

การพิเคราะห์เหตุการตายในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี จากการจมน้ำ จังหวัดน่าน

(Child Death of Children under 15 years old from Drowning in Nan Province)

พรชัย งามสิทธิ์ฤกษ์ พ.บ., ว.ว. ภูมารเวชศาสตร์

Pornchai Ngamsitthilerk M.D. Thai Board of Pediatrics

โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

Nan Hospital

บทคัดย่อ

การพิเคราะห์เหตุการตายในเด็ก ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาจุดอ่อนในรากเหง้าของเหตุ 3 ประการ คือ พฤติกรรมของเด็ก ระบบการคุ้มครองดูแล และสิ่งแวดล้อม-ผลิตภัณฑ์รอบตัวเด็ก เพื่อนำไปสู่การป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้แก่เด็ก ผู้วิจัยได้ใช้แบบบันทึกการเสียชีวิต โรงพยาบาลน่าน เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การจมน้ำของเด็กกรณีศึกษา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก และสำราจสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ตั้งแต่เดือนเมษายน – สิงหาคม 2551 ได้ทำการพิเคราะห์เหตุการตายของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ 4 ราย ในจังหวัดน่าน พนว่า จุดอ่อนที่พบทั้ง 4 รายกรณีศึกษา คือ ระบบการคุ้มครองดูแลที่ปล่อยให้เด็กเล่น ตามลำพัง ไม่มีผู้ใหญ่ดูแล และบังพับจุดอ่อนด้านอื่นๆ เช่น สภาพสถานที่ที่เกิดเหตุที่มีความเสี่ยงและโอกาสเกิดช้ำสูง ไม่มีการเดือนกับบริเวณที่อันตราย พฤติกรรมการเล่นน้ำของเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความตระหนักและการตอบสนองของชุมชนและหน่วยราชการต่อเหตุการณ์สูญเสียไม่ชัดเจน และทั้ง 4 กรณีที่ทำการศึกษา น่าจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการป้องกันการจมน้ำในเด็กได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: การพิเคราะห์เหตุการตาย, จมน้ำ, การตายในเด็ก

Abstract

A Child Death Review of children (CDR) under 15 years old, having drowning as the leading cause of death in Nan province was performed to reveal the weak points in 3 issues: Child Behavior, Child Care System, and Environments /Equipments. These 3 issues have been signed as the root causes of death from external cause include drowning in children. During April – August 2008, 4 cases were investigated using Nan Child Death Review Form as a tool to interview the persons, accompanying the event include parents and caregiver, also to explore the place the accident ‘s taken place. All the cases in this study had played alone or with their friends without their parents or caregiver nearby, showing the weak point in Child Care System issue. This study’s also founded other weak point in other issues such as high risk places, without warning sign, and some high risk playing character that increase the risk. Concern and response to the events from the community and public sectors is relevant. The results from this CDR should have been used to prevent loss and risk of the events.

Keywords: Child Death Review of children (CDR), Drowning, Child Death

บทนำ

การจนนำเป็นเหตุสำคัญการตายของประชากรไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือ กลุ่ม 1-10 ปี พ布ว่ากลุ่มเด็ก 1-4 ปี มีอัตราการตายจากการจนนำสูงถึง 12.9/100,000 ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 53 ของการตายจากการบาดเจ็บ และกลุ่มเด็ก 5-9 ปี มีอัตราการตายจากการจนนำ 12/100,000 ต่อปี หรือร้อยละ 56 ของการตายจากการบาดเจ็บทั้งหมด ปัจจัยสืบต่อการจนนำในเด็กและในผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน เด็กเล็กมีความสัมพันธ์กับการคุ้มครองผู้ดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านและละแวกบ้าน พฤติกรรมของเด็กในการปฏิบัติตามกฎแห่งความปลอดภัย และทักษะการว่าบน้ำ-ช่วยคนจนนำ ในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปลอดภัยในแหล่งนำสาระและ การเดินทางทางนำ การใช้สารมีนิ่งและการหักมุม การหักมุมและการว่าบน้ำ-ช่วยคนจนนำ¹

จากข้อมูลการตายในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ในจังหวัดน่าน พ布ว่า การจนนำ เป็นเหตุนำการตายร้อยละ 6.25 ของการตายในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีทั้งหมด การทบทวนจากเวชระเบียนของเด็กที่เสียชีวิตจากการจนนำ ไม่สามารถให้ข้อมูลช่วยในการวางแผนป้องกัน จึงนำการพิเคราะห์เหตุการตายมาใช้พิเคราะห์เด็ก ที่เสียชีวิตจากการจนนำในจังหวัดน่าน โดยวางบริการวิเคราะห์หาจุดอ่อนในรากเหง้าของเหตุ 3 ประการคือ พฤติกรรมของเด็ก ระบบการคุ้มครองดูแล และ สิ่งแวดล้อม - พลิตกันที่รับตัวเด็ก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุช้ำ² การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาจุดอ่อนในรากเหง้าของเหตุ 3 ประการคือ พฤติกรรมของเด็ก ระบบการคุ้มครองดูแล และ สิ่งแวดล้อม- พลิตกันที่รับตัวเด็ก ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีในจังหวัดน่าน ที่เสียชีวิตจากการจนนำ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุช้ำ

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กรณีศึกษาได้จากการกันทะเบียนการตายของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากเหตุนำการจนนำ ในโรงพยาบาลน่านและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่าน ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2551 แล้วประสานกับสถานีอนามัยในพื้นที่เพื่อการนัดผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์การจนนำเสียชีวิต ผู้ปกครองของเด็กผู้เสียชีวิต เพื่อขอสัมภาษณ์ข้อมูล วางแผนการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยใช้ “แบบบันทึกการเสียชีวิต โรงพยาบาลน่าน” ซึ่งดัดแปลงจาก “แบบเก็บข้อมูล CDR/สรุปผล/แผนการป้องกัน” ของ ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี² และ Child Death Review Case Report ของ National Center for Child Death Review^{3,4} บันทึกการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคสนาม ทั้งการสัมภาษณ์บุคคล และการลงสำรวจพื้นที่สถานที่เกิดอุบัติเหตุ การจนนำเสียชีวิต โดยใช้เวลาอย่างน้อย 1 วันทำการต่อกรณี รวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ห้องหาจุดอ่อนแยกย่อย ตามรากเหง้าของเหตุ พิจารณาลงพื้นที่ซ้ำเพื่อติดตามข้อมูล หรือประเมินประเด็นบางอย่าง เช่น การตอบสนองของชุมชนต่อเหตุการณ์

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

เด็กชายอายุ 7 ปี 3 เดือน ว่าบน้ำไม่มีปืน สนิทกันแม่นากกว่าพ่อ ตามคุณแม่ซึ่งเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปเล่นบริเวณรอบหอประชุมหมู่บ้านซึ่งแม่มาช่วยงานคัดกรองตรวจสุขภาพ ห่างจากบ้านประมาณหนึ่งกิโลเมตร ห่างจากหอประชุมประมาณ 100 เมตรมีสะพานตี้อู่กลางหมู่บ้าน ลงเล่นน้ำกับเพื่อนอายุใกล้เคียงกัน พื้นได้น้ำเป็นพื้นลาดซึ่มตึกว่างประมาณ 1.5 เมตร เด็กเล่น

กวักน้ำใส่ก้นจนเด็กที่เสียชีวิตด้วยน้ำพื้นซึ่มเนตลงไป บริเวณน้ำลึก เด็กที่เล่นด้วยไม่ทราบว่ามันน้ำ จนเด็กอีกคน ผ่านมาพบ จึงตามคนมาช่วย นำเด็กส่ง โรงพยาบาล เสียชีวิต ในเวลาต่อมา มีการติดป้ายบริเวณริมสระเตือนอันตรายจาก น้ำลึก แต่ยังไม่มีการสร้างรั้วรอบสระ

กรณีศึกษาที่ 2

เด็กชายอายุ 11 ปี ว่าyan้ำเป็น/ก่น เล่นน้ำกับเพื่อน ประมาณ 10 คน อายุ 10 – 17 ปี บริเวณฝายน้ำลึกดังข้อใน บริเวณหมู่บ้าน ซึ่งเด็กๆมาเล่นกันเป็นประจำ เด็กที่เสียชีวิต เล่นน้ำหนีอฝายกันเพื่อนอายุ 17 ปีอีกคน เพื่อนที่เหลือเล่น กันอยู่ได้ฝาย เด็กถูกกระแทกให้น้ำที่ลอดผ่านประตูฝายที่เปิด ไม่กว้างดูดดักกับประตูฝาย เพื่อนที่เล่นน้ำด้วยกัน เข้าช่วย ถูกดูดดักประตูฝายเข่นกัน เสียชีวิตทั้งคู่ คนช่วยต้องใช้ชีวี หมุนปีกประตูฝายให้กว้าง จนพบลดผ่านประตูมาทางใต้ ฝาย และยังมีชายวัยกลางคนอีก 1 ราย เสียชีวิตในลักษณะ เดียวกันในฝายนี้ หลังจากเกิดเหตุประมาณ 1 สัปดาห์ หลังจาก การตายในรายที่สาม ทางนายอำเภอได้กำชับพื้นที่ให้ดูแล จึงมีการนำโซ่และกุญแจมาล็อกตัวงพวงมาลัยหมุนปีก/ ปีกประตูฝาย

กรณีศึกษาที่ 3

เด็กหญิงอายุ 4 ปี เดินเล่นกับเพื่อนวัยเดียวกันอีก 2 คน ในหมู่บ้านซึ่งอยู่บนพื้นที่สูง เดินลงเนินทางลาดชันค่อนข้าง มากลงไปยังบ่อชุดเดียวกับของหมู่บ้าน ซึ่งห่างจากบริเวณ

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์กรณีศึกษาตามน้ำเสียชีวิตแยกตามรากเหง้าของเหตุ

| รากเหง้าของเหตุ | พฤติกรรมของเด็ก | ระบบการคุ้มครองดูแล | สิ่งแวดล้อม - ผลิตภัณฑ์รอบตัวเด็ก |
|-----------------|--|--|--|
| กรณีศึกษาที่ 1 | เด็กว่ายน้ำไม่เป็น, เด็กไม่คุ้นเคยกับสารน้ำไม่เคยมาเล่น | เล่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน ไม่มีผู้ใหญ่ดูแล | พื้นที่น้ำต่ำระดับ, ไม่มีการติดป้ายเตือน, รอบสระไม่มีรั้วกัน, ไม่ใส่เสื้อชีฟ' |
| กรณีศึกษาที่ 2 | การเล่นคำน้ำลอดประตูฝาย | เล่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน ไม่มีผู้ใหญ่ดูแล | กระแสไฟดันที่ไหลผ่านประตูฝายทำให้เกิด ^{แรงดูดบริเวณผิวน้ำรอบประตูด้านหน้าฝาย} ไม่มีการติดป้ายเตือน |
| กรณีศึกษาที่ 3 | เด็กว่ายน้ำไม่เป็น, | เล่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกันไม่มีผู้ใหญ่ดูแล | |

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์กรณีศึกษาตามน้ำเสียงชีวิตแยกตามรากเหง้าของเหตุ (ต่อ)

| รากเหง้าของเหตุ | พฤติกรรมของเด็ก | ระบบการคุ้มครองคุ้มครอง | สิ่งแวดล้อม - ผลิตภัณฑ์ร้อนตัวเด็ก |
|-----------------|---|------------------------------|--|
| กรณีศึกษาที่ 4 | เด็กว่ายน้ำไม่เป็น, เด็กไม่คุ้นเคยกับสถานที่ | เด่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน | เด่นน้ำลึก ไม่มีป้ายเตือน ไม่ใส่เสื้อชีฟว์ |

อภิปรายผล

จากการศึกษาระบบที่ 4 นี้ การตabyจากเหตุน้ำการลงน้ำทั้ง 4 กรณีศึกษา มีบริบทที่แตกต่างกัน แต่ละกรณีศึกษาพบว่า มีจุดอ่อนในรากเหง้าของเหตุมากกว่า 1 รากเหง้า และน้ำหนักความเสี่ยงของแต่ละรากเหง้าของเหตุในแต่ละกรณีศึกษาที่แตกต่างกัน การพิเคราะห์เหตุอย่างถี่ถ้วน จะนำไปสู่การวางแผนการเกิดเหตุซ้ำได้อย่างตระหนุ (ตารางที่ 2) แต่หากมองจุดอ่อนในรากเหง้าแห่งเหตุที่พบในทั้ง 4 กรณีศึกษา คือ ระบบคุ้มครองคุ้มครองเด็ก เมื่อมองจุดอ่อนของรากเหง้าแห่งเหตุนี้ในแต่ละกรณี จะรู้สึกว่ามีน้ำหนักน้อยกว่ารากเหง้าแห่งเหตุอื่นๆ ยกเว้นกรณีศึกษาที่ 3 ที่พบจุดอ่อนของรากเหง้าแห่งเหตุที่สำคัญเพียงอย่างเดียว แต่หากมองว่า หากเด็กมีระบบคุ้มครองคุ้มครองเด็กที่ดี ซึ่งจะต้องมีพื้นฐานจากการมีความตระหนัก และจิตสำนักในการคุ้มครองสิทธิเด็ก ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยราชการที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง การสร้างจุดเด็กที่ดี มีจิตสำนักและตระหนักในบทบาทในการคุ้มครองเด็ก จะทำให้เกิดความร่วมมือกันในระดับต่างๆ ในการวางแผนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รูนแรงที่จะเกิดในเด็กได้

กรณีศึกษาที่มีน้อย อาจไม่มีน้ำหนักในเชิงสถิติ แต่เนื่องจากการตabyเป็นเหตุรุนแรง มิติของลักษณะการตabyในแต่ละกรณี มีความแตกต่างกัน ผลการพิเคราะห์เหตุการตabyในกรณีนี้ อาจสามารถนำไปใช้เพื่อการป้องกันในที่อื่นที่มีสภาพภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน เช่นในกรณีศึกษาที่ 2 จากสถิติของกรมชลประทาน ในปีงบ 2550 มีฝายลักษณะที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันกับฝายที่เกิดเหตุในกรณีนี้ถึง 242 แห่ง ในจังหวัดน่าน และ 11,811 แห่งทั่วประเทศ ฝายที่มีลักษณะเดียวกัน สภาพแวดล้อม วิถีชีวิตของคนในชุมชนที่เกี่ยวพันกับฝายคล้ายกัน ที่ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดเหตุเช่นเดียวกับฝายในกรณีศึกษานี้

การตอบสนองต่อเหตุการตabyของชุมชน เป็นการป้องกันแบบง่ายๆ และไม่ได้ผ่านการวิเคราะห์เหตุ น่าจะป้องกันปัญหาได้ระดับหนึ่ง เช่นในกรณีศึกษาที่ 3 การป้องกันบ่อปลาแม่จะมั่นใจได้ว่า จะไม่มีการเกิดเหตุในลักษณะกรณีศึกษาได้อีก แต่จุดอ่อนในรากเหง้าแห่งเหตุในเรื่อง ระบบคุ้มครองคุ้มครองเด็ก ภายในสภาพแวดล้อมของหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็กสูง เด็กเล็กๆ ในหมู่บ้านยังคงมีวิถีชีวิตท่ามกลางโอกาสเสี่ยงกับการบาดเจ็บหนัก่อนเดิม หากไม่มีการสร้างระบบคุ้มครองเด็กที่เหมาะสม และยังไม่มีหน่วยงานทางราชการใดๆ เข้าไปรับผิดชอบตอบสนองต่อเหตุที่เกิด

ตารางที่ 2 นำเสนอแนวทางการป้องกันความปลอดภัยตามกรณีศึกษา

| แนวทางป้องกัน | เมืองต้น | ระยะเวลา |
|----------------|---|---|
| กรณีศึกษาที่ 1 | น้ำที่ทุ่นสัญญาณบ่งบอกพื้นใต้น้ำต่างระดับ, ป้ายเตือน, สื่อสารรับรองสร้าง | ปลูกฝังจิตสำนักในการคุ้มครองสิทธิเด็กในทุกระดับ สนับสนุนการทำการพิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ในเด็ก |

ตารางที่ 2 นำเสนอแนวทางการป้องกันความปลอดภัยตามกรณีศึกษา (ต่อ)

| แนวทางป้องกัน | เบื้องต้น | ระยะยาว |
|----------------|--|---|
| กรณีศึกษาที่ 2 | น้ำยาสัมภัญญานเดือนกระแสนนำไปหดคุณให้น้ำ ก้นนิรเวณรอบประคุณฝ่ายด้านหน้าฝ่ายห้ามเล่นคำอดได้ประคุณฝ่าย | จากเหตุภัยนอกทั้งหมด และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (รวมข้อมูล) กรรมการจัดการเรียนการสอนในเรื่องความเสี่ยงต่อการจมน้ำและอุบัติเหตุอื่นๆ เช่น กรณีศึกษาที่ 2 โรงเรียนในชุมชนบริเวณฝ่าย กรณีศึกษาที่ 4 สำราญคำน้ำ ก้นหاجุดเลี่ยงอันตราย ติดป้าย หรือสื่อให้เด็กและผู้ปกครองทราบก่อนและขณะมีงานกิจกรรมบริเวณคำน้ำวางแผนทุ่นช่วยพยุงด้านบริเวณคำน้ำเด็ก |
| กรณีศึกษาที่ 3 | จัดระบบการคุ้มครองเด็กเล็ก “ศูนย์เดชะดะ” | กรณีศึกษาที่ 2 โรงเรียนในชุมชนบริเวณฝ่าย |
| กรณีศึกษาที่ 4 | สำรวจคำน้ำ ก้นหاجุดเลี่ยงอันตราย ติดป้าย หรือสื่อให้เด็กและผู้ปกครองทราบก่อนและขณะมีงานกิจกรรมบริเวณคำน้ำวางแผนทุ่นช่วยพยุงด้านบริเวณคำน้ำเด็ก | ควรให้ความรู้และข้อมูลความเสี่ยงเกี่ยวกับฝ่ายตั้งเด็กอน/เริ่มนีฝ่าย ⁷ |

สรุป

การพิเคราะห์เหตุการตายในเด็กจนน้ำ โดยใช้การวิเคราะห์ภายใต้กรอบรากเหง้าแห่งเหตุ 3 ประการ ซึ่งให้เห็นปัจจัยต่างๆ ที่เป็นเหตุนำสู่การตาย ได้ชัดเจนขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุการตายจากการจมน้ำได้ ควรที่จะสนับสนุนหรือวางแผนนโยบายให้มีการพิเคราะห์เหตุการตายในเด็กจากการจมน้ำ รวมทั้งจากเหตุภัยนอกอื่นๆ ในทุกพื้นที่ และควรมีการแต่งตั้งอนุกรรมการพิเคราะห์เหตุการตายในเด็กดับจังหวัด ซึ่งเป็นทีมสาขาวิชาชีพ เพื่อขับเคลื่อนงานเป็นรูปธรรม²⁻⁸

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์กมิต ตันติศิริวิทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทีมพิเคราะห์เหตุการณ์ตายในเด็กของโรงพยาบาลน่าน ที่ร่วมกันลงพื้นที่หาข้อมูล และขอขอบคุณนายแพทย์ชาคริ เจริญศิริ และ นายแพทย์อุดิศก์ ผลิตผล การพิมพ์ ที่ให้คำปรึกษาในการทำการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อุดิศก์ด์ ผลิตผลการพิมพ์. การบททวนเรื่อง สถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทยและมาตรการแก้ไข. Available from: [<http://www.csip.org/csip/public.php>]
2. อุดิศก์ด์ ผลิตผลการพิมพ์. คู่มือการพิเคราะห์เหตุการตายในเด็ก CDR: Child Death Review. Available from: [<http://www.csip.org/csip/public.php>]
3. National Center for Child Death Review. The Child Death Review Case Reporting System. Available from: [<http://www.childdeathreview.org/cdrprocess.htm>]
4. National Center for Child Death Review. A Program Manual for Child Death Review. Available from: [http://www.childdeathreview.org/Finalversion_protocolmanual.pdf]
5. Washington State Department of Community and Family Health. Child Death Review State Committee Recommendations on Child Drowning Prevention June 2004. Available from: [http://www.doh.wa.gov/cfh/mch/documents/Child_Drowning_Prevention.pdf]

6. รายงานข้อมูลสารสนเทศโครงการชลประทาน ปีงบประมาณ 2550. Available from:[<http://www.rid.go.th/data/stat50.pdf>]

7. British Columbia. Office of The Chief Coroner Child Death Review Unit Report on Drowning. available from:[<http://www.pssg.gov.bc.ca/coroners>]

8. Romi A. Webster, Patricia G. Schnitzer, Carole Jenny, Bernard G. Ewigman, Anthony J. Alario. Child Death Review The State of The Nation. Am J Prev Med. 2003; 25(1):58-64. Available from:[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12818311>]