ดูแลเรื่องอาหาร สุขอนามัย น้ำดื่ม ความสะอาดในศูนย์อพยพ การจัดการกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงเช่น วัณโรค โรคเอดส์ กลุ่มโรคทางจิตเวช ปัญหาการฆ่าตัวตาย ยาเสพติด มีอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ประสบภัยเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือและค้นหาผู้รอดชีวิต เนื่องจากมี

ความชำนาญในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า Alcoholism การช่วยเหลือของทีมกู้ชีวิตเน้นการรักษาพยาบาลทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลใหญ่ และจัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ การประเมินผลการปฏิบัติงานพบว่า มีการจัดเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อัตรากำลังในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ มีการเข้มงวดเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อและการดูแลสุขอนามัย แต่ยังคงขาดการรักษาพยาบาลด้านจิตใจและสังคมของผู้ประสบภัย

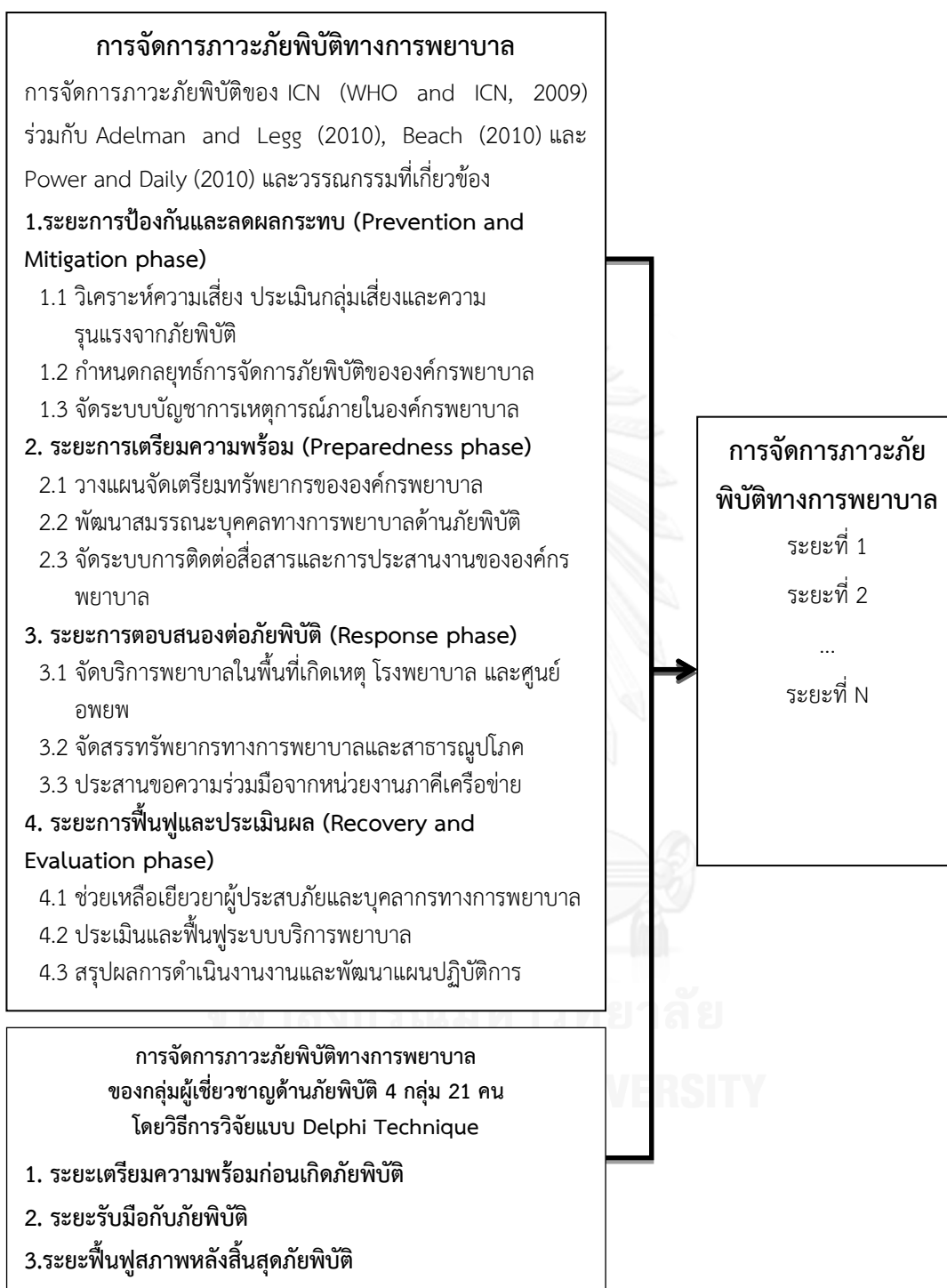
Yamamoto (2008) ศึกษาเรื่อง Education and research on disaster nursing in Japan เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์และส่งแบบสอบถามผ่านเว็บไซต์ เพื่อสำรวจสิ่งที่คาดหวังในอนาคตภายใน 5 ปี พบว่ามี 6 ด้าน ได้แก่ สร้างระบบการติดต่อสื่อสารและสารสนเทศ ที่สามารถประสานงานได้ตลอด 24 ชม.และเข้าถึงข้อมูลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว พัฒนากลยุทธ์ทางการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ โดยเตรียมความพร้อม การรับมือกับภัยพิบัติ และการฟื้นฟู สนับสนุนให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดภัยพิบัติ สร้างระบบเครือข่าย อำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลร่วมกันของประชาชน พยาบาล และนักวิจัยทั่วโลก จัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติในสถานการณ์ที่เสมือนจริง จัดตั้งสมาคมพยาบาลสาธารณสุขในระดับนานาชาติ (International Disaster Nursing Society) และสร้างความร่วมมือขององค์กรระหว่างประเทศ

ผลการวิจัยด้านภัยพิบัติทางการพยาบาลทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ พบประเด็นปัญหาที่สอดคล้องกันในด้านวางแผนการเตรียมความพร้อม ขาดความยืดหยุ่นในการจัดการองค์กร ระบบบัญชาการไม่มีเอกภาพ การติดต่อและประสานงานระหว่างหน่วยงานล่าช้า ขาดการควบคุมและติดตามแผนการปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติ ขาดการพัฒนาสมรรถนะของด้านบุคลากร อัตรากำลังมีไม่เพียงพอ การจัดสรรทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติไม่ทั่วถึงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัยได้ ซึ่งในประเทศไทยบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ ยังไม่มีความชัดเจน พยาบาลใช้ประสบการณ์และสัญชาตญาณในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย มีความยากลำบากในการปฏิบัติงาน หลักสูตรการพยาบาลที่มีอยู่ มีเนื้อหาสาระและการฝึกปฏิบัติ ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ไม่มีการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและเปิดสอนหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัยอย่างชัดเจน (พูลสุข ศิริพูล และ สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, 2555) การจัดบริการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของความแตกต่างด้านเพศ ซึ่งได้รับผลกระทบและความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน มีสัมพันธ์กับ เพศ อายุ วัฒนธรรมประเพณีของแต่ละชุมชน เช่น เมื่อเกิดภัยพิบัติจากสงคราม ผู้หญิงมีโอกาสถูกล่วงละเมิดทางเพศมากกว่าผู้ชาย การจัดศูนย์อพยพหรือศูนย์พักพิงต่างๆ ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มเปราะบาง เช่น ลักษณะห้องน้ำ ส้วมซึม ไม่เหมาะสม

ผู้สูงอายุ แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดสรรสิ่งของบริจาคไม่สอดคล้องกับความต้องการเช่น ขาดนมผง ขวดนมสำหรับเด็กเล็ก ขาดผ้าอนามัย ชุดชั้นในสำหรับผู้หญิง ดังนั้นหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านเพศภาวะ ทำให้สามารถวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ประสบภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ อิงศญา โคตรนารา, 2556) สอดคล้องกับ นันทกา สวัสดิพานิช และ จุไร อภัยจิรรัตน์ (2556) พบว่าการจัดการศูนย์อพยพมีความแออัด ไม่สะอาด น้ำประปามีสิ่งปนเปื้อน บรรยากาศค่อนข้างวุ่นวาย ไม่มีการลงทะเบียนผู้เข้าพักพิง ผู้ประสบภัยรวมกลุ่มเล่นการพนัน ดื่มสุราหรือพูดจาเสียงดัง ขาดการจัดระเบียบสิ่งของบริจาค ไม่มีการแบ่งแยกพื้นที่สำหรับบุคคลและสัตว์เลี้ยงให้ชัดเจน สอดคล้องกับ จินตนา บุญจันทร์และคณะ (2555) พบว่าจากการถอดบทเรียนโรงพยาบาลเครือข่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วม ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติในอนาคต ได้แก่ จัดทำข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลเครือข่ายความช่วยเหลือด้านภัยพิบัติ (Disaster Network) มอบหมายผู้รับผิดชอบและจัดตั้งศูนย์กลางการประสานงานระดับต่างๆ พร้อมทั้งข้อมูลรายชื่อพยาบาล แพทย์ และอาสาสมัคร จัดทำแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลเครือข่ายความช่วยเหลือภายในและภายนอกโรงพยาบาล พัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลเครือข่าย เตรียมความพร้อมของสถานที่รับผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับญาติ การสำรองเสื้อผ้า เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อและยา การสื่อสารและจุดประสานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ (Disaster management) สมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ (Disaster nursing competency) หรือการจัดการขณะปฏิบัติงานภาคสนามหรือในพื้นที่ประสบภัย (Disaster field management)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ตามการจัดการภาวะภัยพิบัติของของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN 2009) เป็นแนวคิดหลัก ร่วมกับ Adelman and Legg (2010), Beach (2010) และ Power and Daily (2010) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique เพื่อหาฉันทามติ ด้วยการสัมภาษณ์จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติของประเทศไทย โดยกำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้นดังนี้

ภาพที่ 6 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากสัมภาษณ์และแบบสอบถามความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม จำนวน 21 คน รายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม
 - 1.1 การเตรียมความพร้อมผู้วิจัย
 - 1.2 กำหนดประเด็นปัญหาของการวิจัย
2. การกำหนดและคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
3. การสร้างเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย
 - 3.4 การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูล
4. การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย
 - 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1
 - 4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2
 - 4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

1. การเตรียมความพร้อม

การเตรียมความพร้อมในการวิจัยฉบับนี้ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้วิจัยและการกำหนดผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัย ให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ มีขั้นตอนดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมผู้วิจัย

การวิจัยฉบับนี้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique ด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ ซึ่งเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญคือนักวิจัย ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อสร้างความไว้วางใจในการเปิดเผยและให้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูล ทบทวนและ

สังเคราะห์วรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติทั้งในและต่างประเทศ จากหนังสือ ตำราต่างประเทศ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เอกสารการประชุมวิชาการและเข้าร่วมประชุมวิชาการด้วยตนเอง ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและกำหนดกรอบแนวคิดเบื้องต้น การวิจัย อีกทั้งผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษารายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล รหัสรายวิชา 3600326 จำนวน 3 หน่วยกิต เพื่อพัฒนาทักษะการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหา สรุปและสังเคราะห์ ประเด็นเนื้อหาที่สำคัญ นำมาประยุกต์ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม

1.2 กำหนดปัญหาการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยกำหนดปัญหาของการวิจัยคือการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ควรเป็นอย่างไร แบ่งการจัดการเป็นกี่ระยะ และแต่ละระยะควมมีรายละเอียดของกิจกรรมอย่างไร เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลอย่างแท้จริง

2. การกำหนดและคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ 3) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ และ 4) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ ผู้วิจัยกำหนดและคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากการศึกษาประวัติการศึกษา ผลงานทางวิชาการและประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ รวมทั้งนำเสนอรายชื่อผู้เชี่ยวชาญให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณา เพื่อกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความเข้าใจการจัดการภาวะภัยพิบัติอย่างแท้จริง และมีความยินดีในการให้ข้อมูลการวิจัย โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (Purposive sampling) หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความยินดีในการให้ข้อมูลการวิจัย และขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ หรือการบอกต่อแบบลูกโซ่ (Chain or snowball sampling) จนได้ผู้เชี่ยวชาญครบตามจำนวนที่ผู้วิจัยต้องการในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 22 คน ซึ่งสอดคล้องตามการศึกษาของ Macmillan กล่าวว่ามีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 21-25 คน จะทำให้ความคลาดเคลื่อน (Net change) ลดลงที่ 0.02 และการลดลงของความคลาดเคลื่อน (Error reduction) เท่ากับ 0.46-0.48 (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2553) และผู้เชี่ยวชาญ 1 คน ขอลอนตัวจากการวิจัยเนื่องจากติดภารกิจไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ จึงคงเหลือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มดังนี้

2.1 กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าหอ หัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านกายพิบัติอย่างน้อย 5 ปี หรือได้รับวุฒิปัตรหรือฝึกอบรมด้านกายพิบัติ หรือพยาบาลระดับปฏิบัติการ ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านกายพิบัติอย่างน้อย 10 ปี ได้รับวุฒิปัตรหรือฝึกอบรมด้านกายพิบัติ หรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านกายพิบัติ สำเร็จการศึกษาศาสาพยาบาลศาสตร์ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 8 คน

2.2 กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านกายพิบัติ มีคุณสมบัติดังนี้ สำเร็จการศึกษาศาสาพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ด้านการสอนหรือผลงานทางวิชาการด้านกายพิบัติ อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านกายพิบัติที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ อาจารย์หรือผู้พัฒนาหลักสูตรด้านกายพิบัติ หรือเป็นคณะกรรมการของศูนย์พยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ จำนวน 5 คน

2.3 กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกายพิบัติ ที่มีคุณสมบัติดังนี้ สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตร์ มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านกายพิบัติอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป หรือมีประสบการณ์ด้านการสอนหรือผลงานทางวิชาการหรือการศึกษาวิจัยด้านกายพิบัติอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านกายพิบัติ ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ จำนวน 5 คน

2.4 กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการกายพิบัติ ที่มีคุณสมบัติดังนี้ ปฏิบัติงานในองค์กรหรือหน่วยงานที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านกายพิบัติในระดับประเทศ ดำรงตำแหน่งด้านการบริหารงานขององค์กรหรือหน่วยงาน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านกายพิบัติอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 3 คน

3. การสร้างเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติ โดยเลือกใช้การจัดการภาวะภัยพิบัติของของสภากาชาดสากล (WHO and ICN 2009) เป็นแนวคิดหลักร่วมกับ Adelman and Legg (2010), Beach (2010) และ Power and Daily (2010) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้นและเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน. ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ วุฒิการศึกษาหรือการศึกษาระดับเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ให้ผู้เชี่ยวชาญกรอกรายละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญที่มีความเหมาะสม ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงให้ข้อรายการมีความชัดเจน ประกอบด้วยข้อรายการจำนวน 3 ข้อ ดังนี้

- 1) ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ควรเป็นอย่างไร
- 2) ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ควรแบ่งเป็นกี่ระยะ
- 3) ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ในแต่ละระยะควรมีรายละเอียดอย่างไร

แบบสอบถามรอบที่ 2 เรื่อง การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามโดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ในรายด้านหลักและข้อรายการ โดยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ร่วมกับการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แบบสอบถามรอบที่ 3 เรื่อง การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนมากขึ้น ใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ แสดงข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedback) โดยรวม ได้แก่ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อมูลความคิดเห็นของตนเองว่าสอดคล้องหรือแตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และพิจารณายืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

3.2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้น 252 วัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ใช้เวลา 182 วัน ตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม-20 พฤศจิกายน 2556 รอบที่ 2 ใช้เวลา 45 วัน ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2556-30 มกราคม 2557 รอบที่ 3 ใช้เวลา 25 วัน ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์-7 มีนาคม 2557 รายละเอียดดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ทบทวน สังเคราะห์วรรณกรรมเรื่องการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อรายการการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ
- 2) ติดต่อผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ หลังกำหนดรายชื่อผู้เชี่ยวชาญผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique ให้ผู้เชี่ยวชาญทราบวิธีการเก็บข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งเป็นข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ พร้อมทั้งนัดวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือช่องทางอื่นๆ ตามความประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญและขออนุญาตบันทึกเสียงในการสนทนา
- 3) จัดทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้บังคับบัญชาและผู้เชี่ยวชาญโดยตรง พร้อมแนบวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปและแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยส่งทางไปรษณีย์ 16 คน และส่งด้วยตนเอง 5 คน
- 4) เตรียมความพร้อมก่อนการสัมภาษณ์ โดยจัดเตรียมของที่ระลึกได้แก่ กุหลาบนามบัตรและหนังสือสำหรับมอบให้ผู้เชี่ยวชาญหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกขณะสัมภาษณ์ ใบเซ็นยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย และโทรศัพท์เพื่อยืนยันการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง 20 คน และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 1 คน ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 45-60 นาที/คน และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ โดยใช้แนวคำถามตามที่กำหนดในแบบสอบถาม ไม่ใช่คำถามชี้แนะให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและชี้แจงการเก็บข้อมูลในรอบต่อไป ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม-20 พฤศจิกายน 2556 รวมทั้งสิ้น 182 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จัดส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษให้แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 21 คน ขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญกรุณาตอบแบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์ หลังได้รับแบบสอบถามและส่งกลับทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยระบุชื่อ ที่อยู่ของผู้วิจัยและติดต่อไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกิดเวลาที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยรับแบบสอบถามด้วยตนเอง 6 ฉบับ และได้รับทางไปรษณีย์ 15 ฉบับ ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2556-30 มกราคม 2557 รวมทั้งสิ้น 45 วัน

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จัดส่งทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษให้แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 21 คน ขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญกรุณาตอบแบบสอบถามภายในเวลา 1 สัปดาห์และส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่กำหนดไว้ การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 20 ชุด เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน ติดภารกิจในต่างประเทศ ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยรับแบบสอบถามด้วยตนเอง 3 ฉบับ และได้รับทางไปรษณีย์ 17 ฉบับ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์-7 มีนาคม 2557 รวมทั้งสิ้น 25 วัน

3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มมนุษย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญตามความยินยอม และสมัครใจในการให้ข้อมูล ติดต่อผู้เชี่ยวชาญเป็นการส่วนตัวเพื่อสอบถามความยินดีในการให้ข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล นิตหมายการสัมภาษณ์ตามที่ผู้เชี่ยวชาญสะดวก ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เมื่อได้แบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างถึงชื่อบุคคลและเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ รวมทั้งเก็บทำลายหลักฐานการบันทึกเทปและเอกสารแบบสอบถามหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

3.4 การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจน ถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา อีกทั้งในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยงตามกระบวนการวิจัยในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากความตรงเชิงเนื้อหาได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยใช้เทคนิคการสรุปสาระระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น ในขณะที่สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สรุปเนื้อหา และสอบถามผู้เชี่ยวชาญว่าถูกต้องตามความคิดของผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน อีกทั้งมีการสรุปเนื้อหาการสนทนาเป็นระยะ เพื่อให้ได้เนื้อหาการสัมภาษณ์ที่ตรงประเด็นกับหัวข้อการวิจัย ส่งผลให้มีความตรงเชิงเนื้อหาสูง และความเที่ยงเกิดจากการที่ผู้เชี่ยวชาญมีการตอบแบบสอบถามชุดเดิมซ้ำ

หลายรอบ หากคำตอบของแบบสอบถามมีการเปลี่ยนแปลงน้อย หรือไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่า เครื่องมือมีความเที่ยงสูงเช่นกัน (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553)

4. การวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน มาวิเคราะห์ สังเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทปบันทึกเสียงขณะที่สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล จัดหมวดหมู่ตามรายด้าน จำแนกให้เป็นมิติตามการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยนำเนื้อหาที่มี ลักษณะเดียวกันรวมเข้าด้วยกัน เลือกใช้ถ้อยคำที่ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด เขียนด้วยภาษาที่สั้น กะทัดรัดและรักษาความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด บูรณาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการจัดการภาวะภัยพิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างเครื่องมือแบบสอบถาม และพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมา ปรับปรุงการจัดการในด้านหลัก มีการยุบรวมการแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมจากเดิม 4 ระยะ เป็น 3 ระยะ โดยรวมระยะการป้องกันและลดผลกระทบ และระยะการเตรียมความพร้อม เป็นระยะการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ เนื่องจาก ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่า กิจกรรมหรือวิธีการดำเนินงานของทั้งสองระยะมีความ ต่อเนื่องกัน สามารถรวมกันได้ เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปใช้งานจริง และเพิ่มการจัดการด้านหลักจาก เดิม 12 ด้านหลัก เป็น 13 ด้านหลัก รวมทั้งมีการปรับปรุงสำนวนภาษาของการจัดการในรายด้าน หลักให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น สรุปประเด็นการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 5 ด้านหลัก 51 ข้อรายการ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก 25 ข้อรายการ และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก 16 ข้อรายการรวมการจัดการ 13 ด้านหลัก 92 ข้อรายการรายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก จ.

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งหมด มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการในแต่ละข้อ เพื่อพิจารณาความ คิดเห็นที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงข้อ รายการให้มีความเหมาะสมชัดเจน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้มีการรวมข้อรายการที่มีความหมาย คล้ายไว้ด้วยกัน และปรับเปลี่ยนสำนวนภาษาให้มีความสอดคล้องกับขอบเขตความรับผิดชอบของ พยาบาลวิชาชีพ สรุปมีการปรับเปลี่ยนสำนวนภาษา รายด้านจำนวน 11 ข้อรายการ และรายข้อ จำนวน 61 ข้อรายการ และยุบรวมข้อรายการรวมกันจาก 24 ข้อรายการเป็น 11 ข้อรายการ

คงเหลือข้อรายการในรอบที่ 3 จำนวน 79 ข้อรายการ รายละเอียดในภาคผนวก ฉ. โดยข้อรายการที่มีการยุบรวมกัน ดังนี้

4.2.1 ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ

4.2.1.1 ด้านวางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติกับชุมชนหรือหน่วยงานภาคีเครือข่าย ตามที่ได้รับมอบหมาย และสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติการภัยพิบัติด้านสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและทุกภาคส่วน เป็นร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการภัยพิบัติด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย

4.2.1.2 ด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ยุบรวม 3 ข้อรายการได้แก่ กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาล ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในเวลาและนอกเวลาราชการ ตามขอบเขตตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน, มอบหมายบุคลากรทางการพยาบาลตามที่ได้รับมอบหมายในการรายงานเหตุการณ์ภัยพิบัติแก่ผู้บังคับบัญชา สื่อมวลชน ผู้ประสพภัยและญาติได้อย่างเหมาะสม รวดเร็วและถูกต้อง และ กำหนดผู้รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายภายในองค์กรพยาบาล ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล เป็นกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล ทั้งในและนอกเวลาราชการ

4.2.1.3 ด้านกำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล ยุบรวม 4 ข้อรายการ เป็น 2 ข้อรายการ ดังนี้

1) ยุบรวม 2 ข้อรายการ ได้แก่จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งแผนระยะสั้น กลางและระยะยาว ร่วมกับองค์กรสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลและแผนระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ และ มอบหมายให้หอผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาล จัดทำแผนเฉพาะกิจด้านภัยพิบัติ สอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน เป็นจัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล และองค์กรพยาบาล ที่ครอบคลุมระยะสั้น กลางและระยะยาว สอดคล้องกับความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติทุกประเภท

2) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ ร่วมกำหนดพื้นที่การปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติในโรงพยาบาล เช่น พื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน สารเคมี กัมมันตรังสี ชีวภาพและนิวเคลียร์ พื้นที่การจัดการและดูแลศพ พื้นที่การส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย เป็นต้น และร่วมกำหนดพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น จุดรวมพล เส้นทางอพยพผู้ป่วย เส้นทางเคลื่อนย้าย ส่งต่อ-ส่งกลับผู้ประสพภัยหรืออุปกรณ์

เครื่องทางแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาล พื้นที่ปลอดภัย Cool, Warm และ Hot Zone ก่อนเกิดภัยพิบัติ เป็นร่วมกำหนดพื้นที่การปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล

4.2.1.4 ด้านพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ยุบรวมทั้งหมด 9 ข้อรายการ เป็น 4 ข้อรายการ ดังนี้

1) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทุกระดับ และ ส่งเสริมการจัดการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ เป็นสนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาและการจัดหลักสูตรการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของระบบการศึกษาทางการพยาบาลทุกระดับ

2) ยุบรวม 3 ข้อรายการได้แก่ ดำเนินการฝึกซ้อมแผนการจัดการภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลร่วมกันทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อรับมือกับภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบและมีความหลากหลาย, ร่วมวางแผนและจัดการฝึกซ้อมแผนการจัดการภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล และชุมชน และส่งเสริมการฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมด้านภัยพิบัติร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับชาติหรือนานาชาติของบุคลากรทางการพยาบาล เป็นดำเนินการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในระดับชาติและนานาชาติ อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

3) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ ดำเนินการทบทวนเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะทางการพยาบาลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล และจัดการอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลและการปฐมพยาบาลใหม่ เป็นจัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลและการจัดการในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

4) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ พัฒนาทักษะส่วนบุคคลของบุคลากรทางการพยาบาล ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ และดำเนินการฝึกอบรมทักษะการรักษาวีถีรอดให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เป็นพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติและทักษะการรักษาวีถีรอดของบุคลากรทางการพยาบาล

4.2.1.5 ด้านจัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ยุบรวมทั้งหมด 4 ข้อรายการเป็น 2 ข้อรายการดังนี้

1) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ ร่วมวางแผนในการสำรองเตียงผู้ป่วยในการรับผู้บาดเจ็บขณะเกิดภัยพิบัติ และร่วมวางแผนในการสำรองวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ

ทางการพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติ เป็นวางแผนสำรองเตียงผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งาน

2) ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ ร่วมวางแผนในการสำรองเครื่องอุปโภคบริโภคในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งานได้อย่างน้อย 72 ชม. ก่อนความช่วยเหลือภายนอกจะเข้ามาถึง และร่วมวางแผนในการจัดเตรียมพลังงานสำรองในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่เหมาะสมกับประเภทของภัยพิบัติ เป็นวางแผนสำรอง เครื่องอุปโภคบริโภค แหล่งพลังงานสำรองของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งานได้อย่างน้อย 72 ชม. ก่อนความช่วยเหลือภายนอกจะเข้ามาถึง

4.2.2 ระยะเวลารับมือกับภัยพิบัติ

4.2.2.1 ด้านกำกับดูแลระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล ยุบรวม 2 ข้อรายการได้แก่ จัดบริการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติให้แก่ผู้ประสบภัยที่เหมาะสมกับเพศและช่วงอายุตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง และสอดคล้องกับความต้องการ และจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนที่เกิดภัยพิบัติ เป็นจัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัย ที่เหมาะสมกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มเปราะบาง วัฒนธรรม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ

ข้อรายการที่มีการปรับย้ายจากด้านหลัก เพื่อให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาและคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) ระยะเวลาเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาล ประสานการจัดระบบอาสาสมัครพยาบาลด้านภัยพิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ เป็นด้านพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ

2) ระยะเวลา 2 การรับมือกับภัยพิบัติ ด้านจัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล กำกับดูแลการบันทึกข้อมูลของบุคลากรทางการพยาบาลให้ครบถ้วนและถูกต้อง เป็น ด้านจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ และด้านจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ร่วมการประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ร่วมกับหน่วยทุกหน่วยงานในระบบบัญชาการเหตุการณ์ เป็นด้านจัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล

หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อมูลความคิดเห็นของตนเองว่าสอดคล้องหรือแตกต่างจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และพิจารณายืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบ

เดิมหรือการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับแก้ไขการใช้สำนวนภาษาและจัดลำดับความสำคัญของข้อความได้ หากผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบเดิมที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.0 ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.0 ผู้วิจัยขอความกรุณาให้ผู้เชี่ยวชาญอธิบายเหตุผลประกอบ (Gracht, 2012) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ในแบบสอบถามระบุความหมายและกำหนดระดับคะแนน ดังนี้

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ $|—|$ (Becker and Roberts, 2009)

ตำแหน่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ X

ข้อรายการที่มีปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้สัญลักษณ์ *

ระดับคะแนน

ความหมาย

- | | |
|-----------|---|
| 5 หมายถึง | ท่านคิดเห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด |
| 4 หมายถึง | ท่านคิดเห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมาก |
| 3 หมายถึง | ท่านคิดเห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญปานกลาง |
| 2 หมายถึง | ท่านคิดเห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อย |
| 1 หมายถึง | ท่านคิดเห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด |

เกณฑ์การคำนวณสูตรมัธยฐาน ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$Med = Lo + c \left(\frac{\frac{N}{2} - fb}{fx} \right)$$

- | | | |
|------------|---|--|
| <i>Med</i> | = | ค่ามัธยฐาน |
| <i>Lo</i> | = | คะแนนขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่เป็นมัธยฐาน |
| <i>N</i> | = | จำนวนข้อมูลทั้งหมด |
| <i>c</i> | = | ความกว้างของอันตรภาคชั้น |
| <i>fb</i> | = | ความถี่สะสมของคะแนนก่อนถึงชั้นที่เป็นมัธยฐาน |
| <i>fx</i> | = | ความถี่ของคะแนนชั้นที่เป็นมัธยฐาน |

การแปลความหมายค่ามัธยฐานในแต่ละข้อรายการ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555)

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51-5.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด
3.51-4.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมาก
2.51-3.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญปานกลาง
1.51-2.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อย
1.00-1.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด

การคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquatile range: IR) จากสูตร (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$IR = Q3 - Q1 \quad \text{โดยคำนวณ } Q3 \text{ และ } Q1 \text{ จากสูตร}$$

$$Q1 = LQ1 + c \left(\frac{\frac{N}{4} - fb}{fQ1} \right)$$

$$Q_1 = \text{ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1}$$

$$L_{Q1} = \text{ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ } Q1 \text{ อยู่}$$

$$c = \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้นของ } Q1$$

$$N = \text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด}$$

$$Fb = \text{ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น } Q1$$

$$f_{Q1} = \text{ความถี่ของชั้น } Q1$$

$$Q1 = LQ3 + c \left(\frac{\frac{3N}{4} - fb}{fQ3} \right)$$

$$Q1 = \text{ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3}$$

$$L_{Q1} = \text{ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ } Q3 \text{ อยู่}$$

$$c = \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้นของ } Q3$$

$$N = \text{จำนวนข้อมูลทั้งหมด}$$

$$Fb = \text{ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น } Q3$$

$$f_{Q1} = \text{ความถี่ของชั้น } Q3$$

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ดังนี้ (Gracht, 2012)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)	ความหมาย
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติของทางการพยาบาลของข้อรายการนั้นๆ มีความสอดคล้องกัน
มากกว่า 1.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติของทางการพยาบาลของข้อรายการนั้น ไม่สอดคล้องกัน

ตารางที่ 3 ตารางการแบ่งช่วงคะแนนของอันตรายภาคชั้น

ระดับคะแนน	ช่วงคะแนน	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริง	ความกว้างของอันตรายภาคชั้น
1	1.00-1.50	1.00	0.5
2	1.51-2.50	1.505	1
3	2.51-3.50	2.505	1
4	3.51-4.50	3.505	1
5	4.51-5.00	4.505	0.5

4.3 การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งหมด มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการในแต่ละข้ออีกครั้ง เพื่อสรุปผลการวิจัย ข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของข้อรายการนั้น มีความสำคัญในระดับมาก หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Gracht, 2012) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกันทั้งสองรอบ ค่ามัธยฐานในอยู่ในช่วง 4.34-4.73 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.28-0.91 หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมาก-มากที่สุด และมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 8.35 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 252 วัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น ที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ 4 กลุ่ม จำนวน 21 คน ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติการพยาบาล 8 คน กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ 5 คน กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ 5 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ 3 คน ผลการศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล สรุปผลการศึกษาเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็นระยะและรายด้าน (3 ระยะ ประกอบด้วย 13 ด้านหลัก)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ (13 ด้านหลัก ประกอบด้วย 79 ข้อรายการ)

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็นระยะและรายด้านหลัก

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อรายการในแต่ละข้อ หากข้อรายการใดมีค่ามัธยฐานมากกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา มาปรับปรุงข้อรายการในแบบสอบถามรอบที่ 3 ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยการปรับสำนวนภาษาให้มีความเหมาะสม และรวมข้อรายการที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันไว้ด้วยกัน (รายละเอียดในภาคผนวก ฉ. ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ) ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ จำแนกเป็นรายด้านหลักเปรียบเทียบทั้งสองรอบดังนี้

ตารางที่ 4 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ จำแนกเป็นรายด้าน เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ รอบที่ 3

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล (13 ด้านหลัก)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ (5 ด้านหลัก)						
1) วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลสุขภาพ ของชุมชน	4.63	0.75	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2) พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กร พยาบาล	4.60	0.76	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
4) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ ด้านภัยพิบัติ	4.60	0.76	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
5) จัดเตรียมทรัพยากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อ รับมือกับภัยพิบัติ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
2. ระยะรับมือกับภัยพิบัติ (4 ด้านหลัก)						
1) จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล	4.68	0.33	มากที่สุด	4.73	0.28	มากที่สุด
2) จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ	4.68	0.33	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
3) จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะ ภัยพิบัติ	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
4) จัดสรรบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อปฏิบัติงาน ขณะเกิดภัยพิบัติ	4.57	0.82	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
3. ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ (4 ด้านหลัก)						
1) ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากร ทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับผลกระทบ	4.70	0.31	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2) สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กร พยาบาล	4.66	0.51	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับ หน่วยงานภาคีเครือข่าย (4)	4.57	0.75	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
4) ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ (3)	4.53	0.79	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลของรายด้านหลักในแต่ละระยะ มีระดับความสำคัญมากที่สุด ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองรอบสอดคล้องกัน ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.57-4.70 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.31-0.82 ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

อยู่ในช่วง 4.59-4.73 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.28-0.67 โดยข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานในระดับความสำคัญมากที่สุด จำนวน 77 ข้อ และระดับมาก จำนวน 2 ข้อ ในระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติพบว่า ด้านวางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลสุขภาพของชุมชนและด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Med=4.67, IR=0.33) ระยะรับมือกับภัยพิบัติพบว่า ด้านจัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Med=4.73, IR=0.28) และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติพบว่า ด้านช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับผลกระทบ มีค่ามัธยฐานสูงสุด (Med=4.71, IR=0.29)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ

ผู้วิจัยนำข้อรายการมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้านหลัก ประกอบด้วย ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ 5 ด้านหลัก ประกอบด้วย 40 ข้อรายการ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ 4 ด้านหลัก ประกอบด้วย 24 ข้อรายการ และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ 4 ด้านหลัก ประกอบด้วย 15 ข้อรายการ รวมการจัดการ 13 ด้านหลัก 79 ข้อรายการ ดังตารางที่ 5-7 ดังนี้

ตารางที่ 5 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ
แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ (40 ข้อรายการ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
1. วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลสุขภาพ ของชุมชน (5ข้อรายการ)						
1) ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการภัยพิบัติด้าน สุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย	4.66	0.48	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
2) ร่วมกำหนดเส้นทางการอพยพ พื้นที่ ปลอดภัย และการจัดตั้งศูนย์พักพิงในชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	4.63	0.66	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
3) ส่งเสริมศักยภาพการจัดการภัยพิบัติด้าน สุขภาพของอาสาสมัครสุขภาพประจำชุมชน และประชาชนในพื้นที่	4.70	0.31	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
4) กำหนดแนวทางการช่วยเหลือและ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านภัยพิบัติที่ ส่งผลต่อสุขภาพให้แก่ชุมชน	4.60	0.69	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
5) ประเมินผลการดำเนินงานการเตรียมความ พร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติด้านสุขภาพของ ชุมชน ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย	4.57	0.91	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
2. พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ (7 ข้อรายการ)						
1) จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่มีความ เฉพาะเจาะจงและครอบคลุมทุกความเสี่ยงของ การเกิดภัยพิบัติ	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
2) จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล ด้านการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล	4.63	0.66	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากร ทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับระบบ บัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล ทั้งในและ นอกเวลาราชการ	4.63	0.75	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ
แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
4) กำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารภายใน และภายนอกองค์กรพยาบาลที่ชัดเจน	4.60	0.69	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
5) จัดระบบการฟื้นฟูเยียวยาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย	4.63	0.60	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
6) จัดระบบการตรวจสอบความพร้อมของ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการพยาบาล ให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ	4.63	0.66	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
7) จัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลและ กำหนดแนวทางป้องกันความเสียหายจากภัยพิบัติทุกประเภท	4.60	0.76	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด

3 กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กร
พยาบาล (8 ข้อรายการ)

1) กำหนดกลยุทธ์ นโยบายด้านภัยพิบัติของ องค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ของ โรงพยาบาล แผนภัยพิบัติระดับจังหวัด ภูมิภาค และระดับชาติ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2) ร่วมกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับ หรือกฎหมายด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพ ของประชาชน	4.68	0.33	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
3) ถ่ายทอดนโยบาย กลยุทธ์ด้านภัยพิบัติ และระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้แก่บุคลากร ทางการพยาบาล	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
4) จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอ ผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล และองค์กร พยาบาล ที่ครอบคลุมระยะสั้น กลางและระยะ ยาว สอดคล้องกับความเสี่ยงของการเกิดภัย พิบัติทุกประเภท	4.68	0.33	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
5) ร่วมจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์เพื่อ รับมือกับภัยพิบัติของโรงพยาบาล	4.66	0.51	มากที่สุด	4.64	0.47	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
6) ตรวจสอบแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.63	0.60	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
7) ทบทวน ปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์	4.66	0.51	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
8) จัดทำแผนภูมิโครงสร้างองค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล	4.63	0.75	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาล						
ด้านภัยพิบัติ (12 ข้อรายการ)						
1) จัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลและการจัดการในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง	4.68	0.33	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติการทางแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หรือ Mini-MERT ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
3) ดำเนินการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ร่วมกับทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในระดับชาติและนานาชาติ อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
4) สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาและการจัดหลักสูตรการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของระบบการศึกษาทางการพยาบาลทุกระดับ	4.66	0.45	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
5) นิเทศการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลร่วมกับหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล	4.66	0.51	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
6) ประเมินผลการจัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมให้มีความหลากหลาย	4.63	0.66	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
7) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติและทักษะการรักษาชีวิตรอดของบุคลากรทางการพยาบาล	4.60	0.69	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
8) สนับสนุนการศึกษาวิจัยและผลิตนวัตกรรมทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
9) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกประเทศ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
10) จัดระบบอาสาสมัครพยาบาลด้านภัยพิบัติของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล และจัดทำฐานข้อมูลในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ	4.60	0.76	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
11) ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์การพยาบาลสาธารณภัยแห่งชาติ ให้มีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง	4.57	0.83	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
12) ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ	4.53	0.94	มากที่สุด	4.51	0.75	มากที่สุด

5. จัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ (8 ข้อรายการ)

1) กำหนดพื้นที่ปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมทุกหน่วยงาน	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
2) จัดสรรงบประมาณดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลและโรงพยาบาล	4.66	0.48	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 5 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
3) วางแผนสำรองเตียงผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งาน	4.60	0.69	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
4) วางแผนสำรอง เครื่องอุปโภคบริโภค แหล่งพลังงานสำรองของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ให้เพียงพอต่อการใช้งานได้อย่างน้อย 72 ชม. ก่อนความช่วยเหลือภายนอกจะเข้ามาถึง	4.57	0.82	มากที่สุด	4.59	0.67	มากที่สุด
5) กำหนดระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับ ระเบียบของโรงพยาบาลและหน่วยงานรัฐ	4.53	0.86	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
6) ประสานขอความร่วมมือในการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน	4.53	0.86	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
7) เตรียมเครื่องสื่อสารภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ที่เหมาะสมและเพียงพอ สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติ	4.48	0.52	มาก	4.55	0.72	มากที่สุด
8) ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับผู้ประสบภัยที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย	4.46	0.95	มาก	4.41	0.91	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ด้านสนับสนุนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของชุมชนของแต่ละข้อรายการสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.57-4.70 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.55-4.65 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.31-0.91 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29-0.72 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการภัยพิบัติ

ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ร่วมกำหนดเส้นทางการอพยพพื้นที่ปลอดภัย และการจัดตั้งศูนย์พักพิงในชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และส่งเสริมศักยภาพการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพของอาสาสมัครสุขภาพประจำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ (Med=4.65 IR=0.29)

ด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.60–4.68 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.59–4.69 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.33–0.76 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.31–0.72 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมทุกความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติ (Med=4.69 IR=0.31)

ด้านกำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.63–4.71 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.62–4.71 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.29–0.75 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29–0.59 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ กำหนดกลยุทธ์ นโยบายด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล แผนภัยพิบัติระดับจังหวัด ภูมิภาค และระดับชาติ (Med=4.71, IR=0.29) และร่วมกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับหรือกฎหมายด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน (Med=4.71, IR=0.29)

ด้านพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.53–4.68 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.51–4.71 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.33–0.94 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29–0.75 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลและการจัดการในภาวะภัยพิบัติ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดแยกประเภทผู้ป่วย การปฐมพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผล ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ การดูแลทางด้านออร์โธปิดิกส์ฉุกเฉิน ภาวะสุขภาพในการพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน (Health in Emergency) เป็นต้น และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หรือ Mini-MERT ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ (Med=4.71 IR=0.29)

ด้านจัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยรวมสอดคล้องกัน 1 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก และ 7 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.46–4.68 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.41–4.69 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.48–0.95 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.33–0.91 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ กำหนดพื้นที่ปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมทุกหน่วยงาน เช่น พื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ปลอดภัย Cool, Warm และ Hot Zone พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน สารเคมี กัมมันตรังสี ชีวภาพและนิวเคลียร์ พื้นที่การจัดการและดูแลศพ จุดรวมพล เส้นทางอพยพผู้ป่วย เส้นทางเคลื่อนย้าย ส่งต่อ-ส่งกลับผู้ประสบภัยหรืออุปกรณ์ เครื่องทางแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาล เป็นต้น (Med=4.69 IR=0.31)

ตารางที่ 6 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล ระยะรับมือกับภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและ
ข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะรับมือกับภัยพิบัติ (24 ข้อรายการ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
1. จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ (7 ข้อรายการ)						
1) ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงและดูแลความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	4.68	0.33	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2) จัดระบบการลงทะเบียนผู้ประสบภัยในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง และให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล	4.63	0.75	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) จัดสถานที่ภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง ให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อายุ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้ประสบภัย	4.63	0.60	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
4) ประเมินการจัดการความสงบเรียบร้อยและการควบคุมสถานการณ์ในโรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.66	0.58	มากที่สุด	4.65	0.61	มากที่สุด
5) ประสานการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับผู้ประสบภัยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายหรือพื้นที่ปลอดภัย	4.66	0.45	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
6) ประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์	4.63	0.75	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
7) ติดตามอาการเจ็บป่วยของผู้ประสบภัยในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิงอย่างสม่ำเสมอ	4.57	0.75	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
2 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ (6 ข้อรายการ)						
1) จัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม	4.71	0.29	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2) ประสานการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงานการพยาบาล ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ	4.70	0.31	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะรับมือกับภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้าน และข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะรับมือกับภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
3) จัดระบบการระงับเหตุบุคคลที่ผู้ประสบภัย อาสาสมัคร และผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง ที่ถูกต้อง	4.66	0.58	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
4) ดำเนินการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ของผู้ประสบภัยให้ครบถ้วนและถูกต้อง	4.66	0.51	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
5) จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัย ที่เหมาะสมกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มเปราะบาง วัฒนธรรม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียม ประเพณีของชุมชนในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ	4.63	0.60	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
6) จัดทีมการพยาบาลร่วมกับหน่วยบริการทาง การแพทย์เคลื่อนที่ ให้สามารถออกปฏิบัติงานได้ ทันทีหรือภายหลังการเกิดภัยพิบัติไม่เกิน 24 ชม. แรก	4.60	0.69	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
3. จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะ ภัยพิบัติ (6 ข้อรายการ)						
1) จัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือทางการพยาบาลใน การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือจัดตั้ง โรงพยาบาลสนามให้เพียงพอต่อการใช้งาน	4.66	0.51	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2) จัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้แก่หอ ผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ตามภาระงานและ ระดับความรุนแรงของการเกิดภัยพิบัติ	4.63	0.75	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
3) ประเมินความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ประสบภัยในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง เพื่อเป็น ข้อมูลในการระดมทรัพยากร	4.60	0.76	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
4) ดูแลด้านสุขาภิบาลภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พัก พึ่งร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความสะอาด และปลอดภัย	4.53	0.86	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
5) ระดมทรัพยากรทางการพยาบาลที่จำเป็น และขาดแคลน จากหน่วยงานภาคีเครือข่าย	4.48	0.96	มาก	4.51	0.75	มากที่สุด

ตารางที่ 6 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะรับมือกับภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้าน และข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะรับมือกับภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
6) จัดสรรของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม ศาสนา เพศและช่วงอายุของผู้ประสบภัย	4.26	1.20	มาก	4.34	0.83	มาก
4 จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ (5 ข้อรายการ)						
1) จัดสรร ผลัดเปลี่ยน อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน	4.73	0.28	มากที่สุด	4.73	0.28	มากที่สุด
2) สนับสนุนให้พยาบาลอาสาสมัครหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที โดยไม่ถือเป็นวันลา	4.71	0.29	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
3) ดูแลความเป็นอยู่และมอบหมายงานให้แก่กลุ่มพยาบาลอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในพื้นที่	4.68	0.33	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
4) ระดมบุคลากรทางการพยาบาลจากระบบพยาบาลอาสาสมัครหรือหน่วยงานภาคีเครือข่าย กรณีภัยพิบัติมีความรุนแรงและเกินขีดความสามารถในการรับมือ	4.60	0.69	มากที่สุด	4.55	0.65	มากที่สุด
5) จัดทีมการพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีทักษะส่วนบุคคลและสัมพันธภาพที่ดี สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.53	0.74	มากที่สุด	4.51	0.67	มากที่สุด

จากตารางที่ 6 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ด้านจัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.57–4.68 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.34–4.73 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.33–0.75 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.28–0.83 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงและดูแลความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลและอาสาสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และจัดระบบการลงทะเบียน

ผู้ประสบภัยภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง และให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล (Med= 4.67, IR=0.33)

ด้านจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.60–4.71 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.59–4.71 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.29–0.69 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29–0.67 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน ให้แก่ผู้ประสบภัย อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (Med=4.71, IR=0.29)

ด้านการจัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน 1 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก 5 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.26–4.66 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.34–4.67 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.12–0.96 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.33–0.83 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือจัดตั้งโรงพยาบาลสนามให้เพียงพอต่อการใช้งาน (Med= 4.67, IR=0.33) และข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมาก ได้แก่ จัดสรรของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม ศาสนา เพศและช่วงอายุของผู้ประสบภัย (Med= 4.34, IR=0.83)

ด้านจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.53–4.73 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.51–4.73 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.28–0.74 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.28–0.67 ข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดสรร ผลัดเปลี่ยน อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน (Med= 4.73, IR= 0.28)

ตารางที่ 7 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ แบ่งเป็น
รายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ (15 ข้อรายการ)	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
1 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากร ทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ (3 ข้อ รายการ)						
1) ประเมินผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและ สังคมของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการ พยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ	4.71	0.29	มากที่สุด	4.73	0.28	มากที่สุด
2) ดูแลสวัสดิการ ค่าตอบแทน และพิจารณา ความดีความชอบที่เหมาะสม ให้แก่บุคลากร ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ	4.70	0.31	มากที่สุด	4.69	0.31	มากที่สุด
3) ช่วยเหลือเยียวยาทางด้านร่างกายและ จิตใจแก่ผู้ประสบภัย บุคลากรทางการพยาบาล และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเหตุภัย พิบัติ	4.66	0.51	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2. สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติของ องค์กรพยาบาล (5 ข้อรายการ)						
1) จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านภัย พิบัติทางการพยาบาลจากประสบการณ์จริง และจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ	4.71	0.29	มากที่สุด	0.71	0.29	มากที่สุด
2) สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติของ องค์กรพยาบาล เพื่อพัฒนาแผนและถ่ายทอด ความรู้ด้านภัยพิบัติทางการพยาบาล	4.68	0.33	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
3) ประเมินแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของ องค์กรพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมทุกหน่วยงาน	4.68	0.33	มากที่สุด	4.65	0.36	มากที่สุด
4) นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการ พยาบาลและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อวางแผน พัฒนาสมรรถนะตนเอง	4.66	0.48	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
5) จัดทำรายงานการปฏิบัติงานในภาวะภัย พิบัติของแต่ละหอผู้ป่วย/หน่วยงานการ พยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้อง กับความเชี่ยวชาญ	4.66	0.48	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด

ตารางที่ 7 (ต่อ) การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ แบ่งเป็นรายด้านและข้อรายการ เปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และ 3

ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	Med	IR	ความหมาย	Med	IR	ความหมาย
3. จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ						
ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย (4 ข้อ รายการ)						
1) จัดบริการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาทุกข์ ด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยและ กลุ่มเปราะบาง ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย	4.68	0.33	มากที่สุด	4.67	0.33	มากที่สุด
2) จัดกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ประสบภัยและชุมชน อย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว	4.66	0.48	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
3) ส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลในภาวะภัย พิบัติของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้แก่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง	4.66	0.48	มากที่สุด	4.62	0.59	มากที่สุด
4) จัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัย และ กลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับ ผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะ ยาว ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย	4.57	0.91	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด
4. ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม						
กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ (4 ข้อ รายการ)						
1) ประเมินความเสียหายของระบบบริการ พยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	4.66	0.48	มากที่สุด	4.71	0.29	มากที่สุด
2) รายงานความเสียหายของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการพยาบาล ตามสายบังคับ บัญชาเพื่อจัดหาและซ่อมแซม	4.63	0.75	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
3) ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลให้สามารถเปิด บริการแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว	4.60	0.85	มากที่สุด	4.65	0.49	มากที่สุด
4) ฟื้นฟูสภาพแวดล้อมและสุขาภิบาลของ ระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	4.57	0.91	มากที่สุด	4.55	0.72	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ด้านช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.66–4.71 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.67–0.73 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.29–0.51 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.28–0.33 ข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ ประเมินผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ (Med= 4.73, IR=0.28)

ด้านสรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.66–4.71 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.62–4.71 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.29–0.48 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29–0.49 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านภัยพิบัติทางการพยาบาลจากประสบการณ์จริง และจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Med= 4.71, IR=0.29)

ด้านจัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.57–4.68 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.55–4.67 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.33–0.91 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.33–0.72 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ จัดบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเยียวยาด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยและกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย (Med=4.67, IR=0.33)

ด้านฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมสอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 4.57–4.66 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 4.55–4.71 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 อยู่ในช่วง 0.48–0.91 รอบที่ 3 อยู่ในช่วง 0.29–0.72 ซึ่งข้อรายการในรอบที่ 3 ที่มีค่ามัธยฐานสูงที่สุด ได้แก่ ประเมินความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ (Med= 4.71, IR=0.29)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบ Delphi technique มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล จากการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ บูรณาการร่วมกับการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้บริหารและผู้อนุวัติการพยาบาล จำนวน 8 คน 2) กลุ่มอาจารย์ที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 5 คน 3) กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 5 คน และ 4) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย รอบที่ 1 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง รอบที่ 2 แบบสอบถามโดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลในแต่ละรายด้านหลักและข้อรายการ รอบที่ 3 แบบสอบถาม โดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยแสดงข้อมูลย้อนกลับเชิงสถิติโดยรวม ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อรายการแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบข้อมูลความคิดเห็นของตนเองว่าสอดคล้องหรือแตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และพิจารณายืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเดิมหรือการเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้ง 3 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้น 252 วัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1 ใช้เวลา 182 วัน ตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม-20 พฤศจิกายน 2556 รอบที่ 2 ใช้เวลา 45 วัน ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2556-30 มกราคม 2557 รอบที่ 3 ใช้เวลา 25 วัน ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์-7 มีนาคม 2557

สรุปผลการวิจัย

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก 40 ข้อรายการ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก 24 ข้อรายการ และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก 16 ข้อรายการ รวมการจัดการ 13 ด้านหลัก 79 ข้อรายการ โดยเรียงลำดับการจัดการในแต่ละรายด้าน จากระดับความสำคัญมากไปน้อย รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ

ประกอบด้วยการจัดการ 5 ด้านหลัก ได้แก่ วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผล
สุขภาพของชุมชนพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับ
องค์กรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ และจัดเตรียมทรัพยากร
ทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติเพื่อรับมือภัยพิบัติ มีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.41-4.71 และค่า
พิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.29-0.91 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมมีความคิดเห็น
สอดคล้องกัน มีระดับสำคัญมาก-มากที่สุด ดังนี้

1.1 วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย 5 ข้อ
รายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก
ที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการภัยพิบัติด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและ
หน่วยงานภาคีเครือข่าย 2) ร่วมกำหนดเส้นทางการอพยพ พื้นที่ปลอดภัย และการจัดตั้งศูนย์พักพิงใน
ชุมชน อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 3) ส่งเสริมศักยภาพการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพของ
อาสาสมัครสุขภาพประจำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ 4) กำหนดแนวทางการช่วยเหลือและ
ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านภัยพิบัติ ที่ส่งผลต่อสุขภาพให้แก่ชุมชน และ 5) ประเมินผลการ
ดำเนินงานการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติด้านสุขภาพของชุมชน ร่วมกับหน่วยงานภาค
เครือข่าย

1.2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ประกอบด้วย 7 ข้อรายการ โดย
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด เรียงลำดับ
ดังนี้ 1) จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่มีความ
เฉพาะเจาะจงและครอบคลุมทุกความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติ 2) จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพทางการ
พยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล 3) กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการ
พยาบาล ที่สอดคล้องกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล ทั้งในและนอกเวลาราชการ 4)
กำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารภายในและภายนอกองค์กรพยาบาลที่ชัดเจน 5) จัดระบบการฟื้นฟู
เยียวยาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานภาคี
เครือข่าย 6) จัดระบบการตรวจสอบความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ให้
สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 7) จัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลและกำหนด
แนวทางป้องกันความเสียหายจากภัยพิบัติทุกประเภท

1.3 กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล ประกอบด้วย 8 ข้อ
รายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก
ที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) กำหนดกลยุทธ์ นโยบายด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับแผน

กลยุทธ์ของโรงพยาบาล แผนกภัยพิบัติระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ 2) ร่วมกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับหรือกฎหมายด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน 3) ถ่ายทอดนโยบาย กลยุทธ์ด้านภัยพิบัติและระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 4) จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล และองค์กรพยาบาล ที่ครอบคลุมระยะสั้น กลางและระยะยาว สอดคล้องกับความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติทุกประเภท 5) ร่วมจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์เพื่อรับมือกับภัยพิบัติของโรงพยาบาล 6) ตรวจสอบแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 7) ทบทวน ปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ และ 8) จัดทำแผนภูมิโครงสร้างองค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล

1.4 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ด้านภัยพิบัติ ประกอบด้วย 12 ข้อ
 รายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) จัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลและการจัดการในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับอย่างต่อเนื่อง 2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หรือ Mini-MERT ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ 3) ดำเนินการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ร่วมกับทุกภาคส่วน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายในระดับชาติและนานาชาติ อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ 4) สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาและการจัดหลักสูตรการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของระบบการศึกษาทางการแพทย์ทุกระดับ 5) นิเทศการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล 6) ประเมินผลการจัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ และพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมให้มีความหลากหลาย 7) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติและทักษะการรักษาชีวิตรอดของบุคลากรทางการแพทย์ 8) สนับสนุนการศึกษาวิจัยและผลิตนวัตกรรมทางการแพทย์ด้านภัยพิบัติ 9) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกประเทศ 10) จัดระบบอาสาสมัครพยาบาลด้านภัยพิบัติ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล และจัดทำฐานข้อมูลในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ 11) ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ ให้มีความต่อเนื่องและเข้มแข็ง และ 12) ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

1.5 จัดเตรียมทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย 8 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมากที่สุด 7 รายการเรียงลำดับดังนี้ 1) กำหนดพื้นที่ปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล อย่างมีส่วนร่วมทุกหน่วยงาน 2) จัดสรรงบประมาณดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลและโรงพยาบาล 3) วางแผนสำรองเตียงผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งาน 4) วางแผนสำรอง เครื่องอุปโภคบริโภค แหล่งพลังงานสำรองของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ให้เพียงพอต่อการใช้งานได้อย่างน้อย 72 ชม. ก่อนความช่วยเหลือภายนอกจะเข้ามาถึง 5) กำหนดระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับระเบียบของโรงพยาบาลและหน่วยงานรัฐ 6) ประสานขอความร่วมมือในการระดมทรัพยากรทางการแพทย์จากหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน และ 7) เตรียมเครื่องสื่อสารภายในหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ที่เหมาะสมและเพียงพอ สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติ

ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีระดับความสำคัญมาก 1 รายการ ได้แก่ 1) ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับผู้ประสบภัยที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย

ระยะที่ 2 การรับมือกับภัยพิบัติ

ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก ได้แก่ จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัย และบุคลากรทางการแพทย์ จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ และจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ในแต่ละรายด้าน มีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.34-4.73 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.28-0.83 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันของการจัดการในรายด้านในระดับสำคัญมาก-มากที่สุด ดังนี้

2.1 จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์

ประกอบด้วย 7 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงและดูแลความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 2) จัดระบบการลงทะเบียนผู้ประสบภัยภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง และให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล 3) จัดสถานที่ภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง ให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย อายุ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของผู้ประสบภัย 4) ประเมินการจัดการความสงบเรียบร้อยและควบคุมสถานการณ์ในโรงพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) ประสาน

การเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับผู้ประสบภัยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายหรือพื้นที่ปลอดภัย 6) ประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับเปลี่ยนแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ 7) ติดตามอาการเจ็บป่วยของผู้ประสบภัยในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิงอย่างสม่ำเสมอ

2.2 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย 6 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) จัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน ให้แก่ผู้ประสบภัย อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม 2) ประสานการจัดบริการพยาบาลของหน่วยงานการพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ 3) จัดระบบการระงับเหตุบุคคลทั้งผู้ประสบภัยอาสาสมัคร และผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง ที่ถูกต้อง 4) ดำเนินการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ประสบภัยให้ครบถ้วนและถูกต้อง 5) จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัย ที่เหมาะสมกับเพศ ช่วงอายุ กลุ่มเปราะบาง วัฒนธรรม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชนในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ และ 6) จัดทีมการพยาบาลร่วมกับหน่วยบริการทางการแพทย์เคลื่อนที่ ให้สามารถออกไปปฏิบัติงานได้ทันทีหรือภายหลังการเกิดภัยพิบัติไม่เกิน 24 ชม.แรก

2.3 จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 6 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า 5 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด เรียงลำดับดังนี้ 1) จัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เคลื่อนที่หรือจัดตั้งโรงพยาบาลสนามให้เพียงพอต่อการใช้งาน 2) จัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้แก่หอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ตามภาระงานและระดับความรุนแรงของการเกิดภัยพิบัติ 3) ประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัยในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง เพื่อเป็นข้อมูลในการระดมทรัพยากร 4) ดูแลด้านสุขาภิบาลภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีความสะอาดและปลอดภัย และ 5) ประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการระดมทรัพยากรทางการพยาบาลที่จำเป็น

ข้อรายการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีระดับความสำคัญมากที่สุด 1 รายการ ได้แก่ 1) จัดสรรของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม ศาสนา เพศและช่วงอายุของผู้ประสบภัย

2.4 จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 5 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) จัดสรร ผลิต เปลี่ยน อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน 2)

สนับสนุนให้พยาบาลอาสาสมัครหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที โดยไม่ถือเป็นวันลา 3) ดูแลความเป็นอยู่และมอบหมายงานให้แก่กลุ่มพยาบาลอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 4) ระดมบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลจากระบบพยาบาลอาสาสมัครหรือหน่วยงานภาคีเครือข่าย กรณีภัยพิบัติมีความรุนแรงและเกินขีดความสามารถในการรับมือ และ 5) จัดทีมการพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีทักษะส่วนบุคคลและสัมพันธภาพที่ดี สามารถปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 การฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก ได้แก่ ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ได้รับผลกระทบ สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย และฟื้นฟูระบบบริการพยาบาล และสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ มีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.55-4.73 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0.28-0.33 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมมีความคิดเห็นสอดคล้องกันของการจัดการรายด้านหลักในระดับสำคัญมากที่สุด ดังนี้

3.1 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบ ประกอบด้วย 3 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด เรียงลำดับดังนี้ 1) ประเมินผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ 2) ดูแลสวัสดิการค่าตอบแทน และพิจารณาความดีความชอบที่เหมาะสมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ และ 3) ช่วยเหลือเยียวยาทางด้านร่างกายและจิตใจบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

3.2 สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ประกอบด้วย 5 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดเรียงลำดับดังนี้ 1) จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลจากประสบการณ์จริง และจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ 2) สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล เพื่อพัฒนาแผนและถ่ายทอดความรู้ด้านภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล 3) ประเมินแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมทุกหน่วยงาน 4) นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะตนเอง 5) จัดทำรายงานการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติของแต่ละหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ

3.3 จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด เรียงลำดับดังนี้ 1) จัดบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเยียวยาด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยและกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย 2) จัดกิจกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ประสบภัยและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะสั้นและระยะยาว 3) ส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและต่อเนื่อง และ 4) จัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัย และกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะยาว ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

3.4 ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัย

พิบัติ ประกอบด้วย 4 ข้อรายการ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด เรียงลำดับดังนี้ 1) ประเมินความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ 2) รายงานความเสียหายของวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ตามสายบังคับบัญชาเพื่อจัดหาและซ่อมแซม 3) ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลให้สามารถเปิดบริการแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว และ 4) ฟื้นฟูสภาพแวดล้อมและสุขาภิบาลของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

การอภิปรายผลการวิจัย

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ควรเป็นอย่างไร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมให้ข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกันคือ การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ควรมีการปรับปรุงให้เป็นระบบ มีความชัดเจน รวมทั้งมีความตั้งใจและจริงจังในการพัฒนาการจัดการบริการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติมากขึ้น โดยการบูรณาการแผนงานด้านภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานทุกหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จัดทำแผนร่วมกับองค์กรสหวิชาชีพ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน มูลนิธิ และชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติในระดับชาติ เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกันในทุกภาคส่วน ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่า ภัยพิบัติมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์องค์ความรู้หลากหลายศาสตร์ในการดำเนินงาน เช่น ศาสตร์ทางด้านวิทยาศาสตร์ในการสืบค้น วิเคราะห์ข้อมูลศาสตร์ด้านการบริหารจัดการในการวางแผน ประเมินผลและติดตาม มีการบูรณาการหลักการพยาบาล กระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวม ผสมผสานศาสตร์ทางจิตวิทยาและสังคมในการดูแลด้านจิตใจของผู้ประสบภัย ญาติ รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ (ธีรพร สติธอังกฤษ, 2554)

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลควรแบ่งเป็นกี่ระยะ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่า ควรแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ โดยอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้านเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดเบื้องต้น ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล จากกรอบแนวคิดและความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล จากกรอบแนวคิด	การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิจัย
1. ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ	1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ
1.1 วิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินกลุ่มเสี่ยงและ ความรุนแรงจากภัยพิบัติ	1.1 วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน
1.2 กำหนดกลยุทธ์และวางแผนการจัดการภัย พิบัติขององค์กรพยาบาล	1.2 พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ
1.3 จัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ภายในองค์กร พยาบาล	1.3 กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล
	1.4 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ
	1.5 จัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ
2. ระยะการเตรียมความพร้อม	2. ระยะรับมือกับภัยพิบัติ
2.1 วางแผนจัดการทรัพยากรขององค์กรพยาบาล	2.1 จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากร ทางการพยาบาล
2.2 พัฒนาสมรรถนะบุคคลทางการพยาบาลเพื่อ รับมือกับภัยพิบัติ	2.2 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ
2.3 จัดระบบการติดต่อสื่อสารและการ ประสานงานขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ	2.3 จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ
	2.4 จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิด ภัยพิบัติ
3. ระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ	3. ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ
3.1 จัดบริการพยาบาลในพื้นที่เกิดเหตุ โรงพยาบาล และศูนย์อพยพหลังจากเกิดภัยพิบัติ	3.1 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการ พยาบาลที่ได้รับผลกระทบ
3.2 จัดสรรทรัพยากรทางการพยาบาลให้เพียงพอ	3.2 สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล
3.3 ประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานภาค เครือข่าย	3.3 จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย
4. ระยะการฟื้นฟูและประเมินผล	3.4 ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับ ผลกระทบจากภัยพิบัติ
4.1 ติดตามและช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและ บุคลากรทางการพยาบาล	
4.2 ติดตามการประเมินความเสียหายและรายงาน ซ่อมแซมเครื่องมืออุปกรณ์ทางการพยาบาล	
4.3 ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการ พยาบาลและพัฒนาแผนปฏิบัติการ	

จากตารางที่ 8 การศึกษาการจัดการภัยพิบัติทางการแพทย์ ตามบริบทของประเทศไทย และขอบเขตวิชาชีพการพยาบาล จากกรอบแนวคิดการวิจัยจากการสังเคราะห์วรรณกรรม และความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไม่สอดคล้องกัน ซึ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติของ ICN (WHO and ICN, 2009) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการวิจัย แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะการป้องกันและลดผลกระทบ ระยะการเตรียมความพร้อม ระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ และระยะการฟื้นฟูและประเมินผล แต่ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 61.90 ให้ข้อเสนอแนะว่า การแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ภายใต้บริบทของประเทศไทย ควรแบ่งเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ทั้งก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังสิ้นสุดภัยพิบัติเนื่องจากมีความเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และรายละเอียดกิจกรรมของการจัดการในแต่ละระยะไม่แตกต่างกัน โดยช่วงเวลาก่อนการเกิดภัยพิบัติ ควรมีการดำเนินการด้านการป้องกัน ลดผลกระทบและเตรียมความพร้อม เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมมีความต่อเนื่องกัน สอดคล้องกับการแบ่งระยะการจัดการภาวะภัยพิบัติของสมาคมพยาบาลประเทศไต้หวัน (Lin and Chen, 2008), Wynd (2006), Adelman and Legg (2010), Beach (2010) และ Power and Daily (2010) ซึ่งแบ่งการจัดการเป็น 3 ระยะเช่นกัน

แต่ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ให้ข้อเสนอแนะว่าควรแบ่งระยะการจัดการภัยพิบัติตามกรอบสมรรถนะพยาบาลด้านภัยพิบัติของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009) และ FEMA (Power and Daily, 2010) คือแบ่งการจัดการออกเป็น 4 ระยะ หรือ 2P2R ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and mitigation phase) ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (Preparedness phase) ระยะที่ 3 การตอบสนองต่อภัยพิบัติ (Response phase) ระยะที่ 4 การฟื้นฟู (Recovery phase) เนื่องจากมีความเป็นสากลและสอดคล้องกับแผนการจัดการภัยพิบัติของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนการจัดการภัยพิบัติในระดับชาติ ทำให้การปฏิบัติงานมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันทุกหน่วยงาน และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.50 ให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติ สามารถแบ่งได้ทั้งสองรูปแบบ เนื่องจากรายละเอียดกิจกรรมในแต่ละระยะ ไม่แตกต่างกัน และกระบวนการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็นกระบวนการต่อเนื่อง กิจกรรมแต่ละไม่สามารถตัดขาดกันในแต่ละระยะได้อย่างชัดเจน แต่ต้องมีการดำเนินการต่อเนื่องและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งแต่ละหน่วยงานต้องมีการพิจารณาบริบทแวดล้อมของตนเอง และจัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานหรือองค์กร

การจัดการรายด้านแบ่งเป็น 13 ด้านหลัก ซึ่งแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติไว้ 12 ด้านหลัก การจัดการที่มีความแตกต่างกันได้แก่ ช่วงเวลาก่อนเกิดภัยพิบัติ

ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่า ควรรวมกิจกรรมการป้องกัน ลดผลกระทบและเตรียมความพร้อมไว้ด้วยกัน ระยะเวลารับมือกับภัยพิบัติ ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะว่า การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ สิ่งสำคัญที่สุดคือความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติเป็นสำคัญ การเข้าไปให้ความช่วยเหลือในพื้นที่เกิดเหตุ ต้องมีการประเมินสถานการณ์ความรุนแรงว่ามีความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน ก่อนจัดส่งบุคลากรเข้าพื้นที่ทุกครั้ง ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ควรให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้มากขึ้น และการจัดบริการพยาบาลควรดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัยข้อที่ 3 การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ในแต่ละระยะ มีรายละเอียดอย่างไร ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่า ควรแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยการจัดการ 13 ด้านหลัก ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยเป็นรายด้านดังนี้

1.ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ

ด้านวางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลสุขภาพของชุมชนผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med=4.55-4.65, IR=0.29-0.72) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการภัยพิบัติด้านสุขภาพเส้นทางการอพยพ พื้นที่ปลอดภัย และการจัดตั้งศูนย์พักพิงในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานภาคีเครือข่าย รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพของอาสาสมัครสุขภาพประจำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากการจัดการภัยพิบัติในปัจจุบัน มุ่งเน้นการปฏิบัติงานของหน่วยในพื้นที่ (Local response) โดยการพัฒนาองค์ความรู้ของประชาชนในชุมชนให้สามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ ในช่วงเวลาสำคัญของการช่วยเหลือและค้นหาชีวิตคือ 24-48 ชม.แรก และมีการจัดเตรียมทีม Community base disaster response ซึ่งเป็นการจัดการภัยพิบัติแบบเชิงรุก ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมและป้องกันภาวะภัยพิบัติ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภาการพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009) กล่าวว่า ปัญหาที่พบบทจากเหตุการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมา คือขาดการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้ให้แก่อาสาสมัคร ซึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาล ได้แก่ พัฒนาและประเมินความพร้อมของชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านภัยพิบัติของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang et al. (2010) พบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ขณะเกิดภัยพิบัติคือ ผู้ประสบภัย เนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ สามารถบอกตำแหน่งในการค้นหาเพื่อช่วยเหลือชีวิตได้อย่าง

ถูกต้องและทันทั่วถึง รวมทั้งสามารถให้ปฐมพยาบาลตนเอง และบุคคลในครอบครัวได้ ก่อนที่ความช่วยเหลือภายนอกจะเข้ามาถึง

ด้านพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med= 4.59-4.69, IR= 0.31-0.72) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงและครอบคลุมทุกความเสี่ยงของการเกิดภัยพิบัติ เช่น จัดทำเกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บและผู้ประสบภัย แนวทางการอพยพและเคลื่อนย้าย ตามบริบทโครงสร้างอาคารและครอบคลุมความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติ และกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ลดการสับสนวุ่นวายเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Beach (2010) กล่าวว่า หน่วยงานหรือองค์กรต้องมีการจัดทำคู่มือ หรือแนวทางทางปฏิบัติ (Guideline) กำหนดบทบาทหน้าที่ มอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงานขององค์กรพยาบาล จัดระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อรองรับการเกิดภัยพิบัติทุกรูปแบบ รวมทั้งกำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารขององค์กรพยาบาล ทั้งในภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ลักษณะธิตกุล และคณะ (2551) พบว่าการบริหารจัดการข้อมูล กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ช่วยลดความสับสนในการปฏิบัติงาน และควรมีแนวทางพัฒนาการจัดการข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาลเพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติทุกประเภท ให้สามารถเก็บข้อมูลที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งสามารถค้นหาข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นเห็นว่า ควรรวมการจัดบริการพยาบาลและการติดต่อสื่อสารขององค์กรพยาบาลไว้ด้วยกัน ซึ่งต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่แยกการจัดระบบติดต่อสื่อสารเป็นด้านหลัก เนื่องจาก การจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับให้เข้าใจตรงกัน ให้สามารถประสานงานระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในบริบทของประเทศไทย ควรสนับสนุนการจัดตั้งชมรมพยาบาลอาสาสมัครด้านภัยพิบัติในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับประเทศ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการระดมพลเมื่อเกิดเหตุ และส่งเสริมวิชาชีพการพยาบาลให้มีความเข้มแข็ง

ด้านกำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med = 4.62-4.71, IR = 0.29-0.59) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ กำหนดกลยุทธ์ นโยบายด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ที่เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล แผนภัยพิบัติระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ และร่วมกำหนดมาตรการ ระเบียบข้อบังคับหรือกฎหมายด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการจัดการภาวะภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่พึงประสงค์ในอนาคต จำเป็นต้อง

มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานตนเอง ให้มีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบและความเชี่ยวชาญของหน่วยงานการพยาบาล มีการตรวจสอบ ฝึกซ้อมแผน ทบทวน ปรับปรุงแผนปฏิบัติการให้มีความทันสมัยต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นว่า ในปัจจุบัน องค์กรพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาล ยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์ด้านเตรียมความพร้อมเท่าที่ควร อีกทั้งคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ เป็นบุคคลที่ประนีประนอม อ่อนน้อมถ่อมตน และไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น พยาบาลมักเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่ง และมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนน้อยที่ได้รับการยอมรับและมีโอกาสเข้าร่วมกำหนดนโยบาย กฎหมายหรือระเบียบต่างๆ ในระดับชาติ หรือนานาชาติ จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่ผู้บริหารทางการพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ พัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำ ให้สามารถเป็นตัวแทนองค์การวิชาชีพพยาบาลในเวทีระดับชาติหรือนานาชาติได้ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภาการพยาบาลสากล กล่าวว่า การวางแผนจัดการภาวะภัยพิบัติ ควรให้บุคคลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานตนเอง เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในบริบท เจือจางและข้อจำกัด ในหน่วยงานและพื้นที่ของตนเอง เป็นอย่างดี (WHO and ICN, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร จันทะอุ่มเม้า และคณะ (2554) กล่าวว่า บทบาทของกลุ่มการพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนระดับโรงพยาบาล หรือแผนระดับจังหวัด การจัดทำแผนการบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติของกลุ่มการพยาบาล ที่สอดคล้องกับ Hospital emergency incident command system ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ทั้งในระดับหน่วยงานและบุคคล กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในกรณีภัยพิบัติ (Job action sheet) อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิระดา แสงศรี (2550) พบว่าปัญหาในการปฏิบัติงานเกิดจากไม่เคยมีการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติขนาดใหญ่มาก่อน ทำให้เกิดความสับสน การปฏิบัติงานไม่เป็นระบบ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการในการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล กำหนดสถานที่ปลอดภัย ระบบการส่ง การในองค์กรพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพงศ์ อุบลสะอาด และคณะ (2550) พบว่าควรมีการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติของหน่วยงานในระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการร่วมกันทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับอำเภอ และจังหวัด ที่ครอบคลุมทั้งทุกระยะของภัยพิบัติ การจัดการด้านนี้ แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการวิเคราะห์ความเสี่ยง ประเมินกลุ่มเสี่ยงและความรุนแรงจากภัยพิบัติ จัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ภายในองค์กรพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดกลยุทธ์และวางแผนการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ซึ่งสามารถนำมารวมกันได้

ด้านพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med= 4.51-

4.71, IR =0.29-0.75) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด คือ จัดอบรมความรู้ด้านการพยาบาล และการจัดการในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เช่น การคัดแยกประเภทผู้ป่วย การปฐมพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผล ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ การดูแลทางด้านออร์โธปิดิกส์ฉุกเฉิน ภาวะสุขภาพในการพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน (Health in Emergency) เป็นต้น และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หรือ Mini-MERT ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ รวมทั้งความรู้ทางด้านภัยพิบัติ เช่น วงจรการเกิดภัยพิบัติ การจัดการพยาบาลในแต่ละระยะ การใช้เครื่องมือสื่อสาร กฎระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมาย ขอบเขตบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ เช่น ภาวะผู้นำ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การประสานงานและความยืดหยุ่น การควบคุมสถานการณ์ การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน การใช้ภาษาต่างประเทศ และการเรียนรู้วัฒนธรรมของชนชาติต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทักษะการรักษาชีวิตรอด เป็นต้น ติดตาม ประเมินผลการจัดอบรมให้ความรู้และพัฒนาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล รักษาแก้ว (2548) พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ควรมีสมรรถนะในด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้ประสบภัย ผู้บาดเจ็บในพื้นที่ การคัดแยกผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ การให้คำปรึกษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสุข ศิริพล และ สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์ (2556) พบว่า หลักสูตรการพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังมีเนื้อหาสาระและการฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่มีการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางและการเปิดการเรียนการสอนหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาด้านการพยาบาลภาวะภัยพิบัติอย่างชัดเจน จึงควรส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติทุกระดับ หรือการเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง การจัดอบรมความรู้ ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ และควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งในปัจจุบันการดำเนินงานของศูนย์ฯ มีเพียงกลุ่มพยาบาลกลุ่มหนึ่งที่มีความสนใจและเชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ ทำให้การดำเนินงานยังไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร หากผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ มีความเข้มแข็งและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านจัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า 7 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุดและ 1 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก (Med=4.41-4.69, IR=0.33-0.91) ข้อรายการที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ กำหนดพื้นที่ปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล อย่างมีส่วน

ร่วมทุกหน่วยงาน เช่น พื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ปลอดภัย Cool, Warm และ Hot Zone พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน สารเคมี กัมมันตรังสี ชีวภาพและนิวเคลียร์ พื้นที่การจัดการและดูแลศพ จุฬารวมพล เส้นทางการอพยพผู้ป่วย เส้นทางการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ-ส่งกลับ ผู้ประสบภัยหรืออุปกรณ์เครื่องทางแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการเกิดภัยพิบัติแต่ละประเภท ส่งผลกระทบต่อประชาชนและรูปแบบวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการจัดการภัยพิบัติแต่ละประเภทให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Beach, 2010) ซึ่งการช่วยเหลือที่สำคัญที่สุดเมื่อเกิดภัยพิบัติ คือการช่วยเหลือชีวิต และการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ไปยังพื้นที่ปลอดภัย จึงควรมีการกำหนดพื้นที่ เส้นทางการอพยพที่มีความชัดเจน สามารถเข้าใจได้ตรงกันทุกหน่วยงาน ทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างทันเวลาที่รวดเร็ว ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (WHO and ICN, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา บุญจันทร์ และคณะ (2555) พบว่า โรงพยาบาลเครือข่ายในเขตพื้นที่ภัยพิบัติควรมีการเตรียมความพร้อมของสถานที่รับผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับญาติ กำหนดพื้นที่รับ-ส่งต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ เครานวล (2551) พบว่า การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนใต้ ควรมีการปรับระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น กำหนดพื้นที่ปลอดภัยในการรับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการรับส่งต่อผู้ป่วยในรายที่อาการไม่หนักในเวลากลางคืน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล ยี่เฮ็ง (2553) พบว่าการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมือง เขตกรุงเทพมหานคร เกิดความไม่ปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บจากพื้นที่ปะทะ จึงควรมีการจัดพื้นที่ปลอดภัย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความชัดเจน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บาดเจ็บ

ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมาก คือ ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับผู้ประสบภัยที่มีความเหมาะสมและปลอดภัย เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มทางการแพทย์ให้ข้อคิดเห็นว่า การดำเนินการดังกล่าว เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ จึงควรมีการจัดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการรับผิดชอบ ตามโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ คือหน่วย Logistics สอดคล้องกับ CMSA (2006) กล่าวว่าระบบบัญชาการเหตุการณ์ประกอบด้วย 4 หน่วยย่อยคือ หน่วยปฏิบัติการ (Operations) หน่วยวางแผน (Planning) หน่วยสนับสนุนด้านการขนส่ง (Logistics) หน่วยบริหารงบประมาณ (Finance) แต่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการศึกษาพยาบาล ให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้บริหารทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการและที่ปรึกษาในการดำเนินงานของระบบบัญชาการเหตุการณ์ในโรงพยาบาล จึงควรมีส่วนร่วมในการวางแผนหัวข้อดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้มีความเข้าใจบริบท ซึ่ความสามารถขององค์กร และวางแผนจัดบริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ระยะการรับมือกับภัยพิบัติ

ด้านจัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med=4.55-4.67, IR=0.33-0.72) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ ประเมินสถานการณ์ความรุนแรงและดูแลความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และจัดระบบการลงทะเบียนผู้ประสบภัยภายในหอผู้ป่วย/ศูนย์พักพิง และให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล เนื่องจากการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติมีอันตรายและความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตหรือได้รับบาดเจ็บ ควรมีการประเมินสถานการณ์ความรุนแรง ก่อนจัดส่งบุคลากรลงพื้นที่เกิดเหตุ และเน้นย้ำให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความปลอดภัยของตนเอง ผู้ร่วมงานและผู้ประสบภัยตามลำดับ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ของ Veenema (2009) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ประสบภัยบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องมีการประเมินสถานการณ์ความรุนแรง ผลกระทบ และความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิตของตนเอง เพื่อร่วมงาน และผู้ประสบภัยตามลำดับ การเข้าไปค้นหาหรือช่วยเหลือผู้ประสบภัย ต้องดำเนินการหลังภัยพิบัติสิ้นสุดลง รวมทั้งมีการประเมินการเกิดภัยพิบัติซ้ำสอง สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภากาชาดสากล (WHO and ICN, 2009) กล่าวว่า ผู้บัญชาการในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ต้องมีการประชุมวางแผนหารือ ร่วมกันกับผู้บริหารในแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสถานการณ์และปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการให้มีความสอดคล้องกับความรุนแรงของภัยพิบัติ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสมาคมพยาบาลประเทศญี่ปุ่น ซึ่งให้ความสำคัญกับการจัดระบบความปลอดภัยและควบคุมสถานการณ์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย 3S ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ (Self) พื้นที่ในการปฏิบัติงาน (Scene) และผู้ป่วยที่รอดชีวิต (Survivor) (Kawatani, 2012)รวมทั้งควรดำเนินการจัดสถานที่ปลอดภัยเพื่อเป็นศูนย์พักพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรพร จันทะอุ่มเม้า และคณะ (2554) พบว่า ต้องมีการประเมินระดับความรุนแรงของสถานการณ์ภัยพิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกใช้แผนปฏิบัติการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล ต้องครอบคลุมการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม

ด้านจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med=4.52-4.71, IR=0.29-0.67) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ จัดบริการพยาบาลที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานและสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนให้แก่ผู้ประสบภัย อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เนื่องจากการจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติเป็นงานที่มีความยากลำบากต่อการปฏิบัติงานและการตัดสินใจ เพื่อให้

ผู้ประสบภัยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง โดยไม่แบ่งเชื้อชาติ ศาสนา และชนชั้น สอดคล้องกับแนวคิดกลุ่มองค์กรอหิสรณะด้านมนุษยธรรม (Humanitarian NGOs) และสภาภาษาชาติและสภาเสี้ยววงเดือนแดง โครงการสเฟียร์ (2551) ได้กำหนดกรอบกฎบัตรมนุษยธรรมและมาตรฐานขั้นต่ำในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ โดยให้ความช่วยเหลือที่จำเป็นเร่งด่วนต่อการมีชีวิตรอด และยังคงรักษาสีทิวทัศน์พื้นฐานของการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เป็นตัวกำหนดสำคัญของการมีชีวิตรอดในระยะเริ่มแรกของภัยพิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ หรือโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและขนบธรรมเนียมประเพณี ของประชาชนในชุมชนที่เกิดภัยพิบัติ มีความเหมาะสมกับเพศและช่วงอายุตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ อิงคภา โคตรนารา (2556) พบว่า ผลกระทบด้านภัยพิบัติส่งผลต่อผู้ประสบภัยเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกัน หากพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับมโนทัศน์ด้านเพศภาวะ ทำให้สามารถวิเคราะห์ วางแผนการจัดบริการ พยาบาลให้ตรงกับสภาพความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างเท่าเทียมและเสมอภาค สอดคล้องกับ การศึกษาของ พรพิมล รักษาแก้ว (2548) พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณ ภัย ควรมีสมรรถนะด้านการเข้าถึงประชาชน/ผู้ประสบภัย ในชุมชนและสังคม เช่น มีความเข้าใจใน สังคม วัฒนธรรมของชุมชนในพื้นที่ประสบภัย เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับชุมชน สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุณีย์ เครานวล (2551) พบว่าประสพการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลใน สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรทางพยาบาลควรให้ความสำคัญกับ การนับถือศาสนาของผู้ประสบภัย เนื่องจากหญิงสาวมุสลิมมีข้อบังคับไม่ให้ถูกเนื้อต้องตัวผู้ชาย หรือ การพูดคุยกับชายอื่นที่มีใจสามีมของตนเอง ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรตระหนักถึง ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว โดยการจัดอบรมให้ความรู้ ข้อบังคับในการปฏิบัติตนของแต่ละศาสนา วัฒนธรรมให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ เพื่อสร้างความเชื่อใจ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ด้านการจัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า 1 ข้อรายการมีระดับความสำคัญมาก 5 ข้อรายการมีระดับความสำคัญ มากที่สุด (Med=4.34-4.67, IR=0.33-0.83) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด คือ จัดสรร อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ในการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือจัดตั้งโรงพยาบาลสนามให้ เพียงพอต่อการใช้งาน เนื่องจากเมื่อเกิดภัยพิบัติ มักส่งผลกระทบในวงกว้าง เกิดภาวะขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ มีความต้องการมากกว่าทรัพยากร (When need more then resources) และจำเป็นต้อง ขอช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก จึงต้องประสานงานร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อจัดสรร สาธารณูปโภคให้หน่วยงานการพยาบาลได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม สอดคล้องกับการจัดการภาวะ

ภัยพิบัติของ Wynd (2006) กล่าวว่า ในระยะเกิดภัยพิบัติ หน่วยงาน องค์กร หรือโรงพยาบาลต้องมีการเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนล่วงหน้า และต้องพึ่งพาหน่วยงานภายนอกให้น้อยที่สุด โดยจัดสรรทรัพยากร อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และพยาบาล ยา เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ ให้เพียงพอกับการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การเปิดโรงพยาบาลสนาม หรือการสำรองไว้สำหรับใช้งานภายในโรงพยาบาล หรือการขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการจัดส่งเครื่องมืออุปกรณ์ ยา จากบริษัทผู้ผลิตโดยตรง สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ (Beach, 2010) กล่าวว่า ก่อนการเกิดภัยพิบัติ ควรมีการวางแผนกำหนดความร่วมมือ และข้อตกลงกับบริษัทที่ผลิตและจำหน่ายเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการพยาบาล ในการจัดส่งทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Purchasing Agreement) สอดคล้องกับการศึกษาของ Priest (2009) การจัดสรรทรัพยากรขณะเกิดภัยพิบัติ ต้องมีการประยุกต์ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและช่วยผู้ประสบภัยได้มากที่สุด โดยให้ความสำคัญกับผู้ประสบภัยที่มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าผู้สิ้นหวัง จึงควรมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้แก่ผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล ตามภาระงานและระดับความรุนแรงของการเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งการประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงานและภาคเครือข่ายภายนอก ในการระดมทรัพยากรเมื่อเกินความสามารถในการรับมือของหน่วย ให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญมาก คือ จัดสรรของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ วัฒนธรรม ศาสนา เพศและช่วงอายุของผู้ประสบภัย เนื่องจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านภัยพิบัติให้ข้อคิดเห็นว่า การจัดการดังกล่าวเกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ควรมีการมอบหมายให้หน่วยงานอื่นรับผิดชอบ เพื่อลดภาระงานของพยาบาล แต่กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านภัยพิบัติ เห็นว่า พยาบาลควรเข้าไปมีบทบาทให้การจัดสรรของที่ได้รับบริจาคให้แก่ผู้ประสบภัย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ด้านการพยาบาล และเข้าใจความแตกต่าง ความต้องการของบุคคลแต่ละช่วงวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ อิงศฎา โคตรนารา (2556) พบว่าจากเหตุการณ์ภัยพิบัติก่อนหน้านี้ พบปัญหาการจัดสิ่งของในถึงยังชีพ ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัย เช่น ขาดผ้าอนามัยหรือชุดชั้นในสำหรับผู้หญิง ขาดอุปกรณ์สำหรับการขนนม นมผง หรือผ้าอ้อมสำหรับเด็ก

ด้านจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med= 4.51-4.73, IR =0.28-0.67) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด คือ จัดสรร ผลัดเปลี่ยน อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกาย และชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีภาระงานหนัก ที่ต้องทำงานภายใต้สภาวะกดดันและมีข้อจำกัดในทุกด้าน ส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้

การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างเต็มที่ จึงควรจัดสรรอัตรากำลัง ผลัดเปลี่ยนอัตรากำลังให้เหมาะสม โดยจัดช่วงเวลาในบุคลากรทางการแพทย์ได้พักผ่อนและออกจากพื้นที่ เพื่อผ่อนคลายความเครียด จากการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Wynd (2006) กล่าวว่า การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติเป็นงานที่มีความเครียด เสี่ยงอันตรายต่อร่างกายและชีวิต จึงควรจัดช่วงเวลาให้ผู้ปฏิบัติงานได้พักผ่อนและจำกัดระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยไม่ควรปฏิบัติงานติดต่อกันเกิน 48 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของ Priest (2009) พบว่าบทบาทที่ท้าทายของผู้นำทางการแพทย์คือการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ด้านความปลอดภัย สวัสดิการ และการช่วยเหลือเยียวยาทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน จัดสถานที่สำหรับพักผ่อนนอนหลับ ผลัดเปลี่ยนและจัดสรรช่วงเวลาการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับภาระงานและสภาพร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทาลักษณ์ธิกุล และคณะ (2551) พบว่าบทบาทของพยาบาล คือการบริหารจัดการอัตรากำลังและการประสานการระดมบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานเครือข่าย ต้องมีการจัดสรรระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ตามสัดส่วนภาระงานและระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ อีกทั้งควรคำนึงถึงสภาพจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมภาพร อินทวงศ์ (2548) พบว่าประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลคือ บุคลากรทางการแพทย์ารู้สึกเศร้าใจและผิดหวังที่เห็นผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ต้องปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานาน ขาดบุคลากรทดแทน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นเวลานาน อาจมีความรู้สึกผูกพัน และรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างเต็มความสามารถ

3.ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

ด้านช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับผลกระทบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med= 4.67-4.73, IR =0.28-0.33) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ ประเมินผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ เนื่องจากหลังจากเกิดภัยพิบัติ สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือคือการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ประสบภัย ซึ่งผู้ประสบภัยอยู่ในภาวะช็อกจากการสูญเสีย เช่น การสูญเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว การสิ้นเนื้อประดาตัว การได้รับบาดเจ็บหรือทุพพลภาพ ทำให้การปรับตัวเพื่อดำเนินชีวิตต่อไป มีความยากลำบากในการจัดการกับภาวะทางอารมณ์ จึงควรประเมินผลกระทบจากภัยพิบัติที่ส่งผลต่อผู้ประสบภัย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและจัดบริการพยาบาลที่ตรงความต้องการ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ภัยพิบัติ

มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย ทั้งร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สินจากภัยพิบัติ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบบริการสุขภาพ ต้องปฏิบัติงานด้วยความยากลำบาก อุทิวเวลา และร่างกายในการปฏิบัติงาน อีกทั้งตนเองและครอบครัวอาจเป็นผู้ประสบภัย แต่ด้วยความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ จึงยังคงมาปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย จึงควรมีการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้มีแรงใจในการปฏิบัติงานต่อไป สอดคล้องกับ Adelman and Legg (2009) กล่าวว่า การช่วยเหลือเยียวยาทางด้านจิตใจของผู้ประสบภัยควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ระยะเกิดภัยพิบัติ (Acute and post-traumatic stress disorder) โดยบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ควรให้คำปรึกษาและประเมินภาวะสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรกของการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัย ให้สามารถเผชิญกับปัญหาและผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจได้ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะและสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการประเมินผลภาวะทางจิตใจของผู้ประสบภัยทั้งระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Wynd (2006) กล่าวว่าหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่ผู้บังคับบัญชาควรคำนึงถึงคือการช่วยเหลือเยียวยาบุคลากรในทีมปฏิบัติการขณะเกิดภัยพิบัติ โดยให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน การรักษาพยาบาลทั้งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและครอบครัวให้เหมาะสม รวมทั้งประเมินผลกระทบและความรุนแรงจากภัยพิบัติที่ส่งผลต่อชุมชน เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือและบรรเทาทุกข์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับนโยบายของ American Nurse Association (2002) กล่าวว่า รัฐบาลกลางต้องจ่ายค่าตอบแทนให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งพยาบาลอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ หากรัฐบาลกลางไม่ได้จ่ายค่าตอบแทน หน่วยงานหรือโรงพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าว รวมทั้งอนุญาตให้พยาบาลอาสาสมัครออกปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดภัยพิบัติตามการร้องขอของรัฐบาลกลาง โดยไม่ถือเป็นวันลา แต่ไม่เกิน 2 เดือน และให้การช่วยเหลือเยียวยาบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ เช่น การจัดที่พักอาศัยให้แก่ครอบครัว กรณีที่เป็นผู้ประสบภัย หรือดำเนินการเรื่องการจ่ายประกันชีวิตให้แก่ครอบครัว กรณีที่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจากการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติ และสร้างความจงรักภักดีต่อองค์กร

ด้านสรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีความสำคัญระดับมากที่สุด (Med=4.62-4.71, IR=0.29-0.49) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลจากประสบการณ์จริง และจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติที่ผ่านมาของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ขาดการจัดเก็บฐานข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้การสืบค้นข้อมูลมีความยากลำบาก อีกทั้งการจัดการภาวะภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ มีความหลากหลายและเฉพาะเจาะจง จึงควรมีการจัดการความรู้ด้วยการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยน

เรียนรู้ประสบการณ์ และบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นองค์ความรู้ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และแผนปฏิบัติการขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Veenama (2007) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรทางการพยาบาล แผนการปฏิบัติของหน่วยงานการพยาบาล เพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุง พัฒนาแผนปฏิบัติการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการจัดการความรู้จากบุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ถอดบทเรียนจากการสถานการณ์จริง การจัดการภาวะภัยพิบัติแต่ละประเภท แต่ละพื้นที่มีหลักการจัดการภัยพิบัติเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่แนวทางการปฏิบัติ เนื่องจากบริบทแวดล้อม ขีดความสามารถ ศักยภาพ ของแต่ละหน่วยงานแตกต่างกัน หน่วยงานหรือองค์กร จึงควรสรุปบทเรียน และกำหนดแนวทาง พัฒนาแผนปฏิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานของตนเอง สอดคล้องกับศึกษาของ กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ (2553) กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัติในปัจจุบัน มีการนำบทเรียนหรือประสบการณ์จริงจากอดีต มาปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นระบบและต่อเนื่องค่อนข้างน้อย จึงทำให้ประสิทธิภาพ ของการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติไม่เท่าที่ควร ในอนาคตจึงต้องดำเนินการในด้านนี้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล ยี่เฮ็ง (2553) พบว่า บทสรุปการถอดบทเรียน จากผู้ที่มีประสบการณ์และปฏิบัติงานในพื้นที่จริง ทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึก ปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัย จึงควรจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็นและระดมสมองของบุคลากรทางการพยาบาลที่มี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลเป็นหลักฐานอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็น ฐานข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลต่อไปในอนาคต

ด้านจัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญมากที่สุด (Med=4.55-4.67, IR=0.33-0.72) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุดคือ จัดบริการพยาบาลเพื่อ ช่วยเหลือเยียวยาด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ประสบภัยและกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับหน่วยงานภาคี เครือข่าย เนื่องจากหลังสิ้นสุดภัยพิบัติผู้ประสบภัยยังอยู่ในภาวะปฏิเสธ หรือไม่ยอมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจในระยะยาว จึงควรจัดบริการ พยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง ประสานงานข้อมูลและดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภาคี เครือข่าย เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภา การพยาบาลสากล (WHO and ICN, 2009) ที่กล่าวว่า การดำเนินการหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ คือการ มุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและการบรรเทาทุกข์ ดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ประสบภัย ญาติและชุมชน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และจัดบริการ พยาบาลที่สนับสนุนความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัย ติดตาม ช่วยเหลือ เยียวยา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสมาคมพยาบาลประเทศญี่ปุ่น (Ishii, 2012) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติควรมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายจากการบาดเจ็บและการดูแลด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกควรมีการจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้าน และประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานประกันสังคม หน่วยสังคมสงเคราะห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา ช่วยคำชู (2555) พบว่าการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้นทางด้านร่างกายโดยการจัดจุดให้บริการพยาบาล ประเมินสภาพอาการเจ็บป่วยและส่งต่อไปโรงพยาบาลกรณีมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ทางด้านจิตใจโดยการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง ให้คำปรึกษาเบื้องต้นหรือการส่งต่อเพื่อรักษาจิตแพทย์ ด้านสังคมโดยให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์ หรือให้ผู้ประสบภัยเป็นอาสาสมัครในการปฏิบัติงาน เช่น การคัดแยกของบริจาค

ด้านฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ทุกข้อรายการมีระดับความสำคัญสูงสุด (Med= 4.55-4.71, IR=0.29-0.72) ข้อรายการที่มีระดับความสำคัญสูงสุด คือ ประเมินความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ซึ่งก่อนเกิดภัยพิบัติ หน่วยงานหรือองค์กรควรร่วมวางแผนการกู้คืนสภาพเพื่อดำเนินแผนธุรกิจอย่างต่อเนื่อง (Business Continuity plan) เพื่อฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลให้สามารถเปิดบริการผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วที่สุด เท่าที่สามารถทำได้ สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Power and Daily (2010) และ Adelman and Legg (2010) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ต้องมีการติดตาม ประเมินผลความเสียหายของระบบบริการพยาบาล เช่น วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ ให้สามารถปฏิบัติงานและให้บริการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วที่สุด สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Beach (2010) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ หน่วยงานการพยาบาลต้องรีบดำเนินการ ซ่อมแซม ปรับปรุงให้สามารถเปิดให้บริการได้ โดยจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วน ในการปรับปรุงหรือซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต่อระบบบริการพยาบาลเป็นอันดับแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกายแก้ว กำคำ และคณะ (2555) พบว่า แนวทางปฏิบัติหลังสิ้นสุดภัยพิบัติแผ่นดินไหว ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ การตรวจสอบและประเมินผู้ได้รับบาดเจ็บ การตรวจสอบความปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดภัยพิบัติซ้ำสอง (After Shock) สสำรวจความเสียหายและเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ไปยังพื้นที่ปลอดภัย รายงานความเสียหายแก่ผู้บังคับบัญชาและซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต่อการให้บริการพยาบาล มอบหมายผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ในการซ่อมแซม ปรับปรุง ระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจน และดำเนินการอย่างรวดเร็วหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ควรแบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วยวางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ และจัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ 2) ระยะการรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วย จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ และ จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ และ 3) ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วย ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย และฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ จากผลการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.1.1 การจัดการภาวะภัยพิบัติระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ควรมีการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากชุมชน การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ร่วมกำหนดแผนการจัดการภัยพิบัติของชุมชน ให้สามารถรับมือและช่วยเหลือตนเองครอบครัวหรือประชาชนในชุมชนได้ ก่อนความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกจะเข้ามาถึง จัดระบบการสื่อสารและช่องทางการเข้าถึงบริการพยาบาล มีการชี้แจงและประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน รวมทั้งเตรียมความพร้อมของระบบบริการพยาบาล กำหนดกลยุทธ์ แผนงาน ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ รวมทั้งควรมีการจัดตั้งชมรมพยาบาลอาสาสมัครด้านภัยพิบัติในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับประเทศ

1.1.2 การจัดการภาวะภัยพิบัติระยะการรับมือกับภัยพิบัติ ควรตระหนักถึงการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ คำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ประสบภัยเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก โดยการประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ ร่วมประชุมหารือเพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งจัดบริการพยาบาลตามหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ให้มีมาตรฐาน ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

1.1.3 การจัดการภาวะภัยพิบัติระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ควรมีการช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยแบบองค์รวม คือดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและความจงรักภักดีต่อองค์กร และจัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและประเมินผลเป็นระบบ

1.1.4 ควรมีการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติในองค์กรพยาบาล ที่ดำเนินงานด้านภัยพิบัติโดยเฉพาะ ตามกระบวนการ PDCA ครอบคลุมกิจกรรมทุกระยะของภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ทุกรูปแบบอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความรุนแรงจากผลกระทบที่เกิดขึ้น

1.2 ข้อเสนอแนะต่อสถาบันการศึกษาพยาบาล

1.2.1 นำผลการวิจัยไปจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลให้แก่ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ให้สามารถวางแผนดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 นำผลการวิจัยไปเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาแบบประเมินหรือตัวชี้วัดการจัดการภาวะภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล

2.2 นำผลการวิจัยไปศึกษาโปรแกรมการพัฒนาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพต่อไป

..

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์. (2553). **Nurses' role in disaster and mass casualty**. ในการประชุมวิชาการเรื่อง การประชุมวิชาการร่วมโรงพยาบาลกรุงเทพ ปี 2010 "Healthcare in the Changing World", วันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.
- กิตติพงศ์ อุบลสะอาด, ผาสุข แก้วเจริญตา, และทีมวิจัยคณะกรรมการประสานงานสถานื่อนามัยลับแล. (2550). บทเรียนการบรรเทาภัยพิบัติ สถานการณ์อุทกภัย น้ำท่วมโคลนถล่มอำเภอลับแล และการพัฒนาแผนบรรเทา ภัยพิบัติที่มสาธารณสุขอำเภอลับแล. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 3(2): 146-153.
- คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2553). **แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557**. กรุงเทพมหานคร: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน (2554). **การจัดการภัยพิบัติและการบูรณะฟื้นฟูหลังเกิดภัย กรณีศึกษาประเทศไทยและต่างประเทศ**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์เพชรรุ้ง.
- โครงการสเฟียร์. (2551). **กฎบัตรมนุษยธรรม และมาตรฐานขั้นต่ำในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2556a). 10 ตัวชี้วัด ความมั่นคงของมนุษย์. **สุขภาพคนไทย 2556** (หน้า 12-33). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2556b). ความขัดแย้งทางการเมืองที่ยืดเยื้อร่วม 10 ปีในสังคมไทย. **สุขภาพคนไทย 2556** (หน้า 36-46). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โครงการสุขภาพคนไทย. (2556c). ประเทศไทยในสถานการณ์ภัยธรรมชาติพิบัติ. **สุขภาพคนไทย 2556** (หน้า 71-80) นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา บุญจันทร์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเชียว, และ จงกล พลตรี. (2555). โรงพยาบาลเครือข่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วม : กรณีโรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารสภาการพยาบาล**, 27(ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม), 44-59.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2546). ปฏิบัติการวิจัยอนาคตด้วย EDFR: Ethnographic delphi future research. **วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 32(1): 1-39.

- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR (Ethnographic delphi future research). ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า. 76-88). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ช.เชมศิริ คงรักเกียรติยศ. (2556). บทบาทของสภาวิชาชีพในการจัดการภาวะภัยพิบัติ. ใน **การประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 22 เรื่อง Disaster management: Taking action to better health outcomes**, 14-16 มกราคม 2556 ณ อาคารมหิตลอดุลยเดช-พระศรีนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา.
- ชนิตา รักษ์พลเมือง. (2553). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า. 61-75). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาธร สิทธิเคหภาค. (2554). ภัยพิบัติ **คำเตือนครั้งสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สายธาร.
- ชุติกายูจน์ หลุทัย. (2554). เราจะฝ่าวิกฤติ...มหาอุทกภัย...ไปด้วยกัน. **วารสารกองการพยาบาล**. 38(3): 1-5.
- ธีรพร สลธิ์อังกูร. (2554). ภัยพิบัติ สิ่งที่ยาบาลต้องรู้. **วารสารกองการพยาบาล**, 38 (1), 1-3.
- นันทกา สวัสดิ์พานิช, และ จุไร อภัยจิรรัตน์. (2556). สภาพที่พิกในการจัดศูนย์อพยพสำหรับผู้ประสบอุทกภัย: มุมมองของเด็กและผู้ปกครอง. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน, 123-133.
- นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2552). **การบริหารการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- นิภาภรณ์ รามณรงค์. (2551). **ความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- แน่นน้อย จุไรสง. (2549). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพการบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยพิบัติของสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการสาธารณสุข. สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บัณฑิตย์ เทวีทิวารักษ์. (2549). การป้องกันและการบรรเทาสาธารณภัย และการจัดการภัยพิบัติ. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 7(1): 40-44.

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). **การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกายแก้ว กำคำ, ผ่องสาย จุงไพศาล, และ สุธีรัชย์ อจลพงศ. (2555). **การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติแผ่นดินไหว ในโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเคราะห์จังหวัดเชียงราย**. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ฉบับพิเศษ, 87-95.
- ปรารธนา ยามานัน. (2550). **ประสบการณ์การจัดการสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพในเหตุการณ์สึนามิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพิมล รักษาแก้ว. (2548). **การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พลสุข ศิริพูล, และ สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์. (2555). **การพยาบาลภาวะพิบัติภัย : สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทย**. วารสารสภาการพยาบาล, 27 (ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม), 18-30.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. (2555). **คู่มือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ วางแผน เตรียมพร้อมการจัดการภัยพิบัติธรรมชาติ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน.
- วิระดา แสงศรี. (2550). **ประสบการณ์การจัดการพยาบาลสาธารณสุขของพยาบาลวิชาชีพสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์, อติญาณ ศรีเกษตริน, และ รุ่งนภา จันทรา. (2553). **ความพร้อมของบุคลากรและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติ: Preparedness of personnel and emergency medical services toward disaster**. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). **สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2553). **แผนการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุข**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2555). รายงานประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. นนทบุรี: ส.พิจิตรการพิมพ์.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา : **ตอบโต้ฉุกเฉิน 54 เล่มที่ 1**. กรุงเทพมหานคร: ส.พิจิตรการพิมพ์.
- สมิทธ ธรรมสโรช. (2556,). ภัยพิบัติและการประเมินสถานการณ์ที่จะเกิดภัยพิบัติของโลกในอนาคต. **ในการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 22 เรื่อง Disaster management: Taking action to better health outcomes, 14-16 มกราคม 2556 ณ อาคารมหิตลอดุลยเดช-พระศรีนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา.**
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2552). **คู่มือสู้ภัยพิบัติ สำหรับโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สุนันทา ลักษิตติกุล, อุไร หักกิจ, และ จิระพรรณ พรวิฑู. (2551). ประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26 (4) : 349-360.
- สุนีย์ เคารนวน. (2551). **ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุภักดิ์ ศรรัตน์. (2547). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลขณะเกิดภาวะวิกฤตน้ำท่วมขนาดใหญ่ : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และ อิงคภา โคตนาธา. (2556). พยาบาลกับการบูรณาการเพศภาวะในการจัดการภัยพิบัติ. **ว.พยาบาลสงขลานครินทร์**, 33 (ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน), 57-68.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **หน้าที่ความรับผิดชอบหลักและสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**. นนทบุรี: กลุ่มภารกิจพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ทางการพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักการอนามัย กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **คู่มือการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสายงานพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร.
- หทัยชนก บัวเจริญ, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, และ กมลทิพย์ ชลัษฏธรรมเนียม. (2554). **การพยาบาลในระบบสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- อังคณา ช่วยค้าชู. (2555). ประสบการณ์การจัดการศูนย์พักพิงช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต วารสารสภาการพยาบาล, 27(ฉบับพิเศษ ตุลาคม- ธันวาคม), 31-42.
- อุไรพร จันทะอุ่มเม้า, สายพิมพ์ คงคุ่ม, อรทัย นนทเภท, และเปรมวดี ศรีเกษ. (2554). การบริหารจัดการในกรณีพิบัติภัยทางธรรมชาติ: ประสบการณ์พยาบาลในจังหวัดภาคใต้. **วารสารกองการพยาบาล**. 38(1): 67-74.
- อุบล ยี่เอ็ง. (2553). การเผชิญภัยพิบัติ ถอดบทเรียน: กรณีความไม่สงบทางการเมืองในเขต กรุงเทพมหานคร (12 มีนาคม- 22 พฤษภาคม 2553). **วารสารพยาบาลทหารบก**. 11 (ฉบับพิเศษ): 11-15.
- อุมาพร อินทวงศ์. (2548). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบกรณีพิบัติภัยในภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาษาอังกฤษ

- Adelman, D. S., and Legg, T. J. (2010). **Disaster nursing: A handbook for practice.** Massachusetts: Jones and Bartlett.
- American nurse association. (2002). **Registered nurses' rights and responsibilities related to work release during a disaster.** [Online]. Available from: [http://nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/DPR/ANAAction/WorkReleaseDuringaDisaster_1.pdf](http://nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/DPR/ANAAAction/WorkReleaseDuringaDisaster_1.pdf) [2012, June 24]
- Arbon, P., et al. (2006). Australian nurses volunteering for the Sumatra-Andaman earthquake and tsunami of 2004: A review of experience and analysis of data collected by the Tsunami Volunteer Hotline. **Australasian Emergency Nursing Journal**. 9(December): 171-178.
- Ardagh, M. W., et al. (2012). The initial health-system response to the earthquake in Christchurch, New Zealand, in February, 2011. **The Lancet**, 379 (9831): 2109-2115.
- Australian Emergency Management Institute. (2011). **Australian emergency management handbook series: Disaster health.** Sydney: GEON Impact .
- Beach, M. (2010). **Disaster preparedness and management.** Philadelphia: F.A. Davis.

- Becker, G., and Roberts, T. (2009). Do we agree? Using a Delphi technique to develop consensus on skills of hand expression. *Journal of Human Lactation*, 25(2), 220-228.
- Brismar, B., and Linder, B. (2003). **Disaster medicine in Europe-An update 2003**. Stockholm: HOPE.
- California Medical Services Authority (CMSA). (2006). **Hospital incident command system guidebook**. California: The California Medical Services Authority.
- Chan, Y.-F., Alagappan, K., Gandhi, A., Donovan, C., Tewari, M., and Zaets, S. B. (2006). Disaster management following the Chi-Chi earthquake in Taiwan. *Pre-hospital and Disaster Medicine*. 21(3): 196-202.
- Chang, L.-P., and Wang, T.-L. (2004). Introduction to wilderness emergency medical service. *Ann Disaster Med*. 3(1): 35-39.
- Chapman, K., and Arbon, P. (2008). Are nurses ready?: Disaster preparedness in the acute setting. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 11(3): 135-144.
- Cheng, S.-F., Cheng, C.-W., Hsieh, W.-C., Chi, M.-C., Lin, S.-J., and Liao, Y.-T. (2012). Effects of individual resilience intervention on indigenous people who experienced Typhoon Morkot in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 28(2): 105-110.
- Courtney, M., yacopetti, J., Jame, C., and Walsh, A. (2001). Queensland pulic sector nurse executives: job sastisfaction and cereer opportunities. *Australian health review*, 24(2), 83-95.
- Danna, D., Bernard, M., Jones, J., and Mathews, P. (2009). Improvement in disaster planning and direction for nursing. *The Journal of Nursing Administration*. 39(10): 423-431.
- Duong, K. (2009). Disaster education and training of emergency nurses in South Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 12(3): 86-92.
- Essinger, K., and Linder, B. (2001). **Disaster medicine in Europe-Organization and trends**. Stockholm: HOPE.
- Fablgren, T. L., and Drenkard, K. N. (2002). Healthcare system disaster preparedness, Part 2: Nursing executive role in leadership. *The Journal of Nursing Administration*. 32(10): 531-537.

- Government Gazette Republic of South Africa. (2003). **Disaster management act No.57 of 2002**. Parkview: Republic of South Africa.
- Gracht, H. A. v. d. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. **Technological Forecasting and Social Change**, 79(8), 1525-1536.
- Hammad, K. S., Arbon, P., and Gebbie, K. M. (2011). Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. **Australasian Emergency Nursing Journal**. 14 (May): 81-94.
- Hassmiller, S. B. (2000). Disaster management. In M. Stanhope, and J. Lancaster (Eds.), **Community public health nursing**. Missouri: Mosby.
- Hassmiller, S. B., and Stanley, S. A. R. (2012). **Public health nursing and the disaster management cycle** [Online]. Available from: <http://www.elsevieradvantage.com/samplechapters/9780323080019/9780323080019.pdf>. [2012, August 28].
- Huang, J.-J., Shieh, V., Huang, M.-Y., and Lo, H.-W. A. (2010). Ethical Issues of Disaster Medicine: Taiwan's Experience of Typhoon Morakot. **Fooyin Journal of Health Sciences**. 2(3-4): 94-97.
- International Council of Nurses (ICN). (2001). **Nurse and Disaster preparedness: A position statement**. Geneva: International Council of Nurses
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). **World Disasters Report 2013: Focus on technology and the future of humanitarian action**. Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Strategy for Disaster Reduction (ISDR). (2005). **Hyogo framework for action 2005-2015: Building the resilience of nations and communities to disasters**. Hyogo: The World Conference on Disaster Reduction.
- Ishii, M. (2012). **Disaster nursing 2**. Paper presented at the Disaster Nursing Training Course, May 7 and 8: Chulalongkorn University-Global Development Learning Network (CU-GDLN) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University and World Bank Tokyo Development Learning center (WBTDLC).

- James, D., and Duarte, V. (2006). Disaster Preparedness of Colorado Nurses. **Clinical Simulation in Nursing**. 2(2): 59-64.
- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. **Nurse Education in Practice**. 4(1): 69-76.
- Jiu-ping, X, and Lu Yi. (2009). Meta-Synthesis Pattern of Analysis and Assessment of Earthquake Disaster System. **Systems Engineering-Theory and amp; Practice**. 29(11): 1-18.
- Kawatani, Y. (2012). The practice of disaster nursing. **Paper presented at the Disaster Nursing Training Course**, May 7 and 8: Chulalongkorn University-Global Development Learning Network (CU-GDLN) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University and Word Bank Tokyo Development Learning center (WBTDLC).
- Keeney, S., Hasson, F., and McKenna, H. (2011). **The Delphi technique in nursing and health research**. West Sussex UK: John Wiley and Sons.
- Langan, J. C., and James, D. C. (2005). **Preparing nurses for disaster management**. New Jersey: Pearson education.
- Lavin, R., Slepski, L., and Veenema, T. G. (2007). Leadership and Coordination in disaster health care systems: The Federal disaster response network. In T. G. Veenema (Ed.), **Disaster nursing and emergency preparedness: for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards**. (2 ed., pp. 25-49). New York: Springer.
- Li, K. (2012). Activities of The Japanese Nursing Association in the great Japan earthquake. **Paper presented at the Disaster Nursing Training Course**, pp.1-14. May 7 and 8: Chulalongkorn University-Global Development Learning Network (CU-GDLN) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University and Word Bank Tokyo Development Learning center (WBTDLC).
- Lin, C.-J., and Chen, C.-M. (2008). Important Issues and Challenges: Disaster Nursing. In C.-M. Chen, Y.-M. Chao, and Y.-H. Lai (Eds.), **Nursing care in Taiwan**. Taipei: Department of health.
- McClean, D. (2010). **World disasters report 2010: Focus on urban risk**. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

- Nates, J. L., and Moyer, V. A. (2005). Lessons from Hurricane Katrina, tsunamis, and other disasters. **The Lancet**. 366(9492): 1144-1146.
- National Disaster Risk reduction and Management Council. (2013). **NDRRMC Update: SitRep No.23 Effects of Typhoon YOLANDA (HAIYAN)**. Quezon City, Philipines: Republic of Philipines.
- National rural health alliance. (2004). **Rural communities and disaster recovery** [Online]. Available from: <http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/-publications/rural%20communities%20and%20disaster%20recovery.pdf> [2012, Oct 15]
- Power, R., and Daily, E. (2010). **Internationnal Disaster Nursing**. New York: Cambridge University Press.
- Priest, C. (2009). Catastrophic Conditions, Tough Decisions: The Roles and Responsibilities of Nurse Leaders in Disaster Settings. **Nurse Leader**, 7(3), 48-50.
- Q'Sullivan, T.L., Dow,D., Tuner, M.C., Lemyre, L.,Corneil,W., Krewski,D.,et al.,(2008). Disaster and emergency management: Canadian nurses' perceptions of preparedness on hospital front lines. **Pre-hospital and Disaster Medicine**. 23(1): s11-s18.
- Qureshi, K., and Gebbie, K. M. (2007). Disaster management. In T. G. Veenama (Ed.), **Disaster nursing and emergency preparedness: for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards**. (2 ed., pp. 137-159). New York: Springer.
- Queensland Government. (2010). **Disaster management strategic policy framework**. Queensland: The state of Queenlands.
- Slepski, L. A. (2007). Emergency Preparedness and Professional Competency Among Health Care Providers During Hurricanes Katrina and Rita: Pilot Study Results. **Disaster Management and amp; Response**. 5(4): 99-110.
- Spain, K. M., Clements, P. T., DeRanieri, J. T., and Holt, K. (2012). When Disaster Happens: Emergency Preparedness for Nurse Practitioners. **The Journal for Nurse Practitioners**. 8(1): 38-44.

- The European Society for Emergency Medicine (EuSEM). (2011). **Disaster Medicine Section** [Online]. Available from <http://www.eusem.org/sectiondisaster>. [2012, October 12].
- The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2008). **Public health guide in emergencies**. 2nd ed. Geneva.
- Toyoda, T. (2012). Disaster management policy. In T. Toyoda, J. Nishikawa, and H. Sato (Eds.), **Economic and policy: Lessons from Japan to developing countries**. (pp.237-252). New York: Palgrave macmilian.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction Secretariat (UNISDR). (2011). **Towards a post-2015 framework for disaster risk reduction**[Online]. Available from http://www.unisdr.org/files/25129_towardsapost2015-frameworkfordisaste.pdf [2012, October 12].
- Veenama, T. G. (2007). Essentials of disaster planning. In T. G. Veenama (Ed.), **Disaster nursing and emergency preparedness: for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards**. (2 ed., pp. 3-24). New York: Springer.
- Veenema, T. G. (2009). **Ready RN: Handbook for disaster nursing and emergency preparedness**. 2 nd. ed. St.Louis: Mosby Elsevier.
- Vest, J. R., and Valadez, A. M. (2006). Health Conditions and Risk Factors of Sheltered Persons Displaced by Hurricane Katrina. **Pre-hospital and Disaster Medicine**. 21(2): pp 55-58.
- World Health Organization. (2008). **Humanitarian Health Action** [Online]. Available from <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>. [2012, July 28]
- World Health Organization, and International Council of Nurse. (2009). **ICN framework of disaster nursing competencies**. Geneva: Western pacific region.
- World Society of Disaster Nursing (WSDN). (2008). **World society of disaster nursing embellished**. [Online]. Available from <http://www.wsdn2008.com/indexhtml>. [2012, Oct 19]
- Wynd, C. A. (2006). A proposed model for military disaster nursing. **Online Journal of Issues in Nursing**. 11(3): 17p.

Yamamoto, A. (2008). Education and research on disaster nursing in Japan. **Pre-hospital and Disaster Medicine**. 23(1): 6-7.

Yi, P., George, S. K., Paul, J. A., and Lin, L. (2010). Hospital capacity planning for disaster emergency management. **Socio-Economic Planning Sciences**. 44 (3): 151-160



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 8 คน รายนามดังนี้

- 1.1 นางสาวอุบล ยี่เฮง
- 1.2 นางสาวโคภิชฐ์ อภิชาโต
- 1.3 น.อ.หญิง ดร.โสพรรณ โปะทะยะ
- 1.4 นางจรีวัฒน์ คงทอง
- 1.5 นางอรสา เพชรคง
- 1.6 นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ
- 1.7 นางปาริชาติ หนูนพระเดช
- 1.8 นางสินี นวนเปียน

2. กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 5 คน รายนามดังนี้

- 2.1 ผศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์
- 2.2 ผศ.ดร.กรองไต อุดมhusut
- 2.3 ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
- 2.4 ผศ. วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว
- 2.5 ผศ.ดร. จิรพรรณ พิรุฒิ

3. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 5 คน รายนามดังนี้

- 3.1 พ.อ. นพ. คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ
- 3.2 นพ. ไพโรจน์ เครือกาญจนา
- 3.3 นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล
- 3.4 ผศ. นพ.ประเสริฐ วศินานุกร
- 3.5 รศ.นพ.สุเมธ พิรุฒิ

4. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 3 คน รายนามดังนี้

- 4.1 ร.อ. นพ.อัฉริยะ แพงมา
- 4.2 นายมนตรี ชนะชัยวิบูลวัฒน์
- 4.3 พ.อ. นพ. ปราโมทย์ อิมวัฒนา

ประวัติผู้เชี่ยวชาญโดยย่อ

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 8 คน รายนามดังนี้

1.1 นางสาวอุบล ยี่เฮง

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี
 อนุนายกสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 ถึงปัจจุบัน

หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ

การศึกษาระดับเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-Certificate “Hospital Preparedness for Disaster Management”. ADPC พ.ศ. 2545

-Certificate “WMD Mass Casualty Management and Treatment : Train the Trainer. US. Department of State. พ.ศ. 2546

-Certificate “ Nuclear and Radiological Emergency Preparedness” Office of Atoms for Peace and Japan Atomic Energy Research Institute . พ.ศ. 2548

-Certificate “Public Health Emergency Preparedness” US. Department of State. , Singapore พ.ศ. 2548

-Certificate “ Hospital Based Management of Mass Casualty Incidents”, US. Department of State. พ.ศ. 2550

-Certificate “ Developing a Scalable Biological Response Table-Top Exercise, 30 July - 1 August 2012. ” จาก Kingdom of Thailand National Security Council and United States Defense Threat Reduction Agency

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-วิทยากรบรรยายและสอนภาคปฏิบัติ รวมถึงภาคสนาม ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน

-วิทยากรร่วมกับสถานทูตสหรัฐอเมริกา สอนทหาร,ตำรวจ,กู้ภัย ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในหัวข้อ การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในสถานการณ์รบ พ.ศ. 2550

-วิทยากรฝึกอบรมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล Trauma Life Support for Nurses ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์การบิณ กรมแพทยทหารอากาศ

-อาจารย์พิเศษหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยบูรพา, มหาวิทยาลัยปทุมธานี, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิม

พระเกียรติ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในหัวข้อเรื่องแนวทางในการจัดทำแผนอู่ติภัยหมู่และสาธารณสุข, ภัยพิบัติและการเตรียมความพร้อม

-คณะผู้จัดทำหลักสูตรและคู่มือวิทยาการการปฐมพยาบาล ณ.จุดเกิดเหตุ กระทรวงสาธารณสุข

-ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยชีวิตขั้นสูงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ของศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2550

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-คณะทำงานการจัดทำแนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข และกรรมการบริหารสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543-2548

-กรรมการและเลขานุการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสาธารณสุข สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2548-2549

-คณะกรรมการและวิทยาการการจัดทำหลักสูตรและฝึกซ้อมการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคสนาม ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-ปัจจุบัน

1.2 นางสาวโคกิชฐ์ อภิชาโต

ตำแหน่ง อดีตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพังงา

หน่วยงาน โรงพยาบาลพังงา

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ปริญญาโท บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป มหาวิทยาลัย

ราชภัฏสวนดุสิต

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-การพยาบาลหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาประสาทวิทยา

-การพยาบาลหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-เป็นผู้วิจัยร่วมกับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้ ร่วมกับตัวแทนจากประเทศญี่ปุ่นในการดำเนินการวิจัยเรื่องสึนามิ

-รางวัลประกาศเกียรติคุณ พยาบาลดีเด่น สาขาบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่เสี่ยงภัย จากสภาการพยาบาล ประจำปี 2548

-เป็นวิทยากรบรรยายในเรื่องการจัดการภัยพิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ให้แก่โรงพยาบาล
เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การบริหารจัดการ การดูแลผู้ประสบภัยในภาวะภัยพิบัติสึนามิ ในโรงพยาบาลพังงาและ
โรงพยาบาลชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดพังงา

-คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขภัยแห่งชาติ

1.3 น.อ.หญิง ดร.โสพรรณ โทพะยะ

ตำแหน่ง นายทหารพยาบาลกองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทย์ทหารอากาศ

หน่วยงาน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ
ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์)
ปริญญาเอก พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-รางวัล พยาบาลดีเด่น สาขาการบริการพยาบาล ประเภทผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบ
บริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จากพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลีพระวรราชาทินัดดามาตุ
ประจำปี 2553

-รางวัลศิษย์เก่าดีเด่น บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการบริการ ประจำปี 2553

-ร่วมจัดทำ ICN Framework of Disaster Nursing Competencies ฉบับภาษาไทย

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ประธาน (ร่วม) คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขภัยแห่งชาติ

-การจัดบริการพยาบาลและปฏิบัติงานในพื้นที่ประสบภาวะวิกฤตมหาอุทกภัยในเขต
กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554

1.4 นางจรีวัฒน์ คงทอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน,
หัวหน้างานแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 24 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-หัวหน้าโครงการจัดทำแผนรับมือภัยพิบัติ ระดับโรงพยาบาล

-ร่วมประชุมสัมมนาในหัวข้อเรื่อง The research conference world society of Disaster nursing ณ เมืองโกเบ ประเทศญี่ปุ่น

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ

-ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากภัยพิบัติ ในเหตุการณ์พายุเกย์ จังหวัดชุมพร ภัยพิบัติสึนามิ ภัยพิบัติแผ่นดินถล่มเขตอำเภอคีรีวงค์ จังหวัดนครศรีธรรมราช อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และมหาอุทกภัยปี 2554 ในเขตพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและกรุงเทพมหานคร

1.5 นางอรสา เพชรคง

ตำแหน่ง อติตรองผู้อำนวยการฝ่ายบริการทางการแพทย์

หน่วยงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 38 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-การอบรมเรื่องการจัดการภัยพิบัติ ของ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-รับพระราชทานเหรียญพลอเรนซ์ในดิงเกล ประจำปี 2544 ซึ่งเป็นรางวัลที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นอนุสรณ์แด่มีสพลอเรนซ์ ในดิงเกล

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ปฏิบัติงานศูนย์อพยพกัมพูชา บริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา

-ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดฉุกเฉิน กรณีความไม่สงบในประเทศเคนยา เหตุภัยพิบัติแผ่นดินไหว ประเทศไต้หวัน ประเทศปากีสถาน

1.6 นางสาวภาวิณี อยู่ประเสริฐ

ตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย

หน่วยงาน สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 30 ปี

วุฒิการศึกษาปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-ฝึกอบรมในหัวข้อ Disaster Management ของ Asian Disaster Preparedness Center

-ฝึกอบรมในหัวข้อ Health Emergency in large Populations ของ International Committee of the Red Cross

-ฝึกอบรมในหัวข้อ Regional Disaster Response Team Intervention course ของ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-รับพระราชทานเหรียญพลอเรนซ์ในดิงเกล ประจำปี 2554

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การปฏิบัติงานบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย จากเหตุภัยพิบัติแผ่นดินไหว ประเทศปากีสถาน พ.ศ. 2548 และเหตุภัยพิบัติไต้ฝุ่น ประเทศฟิลิปปินส์ พ.ศ. 2549 และ 2552

1.7 นางปาริชาติ หนูนพระเดช

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

หน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา -พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับ

-พยาบาลดีเด่น สาขาการบริการพยาบาล ระดับตติยภูมิ ระดับผู้บริหาร จากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคใต้

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การจัดบริการพยาบาลในเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

-การจัดบริการพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยจากเหตุภัยพิบัติสึนามิ ในปี พ.ศ 2547

1.8 นางลินี นวนเปียน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ7 แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

- แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้บาดเจ็บที่เป็นเลิศ และบทบาทพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติ
- ประชุมวิชาการ Mass Trauma Preparedness, Response and Lesson learn for Leader

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

ผลงานวิจัยเรื่องอันตรายจากการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ และการจัดการอันตรายของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย 2555

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

การจัดการผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

**2. กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการแพทย์ที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 5 คน
 รายนามดังนี้**

2.1 ผศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

หน่วยงาน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 28 ปี

วุฒิการศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต
 ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 ปริญญาเอก พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-อบรมเรื่องการพัฒนาเครือข่าย Asian Pacific Disaster and Emergency Nursing Network

-ฝึกอบรมในหัวข้อ Transition care, Burn care, Trauma care, Emergency and Disaster nursing

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-ได้รับเชิญเป็น Expert ในการร่างสมรรถนะและนโยบายของพยาบาลด้านภัยพิบัติใน South East Asia ปี ค.ศ. 2011

-ได้รับเชิญเป็น Temporary Advisor ด้าน Disaster nursing จาก WHO ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 ถึงปัจจุบัน

-ผลงานวิจัยเรื่องผลของการปฏิบัติตามมาตรฐานของระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย ต่อระยะเวลาการนำส่งและผลลัพธ์การดูแล

-เป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติ สมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติด้านสาธารณสุข

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ประธานคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ

-ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบมหาอุทกภัย ในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2554

2.2 ผศ.ดร.กรองไต่ อุณหสูต

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

หน่วยงาน ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 15 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การอุดมศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Research Program a Post Doctoral university of Colorado in
Denver , Fellow (Trauma nursing) USA. ค.ศ. 2009

การศึกษอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-Certificate of Developing and Organizing a trauma care system from Rambam Medical Center, Israel. 2002

-Certificate of Attendance trauma nurse coordinator from Rambam Medical Center, Israel. 2006 and Fellow in Mass casualty situation management from Rambam Medical Center, Israel. 2008

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-การพัฒนาเกณฑ์การประเมินความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย

-Protocol of Nursing management in Emergency Incident Command System

-วิทยากรบรรยายเรื่อง Disaster nursing ณ ประเทศญี่ปุ่นและ Mass casualty situation management ณ ประเทศอิสราเอล

-Unhasuta, K., and Thai Trauma Nurses Society. (2007). Core competency Research of ER Nurse. Bangkok: Sahadhamic Printing.

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ร่วมวางแผนจัดการภัยพิบัติจากสารเคมี ณ ประเทศอิสราเอล และ เฮติ

-ร่วมวางแผนและจัดระบบบริการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ณ โรงพยาบาลเกาะพีพี จังหวัดกระบี่

2.3 ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์

ตำแหน่ง อาจารย์ระดับ 7 ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช

หน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-The South East and East Asia Region SPHERE Training workshop: Hanoi, Vietnam.

-Regional Water and Sanitation workshop, Organization by Bangkok Regional Delegation-Southeast Asia: Bangkok, Thailand.

-CBDRM Training Of Trainers Course, Organized by The Department of Disaster Prevention and Mitigation.

-Workshop on Sharing of experience on Early warning system BDRCS Cyclone preparedness program by American Red Cross and International Federation of Red Cross and Red Crescent: Bangladesh.

-RDRT Induction Course (Regional Disaster Response Team), Organized by The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies South East Asia Regional Delegation: Singapore and Malaysia

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-ได้รับคัดเลือกเป็นศิษย์เก่าดีเด่น สาขาการบริการพยาบาล ประเภทผู้บริหารการพยาบาล จากสมาคมศิษย์เก่าสภาวิชาชีพพยาบาล

-ได้รับรางวัลเหรียญพลอเรนซ์ ไนติงเกล ครั้งที่ 43 ประจำปี 2554 จากคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (ICRC)

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในศูนย์อพยพเขาอีต้ง เขตชายแดนไทย-กัมพูชา เกาะกง และ หัวหน้าทีมการปฏิบัติงานโครงการชุมชนพร้อมรับภัยพิบัติ สภาวิชาชีพพยาบาล ประเทศไทย ที่จังหวัดพังงา ตามความร่วมมือของสภาวิชาชีพพยาบาลไทยและกาชาดอเมริกา

-วิทยากรบรรยายเรื่อง การจัดการภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติระดับชุมชน การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายการจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน

-คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขภัยแห่งชาติ

2.4 ผศ. วรณเพ็ญ อินทร์แก้ว

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์

หน่วยงาน ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภาวิชาชีพพยาบาล

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภาวิชาชีพพยาบาล

ปริญญาโท ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-Disaster Management: Asian Disaster Preparedness Center, Thailand

-Psychological Support Program: International Red Cross and Red Crescent Societies, Thailand

-Community-Based First Aid Master Facilitation: Bogor, Indonesia

-Promoting Community-Based Disaster Risk Reduction, Climate Change Adaptation and Helping Older people in Emergency United Nation, Thailand

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-บรรณาธิการและผู้เขียน หนังสือ การพยาบาลสาธารณสุขภัย (Disaster Nursing) ของ วิทยาลัยพยาบาลสภาวิชาชีพพยาบาลไทย และเขียนตำราการพยาบาลสาธารณสุข (2557) ร่วมกับ สมจินดา ชมพูนุท

-ผลงานวิจัยเรื่อง Health Impact and Adaptation of the Elderly Affected by flood in Ladkrabang Disaster, Bangkok

-ผลงานวิจัยเรื่อง The Effect of Interactive Method on Achievement and Prevention-Mitigation, Preparedness and Response Competencies of Undergraduate Nursing Student based on International Council of Nurse (ICN) Framework of Disaster Nursing Competencies

-เป็นประธานคณะผู้สอนวิชาการพยาบาลสาธารณสุขและวิชาการพยาบาลฉุกเฉินและสาธารณสุขให้แก่นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ

-ประธานคณะกรรมการทำงานโครงการ Basic Health Care Services in Tsunami Recovery Program โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies และโครงการ Community Based Health in Tsunami Recovery Program โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก American Red Cross Society ในพื้นที่จังหวัดระนอง พังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง สตูล

2.5 ผศ. จิรพรรณ พีรวุฒิ

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคใต้

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 9 ปี

วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาโท ครุศาสตรมหาบัณฑิต (โสตทัศนศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-อบรมการจัดการภัยพิบัติของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

-ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติสึนามิ ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน 5 คน รายนามดังนี้

3.1 พ.อ. นพ. คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ

ตำแหน่ง นายแพทย์ผู้อำนวยการเฉพาะสาขา ประจำกรมแพทย์ทหารบก (ช่วยราชการ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า)

หน่วยงาน กรมแพทย์ทหารบก

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 10 ปี

วุฒิการศึกษา -แพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า รุ่นที่ 6
-ความเชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-วิทยากรบรรยาย ในหัวข้อรับบัญชาการเหตุการณ์ ให้กับบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข
กรมแพทย์ทหารบก, กรมแพทย์ทหารเรือ

-ผู้วิจัยร่วม ในเรื่องการประเมินความพร้อมของบัณฑิตแพทย์ทหาร วิทยาลัยแพทยศาสตร์
พระมงกุฎเกล้า ในการปฏิบัติหน้าที่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

-วิทยากรบรรยายในหัวข้อ การเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์น้ำท่วมโรงพยาบาล
Review of International Standards

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบแนวเขตชายแดนไทย-กัมพูชา

-การปฏิบัติงานในสถานการณ์ความรุนแรงทางการเมือง ปี พ.ศ. 2552-2553

-การปฏิบัติงานในเหตุการณ์มหาอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554

3.2 นพ. ไพโรจน์ เครือกาญจนา

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 20 ปี

วุฒิการศึกษา -แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
-ความเชี่ยวชาญ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-อนุปริญญาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-วิทยากรบรรยายด้านเวชศาสตร์ภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

-ได้รับรางวัลชมเชยการประกวดนวัตกรรมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 เรื่อง ฝือกกระดาษ

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

- การปฏิบัติงานในเหตุภัยพิบัติอุทกภัย ในเขตอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ.2553
- การปฏิบัติงานในเหตุภัยพิบัติมหาอุทกภัย ในเขตพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2554
- การปฏิบัติงานในเหตุภัยพิบัติแผ่นดินไหวและสึนามิ ประเทศญี่ปุ่น ปี พ.ศ. 2554
- การปฏิบัติงานในเหตุการณ์ความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร

3.3 นพ.ชาตรี เจริญชีวะกุล

ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา

อดีตเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงาน โรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ มากกว่า 20 ปี

วุฒิการศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- กำลังศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ป้องกัน (สาธารณสุขศาสตร์)

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-ศึกษาเรื่องระบบ ICS จาก Federal Emergency Management Agency (FEMA)

ประเทศสหรัฐอเมริกา

-ศึกษาดูงานด้านการจัดการภัยพิบัติในประเทศต่างๆ เช่น สิงคโปร์ ไต้หวัน ฝรั่งเศส

สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-หนังสือเรื่อง การบริหารเหตุการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์อุทกภัย, กู้ชีพทหารกล้า ฝ่าสมรภูมिरบ, ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา ตอบโต้อุทกภัย เล่มที่ 1, 1669 กู้ชีพ ต่อชีวิต

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การบริหารจัดการด้านการแพทย์ ในเหตุการณ์คลังแสงสรรพาวุธระเบิด ณ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

-การบริหารจัดการด้านการแพทย์ในเหตุการณ์ขานติกำแพงไฟไหม้ เหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง เขตกรุงเทพมหานคร วิถีอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554

-การบริหารจัดการทางการแพทย์ กรณีเหตุพิพาทปราสาทหินเขาพระวิหาร ในเขตพื้นที่
จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2554

3.4 ผศ. นพ.ประเสริฐ วศินานุกร

ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

หน่วยงาน ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 30 ปี

วุฒิการศึกษา

-แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-วุฒิปัตร์ สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป

-Diplomate of American Board of Surgery จาก Yale University ประเทศ
สหรัฐอเมริกา

-Cardio Thoracic Vascular Surgery จาก Medical College of Virginia ประเทศ
สหรัฐอเมริกา

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-ปิยอาจารย์ชั้นคลินิก และอาจารย์ตัวอย่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2545

รางวัลแพทย์ดีเด่นของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาบริการแพทย์ ประจำปี
2554 และรางวัลอนุสรณ์สงขลานครินทร์ ประจำปี 2555 เนื่องจากเป็นผู้บุกเบิกและก่อตั้งภาควิชา
ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

-วิทยากรบรรยายเรื่องการรักษาพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติ ณ ประเทศญี่ปุ่น

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การปฏิบัติงานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในเหตุภัยพิบัติสึนามิ เขตพื้นที่จังหวัดกระบี่ พังงา พ.ศ.
2547 และศัลยแพทย์อาสาปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดภาคใต้

-การปฏิบัติงานด้าน Disaster Medicine ณ ประเทศญี่ปุ่น

3.5 รศ.นพ.สุเมธ พิธวุฒิจิ

ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์

อดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ และผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 10 ปี

วุฒิการศึกษา -แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

-วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิก และลาเรียงชีวิตยา

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับ

-ได้รับรางวัลนักรบริหารโรงพยาบาลยอดเยี่ยม จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ จนได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (TQC)

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

- การบริหารจัดการทางการแพทย์ในกรณีอุทกภัยในเขตอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยในเหตุภัยพิบัติสึนามิ

4. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 3 คน รายนามดังนี้

4.1 ร.อ. นพ.อัจฉริยะ แพงมา

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงาน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 20 ปี

วุฒิการศึกษา -แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
-วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แห่งประเทศไทย

-วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

-วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์การบิน สถาบันเวชศาสตร์การบิน

กองทัพอากาศ

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

- อบรมเรื่อง Crisis Management ของ Tsinghua-Harvard University ณ ประเทศจีน
- ศึกษาดูงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับ 20 ประเทศ
- ร่วมจัดตั้งหน่วยแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศสกายดอกเตอร์ (Sky Doc) โดยร่วมมือกับสถาบัน เวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศและหลายหน่วยงานอบรมความรู้ด้านเวชศาสตร์การบินให้กับแพทย์ โรงพยาบาลและได้จัดตั้งเป็นศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ 10 แห่งทั่วประเทศ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-หนังสือเรื่อง กู้ชีพทหารกล้า ฝ่าสมรภูมिरบ, ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา ตอบโต้อุทกภัย เล่มที่ 1,1669 กู้ชีพ ต่อชีวิต

-บทความวิชาการเรื่อง การเตรียมพื้นที่ขึ้น ลงเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

-บทความวิชาการเรื่อง รายงานการแพทย์สำหรับสถานการณ์ภัยพิบัติของประเทศไทยในปัจจุบัน ตีพิมพ์ในวารสาร : จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีที่: 95 ฉบับที่ 1 เลขหน้า :S42-50 ปี พ.ศ. 2555 และบทความวิชาการ วารสาร Tango เรื่อง หมู่บินสกายด็อกเตอร์ ร่วมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตอบโต้ภัยพิบัติ

-บรรณาธิการหนังสือ คู่มือแนวทางการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

-ผู้วิจัยร่วมในงานวิจัยเรื่อง Hospital Evacuation: Learning Form Past, Flood of Bangkok 2011

-วารสาร: British Journal of Medicine and Medical Research. 4(1): 395-415 ในปี 2014

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-การบริหารจัดการด้านการแพทย์ในเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง เขตกรุงเทพมหานคร วิกฤตมหาอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554

-มีประสบการณ์ในการจัดการในภาวะภัยพิบัติในส่วนของภาคเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน

-บริหารจัดการความรุนแรงทางเมือง ภัยธรรมชาติ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-ปัจจุบัน

4.2 นายมนตรี ชนะชัยวิบูลวัฒน์

ตำแหน่ง -ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเขต 5 นครราชสีมา

-อดีตผู้อำนวยการสำนัก สำนักนโยบายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

หน่วยงาน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 30 ปี

วุฒิการศึกษาปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิศวกรรมโยธา

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

-คู่มือประชาชนในการเตรียมตัวให้รอดปลอดภัยพิบัติ ปี พ.ศ. 2552

-แผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ. 2548 และแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-วิทยากรบรรยายในหัวข้อ ภัยพิบัติ: ร่วมห่วงใยแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม ให้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล

-การบริหารจัดการภาวะภัยพิบัติของกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัย ในเหตุการณ์วิกฤตมหาอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554

-วิทยากรบรรยายในหัวข้อ อุทกภัย 2556 :พร้อมรับมือหรือซ้ำร้าย 2554 ให้แก่สถาบันวิจัย สภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.3 พ.อ. นพ. ปราโมทย์ อิมวัฒนา

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และการข่าว กรมแพทย์ทหารบก

หน่วยงาน กรมแพทย์ทหารบก กระทรวงกลาโหม

ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ 20 ปี

วุฒิการศึกษา -แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
-วุฒิปัตรผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ-นรีเวช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรผู้บริหารสายแพทย์ รุ่นที่ 3

การศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

-สำเร็จการศึกษาหลักสูตรส่งกลับทางอากาศ

-การฝึกร่วมกับ MEDRETE Tenden Valiant ครั้งที่ 2 กับกองกำลังกองทัพบก ประเทศ

สหรัฐอเมริกา ภาคพื้นแปซิฟิก ณ สาธารณรัฐวานูอาตู

-การฝึกทางทหารอาเซียนด้านมนุษยธรรม การบรรเทาภัยพิบัติ และการแพทย์ทางทหารของอาเซียน ครั้งที่ 2 ประเทศที่จัดกำลังเข้าร่วมการฝึก จำนวน 18 ประเทศ

ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ


-บทความวิชาการเรื่อง บทบาทแพทย์ทหาร: บทเรียนจากสึนามิ ตีพิมพ์ในนิตยสารยุทธโศกษ ปีที่ 113 ฉบับที่ 4 ก.ค.-ก.ย. 2548 และการพัฒนาระบบสารสนเทศแจ้งเตือนภัยคุกคามทางการแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตีพิมพ์ในวารสาร สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (Armed Forces Research Institute of Medical Science)

-วิทยากรบรรยายให้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ เรื่อง ระบบการบัญชาการในสถานการณ์ Incident Command System ประดิษฐ์สื่อการสอน “บาดแผลสมมุติ” ซึ่งใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรสายแพทย์และนักเรียนแพทย์ทหารของกองทัพบก (Artificial Wound Model)

ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

-แพทย์ประจำกองพันทหารช่างที่ 2 กองกำลังสหประชาชาติ ประเทศราชอาณาจักรกัมพูชา

-การบริหารจัดการด้านการแพทย์ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในการช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัย ในเหตุการณ์วิฤตมหาอุทกภัย ปี พ.ศ. 2554 เหตุภัยพิบัติสึนามิ ปี พ.ศ. 2547



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/1328

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

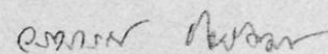
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช
2. ดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขออนุมัติให้บุคลากรเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และดร. กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสิณี วิเศษฤทธิ์ โทร. 0-2218-1159
ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ โทร. 081-967-8694

ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

เลขที่หนังสือรับ	4/3
ว.ค.ป.	5 พ.ย. 56
เวลา	// 90 น.

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

ที่ จว 371 /56

วันที่ 28 พฤษภาคม 2556

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. หนังสือแสดงความยินยอม

ตามที่ ร้อยเอกหญิงอรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 043.2/56 เรื่อง การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของ ผู้บริหารทางการพยาบาล (DISASTER NURSING MANAGEMENT OF NURSE ADMINISTRATOR) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้
รับรองวันที่ 21 พฤษภาคม 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

Dr. Nanthi Chonswangsa-rajorn

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัชชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



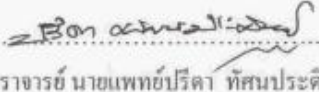
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 092/2556

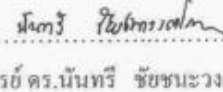
ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 043.2/56 : การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล
ผู้วิจัยหลัก : ร้อยเอกหญิงอรุณรัตน์ สิริภักศึกษาญณ์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม... 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทັນประคินฐ)

ประธาน

ลงนาม... 
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 21 พฤษภาคม 2556

วันหมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2557

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 043.2/56
21 พ.ค. 2556
วันที่รับรอง
วันหมดอายุ 20 พ.ค. 2557

เงื่อนไข

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

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Participation Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล
(DISASTER NURSING MANAGEMENT OF NURSE ADMINISTRATOR)

ชื่อผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ ศรีภักศิกาญจน์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 317/6 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
(ที่บ้าน) 82/387 ถ.ทหาร แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2354-7834 **โทรศัพท์มือถือ** 081-9678694

E-mail: Arunratsomklin@Gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเพื่อศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้บริบทของประเทศไทย โดยการใช้การวิจัยเชิงบรรยายแบบเทคนิคเคสฟายในการหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ซึ่งท่านเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในด้านดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ ดิฉันจึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติ ซึ่งได้รับคัดเลือกตามคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละกลุ่ม โดยการศึกษาประวัติและผลงานด้านต่าง ตลอดจนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 21 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล จำนวน 9 คน

วันที่รับรอง 21 พ.ค. 2556

3.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาพยาบาล จำนวน 5 คน

วันที่รับรอง 20 พ.ค. 2556

3.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 คน

3.4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ จำนวน 3 คน

4. การวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบเทคนิคเคสฟาย ดำเนินการวิจัยโดยศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาล เมื่อท่านยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กรุณาให้ข้อมูลการวิจัยจำนวน 3 รอบ มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้



043.2/56

AF 04-07

4.1 รอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือช่องทางอื่นๆตามความประสงค์ของผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งบันทึกเสียงในการสนทนา ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที พร้อมนัดวัน เวลาและสถานที่ตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนด หากท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือลำบากใจในการตอบคำถาม ท่านสามารถงดเว้น ไม่ตอบข้อคำถามข้อนั้นได้ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเทปบันทึกเสียง เมื่อสิ้นสุดการวิจัยทันที

4.2 รอบที่ 2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน มาวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างแบบสอบถามโดยใช้มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ภายใต้นามความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม พิจารณาประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของการจัดการภาวะภัยพิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาลในแต่ละด้านซึ่งในแต่ละด้านประกอบด้วย การจัดการรายด้านย่อย และเพิ่มช่องว่างด้านหลังข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ได้อย่างอิสระ

4.3 รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำผลการรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2 มาปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยคงข้อคำถามเดิมชุดเดียวกับรอบที่ 2 และเพิ่มเติมข้อมูลค่ามาตรฐานความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ หากคำตอบอยู่นอกนอกพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อคำถามนั้น ขอความกรุณาแสดงเหตุผลประกอบ

การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที อีกทั้งขอให้ผู้เชี่ยวชาญใส่แบบสอบถามในซองสีน้ำตาลที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งคิดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว และส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยจะใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 2-3 สัปดาห์ และขออนุญาตทางตามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่นัดไว้ ทั้งนี้หากข้อมูลเปลี่ยนแปลงเกินร้อยละ 20 จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบต่อไป เพื่อหาฉันทมติ จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลไม่เกินร้อยละ 20 จึงจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ จึงขอความร่วมมือจากท่านกรุณาตอบแบบสอบถามในรอบต่อไป เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและมีคุณภาพ

5. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกในการสัมภาษณ์ สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่ก่อให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบต่อใดๆ

6. งานวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์โดยรวมคือได้แนวทางการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลและเพิ่มองค์ความรู้ของพยาบาลด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติ

เลขที่โครงการวิจัย 043. 2/56
วันที่พิมพ์ 21 พ.ค. 2556
พิมพ์ที่ 20 พ.ค. 2557



AF 04-07

ส่งผลให้การจัดการภัยพิบัติมีประสิทธิภาพ ลดอัตราการสูญเสียชีวิตและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ประสบภัย รวมทั้งลดต้นทุนในการจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ

7. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างถึงชื่อบุคคล และเก็บทำลายหลักฐานการบันทึกเทปและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับท่านทั้งหมดหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

8. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย **แต่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมของที่ระลึกสำหรับมอบให้แก่ผู้มีส่วนร่วมการวิจัย หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์**

9. หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลและติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง คือ ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ โทรศัพท์ 081-967-8694

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
 ที่โครงการวิจัย 043.2/56
 วันที่รับขอ 21 พ.ค. 2556
 นพตฤกษ์ 20 พ.ค. 2556

AF 05-07

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ผู้ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงการวิจัย การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล
ชื่อผู้วิจัย ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 3-17/6 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 0-2354-7834 โทรศัพท์มือถือ 08-1967-8694
E-mail: Arunratsomklin@Gmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบคำอธิบายอย่างชัดเจน เกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และ
ประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดย
ตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้า มีความยินดีและสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย
สัมภาษณ์พร้อมการบันทึกเทปในรอบที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2
และ 3 ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยช่วงเวลาย่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกแสดงไว้ในภาคผนวกรายงานผู้เชี่ยวชาญ ส่วนข้อมูล
ในการบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น ภายใต้งบเงื่อนไขที่ระบุในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้าพเจ้า มีสิทธิถอนตัว ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้อง
แจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและจะเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลการเข้า
ร่วมการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานการวิจัยที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

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

เลขที่โครงการวิจัย..... 043.2/56
วันที่รับขอ..... 21 พ.ค. 2556

วันที่รับขอ.....

วันหมดอายุ..... 20 พ.ค. 2557



AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกราย แม้ว่าจะมีการขอยกเว้นไม่ลงนามในใบ
ยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
 (ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ ศรีวิรัตน์)
 ผู้วิจัยหลัก
 เลขโครงการวิจัย 043. 2/56
 วันที่รับรอง 21 พ.ค. 2556
 ณ พนมเปญ 20 พ.ค. 2557



ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่าง

แบบสอบถามรอบที่ 1

เรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล”

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

1. ชื่อ-สกุล.....

2. ตำแหน่ง.....

3. หน่วยงาน.....

4. ประสบการณ์ทำงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ..... ปี

5. วุฒิการศึกษาหรือการศึกษาระดับเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ

ปริญญาตรี.....

ปริญญาโท.....

ปริญญาเอก.....

การศึกษาหรืออบรมเพิ่มเติม.....

6. ผลงานวิชาการหรือรางวัลที่ได้รับเกี่ยวกับงานด้านการจัดการภัยพิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ประสบการณ์และสถานที่ในการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

1. ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ควรแบ่งการจัดการออกเป็นกี่ระยะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ ในแต่ละระยะ ควรมีรายละเอียดอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2556

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค มีจุดมุ่งหมายเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ ตามที่ท่านได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์รอบที่ 1 นั้น บัดนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์บูรณาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยการให้นำหน้าข้อความตามความคิดเห็นของท่านเพื่อพิจารณาร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ ในการหาความสอดคล้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และหากท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความกรุณา ส่งแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบซองพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามครบทั้ง 3 รอบ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 317/6 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 081-967-8694 E-mail: Arunrat.tom@Gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 089-814-0021

ตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 2

เรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล”

คำชี้แจง

1. กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

2. เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

- | | |
|---|---|
| 5 | หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญปานกลาง |
| 2 | หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อย |
| 1 | หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อยที่สุด |

3. แบบสอบถามเรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล” ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 จำนวน 21 ท่าน และบูรณาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลของต่างประเทศ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลได้ในข้อรายการและช่องข้อเสนอแนะ

4. แบบสอบถามฉบับนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างอิงชื่อบุคคล และเก็บทำลายหลักฐานหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้เชี่ยวชาญ กรุณาตอบแบบสอบถามภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถาม ใส่แบบสอบถามในซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งติดตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้วและส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกินเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความตรงและความเที่ยง ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลที่พึงประสงค์และสอดคล้องต่อบริบทของประเทศไทย พัฒนาองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติของวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณภาพ มาตรฐานตามจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ประเด็นการศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล

แบบสอบถามฉบับนี้สร้างจากการสังเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 ท่าน และการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสังเคราะห์ประเด็นการจัดการภัยพิบัติเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะรับมือกับภัยพิบัติและระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ แบ่งการจัดการเป็น 13 ด้านหลัก ซึ่งท่านสามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลในช่องข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เกณฑ์ในการให้คะแนน 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

5	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมากที่สุด
4	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมาก
3	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญปานกลาง
2	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อย
และ 1	หมายถึง	ท่านมีความคิด เห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อยที่สุด

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์พยาบาล	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ 1.1 ดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล 1.2 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลด้านภัยพิบัติ 1.3 เตรียมพร้อมทรัพยากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อรับมือภัยพิบัติ 1.4 พัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ 1.5 ส่งเสริมการเตรียมพร้อมของชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ ข้อเสนอแนะ					
2. ระยะรับมือกับภัยพิบัติ 2.1 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ 2.2 จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล 2.3 จัดสรรบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ 2.4 จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคขณะเกิดภัยพิบัติ ข้อเสนอแนะ.....					

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล	ระดับความ คิดเห็น				
	5	4	3	2	1
3. ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ 3.1 จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง 3.2 ช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากปฏิบัติงานและภัยพิบัติ 3.3 พูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ 3.4 สรุปบทเรียนและประเมินผลการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ					

จากแบบสอบถาม การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทย มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร

เหมาะสม

เหมาะสม แต่ควรมีปรับปรุง เกี่ยวกับ

.....

.....

.....

.....

.....

ไม่เหมาะสม ควรมีการแก้ไข เกี่ยวกับ

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 เรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล”

รายละเอียดการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ แบ่งการจัดการเป็น 13 ด้านหลัก 92 ข้อรายการ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 5 ด้านหลัก 51 ข้อรายการ ระยะรับมือกับภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก 25 ข้อรายการ และระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ประกอบด้วยการจัดการ 4 ด้านหลัก 16 ข้อรายการ ซึ่งท่านสามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลภายในข้อรายการและข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เหนือในการให้คะแนน 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้

5	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมากที่สุด
4	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญมาก
3	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญปานกลาง
2	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อย
และ 1	หมายถึง	ท่านมีความคิด เห็นว่าข้อความนั้น สำคัญน้อยที่สุด

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ						
1.1 ดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล						
1.1.1 กำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล						
1.1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ให้มีความต่อเนื่องทั้งแผนระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ						
ข้อเสนอแนะ.....						

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล	ระดับความ คิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	
2. ระยะรับมือกับภัยพิบัติ						
2.1 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ						
2.1.1 กำกับดูแลให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติได้อย่างสะดวก รวดเร็วและมีมาตรฐาน ตามจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน						
2.1.2 ประสานงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล						
2.1.3 ดำเนินการประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างเป็นระยะ ให้สามารถสั่งการและติดตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา						
ข้อเสนอแนะ.....						
3.ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ						
3.1 การติดตามการจัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง						
3.1.1 จัดบริการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพเพื่อเยียวยาด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางและญาติ หลังสิ้นสุดภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง						
3.1.2 ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งระยะสั้นและระยะยาว						
3.1.3 ประสานการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลให้แก่หน่วยการพยาบาลเฉพาะทางหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง						
ข้อเสนอแนะ.....						

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 กุมภาพันธ์ 57

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

เรียน.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเดลฟายเทคนิค มีจุดมุ่งหมาย เพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 21 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มอาจารย์/นักวิชาการทางการพยาบาลที่มีผลงานด้านการจัดการภัยพิบัติ กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านนโยบายการจัดการภัยพิบัติ ตามที่ท่านได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์รอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 นั้น บัดนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในรอบที่ 2 เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 โดยระบุค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อมูล เพื่อให้ท่านได้พิจารณาคำตอบอีกครั้ง ร่วมกับความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ หากท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความกรุณา ส่งแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบซองพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก 317/6 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 081-967-8694 E-mail: Arunrat.tom@Gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ โทร. 089-814-0021

ตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 3

เรื่อง “การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล”

ผู้วิจัยสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพพยาบาล จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 ท่าน

คำชี้แจง

1. วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้ง 3
 - 1.1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญของการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล เพิ่มเติมจากแบบสอบถามในรอบที่ 2
 - 1.2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันข้อคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ในแบบสอบถามครั้งที่ 3
- 2.. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
3. เกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รายละเอียดดังนี้
 - 5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด
 - 4 หมายถึงท่านมีความคิดเห็นว่าของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมาก
 - 3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญปานกลาง
 - 2 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อย
 - 1 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าของข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญน้อยที่สุด
3. แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ระบุข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedback) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดโดยรวม จากค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มาปรับปรุงข้อรายการให้มีความเหมาะสมชัดเจน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันคำตอบ หากคำตอบในแต่ละข้อรายการของท่านอยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้วิจัยขอความกรุณาจากท่านอธิบายเหตุผลประกอบ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย
4. รูปแบบการนำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ มีรายละเอียดดังนี้
 - 4.1 ระดับคะแนนที่เป็นคำตอบของท่านในรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ x
 - 4.2 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมในแต่ละข้อ ใช้สัญลักษณ์ H

4.3 ข้อรายการที่มีการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่
 ปรึกษาวิทยานิพนธ์ใช้สัญลักษณ์ *

4.4 การแปลค่าความหมายของมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
 รายละเอียดดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51-5.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาลของข้อรายการนั้นมีระดับความสำคัญมากที่สุด
3.51-4.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาลของข้อรายการนั้นมีระดับความสำคัญมาก
2.51-3.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาลของข้อรายการนั้นมีระดับความสำคัญปานกลาง
1.51-2.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาลของข้อรายการนั้นมีระดับความสำคัญน้อย
1.00-1.50	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการ พยาบาลของข้อรายการนั้นมีระดับความสำคัญน้อยที่สุด

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์	ความหมาย
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อรายการนั้นๆ มี ความ สอดคล้องกัน
มากกว่า 1.00	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อรายการนั้น ไม่ สอดคล้องกัน

การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 – Q1)

- กรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในช่วงระหว่างค่าพิสัยระหว่างควอไทล์หรืออยู่ในขอบเขต
- ┌─ หมายถึง ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม
- กรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกช่วงระหว่างค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หรืออยู่นอกขอบเขต
- ┌─ หมายถึงความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม

ตัวอย่าง

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล	ระดับความสำคัญ					ความคิดเห็นของ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	Median	IR	
1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ								
1.1 ดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล						4.25	0.56	
1.1.1 กำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติของ องค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัย พิบัติของโรงพยาบาล						4.01	1.50	

การแปลความหมาย ข้อ 1.1

-ค่ามัธยฐาน = 4.25 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมเห็นว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ด้านดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล มีระดับความสำคัญมาก

-ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 - Q1$) = 0.56 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ด้านดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

-ค่าคะแนนในแบบสอบถามรอบที่ 2 (α) = 5 ระดับความคิดเห็นของท่านในแบบสอบถามรอบที่ 2 เท่ากับ 5 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่ารายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม

การแปลความหมาย ข้อ 1.1.1

-ค่ามัธยฐาน = 4.01 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมเห็นว่า การกำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล มีระดับความสำคัญมาก

-ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ($Q3 - Q1$) = 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อการกำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน

-ค่าคะแนนในแบบสอบถามรอบที่ 2 (α) = 3 ระดับความคิดเห็นของท่านในแบบสอบถามรอบที่ 2 เท่ากับ 3 หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่ารายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญปานกลาง และไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวม

-ภายหลังที่ท่านได้พิจารณาคำตอบในข้อรายการนั้นๆแล้ว หากท่านต้องการยืนยันคำตอบเดิม กรุณาเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องค่าคะแนนตามความคิดเห็นของท่าน ซึ่งหากเป็นคำตอบที่อยู่ในช่วงค่าพิสัยระหว่างค่าปกติ ผู้เชี่ยวชาญไม่จำเป็นต้องแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังตัวอย่างข้อ 1.1 แต่หากคำตอบของท่านอยู่นอกช่วงค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านแสดงเหตุผลประกอบการพิจารณา ในช่องข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย

5. แบบสอบถามฉบับนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างอิงชื่อบุคคล และเก็บทำลายหลักฐานหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้เชี่ยวชาญ กรุณาตอบแบบสอบถามภายในเวลา 1 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถาม ใส่แบบสอบถามในซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งติดตราไปรษณียากรแบบด่วนพิเศษเรียบร้อยแล้วและส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ ในกรณีที่เกิดเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความตรงและความเที่ยง ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องต่อบริบทของประเทศไทย พัฒนาองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติของวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณภาพ มาตรฐานตามจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์

นิติศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 1 ประเด็นการศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพพยาบาล

ภาวะภัยพิบัติ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์ รวมทั้งเทคโนโลยีที่มนุษย์คิดค้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สินของผู้ประสบภัย ชุมชนในวงกว้าง เกินขีดความสามารถของชุมชนหรือหน่วยงานในการรับมือกับภัยพิบัติ จำเป็นต้องมีการระดมทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ความช่วยเหลือ มีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน ตลอดจนจนภาวะสุขภาพ สภาวะสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนและประเทศชาติ

แบบสอบถามฉบับนี้สร้างจากการสังเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 21 ท่านและการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสังเคราะห์ประเด็นการวิจัยภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล ภายใต้บริบทของประเทศไทยและขอบเขตวิชาชีพพยาบาล ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ การทบทวนวรรณกรรมและข้อคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แบ่งการจัดการภาวะภัยพิบัติออกเป็น 3 ระยะตามวงจรการเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะรับมือกับภัยพิบัติและระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ แบ่งการจัดการเป็น 13 ด้านหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 พบว่า ค่ามัธยฐาน (Median) ของข้อรายการอยู่ในช่วง 4.26 -4.73 หมายถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่า ข้อรายการนั้นๆ มีความสำคัญระดับมาก-มากที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อรายการแต่ละข้อ อยู่ในช่วง 0.28-1.20 ซึ่งท่านสามารถพิจารณาคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้รวมทั้งสามารถเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลในช่องข้อเสนอแนะ

การจัดการภาวะภัยพิบัติทางพยาบาล	ระดับความคิดเห็น					ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		ข้อเสนอแนะ
	5	4	3	2	1	Median	IR	
1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ								
1.1 ดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล	H					4.53	0.31	
1.1.1 กำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล	H	x				4.35	0.56	
1.1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลให้มีความต่อเนื่องทั้งแผนระยะสั้น กลางและยาว เชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ	H	x				4.61	0.23	
ข้อเสนอแนะ.....								
2. ระยะการรับมือกับภัยพิบัติ								
2.1 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ	H					4.52	0.46	
2.1.1 กำกับดูแลให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีมาตรฐาน ตามจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน	H	x				4.67	0.29	
2.1.2 ประสานงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล	H					4.41	0.61	
2.1.3 ดำเนินการประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างเป็นระยะ ให้สามารถสั่งการและติดตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว	H	x				4.58	0.42	
ข้อเสนอแนะ.....								
3. ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ								
3.1 จัดบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสบภัยอย่างต่อเนื่อง	H					4.49	0.63	
3.1.1 จัดบริการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อเยียวยาด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางและญาติ หลังสิ้นสุดภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง	H	x				4.71	0.38	
3.1.2 ติดตามการประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งระยะสั้นและระยะยาว	H					4.12	0.47	

ภาคผนวก จ.
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและทบทวนวรรณกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตาราง การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
1. ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ		
1.1 กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล		
-กำหนดกลยุทธ์การจัดการภัยพิบัติของโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับสถานการณ์และแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและระดับชาติ	-มีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดนโยบายด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล -กำหนดกลยุทธ์และแนวทางปฏิบัติขององค์กรพยาบาลให้มีความครอบคลุมตามความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติทุกประเภท	-กำหนดกลยุทธ์ นโยบายการจัดการภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลที่สอดคล้องกับความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล
-วิเคราะห์ ผลกระทบจากภัยพิบัติศักยภาพการรับมือกับภัยพิบัติขององค์กร ทบทวนแผนการจัดการภัยพิบัติที่มีอยู่เดิม และจัดทำแผนสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง	-วิเคราะห์ความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติ ประเมินแนวโน้มหรือโอกาสการเกิดภัยพิบัติ สถานการณ์ ระดับความรุนแรงและคาดการณ์ผลกระทบจัดทำแผนปฏิบัติการให้มีความต่อเนื่อง ทั้งแผนระยะสั้น กลางและระยะยาว	-จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลให้มีความต่อเนื่องทั้งแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ
-ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการทบทวน ประเมิน และพัฒนาแผนปฏิบัติการร่วมกัน	-จัดทำแผนเฉพาะกิจด้านพิบัติของหน่วยงานการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง ตามความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงาน -สนับสนุนและเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินและพัฒนาแผนปฏิบัติการ	-จัดทำแผนเฉพาะกิจด้านภัยพิบัติที่มีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับหน้าที่ความรับผิดชอบและความเชี่ยวชาญของหน่วยงาน
-ตรวจสอบและประเมินแผนปฏิบัติการจัดการภัยพิบัติ และพัฒนาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง	-วางแผนตรวจตรา และประเมินประสิทธิภาพของแผนปฏิบัติการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	-ตรวจสอบแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาล อย่างต่อเนื่อง
-ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับมีส่วนร่วมในการทบทวน ประเมิน และพัฒนาแผนปฏิบัติการร่วมกัน	-ถอดบทเรียน ทบทวนแผนปฏิบัติการร่วมกันทุกหน่วยงาน (After Action Review) และปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ ตามวงจร PDCA	-ทบทวนปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ ของหอผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์และการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-มีส่วนร่วมในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาลและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน	-กำหนดสายการบังคับบัญชาเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติและชี้แจงระบบการสั่งการและบัญชาการเหตุการณ์ขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติที่มีความชัดเจน แต่ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ -มอบหมายงานและกำหนดผู้รับผิดชอบในพื้นที่ต่างๆภายในองค์กรพยาบาล ตามระบบ Single Command โดยให้อำนาจการตัดสินใจตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ	-จัดทำแผนภูมิโครงสร้างองค์กรตามสายการบังคับบัญชาขององค์กรพยาบาล เพื่อเตรียมพร้อมต่อการเกิดภัยพิบัติ -กำหนดผู้รับผิดชอบในองค์กรพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล
-มีส่วนร่วมในระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาลและกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน	-มีส่วนร่วมในการวางแผนระบบบัญชาการเหตุการณ์เมื่อเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล	-มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ของโรงพยาบาล เพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ
-สื่อสารนโยบายการจัดการภัยพิบัติสู่การปฏิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ	-สื่อสารและถ่ายทอดนโยบายด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาลสู่การปฏิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับให้มีความเข้าใจตรงกัน	-ถ่ายทอดนโยบาย กลยุทธ์การจัดการภัยพิบัติ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ
-ถ่ายทอดข้อมูลและสร้างความเข้าใจสายการบังคับบัญชาและการรายงานเหตุการณ์เมื่อเกิดภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล	-สร้างความเข้าใจระบบบัญชาการเหตุการณ์และสายการบังคับบัญชาให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล -สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลมีส่วนร่วมในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับกระทรวงเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-สนับสนุนให้ตัวแทนองค์กรวิชาชีพพยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการ กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับด้านการจัดการภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน
-มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกระบวนการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติในระดับชาติ	-มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของประชาชนในระดับกระทรวง	

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
1.2 พัฒนาศมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ		
-จัดอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติและทบทวนแนวทางปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจำแนกประเภทผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผล ได้รับสารเคมี สารชีวภาพและนิวเคลียร์ การดูแลทางด้านจิตใจ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบกและอากาศ เมื่อเกิดภัยพิบัติ	-วิเคราะห์ศักยภาพและความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจและองค์ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล -วางแผนพัฒนาศมรรถนะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติในด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นคืนชีพขั้นสูง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและได้รับบาดเจ็บ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การจัดการอุบัติเหตุหมู่ การพยาบาลอนามัยชุมชน	-วางแผนทบทวนความรู้ทางการพยาบาลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล เช่น การคัดแยกประเภทผู้ป่วย การพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บมีบาดแผล ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ เป็นต้น
-จัดอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสารเมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งกฎระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมาย	-จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับวงจรการเกิดภัยพิบัติ บทบาทหน้าที่ของพยาบาล การจัดการภาวะภัยพิบัติ กฎระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมายในการปฏิบัติของพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ ภายใต้กรอบจรรยาบรรณวิชาชีพและหลักมนุษยธรรม	-จัดอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ เช่น วงจรการเกิดภัยพิบัติ การใช้เครื่องมือสื่อสาร กฎระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมาย บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ เป็นต้น
	-นิเทศการอบรมความรู้ด้านการจัดการภาวะภัยพิบัติและทบทวนองค์ความรู้ให้แก่พยาบาลใหม่ก่อนการปฏิบัติงานอย่างเป็นประจำและสม่ำเสมอ	-นิเทศการอบรมความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติในการปฐมนิเทศแก่พยาบาลใหม่อย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำทุกปี

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-วางแผนพัฒนาความสามารถด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ภาวะผู้นำ การติดต่อสื่อสาร ภาษาต่างประเทศ การประสานงาน การยืดหยุ่น การสร้างแรงจูงใจและความไว้วางใจ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ	-พัฒนาทักษะภาวะผู้นำ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การประสานงานและยืดหยุ่น การควบคุมสถานการณ์ ทักษะการสื่อสารภาษาต่างประเทศและเรียนรู้วัฒนธรรมของชนชาติต่างๆ ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล กรณีที่ต้องปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติในต่างแดน	-พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น ภาวะผู้นำ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การประสานงานและยืดหยุ่น ควบคุมสถานการณ์ การสื่อสารภาษาต่างประเทศและวัฒนธรรมของชนชาติต่างๆ เป็นต้น
-เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติในภาวะภัยพิบัติที่มีความกดดัน ความเครียด และมีความยากลำบาก	-เตรียมความแข็งแรงทางด้านร่างกายและความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติในภาวะภัยพิบัติที่มีความกดดัน ความเครียด และมีความยากลำบาก	-เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ภายใต้อาณัติที่มีความกดดัน ความเครียด และมีความยากลำบาก
-เตรียมความพร้อมด้านการฝึกความอยู่รอดทางทหาร ให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติสงครามหรือการก่อการร้าย	-ฝึกทักษะการรักษาชีวิตรอดให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติจากสงครามหรือการก่อความไม่สงบ	-ฝึกทักษะการรักษาชีวิตรอดให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติจากสงครามหรือการก่อความไม่สงบ
-ฝึกซ้อมแผนภัยพิบัติที่เสมือนจริง ครอบคลุมทุกภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นของโรงพยาบาล	-ประเมินผลการฝึกอบรม ฝึกซ้อมด้านภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล -ฝึกซ้อมและทบทวนแผนปฏิบัติการเพื่อรับมือกับภัยพิบัติประเภทต่างๆ ที่จริงจัง ต่อเนื่องและเป็นระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-ฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติตามความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบและมีความหลากหลาย เช่น การจำลองสถานการณ์ การฝึกอบรม การสุ่มตรวจตามหอผู้ป่วย เป็นต้น
-ประสานงานการฝึกซ้อมภัยพิบัติที่มีความหลากหลายร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	-ประสานงานการฝึกซ้อมภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายและชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกซ้อมให้มีความหลากหลาย	-ประสานงานการฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น หน่วยดับเพลิง ตำรวจ ทหาร ชุมชน มูลนิธิต่างๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
-ประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ	-ประเมินผลการฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติประเภทต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-ประเมินการฝึกซ้อมแผนรับมือกับภัยพิบัติ ร่วมกับหอผู้ป่วย/ หน่วยการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุง

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
	-ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลเข้าร่วมการฝึกอบรมและฝึกซ้อมด้านภัยพิบัติร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับชาติและนานาชาติ	-ส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีโอกาสเข้าร่วมการฝึกอบรมหรือฝึกซ้อมด้านภัยพิบัติร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับชาติและนานาชาติ
-สนับสนุนการวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล	-สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านภัยพิบัติทางการพยาบาล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล	-สนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านภัยพิบัติ การผลิตนวัตกรรมเพื่อใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติ
	-สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติประเภทต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ	-สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติทั้งภายในและภายนอกประเทศ
	-กำหนดแนวทางการจัดการองค์ความรู้ด้านภัยพิบัติในองค์กรพยาบาล โดยการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ	
	-ส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางและหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาล	-ส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาล
	-สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล	-สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาทางการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง
	-การสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ ให้ความต่อเนื่องและเข้มแข็ง	-ส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ ให้ความต่อเนื่องและเข้มแข็ง

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
1.3 เตรียมพร้อมทรัพยากรทางการแพทย์		
<p>-จัดหาและสำรอง ยา เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่ม เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน แหล่งพลังงานสำรอง เสื้อผ้าผู้ป่วยให้เพียงพอต่อความต้องการเมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติ</p> <p>-จัดระบบสื่อสาร เครื่องมือสื่อสารที่มีความทันสมัย สามารถใช้งานในภัยพิบัติประเภทต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>-ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะ สำหรับการส่งต่อส่งกลับ และรับผู้ประสบภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติ</p>	<p>-จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และการพยาบาล เสื้อผ้าผู้ป่วย ยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการ ตามแผนการจัดการภัยพิบัติที่กำหนดไว้</p> <p>-จัดหาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับประเภทของภัยพิบัติ</p> <p>-ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะ ประเภทต่างๆ ให้มีความเหมาะสมกับภัยพิบัติประเภทต่างๆ เช่น รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อ</p> <p>-ประสานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยและผู้ประสบภัยทางบก เรือ และทางอากาศ จากหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ เช่น หน่วยงานทหาร วิทยุการบิน</p>	<p>-สำรองวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น</p> <p>-จัดหาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมประเภทของภัยพิบัติให้สามารถรายงานเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เช่น วิทยุสื่อสารผ่านดาวเทียม โทรศัพท์ที่สามารถถ่ายรูปได้ เป็นต้น</p> <p>-ประสานการจัดหายานพาหนะ เช่น รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อ รถยนต์ที่ยกสูง เฮลิคอปเตอร์ ในการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับ หรือรับผู้ประสบภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยวิทยุการบิน หน่วยงานทหาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งส่งกลับทางอากาศ</p>
<p>-ประสานการสำรองเตียงผู้ป่วย เพื่อเตรียมรับผู้ประสบภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติ</p>	<p>-สำรองอาหารและน้ำดื่มให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรในโรงพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งานอย่างน้อย 72 ชม. เมื่อเกิดภัยพิบัติ</p> <p>-ประสานการจัดเตรียมอุปกรณ์ แบตเตอรี่ เครื่องปั่นไฟ น้ำมัน ถ่านไฟฉาย ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอภัยพิบัติประเภทต่างๆ</p> <p>-วางแผนการสำรองเตียงในหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมรับผู้ประสบภัย และการจัดเตรียมสถานที่สำรองเมื่อเหตุการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น</p>	<p>-วางแผนสำรองเครื่องอุปโภคบริโภค ให้เพียงพอต่อความต้องการอย่างน้อย 72 ชม. เมื่อเกิดภัยพิบัติ</p> <p>จัดหาแหล่งพลังงานสำรองที่เหมาะสมกับภัยพิบัติของโรงพยาบาล เช่น แบตเตอรี่ เครื่องปั่นไฟ น้ำมัน ถ่านไฟฉาย</p> <p>-วางแผนการสำรองเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเดียวกัน เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ</p>

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-จัดสรรงบประมาณในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการพยาบาล เครื่องมือสื่อสาร การขนย้ายสิ่งอุปกรณ์ที่สำคัญ การฝึกซ้อม การส่งฝึกอบรม และสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติหรือได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ	-จัดสรรงบประมาณด้านความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติประเภทต่างๆของโรงพยาบาล เช่น การฝึกซ้อม การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดหาเครื่องมือสื่อสาร -กำหนดงบประมาณประจำปีและงบประมาณฉุกเฉินด้านการจัดการภัยพิบัติของหน่วยงานการพยาบาลที่เหมาะสมกับภาระงาน การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ การเคลื่อนย้ายสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ค่าตอบแทน และวัสดุสิ้นเปลืองในการดำเนินการ -กำหนดแนวทางหรือระเบียบวิธีปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณและการสำรองจ่าย ค่าตอบแทน หนังสืออนุมัติการเดินทาง ค่าส่งแต่งตั้งของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน	-ร่วมจัดสรรงบประมาณการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติของโรงพยาบาล เช่น การฝึกซ้อม การฝึกอบรม การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ การเคลื่อนย้าย ค่าตอบแทนและสวัสดิการ เป็นต้น
-ประสานความร่วมมือกับตัวแทนหรือบริษัทที่จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ในการจัดส่งทรัพยากรที่จำเป็นเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-วางแผนการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความทันสมัย และประสานงานกับบริษัทผู้ผลิตโดยตรงในการสำรองและจัดส่งเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-กำหนดระเบียบข้อปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณ ค่าตอบแทน การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ
-มีส่วนร่วมในการกำหนดพื้นที่สำหรับรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน พื้นที่การจัดการและดูแลศพ	-จัดเตรียมสถานที่สำหรับชำระล้างร่างกายจากสารเคมี กัมมันตรังสี ชีวภาพและนิวเคลียร์ กรณีมีความเสี่ยงในการเกิดภัยพิบัติและจุดรวมพลในโรงพยาบาล	-ประสานงานภาคีเครือข่ายเพื่อกำหนดข้อตกลงในการระดมทรัพยากร ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์และกำลังพล -มีส่วนร่วมในการกำหนดพื้นที่การปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น พื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน สารเคมี กัมมันตรังสี ชีวภาพและนิวเคลียร์ พื้นที่การจัดการและดูแลศพ พื้นที่การส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย เป็นต้น

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษารวบรวมการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
	<p>-จัดทำแผนที่และเส้นทางการอพยพผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตามบริบทของหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน ให้มีความเหมาะสมและรวดเร็ว</p> <p>-กำหนดพื้นที่ปลอดภัยในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ ตามหลักการ Cool, Warm และ Hot Zone</p>	<p>-กำหนดพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น จุดรวมพล เส้นทางการอพยพผู้ป่วย เส้นทางการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ-ส่งกลับ ผู้ประสบภัยหรืออุปกรณ์เครื่องทางแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาล พื้นที่ปลอดภัย Cool, Warm และ Hot Zone ก่อนเกิดภัยพิบัติ</p>
1.4 พัฒนาระบบบริการพยาบาลและการสื่อสาร		
	<p>-จัดทีมงานการพยาบาลที่รับผิดชอบการวางแผนจัดการด้านภัยพิบัติโดยเฉพาะ ดำเนินงานครอบคลุมทุกระยะ มีการพัฒนาวางแผนปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-จัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ด้านการจัดการภัยพิบัติที่รับผิดชอบกระบวนการดำเนินงานด้านภัยพิบัติ ตามหลักการ PDCA ครอบคลุมการเกิดภัยพิบัติทุกระยะ</p>
<p>-กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานการพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติ ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน</p>	<p>-กำหนดหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลหน่วยงานการพยาบาลในแต่ละหน่วยอย่างชัดเจน และระบุแนวทางปฏิบัติงานที่มีความยืดหยุ่น เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความคล่องตัว</p>	<p>-กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติตามขอบเขตตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน</p>
	<p>-จัดทำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยและผู้ประสบภัยเพื่อใช้ในการจัดลำดับเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน</p> <p>-จัดทำแผนที่และเส้นทางการอพยพผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตามบริบทของหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานให้มีความเหมาะสมและรวดเร็ว</p>	<p>-จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล เช่น การทำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย แนวทางการอพยพและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตามบริบทโครงสร้างอาคาร เพื่อรองรับภัยพิบัติที่ครอบคลุมความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาล</p>

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
<p>-กำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาลที่มีความชัดเจน</p> <p>-ประสานการจัดระบบสื่อสารเครื่องมือสื่อสารที่มีความทันสมัย สามารถใช้งานในภัยพิบัติประเภทต่างๆ</p>	<p>-กำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสาร การประสานความช่วยเหลือและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานการพยาบาลทั้งภายในและโรงพยาบาลเครือข่าย</p> <p>-กำหนดแนวทางปฏิบัติ ติดตามและประเมินผลระบบการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ผ่านเครื่องมือสื่อสารและเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) รวมทั้งพัฒนาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ</p>	<p>-กำหนดแนวทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อขอความช่วยเหลือหรือประชาสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภายใน และภายนอกโรงพยาบาลที่ชัดเจน เช่น การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ประสบภัย เป็นต้น</p>
<p>-กำหนดผู้รับผิดชอบในการรายงานเหตุการณ์แก่ผู้บังคับบัญชา รวมทั้งการประชาสัมพันธ์แก่สื่อมวลชนและญาติผู้ประสบภัย</p>	<p>-กำหนดแนวทางในการรายงานเหตุการณ์ให้แก่ผู้บังคับบัญชา การประชาสัมพันธ์และสื่อสารข้อมูลให้แก่ผู้ประสบภัย ญาติและสื่อมวลชน</p>	<p>-มอบหมายผู้รับผิดชอบในการรายงานเหตุการณ์ภัยพิบัติแก่ผู้บังคับบัญชา สื่อมวลชน ผู้ประสบภัยและญาติที่เหมาะสม รวดเร็วและถูกต้อง</p>
<p>-จัดระบบป้องกันข้อมูลสารสนเทศการพยาบาลที่มีความสำคัญไม่ให้เกิดความเสียหายหากเกิดภัยพิบัติ</p>	<p>7) จัดระบบข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เครื่องสำรองไฟฟ้า เพื่อรับมือกับภัยพิบัติ</p>	<p>-จัดระบบสารสนเทศทางการแพทย์ รวมทั้งระบบป้องกันความเสียหาย เพื่อรองรับการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ เช่น การบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยและผู้ประสบภัยที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนและสะดวกต่อการใช้งาน</p>
<p>-พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยและผู้ประสบภัยที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนและสะดวกต่อการใช้งาน</p>	<p>-ตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>-จัดระบบการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ เช่น เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ดับเพลิง อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเป็นประจำและต่อเนื่อง</p>
<p>-สร้างทีมปฏิบัติงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติของโรงพยาบาล เช่น ทีม Disaster medical assistance team</p>	<p>-จัดเตรียมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT (Medical Emergency Response team) ของโรงพยาบาลระดับจังหวัด และ Mini-MERT ของโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถออกปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา</p>	<p>-จัดเตรียมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อร่วมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ MERT ของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด หรือ Mini-MERT ของโรงพยาบาลในระดับอำเภอ</p>

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-สรรหาและจัดระบบอาสาสมัครด้านสุขภาพ โดยการลงทะเบียนประวัติและฐานข้อมูล การฝึกอบรม และกำหนดบทบาทหน้าที่ขณะปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-จัดทำฐานข้อมูล ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพิ่มประวัติของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติและกลุ่มพยาบาลอาสาสมัครในระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการระดมพล -จัดตั้งชมรมพยาบาลอาสาสมัครในระดับจังหวัด ภูมิภาค และระดับประเทศ โดยรวบรวมข้อมูลและส่งข้อมูลมายังส่วนกลางเพื่อเป็นฐานข้อมูลพยาบาลสาธารณสุขในระดับประเทศ	-จัดระบบอาสาสมัครด้านภัยพิบัติ เช่น พยาบาล บุคคลทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ โดยการจัดทำฐานข้อมูล เพิ่มประวัติ ที่อยู่ และช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อระดมพลเมื่อเกิดภัยพิบัติ
	-จัดระบบเยียวยาผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติผู้ประสบภัยและครอบครัว ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง	-จัดระบบการฟื้นฟูเยียวยาสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยญาติ และผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

1.5 สนับสนุนการเตรียมพร้อมด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ

-มีส่วนร่วมและสนับสนุนการวางแผนจัดการภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-วางแผนจัดการภัยพิบัติแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community base disaster management) ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย -ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการภัยพิบัติของชุมชน โดยให้ชุมชนคิดวิเคราะห์ เส้นทาง การอพยพ กำหนดพื้นที่ปลอดภัย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง แนวทางประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก	-สนับสนุนการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติของชุมชนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยรวบรวมปัญหาและความต้องการประชาชนในชุมชน
--	---	--

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-จัดฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองเบื้องต้น และการช่วยเหลือผู้ป่วยและคนในครอบครัว เมื่อเกิดภัยพิบัติให้แก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งกำหนดแนวทางการประสานงานผู้นำชุมชนในการให้ความช่วยเหลือและประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-กำหนดแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพ เมื่อเกิดภัยพิบัติและการประสานงานด้านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนในชุมชน -ติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานการพยาบาลในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน การดูแลตนเองและครอบครัว ข้อมูลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ การเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น การเตรียม Disaster Kit เมื่อเกิดภัยพิบัติ ประเภทต่างๆ -มอบหมายงานให้หน่วยงานการพยาบาล เวชกรรมสังคมประเมินประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ -มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาล ผู้ประสบภัยในชุมชน กำหนดแนวทางให้ความช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	-เตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดเตรียม Disaster Kit -ประจำครอบครัวและชุมชน -ประเมินและจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งชี้แจงแนวทางการช่วยเหลือและประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารให้แก่ ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน เป็นต้น
-มีส่วนร่วมในการวางแผนการอพยพประชาชนและกำหนดพื้นที่การจัดตั้งศูนย์พักพิง เพื่อวางแผนการให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมและทั่วถึง	-มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษายาบาล ผู้ประสบภัยในชุมชน กำหนดแนวทางให้ความช่วยเหลือทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล	-มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ
-ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนจัดทำฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ	-ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครด้านสุขภาพของชุมชน (อสม.) เพื่อให้สามารถปฐมพยาบาล จำแนกประเภทผู้ประสบภัยช่วยเหลือตนเองและประชาชนได้เบื้องต้น	-มีส่วนร่วมในการกำหนดเส้นทางอพยพ พื้นที่ปลอดภัยในชุมชนหรือการจัดตั้งศูนย์พักพิง เพื่อวางแผนการให้บริการพยาบาลที่ครอบคลุมและทั่วถึง -ส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครสุขภาพประจำชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้การปฐมพยาบาล การจำแนกประเภทผู้ประสบภัยให้สามารถช่วยเหลือตนเองและประชาชนได้เบื้องต้น
	-ประเมินผลการดำเนินงานจัดการภัยพิบัติของชุมชนอย่างเป็นระยะ เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง	-ติดตามการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมของชุมชนรวมทั้งพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพ

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
2. ระยะการรับมือกับภัยพิบัติ		
2.1 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ		
-จัดบริการพยาบาลโดยการ จำแนกประเภทผู้ประสบภัย การ รักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแล บาดแผล การช่วยเหลือชีวิตตาม มาตรฐานวิชาชีพและหลักสิทธิ มนุษยชน	-ดูแลการคัดแยกประเภทผู้ป่วยและ ผู้ประสบภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพได้ อย่างรวดเร็วและทันเวลา -ดูแลการปฏิบัติงานของพยาบาลในพื้นที่ เกิดเหตุ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และหลักมนุษยธรรม กรณีโรงพยาบาล อยู่ในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ -ประสานงานตามบทบาทหน้าที่ในระบบ บัญชาการเหตุการณ์ เพื่อให้สามารถสั่ง การ บริหารจัดการ ติดตามสถานการณ์ ได้อย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ -มีส่วนร่วมในการประชุมหารือตามระบบ บัญชาการเมื่อเกิดภัยพิบัติ เพื่อสามารถ บริหารจัดการสถานการณ์ได้อย่าง รวดเร็ว ทันเวลา -ดูแลการจัดระบบการระบุตัวบุคคล ทั้ง ผู้ป่วย ผู้ประสบภัย ผู้เสียชีวิต และ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	2.1.1 จัดบริการพยาบาลในภาวะภัย พิบัติให้มีความสะดวก รวดเร็วและ มาตรฐาน ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และหลักสิทธิมนุษยชน
-จัดระบบการระบุตัวบุคคล ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล ผู้ป่วย และ ผู้ประ สบ ภัย ญาติ อาสาสมัคร และบุคลากรที่ เกี่ยวข้อง ที่สามารถมองเห็นได้ ชัดเจน เข้าใจง่าย	-จัดหน่วยบริการพยาบาลเคลื่อนที่ เพื่อ ให้บริการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ ด้านจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ -จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ที่สามารถออก ปฏิบัติงานได้ทันทีหรือภายหลังการเกิด ภัยพิบัติไม่เกิน 24 ชม.แรก ให้สามารถ ช่วยเหลือชีวิตผู้ประ สบ ภัยอย่าง ทันทั่วถึง	-ประสานงานตามบทบาทหน้าที่ที่ ได้รับมอบหมายในระบบบัญชาการ เหตุการณ์ของโรงพยาบาล -ดำเนินการประชุมหารือเพื่อ ประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติเป็น ระยะ ให้สามารถสั่งการและติดตาม สถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา -ดูแลระบบระบุตัวบุคคล ทั้งผู้ป่วย ผู้ประ สบ ภัย ผู้เสียชีวิต ญาติ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆที่ เกี่ยวข้อง ที่มองเห็นได้ชัดเจนและ เข้าใจง่าย
-จัดระบบบริการพยาบาลด้าน จิตใจและการให้คำแนะนำ ผู้ประสบภัยและญาติ ตั้งแต่ ระยะแรกของการเกิดภัยพิบัติ	-จัดหน่วยบริการพยาบาลเคลื่อนที่ เพื่อ ให้บริการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ ด้านจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ -จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ที่สามารถออก ปฏิบัติงานได้ทันทีหรือภายหลังการเกิด ภัยพิบัติไม่เกิน 24 ชม.แรก ให้สามารถ ช่วยเหลือชีวิตผู้ประ สบ ภัยอย่าง ทันทั่วถึง	-จัดหน่วยบริการพยาบาลเคลื่อนที่ เพื่อให้ดูแลรักษาพยาบาลด้าน ร่างกายและจิตใจแก่ผู้ประสบภัย และญาติ ให้สามารถออกปฏิบัติงาน ได้ทันทีหรือภายหลังการเกิดภัยพิบัติ ไม่เกิน 24 ชม.แรก
-จัดบริการพยาบาลผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมประเพณีของ ประชาชนในชุมชน	-สนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลใน พื้นที่เกิดเหตุภัยพิบัติ โดยบูรณาการ อุปกรณ์เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัด และคำนึงถึงวิถีชีวิต ความ เชื่อ วัฒนธรรมและการนับถือศาสนาของ ผู้ประสบภัย	-ดูแลการจัดบริการพยาบาลในภาวะ ภัยพิบัติโดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อและขนบธรรมเนียม ประเพณีของประชาชนในชุมชนที่ เกิดภัยพิบัติ

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติที่มีความเหมาะสมกับช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์	-จัดบริการพยาบาลผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของช่วงวัย กลุ่มที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ผู้สูงอายุและการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่เคลื่อนที่เองไม่ได้	-จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติที่เหมาะสมกับช่วงอายุ ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง
2.2 จัดระบบความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล		
-ติดตามสถานการณ์ ประเมินผล ความรุนแรงของภัยพิบัติ และความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนการให้ความช่วยเหลือ	-ประเมินระดับความรุนแรงของเหตุภัยพิบัติอย่างเป็นระยะและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถวางแผนดำเนินงานและปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติการได้ สอดคล้องกับสถานการณ์ รวมทั้งประสานงานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก	-ติดตามสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติ และความปลอดภัยของการปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับสถานการณ์
	-ประเมินความปลอดภัยของพื้นที่เกิดเหตุ ก่อนจัดส่งเจ้าหน้าที่ลงปฏิบัติงาน	
	-กำหนดพื้นที่ในการจัดบริการพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามที่มีความปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน กรณีโรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ	
-จัดระบบการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือ และอากาศไปยังพื้นที่ปลอดภัยหรือโรงพยาบาลเครือข่ายให้มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยและเหมาะสม	-ประสานการเคลื่อนย้าย ส่งต่อผู้ป่วยและผู้ประสบภัยทั้งทางบก เรือ และอากาศ รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยวิทยการบิน	-ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือ และอากาศไปยังพื้นที่ปลอดภัยหรือโรงพยาบาลเครือข่ายด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัยและเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย
	-ประสานส่งต่อผู้ป่วยและขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลเครือข่าย กรณีที่ภัยพิบัติมีความรุนแรงและเกินขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล	
-จัดเตรียมศูนย์พักพิง ให้สะอาด และปลอดภัยสำหรับผู้ประสบภัย เจ้าหน้าที่และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากจากภัยพิบัติ	-จัดสถานที่สำหรับเป็นศูนย์พักพิง โดยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย อายุ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้ประสบภัยและชุมชน	-จัดสถานที่เพื่อเป็นศูนย์พักพิง โดยมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและปลอดภัยกับสภาพร่างกาย อายุ วิถีชีวิต วัฒนธรรมของผู้ประสบภัยและผู้ปฏิบัติงาน.

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
	<p>-ประเมินอาการเจ็บป่วยของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิงเป็นระยะ เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงรุนแรงมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา</p> <p>-จัดการให้ผู้ประสบภัยมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้ประสบภัย</p> <p>-จัดระบบการลงทะเบียนและจัดทำฐานข้อมูลประวัติผู้ป่วยและผู้ประสบภัยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ</p> <p>-มอบหมายผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลผู้ประสบภัยและรายงานเหตุการณ์ให้แก่ผู้บังคับบัญชาและสื่อมวลชน</p>	<p>-ตรวจเยี่ยมอาการเจ็บป่วยของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิง เพื่อวางแผนรักษาพยาบาลและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา</p> <p>-จัดระบบการมีส่วนร่วมของผู้ประสบภัยในศูนย์พักพิงตามความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญของแต่ละบุคคล เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองของผู้ประสบภัย</p> <p>-จัดระบบการบันทึกข้อมูล การลงทะเบียนผู้ประสบภัย การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ประสบภัยให้ครบถ้วนและถูกต้อง</p>
-ติดตามและประเมินการควบคุมสถานการณ์และการจัดการฝูงชนในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ		-ประเมินการควบคุมสถานการณ์และการจัดการความสงบเรียบร้อยภายในโรงพยาบาล
2.3 จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคขณะเกิดภัยพิบัติ		
<p>-ประเมินความต้องการของผู้ประสบภัย เพื่อปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์</p> <p>-จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เหมาะสมตามภาระงานแก่หน่วยการพยาบาล</p> <p>-จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอับความต้องการในการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการเปิดโรงพยาบาลสนาม</p>	<p>-ประเมินความต้องการของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนจัดหาและระดมทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ</p> <p>-ประเมินความต้องการของผู้ประสบภัย เพื่อประสานงานการจัดการสิ่งอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ตามภาระงานและความรุนแรงของภัยพิบัติ</p> <p>-ระดมทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องมือสื่อสาร ยานพาหนะ อาหารและน้ำดื่มจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>-ประเมินความต้องการด้านสุขภาพของผู้ประสบภัย เพื่อจัดหาและระดมทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ</p> <p>-จัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้แก่ผู้ป่วย-หน่วยงานการพยาบาล ตามภาระงานและระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ</p> <p>-จัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอในการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการเปิดโรงพยาบาลสนาม</p>

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-จัดการของบริจาคนำให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ และความเหมาะสมตามช่วงอายุ และเพศ	-จัดการของบริจาคนำของเครื่องใช้ต่างๆที่เหมาะสมกับความต้องการ ช่วงวัย และวิถีชีวิตของผู้ประสบภัย	-จัดสรรของบริจาคนำให้แก่ผู้ประสบภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ ความแตกต่างระหว่างเพศและช่วงอายุของผู้ประสบภัย
-ดูแลความสะอาดของอาหาร น้ำดื่ม บริเวณที่พัก ห้องน้ำภายในศูนย์พักพิง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค	-ดูแลความสะอาดของอาหาร น้ำดื่ม บริเวณที่พัก ห้องน้ำภายในศูนย์พักพิงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค	-ดูแลด้านสุขาภิบาล การกำจัดสิ่งปฏิกูล ความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค
	-ขอความช่วยเหลือด้านการระดมทรัพยากรต่างๆที่จำเป็นเมื่อเกิดภัยพิบัติจากหน่วยงานภายนอก	-ประสานงานขอความช่วยเหลือเพื่อระดมทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกหากเหตุการณ์ภัยพิบัติมีความรุนแรงมากขึ้น
2.4 จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ		
-จัดสรรและหมุนเวียนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกายและจิตใจ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิต	-หมุนเวียนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติเมื่อเกิดภัยพิบัติให้ได้รับการพักผ่อนและปลอดภัย	-จัดสรร ผลัดเปลี่ยนอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกายและชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน
	-ประเมินภาระงานและจัดสรรอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้ตลอดเวลา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย	-สนับสนุนให้พยาบาลอาสาสมัครหรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติที่ลงทะเบียนในระบบอาสาสมัคร สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อเกิดภัยพิบัติ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อวันลา
	-แบ่งมอบหมายงานให้แก่กลุ่มพยาบาลอาสาสมัครที่สมัครใจปฏิบัติงานในพื้นที่รวมทั้งดูแลด้านความปลอดภัยและความเป็นอยู่ให้แก่กลุ่มอาสาสมัคร	-มอบหมายงาน ความเป็นอยู่ให้แก่กลุ่มพยาบาลอาสาสมัครที่สมัครใจปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดภัยพิบัติ

ตาราง (ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการแพทย์ โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
	<p>-สนับสนุนทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ ให้สามารถช่วยรักษาพยาบาลเบื้องต้นและผ่าตัดขนาดเล็ก โดยจัดหน่วยที่มีบุคลากรครบทีม ทั้งแพทย์ พยาบาล วิชาชีพพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในระดับอื่น เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานสอดประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>-ขอความร่วมมือในการระดมพลบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานภาคเครือข่าย เช่น สภากาชาด วิทยาลัยพยาบาล ในการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ</p>	<p>-สนับสนุนการจัดทีมปฏิบัติการทางการแพทย์เคลื่อนที่ในภาวะภัยพิบัติที่สามารถผ่าตัดขนาดเล็กได้ โดยประสานการจัดสรรบุคลากรให้ครบทีม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>-ระดมบุคลากรทางการแพทย์มาเมื่อภัยพิบัติมีความรุนแรงและเกินความสามารถในการรับมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น สภากาชาด สถาบันการศึกษาพยาบาล เป็นต้น</p>
<p>3. ระยะฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ</p>		
<p>3.1 จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย</p>		
<p>-จัดระบบบริการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจร่วมกับภาคีเครือข่ายทางสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยและญาติหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการวางแผนติดตามผลการปฏิบัติการเป็นระยะ</p> <p>-ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย และ จิตใจ ของ ผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนการให้ความช่วยเหลือทั้งระยะสั้นและระยะยาว</p> <p>-จัดระบบการส่งต่อ ข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานรักษาพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ</p>	<p>-ประสานการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัย ร่วมกับหน่วยงานเวชกรรมสังคม หรือ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะสั้นและยาว</p> <p>-ประเมินผลกระทบจากภัยพิบัติที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนและชุมชน วางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้น กลาง และยาว</p> <p>-ประสานการส่งกลับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ประสบภัยที่ต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์ รพ.สต. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>-จัดบริการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อเยียวยาทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางและญาติ หลังสิ้นสุดภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ประสบภัย เพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งระยะสั้นและระยะยาว</p> <p>-ประสานการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง</p>

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
-ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (PTSD) ในระยะยาว เช่น เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (PTSD) ในระยะยาว เช่น เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และประสานงานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	-จัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (PTSD) และร่างกายในระยะยาว อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
3.2 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ		
-ประเมินผลกระทบจากการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติของบุคลากรพยาบาล ด้านร่างกายจิตใจและสังคม	-ดูแล สร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ	-ประเมินผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ
-ให้ความช่วยเหลือครอบครัวของบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับบาดเจ็บจากภัยพิบัติ หรือมีการสูญเสียชีวิต	-ดูแลรักษาพยาบาลและช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานและได้รับผลกระทบจากเหตุภัยพิบัติ	-ช่วยเหลือเยียวยาบุคลากรทางการพยาบาลและครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและผลกระทบจากภัยพิบัติ
-ดูแลด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน การพิจารณาความดีความชอบให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติในภาวะภัยพิบัติ	-ดูแลด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน และพิจารณาความดีความชอบให้แก่พยาบาลปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ทั้งในโรงพยาบาล การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในระดับชาติและนานาชาติ	-ดูแลสวัสดิการ ค่าตอบแทน และพิจารณาความดีความชอบให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ทั้งในโรงพยาบาลหรือการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
3.3 พื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ		
-ประเมินความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังเสร็จสิ้นภัยพิบัติ ให้สามารถเปิดบริการได้อย่างเร็วที่สุด	-ประเมินความเสียหายเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-ประเมินผลความเสียหายของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพให้กลับมาใช้งานได้รวดเร็วที่สุด
-รายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลแก่ผู้บังคับบัญชาหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-รายงานความเสียหาย ผลกระทบจากภัยพิบัติของหอผู้ป่วยต่างๆแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	-รายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลแก่ผู้บังคับบัญชาเพื่อวางแผนจัดหาและซ่อมแซม
-ฟื้นฟูสภาพแวดล้อม สุขาภิบาลรอบโรงพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-ฟื้นฟูสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์พักพิงให้มีความสะอาดปลอดภัยหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-ฟื้นฟูสภาพแวดล้อมและสุขาภิบาลในโรงพยาบาล ชุมชน ศูนย์พักพิงหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ
-ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ให้สามารถเปิดบริการได้อย่างรวดเร็ว	-ซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องมือให้สามารถกลับมาใช้งานได้อย่างรวดเร็ว ให้บริการประชาชนได้ทันทีหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลให้สามารถเปิดบริการแก่ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว

ตาราง(ต่อ) การสังเคราะห์การศึกษากิจการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อสร้างแบบสอบถาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม	ข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	สรุปข้อมูลเพื่อสร้างแบบสอบถาม
3.4 สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล		
-ประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ	-นิเทศการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ให้ข้อมูลย้อนหลัง เพื่อพัฒนาปรับปรุง	-นิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ
-ประเมินผลแผนปฏิบัติการของหน่วยงานร่วมกับบุคลากรทุกระดับ	-ประเมินผลแผนปฏิบัติการของหอผู้ป่วยโรงพยาบาล ร่วมกับบุคลากรทุกหน่วยงานอย่างมีส่วนร่วม	-ประเมินแผนปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพ
-สรุปผลการดำเนินงาน รายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร	-รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรของหอผู้ป่วย และทุกหน่วยงาน	-สรุปผลการดำเนินงานขณะเกิดภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล
	-จัดทำรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ	-จัดทำรายงานการปฏิบัติงานปัญหา ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ
	-ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต	-ส่งเสริมการถ่ายทอดข้อมูลประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ



ภาคผนวก ฉ
ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะและเหตุผลในการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 2 และ 3 นอกขอบเขต
คำระหว่างคออไทร์พิสัย รายละเอียดดังตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ประเด็นการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
<p>1. ระยะเวลาเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ</p> <p>1.1 การวางแผนดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กร พยาบาล ปรับข้อรายการเป็น 1.1 กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เปลี่ยนเป็น กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับ องค์กรพยาบาล</p> <p>2. ขึ้นเตรียมความพร้อม ต้องทำงานร่วมกันกับทุก หน่วยงาน จึงต้องมีการบูรณาการร่วมกันอย่างเป็น ระบบ</p>
<p>1.2 การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้าน ภัยพิบัติ ปรับข้อรายการเป็น 1.2 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลด้านภัย พิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เปลี่ยนเป็น กำหนดแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ทางการพยาบาลด้านภัยพิบัติ</p>
<p>1.3 การวางแผนเตรียมพร้อมทรัพยากรเพื่อรับมือภัย พิบัติ ปรับข้อรายการเป็น 1.3 จัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับ ภัยพิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เปลี่ยนเป็น กำหนดแผนการเตรียมพร้อมทรัพยากร เพื่อรับมือกับภัยพิบัติ</p>
<p>1.4 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัย พิบัติ ปรับข้อรายการเป็น 1.4 พัฒนาระบบบริการพยาบาลและการสื่อสารเพื่อ รับมือกับภัยพิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เปลี่ยนเป็น พัฒนาระบบบริการพยาบาลและระบบ การสื่อสารเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ</p>
<p>1.5 การส่งเสริมการเตรียมพร้อมของชุมชนเพื่อรับมือกับ ภัยพิบัติ ปรับข้อรายการเป็น 1.5 สนับสนุนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของ ชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เปลี่ยนเป็น กำหนดแผนการเตรียมความพร้อมของ ชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ</p> <p>2. ชุมชนควรหมายถึงองค์กรต่างๆที่อยู่ในจุดที่ ครอบคลุม เกี่ยวข้องในทางภูมิศาสตร์ และสังคมของ องค์กรที่ต้องใช้บุคลากรและทรัพยากรร่วมกัน</p> <p>3. ควรเพิ่มในส่วนการเตรียมความพร้อมของชุมชน ใน Process ต่างๆ ของแผน การพัฒนาคนในชุมชน และ ระบบ</p>

ชื่อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
<p>2. ระยะเวลารับมือกับภัยพิบัติ</p> <p>2.1 การอำนวยความสะดวกบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ</p> <p>-ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะร่วมกับคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้</p> <p>เนื่องจากบทบาทหลักของผู้บริหารสูงสุดขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติคือการอำนวยความสะดวกบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงขออนุญาตคงข้อนี้ไว้</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. ตัด “การ” ออก เปลี่ยนเป็น 2.1 กำกับดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล</p>
<p>2.2 การกำกับดูแลระบบความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลและผู้ประสพภัย</p> <p>-ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะร่วมกับคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ การกำกับดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลและผู้ประสพภัย มีรายละเอียดเนื้อหาคล้ายคลึงกัน จึงขออนุญาตรวมข้อนี้ไว้</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. แยก ออกเป็น 2 ข้อ ดังนี้ 2.1 กำกับดูแลความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล</p> <p>2.2 กำกับดูแลระบบความปลอดภัยของผู้ประสพภัย และตัด “การ” ออก</p>
<p>2.3 การจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ</p> <p>ปรับชื่อรายการเป็น</p> <p>2.3 จัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. ตัด “การ” ออก</p> <p>รอบที่ 3</p> <p>-การจัดสรรสาธารณูปโภค ควรมอบหมายให้เจ้าหน้าที่อื่นๆเป็นผู้ปฏิบัติ เนื่องจากบุคลากรทางการพยาบาลมีภาระหน้าที่มากมายอยู่แล้วในการรักษาพยาบาลผู้ประสพภัย</p>
<p>2.4 การจัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภคในภาวะภัยพิบัติ</p> <p>ปรับชื่อรายการเป็น</p> <p>2.4 จัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. ตัด “การ” ออก</p>
<p>3.1 การติดตามการจัดการบริการพยาบาลให้แก่ผู้ประสพภัยอย่างต่อเนื่อง</p> <p>ปรับชื่อรายการเป็น</p> <p>3.1 จัดบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. . ตัด “การ” ออก</p> <p>ข้อ 3.1 ควรตัด การติดตาม โดยจะเน้นการจัดการบริการพยาบาล</p>
<p>3.2 การช่วยเหลือบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบจากปฏิบัติงานและภัยพิบัติ</p> <p>ปรับชื่อรายการเป็น 3.2 ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสพภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ</p>	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. . ตัด “การ” ออก</p> <p>2. ตัดข้อความ จากการปฏิบัติงานและภาวะภัยพิบัติ</p>

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
3.3 การฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณีได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ปรับข้อรายการเป็น 3.3 ฟื้นฟูระบบบริการพยาบาลและสิ่งแวดล้อม กรณี ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1. . ตัด “การ” ออก
3.4 การประเมินผลการปฏิบัติงานและแผนปฏิบัติการ ปรับข้อรายการเป็น 3.4 สรุปผลการดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กร พยาบาล	รอบที่ 2 1. . ตัด “การ” ออก และ ตัดข้อความ และแผนการ ปฏิบัติการ ซึ่งในข้อ 1.1 ใช้คำว่า การวางแผน ดำเนินงาน ซึ่งน่าจะใช้คำเหมือนกัน 3. การประเมินผลการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ที่มี ผลกระทบต่อระบบบริการพยาบาล

ส่วนที่ 2 เรื่อง “การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล” รายข้อ

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
1.1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กร พยาบาลให้มีความต่อเนื่องทั้งแผนระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการ ระดับจังหวัด ภูมิภาคและระดับชาติ	รอบที่ 2 1.การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมและเผชิญเหตุ ควร ใช้กระบวนการทำแผนแบบมีส่วนร่วมให้มากที่สุด 2.ควรมีส่วนร่วมในการประชุมและแสดงความคิดเห็น อย่างเป็นระบบ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งใน และภายนอกโรงพยาบาล 3.แผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล ต้องมีความเชื่อมโยงกับแผนของโรงพยาบาลด้วย 4.จำเป็นต้องวางแผนร่วมด้านการรักษาผู้ประสบภัย ร่วมทั้งด้านการแพทย์การพยาบาลและด้าน logistics อื่นๆ ที่สนับสนุนเช่น ด้านเทคนิคการแพทย์ ด้านเภสัช กร เป็นต้น
1.1.4 ตรวจสอบแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติของหอ ผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาล อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	รอบที่ 2 1. ควรมีการซักซ้อมแผนก่อน เมื่อจัดทำแผนเสร็จ เรียบร้อย
1.1.5 ทบทวน ปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ(After Action Review) ของหอผู้ป่วย/หน่วยงานพยาบาลอย่างมี ส่วนร่วมของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ให้มีความ ทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์	รอบที่ 2 1.ต้องทำ AAR ในภาพใหญ่ ไม่ใช่ทำเฉพาะหน่วย
1.1.8 มีส่วนร่วมในการจัดตั้งระบบบัญชาการเหตุการณ์ ของโรงพยาบาล เพื่อเตรียมรับมือกับภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1.ฝ่ายอำนวยการและผู้บัญชาการเหตุการณ์ ควร เข้าใจระบบบัญชาการสถานการณ์ การอำนวยการ เป็นอย่างดี กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายอย่าง ชัดเจน ก่อนนำไปสู่แผนปฏิบัติ

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
1.1.9 ถ่ายทอดนโยบาย กลยุทธ์การจัดการภัยพิบัติ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. การถ่ายทอดนโยบาย เป็นหน้าที่ของผู้บังคับบัญชาโดยตรงของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งอาจไม่ใช่ผู้บริหารทางการแพทย์</p>
1.2.1 วางแผนทบทวนความรู้ทางการแพทย์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติในงานภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เช่น การคัดแยกประเภทผู้ป่วย การพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผล ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ เป็นต้น	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. จัดการทบทวน เพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะทางการแพทย์พยาบาลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>2. เพิ่ม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือ อากาศ ภาวะสุขภาพในการพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน (Health in Emergency)</p> <p>3. การพยาบาลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ มีบาดแผล ได้รับสารเคมี รังสีชีวภาพและนิวเคลียร์ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางบก เรือและอากาศ เป็นต้น ข้อความนี้อาจใช้คำว่า ปฐมพยาบาล ซึ่งจะครอบคลุม</p> <p>4. เพิ่ม มีบาดแผล การดูแลทางด้านออร์โธปิดิกส์ฉุกเฉิน</p>
1.2.2 วางแผนอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ เช่น วงจรการเกิดภัยพิบัติ การใช้เครื่องมือสื่อสาร กฎระเบียบและข้อบังคับทางกฎหมาย บทบาทหน้าที่ของพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ เป็นต้น	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. จัดอบรมความรู้ด้านภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล (ตัดทุกระดับออก)</p> <p>2. เพิ่มเติม เช่น วงจรการเกิดภัยพิบัติและการจัดการในแต่ละระยะ การใช้เครื่องมือสื่อสาร</p>
1.2.4 พัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เช่น ภาวะผู้นำ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การประสานงานและยึดหยุ่น การควบคุมสถานการณ์ การสื่อสารภาษาต่างประเทศและวัฒนธรรมของชนชาติต่างๆ	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. เพิ่ม การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน</p>
1.2.5 วางแผนการเตรียมความพร้อมเชิงแรงทางด้านร่างกายและความมั่นคงด้านจิตใจให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ ภายใต้สภาวะที่มีความกดดัน ความเครียดและความยากลำบาก	<p>รอบที่ 2</p> <p>1. ตัดคำว่า “วางแผน” ด้านหน้าออก ให้เป็น “การดำเนินการ”</p> <p>2. เปลี่ยนจาก “ความพร้อม” เป็น “ความพร้อม”</p>
1.2.6 วางแผนการฝึกความอยู่รอดทางทหารให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติจากสงครามหรือการก่อความไม่สงบ เช่น การใช้อาวุธปืน การใช้แผนที่ เป็นต้น	<p>รอบที่ 2</p> <p>1.ปรับเป็น วางแผนการฝึกปฏิบัติการทางทหารให้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติจากสงครามหรือการก่อความไม่สงบ เช่น การใช้อาวุธปืน การใช้แผนที่ เป็นต้น 2. เช่น การใช้อาวุธปืน ควรเปลี่ยนเป็นศิลปะการป้องกันตัว</p> <p>3. ตัดคำว่า “วางแผน” ด้านหน้าออก ให้เป็น “การดำเนินการ”</p>

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
1.2.7 วางแผนฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติตามความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบและมีความหลากหลาย เช่น การจำลองสถานการณ์การฝึกอบรม การสุ่มตรวจตามหอผู้ป่วย เป็นต้น	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับเป็น จัดการฝึกซ้อมแผนร่วมกันทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อรับมือกับภัยพิบัติตามความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบและมีความหลากหลาย 2. ต้องมีการซักซ้อมปีละหลายครั้ง และทำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไข 3. ปรับเป็น วางแผนฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติตามความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง 4. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล 5. ตัดคำว่า “วางแผน” ด้านหน้าออก ให้เป็น “การดำเนินการ”
1.2.8 ประสานงานการฝึกซ้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น หน่วยดับเพลิง ตำรวจ ทหาร ชุมชน มูลนิธิต่าง ๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปรับเป็น จัดการฝึกซ้อมแผนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย 2. เพิ่ม กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข อปท. 3. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล
1.2.11 สนับสนุนการศึกษาวิชาชีพด้านภัยพิบัติทางการพยาบาล การผลิตนวัตกรรมเพื่อใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติ โดยการจัดการความรู้ด้านภัยพิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ ปรับข้อรายการเป็น	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เปลี่ยนเป็น จากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ
1.2.12 สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติทั้งภายในและภายนอกประเทศ	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มเติม การเรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์เรื่องภัยพิบัติ เป็นประโยชน์แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำมาดัดแปลงแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับองค์กรหรือหน่วยงานของตนเองได้
1.2.13 ส่งเสริมให้มีการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางหรือหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาล	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับบัณฑิตศึกษาในสาขาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาล (ควรเปลี่ยนเป็น การพยาบาลสาธารณสุขภัย)
1.2.14 สนับสนุนให้มีการเพิ่มเนื้อหาการจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาบริหารการพยาบาล	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรเพิ่มทุกสาขาการพยาบาล
1.3.1 วางแผนสำรองเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
1.3.2 วางแผนจัดหาเครื่องมือสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทแวดล้อมของการเกิดภัยพิบัติ ให้สามารถรายงานเหตุการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เช่น วิทยุสื่อสารผ่านดาวเทียม โทรศัพท์ที่สามารถถ่ายรูปได้ เป็นต้น	รอบที่ 2 1. เพิ่มเติม เช่น วิทยุสื่อสาร วิทยุสื่อสารผ่านดาวเทียม 2. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล
1.3.3 ประสานงานผู้รับผิดชอบจัดหายานพาหนะ เช่น รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อ รถยนต์ที่ยกสูง เฮลิคอปเตอร์ ในการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ ส่งกลับหรือรับผู้ประสบภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยวิทยุการบิน หน่วยงานทหาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งกลับทางอากาศ	รอบที่ 2 1. การเตรียมทรัพยากรควรเน้นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลเป็นหลัก 2. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล
1.3.4 วางแผนสำรองเครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหารและน้ำดื่ม เสื้อผ้า ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยญาติ และบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างน้อย 72 ชม. เมื่อเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1. ความหมาย อย่างน้อย 72 ชม. ไม่ชัดเจน ว่าต้องสำรองให้ทันภายใน 72 ชม.หรือไม่ ควรปรับเป็น ให้เพียงพอต่อการใช้งานเมื่อเกิดภัยพิบัติอย่างน้อย 72 ชม.ก่อนความช่วยเหลือจากภายนอกจะเข้ามาถึง 2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาล
1.3.8 กำหนดระเบียบข้อปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล 2. ควรปรับเป็น กำหนดระเบียบข้อปฏิบัติในการเบิกจ่ายงบประมาณ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ ที่สอดคล้องกับระเบียบของรัฐหรือโรงพยาบาล
1.3.10 ร่วมกำหนดพื้นที่การปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติในโรงพยาบาล เช่น พื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวนมาก พื้นที่ชำระล้างร่างกายจากสารปนเปื้อน สารเคมี กัมมันตรังสี ซิวภาพและนิวเคลียร์ พื้นที่การจัดการและ	รอบที่ 2 1. ข้อ 1.3.10 และ 1.3.11 อาจรวมกันได้ คือ มีส่วนร่วมในการกำหนดพื้นที่เมื่อเกิดภัยพิบัติ และรับมือกับภัยพิบัติ
ดูแลศพ พื้นที่การส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย เป็นต้น 1.3.11 ร่วมกำหนดพื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น จุดรวมพล เส้นทางการอพยพผู้ป่วย เส้นทางเคลื่อนย้าย ส่งต่อ-ส่งกลับผู้ประสบภัยหรืออุปกรณ์เครื่องทางแพทย์ที่สำคัญของโรงพยาบาล พื้นที่ปลอดภัย Cool, Warm และ Hot Zone ก่อนเกิดภัยพิบัติ	2. ข้อ 1.3.10 และ 1.3.11 ควร รวมกันได้ เรียงลำดับให้เป็นหมวดหมู่
1.4.2 กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลขณะเกิดภัยพิบัติตามขอบเขตตามมาตรฐานวิชาชีพและหลักสิทธิมนุษยชน	รอบที่ 2 1. ต้องมีกลไก วิธีการที่บ่งชี้ แนวทางปฏิบัติในเวลาราชการและนอกเวลาราชการหรือวันหยุดราชการที่ชัดเจน เนื่องจากมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เท่ากัน

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
1.4.3 จัดทำคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาล เช่น การทำเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย แนวทางการอพยพและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามบริบทโครงสร้างอาคาร เพื่อเตรียมรับภัยพิบัติที่ครอบคลุมความเสี่ยงการเกิดภัยพิบัติของโรงพยาบาลและจัดลำดับความสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย	รอบที่ 2 1. คู่มือ แผน แนวทางปฏิบัติที่จัดทำขึ้น ควรเน้นการทำไปใช้ได้จริง อย่าให้เป็นเพียงแผนในกระดาษเท่านั้น 2. ควรใช้คำว่า ผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ และผู้ประสบภัย
1.4.5 มอบหมายผู้รับผิดชอบในการรายงานเหตุการณ์ภัยพิบัติแก่ผู้บังคับบัญชา สื่อมวลชน ผู้ประสบภัยและญาติที่เหมาะสม รวดเร็วและถูกต้อง ปรับข้อรายการเป็น	รอบที่ 2 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล
1.4.7 วางแผนจัดระบบการตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ดับเพลิง อุปกรณ์ป้องกันความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เป็นประจำและต่อเนื่อง	รอบที่ 2 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล
1.4.9 จัดระบบอาสาสมัครด้านภัยพิบัติ เช่น พยาบาล บุคคลทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ โดยการจัดทำฐานข้อมูล แฝ้มประวัติ ที่อยู่และช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อระดมพลเมื่อเกิดภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล
1.5.1 สนับสนุนการจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติของชุมชนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยรวบรวมปัญหาและความต้องการประชาชนในชุมชน	รอบที่ 2 1.ควรเน้นให้ชุมชนมีบทบาทหลัก พยาบาลมีส่วนร่วมเพียงนำเสนอความรู้ ทฤษฎีแนวทาง การตัดสินใจ ควรให้ชุมชนมีบทบาทหลักในการตัดสินใจด้วยตนเอง 2. เพิ่ม ของชุมชนแบบมีส่วนร่วมจาก ประชาชนในชุมชน และทุกภาคส่วน
1.5.2 มอบหมายผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดเตรียม Disaster Kit ประจำครอบครัวและชุมชน การประเมินและจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งชี้แจงแนวทางการช่วยเหลือและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้แก่ ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน เป็นต้น	รอบที่ 2 1. เพิ่มเติม Disaster kit หรือ Survival
1.5.6 ติดตามการดำเนินงานการเตรียมความพร้อมของชุมชน รวมทั้งพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพ	รอบที่ 2 1. เปลี่ยนเป็น ติดตามการดำเนินงาน การเตรียมความพร้อม ร่วมกับชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่ายในการฝึกซ้อมแผน และปรับปรุงแผนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2.1.3 ดำเนินการประชุมหารือเพื่อประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างเป็นระยะ ให้สามารถสั่งการและติดตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ปรับข้อรายการเป็น	รอบที่ 2 1. อย่างเป็นระยะ เปลี่ยนเป็น อย่างเป็นระบบ 2. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
2.1.4 กำกับดูแลระบบระบุตัวบุคคล ทั้งผู้ป่วย ผู้ประสพภัย ผู้เสียชีวิต ญาติ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ที่มองเห็นได้ ชัดเจนและเข้าใจง่าย	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบการระบุตัวบุคคล หมายถึงการติดป้ายชื่อ หรือไม่ ไม่ค่อยชัดเจน 2. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการ ร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล
2.1.5 ประสานงานการจัดหน่วยบริการพยาบาลเคลื่อนที่ เพื่อให้ดูแลรักษาพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจแก่ ผู้ประสพภัยและญาติ ให้สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที หรือภายหลังการเกิดภัยพิบัติไม่เกิน 24 ชม.แรก	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ควรดำเนินการ ร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล 2. ตัด และญาติ ออก 3. ตัดคำว่า ประสานงาน ออก
2.1.7 ประสานงานการจัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ ที่เหมาะสมกับช่วงอายุ ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัดคำว่า ประสานงาน ออก
2.2.2 ประสานงานการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยทั้งทางบก เรือ และอากาศไปยังพื้นที่ปลอดภัยหรือโรงพยาบาล เครือข่ายด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัยและเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตัดคำว่า กับอาการผู้ป่วย ออก
2.2.6 กำกับดูแลการบันทึกข้อมูล การลงทะเบียน ผู้ประสพภัย การรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ประสพภัย ให้ครบถ้วนและถูกต้อง	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่ม ทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์อพยพ
2.2.7 ติดตามการควบคุมสถานการณ์และการจัดการฝูงชนในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกินบทบาทหน้าที่ของพยาบาล น่าจะใช้คำว่ามีส่วนร่วมในการกำหนด มากกว่า บางกิจกรรม ทับซ้อนกับ Incidence Commander ของโรงพยาบาลในภาพรวม
2.3.3 ประสานงานการจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการในการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการเปิดโรงพยาบาลสนาม	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะเนื้อหาคล้ายคลึงกับการเตรียมความพร้อม ควรปรับเนื้อหาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติขณะเกิดภัยพิบัติ
2.3.3 ประสานงานการจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอกับความต้องการในการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการเปิดโรงพยาบาลสนาม	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะเนื้อหาคล้ายคลึงกับการเตรียมความพร้อม ควรปรับเนื้อหาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติขณะเกิดภัยพิบัติ
2.3.4 ประสานงานการจัดสรรของบริจาคให้แก่ ผู้ประสพภัย โดยคำนึงถึงความต้องการ ความแตกต่างระหว่างเพศและความเหมาะสมตามช่วงอายุของผู้ประสพภัย	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มคำว่า ความแตกต่างระหว่าง วัฒนธรรม ศาสนา เพศ และช่วงอายุ และลักษณะเนื้อหาคล้ายคลึงกับการเตรียมความพร้อม ควรปรับเนื้อหาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติขณะเกิดภัยพิบัติ

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
2.3.5 ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพ การกำจัดสิ่งปฏิกูลภายในศูนย์พักพิง ความสะอาดของอาหาร น้ำดื่ม ที่พัก และห้องน้ำเพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค	รอบที่ 2 1. ลักษณะเนื้อหาคล้ายคลึงกับการเตรียมความพร้อม ควรปรับเนื้อหาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติขณะเกิดภัยพิบัติ
2.3.6 ประสานงานขอความช่วยเหลือในการระดมทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกหากเหตุการณ์ภัยพิบัติมีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ยา เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ เครื่องมือสื่อสาร เป็นต้น	รอบที่ 2 1 เปลี่ยนจาก เหตุการณ์ เป็น สถานการณ์ 2.ลักษณะเนื้อหาคล้ายคลึงกับการเตรียมความพร้อม ควรปรับเนื้อหาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติขณะเกิดภัยพิบัติ
2.4.1 จัดสรร ผลิตเปลี่ยนอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติให้เหมาะสมกับภาระงาน สภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยต่อร่างกาย และชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน	รอบที่ 2 1. จัดสรร ผลิตเปลี่ยน (อัตรา)เปลี่ยนเป็น จำนวน
2.4.5 ประสานงานการระดมบุคลากรทางการแพทย์เมื่อภัยพิบัติมีความรุนแรงและเกินความสามารถในการรับมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น สภากาชาดไทย สถาบันการศึกษาพยาบาล เป็นต้น	รอบที่ 2 1 ตัดคำว่า ประสานงาน เป็น ประสานการระดมบุคลากรทางการแพทย์เมื่อภัยพิบัติมีความรุนแรง และเกินขีดความสามารถในการรับมือจากระบบอาสาสมัครที่ลงทะเบียนไว้และหน่วยงานภาคีเครือข่าย
3.1.1 จัดบริการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เพื่อเยียวยา ด้านร่างกายและจิตใจให้แก่ ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางและญาติ หลังสิ้นสุดภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง	รอบที่ 2 1 ตัดคำว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ออก 2.เพิ่ม ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ อาสาสมัคร เพื่อเยียวยา ด้านร่างกายและจิตใจ
3.1.3 ประสานการส่งต่อข้อมูลด้านการพยาบาลให้แก่หน่วยการพยาบาลเฉพาะทางหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	รอบที่ 2 1 เพิ่มเติม การรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บ การเจ็บป่วยที่พบระหว่างภัยพิบัติ ให้นำมา 2. ตัดคำว่า จากผู้เชี่ยวชาญ ออก
3.1.4 จัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (PTSD) และร่างกายในระยะยาว เช่น เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	รอบที่ 2 1 ปรับเป็น จัดทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้ประสบภัยกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจและร่างกายในระยะยาว เช่น เด็ก ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรส่งต่อ/ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง
3.2.2 ช่วยเหลือเยียวยาบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บและผลกระทบจากภัยพิบัติ	รอบที่ 2 1. ตัด คำว่า บาดเจ็บและ ออก 2. น่าจะเป็น ประสานงาน การช่วยเหลือ เยียวยา
3.3.2 รายงานความเสียหายของระบบบริการพยาบาลแก่ผู้บังคับบัญชา เพื่อวางแผนจัดหาและซ่อมแซม	รอบที่ 2 1. ปรับเป็น -รายงานความเสียหายวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือของระบบบริการพยาบาลหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ให้แก่ผู้บังคับบัญชา เพื่อวางแผนจัดหาและซ่อมแซม

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
3.4.3 ติดตามการสรุปผลการดำเนินงานขณะเกิดภัยพิบัติขององค์กรพยาบาล	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสรุปบทเรียน หลักการปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลมาถอดเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาแผน และถ่ายทอดความรู้ในองค์กรต่อไป 2. องค์กรพยาบาล หมายถึงใคร
3.4.4 มอบหมายให้หอผู้ป่วย/หน่วยงานการพยาบาลจัดทำรายงานการปฏิบัติงาน ปัญหา ข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนปฏิบัติการ	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อำนาจในการมอบหมาย หอผู้ป่วยมีหรือไม่ ถ้าไม่มีต้องใช้คำว่า “ให้คำแนะนำในการมอบหมาย
3.4.5 ส่งเสริมการถ่ายทอดข้อมูล ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ	<p>รอบที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. องค์กรพยาบาลควรมีการส่งเสริมการถอดบทเรียน และถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะภัยพิบัติ และการจัดการตามวงจรการเกิดภัยพิบัติให้มากยิ่งขึ้น 2. ส่งเสริมการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยน ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลง (ข้อ)
1	15
2	0
3	32
4	0
5	0
6	3
7	25
8	0
9	3
10	0
11	0
12	4
13	0
14	0
15	6
16	7
17	0
18	4
19	15
20	18
รวม	132

คำนวณการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลจากข้อรายการทั้งหมด 79 ข้อ ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 20 คน ดังนี้

$$8.35 = \frac{132 \times 100}{79 \times 20}$$

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยเอกหญิง อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ (สกุลเดิม เมยประโคน) เกิดเมื่อวันพฤหัสบดีที่ 24 กุมภาพันธ์ 2526 สถานที่เกิดจังหวัดบุรีรัมย์ สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ปีการศึกษา 2548 บรรจุเข้ารับราชการตำแหน่งพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2549 - กุมภาพันธ์ 2552 รับผิดชอบงานด้านการบริหารความเสี่ยงและด้านวิชาการของหอผู้ป่วย หลังจากนั้นย้ายมาปฏิบัติงานตำแหน่งอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2552 ถึงปัจจุบัน ผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง รุ่นที่ 5 ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก หลักสูตรครูทหารชั้นสูง ของกรมยุทธศึกษาทหารบก รับผิดชอบรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 2 ผู้บังคับหมวดนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 4 และงานที่ได้รับมอบหมายอื่นๆ เช่น คณะกรรมการเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาเขตภาคกลาง เพื่อพัฒนาบัณฑิตอุดมคติไทย คณะกรรมการดำเนินงานกีฬาสถาบันพยาบาลแห่งประเทศไทยและเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2554