

การลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุ

Disaster Risk Reduction for Older People

หม่อมหลวงอาบกนก ทองแถม*

M.L. Arbkanok Tongtham*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีความเปราะบางและเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายในภาวะภัยพิบัติมากกว่าคนกลุ่มอื่น เนื่องจากภาวะสุขภาพและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้ยากต่อการเตรียมพร้อมและรับมือกับภัยพิบัติ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ กำลังเผชิญกับความท้าทายจากการที่โครงสร้างประชากรจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ และการเกิดภัยธรรมชาติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น การจัดการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตจึงจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ และควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตัวเองได้หากได้รับคำแนะนำให้เตรียมความพร้อมในการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภัยพิบัติ ในขณะเดียวกันพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการการดูแลในภาวะภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในทุกระยะของภัยพิบัติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะภัยพิบัติ การลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติ

Received: November 29, 2019

Revised: May 29, 2020

Accepted: June 5, 2020

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย,

E-mail: arbkanok.t@stin.ac.th

* Instructor, Community Health Nursing Branch, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing,

E-mail: arbkanok.t@stin.ac.th

Abstract

Older people are more vulnerable than others in a disaster. Due to health conditions and economic or social constraints, they may face difficulty in preparing for and responding to disasters that may lead to injury or illness. Nurses are health professionals who play an important role in caring for the elderly. They face the expanding challenge of an aging society and the potential occurrence of more serious natural disasters. Therefore, management of elderly care in the future must cover both normal situations and disasters. Moreover, the elderly, families of the elderly and communities should be encouraged to participate in disaster risk reduction. Most elderly people are still able to take care of themselves during a disaster if they are advised to prepared appropriately. At the same time, nurses, who play an important role in caring for the elderly in a disaster, need further training in disaster management to be able to provide nursing care that meets the health needs of the elderly, covering all phases of the disaster.

Keywords: older people, disaster, disaster risk reduction

บทนำ

เมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติ กลุ่มบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงคือผู้สูงอายุ¹⁻³ ทั้งนี้เนื่องจากความถดถอยของสมรรถภาพทางกาย การรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ลดลง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และข้อจำกัดทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการเตรียมพร้อมรับมือภาวะภัยพิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยง และความล่าช้าในการฟื้นตัวเมื่อได้รับผลกระทบ¹ เห็นได้จากการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยในประเทศไทยเมื่อปี 2004 พบว่ากว่าร้อยละ 65 ของเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี⁴ และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่ได้รับผลกระทบ

จากเหตุการณ์พายุเฮอริเคนแคทรีนา ปี 2004 เป็นผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป⁵ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ

ปัจจุบันประชาชนในแทบทุกภูมิภาคของโลกต้องเผชิญกับภัยพิบัติที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งภัยพิบัติที่เกิดจากภัยธรรมชาติและจากน้ำมือมนุษย์ สำหรับประเทศไทยซึ่งตั้งอยู่ในภูมิภาคเขตร้อนนั้นต้องเผชิญกับภัยธรรมชาติจากอุทกภัยและวาตภัยเป็นประจำ ทั้งนี้ในอนาคตข้างหน้าประเทศไทยเป็นหนึ่งในอีกหลาย ๆ ประเทศที่ได้รับการคาดการณ์ว่าจะต้องเผชิญกับภัยธรรมชาติที่มีความถี่และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยศูนย์เตรียมความพร้อมป้องกันภัยพิบัติแห่งเอเชียระบุว่า ขณะ

ที่แนวโน้มการเกิดภัยธรรมชาติในประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียรวมทั้งประเทศไทยมีความรุนแรงมากขึ้น ความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญกับภัยธรรมชาติของประชาชนในประเทศเหล่านี้อาจยังไม่ได้มีการพัฒนาให้ดีขึ้นเท่าที่ควร และประชาชนกลุ่มที่มีความเสี่ยงจะได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติมากที่สุดแต่ยังคงถูกละเลย คือ ผู้สูงอายุ³

นอกจากนั้นประเทศไทยยังจะต้องเผชิญกับความท้าทายจากการที่เป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรสูงอายุมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 นี้⁶ แม้ประเทศไทยจะมีการกำหนดให้มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) เพื่อใช้เป็นกรอบให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการปรับปรุงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ในปี 2552 ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่มาตรการที่จะปกป้องผู้สูงอายุซึ่งมีความเปราะบางและมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากภาวะภัยพิบัติ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะเกิดมากขึ้นในอนาคตกลับยังไม่มีกรอบนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม⁷ ข้อมูลบทเรียนจากประสบการณ์มหาอุทกภัย 2554 ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ตกค้างอยู่ในพื้นที่ประสบภัย ทำให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุทางน้ำ ไฟฟ้าดูด และสัตว์มีพิษกัด โดยข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้ที่เสียชีวิตจากอุทกภัยในปี 2554 เป็นผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุใน

ประชากรทั่วไปอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 8⁸

ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติ

เมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ได้อพยพออกจากบ้านและยังคงใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ประสบภัย ซึ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากภัยพิบัติ เช่น จากเหตุการณ์อุทกภัยในปี 2554 มีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ ถูกไฟฟ้าดูด ถูกสัตว์มีพิษกัดขณะที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดอุทกภัย⁷ หรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บและการกำเริบของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิมซึ่งเป็นผลมาจากการขาดยาที่รักษาโรคประจำตัว โดยพบว่ากว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาประจำตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป และจำเป็นต้องได้รับการดูแลเฉพาะโรค⁵ เช่น การฟอกเลือดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย การให้อาหารทางสายยางและดูแลแผลสำหรับผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง หรือการให้ออกซิเจนสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้การกำเริบของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่เดิมยังนำไปสู่การเสียชีวิตภายหลังการเกิดภัยพิบัติ ทั้งนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในระยะเวลา 1 ปีหลังภัยพิบัติมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน⁹ ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องจากการขาดยาหรือการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อุบัติการณ์การเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังเกิดภัยพิบัติ โดยพบว่าผู้มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป การสูญเสียทรัพย์สินและการที่บ้านเรือนได้รับความเสียหาย⁵ รวมทั้งการมีโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคถุงลมโป่ง

พอง โรคความจำเสื่อม โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคไตวายเรื้อรัง โรคของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ รวมทั้งโรคทางด้านจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ประสบภัยมีภาวะสุขภาพที่แย่ลงอย่างรวดเร็วหลังเกิดภัยพิบัติ⁸ นอกจากนี้การรักษายังทำได้ลำบาก เพราะการแปลผลการตรวจร่างกายและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการแยกวินิจฉัยโรคมียุ่งยาก เนื่องจากผลการตรวจที่ผิดปกตินั้นไม่สามารถทราบได้แน่ชัดว่าเป็นความผิดปกติที่มีอยู่เดิมหรือเกิดขึ้นใหม่ โดยเฉพาะผู้ประสบภัยที่ไม่เคยมีประวัติการรักษาพยาบาลหรือไม่มีข้อมูลการรักษามาก่อน⁹

นอกจากการได้รับบาดเจ็บจากภัยพิบัติและการกำเริบของโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่เดิมแล้ว การเกิดโรคติดต่อต่าง ๆ ก็เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากภาวะภัยพิบัติมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดโรคระบาดเพิ่มขึ้น เช่น การระบาดของโรคอุจจาระร่วง โรคตาแดง และโรคฉี่หนูภายหลังอุทกภัย เป็นต้น¹⁰ โดยสภาพความแออัดของสถานพักพิงชั่วคราว การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม การขาดแคลนอาหารและน้ำดื่มที่สะอาด การที่สาธารณสุขบุคลากรต่าง ๆ ได้รับความเสียหาย การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคระบาดเพิ่มขึ้น¹¹ นอกจากนี้ภาวะขาดสารอาหาร การเผชิญกับความเครียด และการเกิดโรคประจำตัวกำเริบยังเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น¹⁰ โดยการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่พบบ่อยที่สุดในสถานที่พักพิงชั่วคราว คือ การติดเชื้อที่ปอด (pneumonia)⁵

การเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจจากภาวะภัยพิบัติในผู้สูงอายุก็เป็นปัญหาสำคัญอีกอย่างหนึ่ง ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 3 เท่า ใน 4 เดือนหลังประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติ¹³ รวมทั้งยังส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา เช่น มีภาวะวิตกกังวล มีภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (post-traumatic stress disorder: PTSD) และติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น โดยอาการแสดงเบื้องต้นของปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ มีอารมณ์โกรธ ลับสน เสียความทรงจำชั่วคราว พฤติกรรมถดถอย¹² เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยทางด้านร่างกาย คือ ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย และปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การที่เป็นเพศหญิง และการมีสถานภาพโสด หรือการอยู่เพียงลำพัง เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น ๆ และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่ม 70-75 ปีขึ้นไป ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม เกิดโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ตามมา รวมทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ภายหลังการเกิดภัยพิบัติอีกด้วย¹³

ทั้งนี้ผลกระทบจากภาวะภัยพิบัติ ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง โดยจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามในประชากรกลุ่มผู้ประสบภัยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่หลังประสบอุทกภัย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมลดลง มีสุขภาพทางกายที่แย่ลง และต้องไปใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้มีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพโสด การมีโรคเรื้อรัง

หรือโรคประจำตัว การมีประวัติเคยรับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และการอยู่เพียงลำพัง¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยจากบ้านมาสู่สถานพักพิงชั่วคราวซึ่งไม่คุ้นเคย รวมทั้งสภาพความวุ่นวายจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสน และเกิดการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มที่นำไปสู่ความพิการและภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพมากขึ้น⁸

แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าเมืองค์กรต่าง ๆ ทั้งที่ทำงานด้านการจัดการภัยพิบัติ และด้านผู้สูงอายุได้เสนอแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติไว้มากมาย แนวทางต่าง ๆ นั้นสามารถแบ่งตามระยะของการเกิดภาวะภัยพิบัติ ได้ดังนี้

1) ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ มาตรการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติที่สำคัญ คือ การจำแนกว่าใครบ้างที่ต้องการความช่วยเหลือ และความช่วยเหลือนั้นมีอะไรบ้าง¹⁴ ทั้งนี้แต่ละชุมชนควรมีการจัดทำแผนที่ระบุบ้านของผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือและการดูแลทางด้านการแพทย์ของผู้สูงอายุไว้ และข้อมูลเหล่านี้ควรเชื่อมโยงไปยังฐานข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศบาล หรือนายกเทศมนตรีซึ่งจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำบัญชาการเหตุการณ์ในระดับท้องถิ่นได้ใช้ข้อมูล

เหล่านี้ในการเตรียมพร้อมเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุ¹⁴⁻¹⁶ สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะต้องได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับภาวะภัยพิบัติ ในเรื่องการเตรียมสิ่งของจำเป็น โดยเฉพาะยาและประวัติการรักษาไว้ในที่ที่พร้อมจะนำติดตัวไปได้ทันทีในกรณีที่ต้องอพยพ การปฏิบัติตนเมื่อได้รับการเตือนภัย การอพยพและที่ตั้งของศูนย์พักพิง¹⁷⁻¹⁹ สำหรับสถานพยาบาลแต่ละแห่งควรมีฐานข้อมูลกลางเกี่ยวกับประวัติการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถเข้าถึงได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ในทั้งสถานพยาบาลทั่วไป และหน่วยแพทย์ฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลสนามที่จัดตั้งขึ้นขณะเกิดภาวะภัยพิบัติ รวมทั้งการมีระบบข้อมูลสำรองสำหรับกรณีที่ระบบสารสนเทศล่มหรือไฟฟ้าดับ¹⁵ มีการสำรองยาไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเมื่อเกิดภัยพิบัติ มีแผนปกป้องสถานพยาบาลจากภาวะภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุ และมีแผนการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการได้¹⁶

2) ในระยะเกิดภัยพิบัติ การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดพักที่ปลอดภัย อาหารและน้ำดื่มที่เพียงพอและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และการดูแลให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีความต้องการดูแลพิเศษ¹⁷ เช่น การให้ออกซิเจนที่บ้าน การดูดเสมหะ การทำแผล และให้อาหารทางสายยาง ทั้งนี้เพื่อความมั่นใจว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการจัดตั้งศูนย์พักพิงพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ^{16,17} โดยต้องมีการลงทะเบียนและคัดกรองก่อนรับเข้า และ

ทางศูนย์จะจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เตียงผู้ป่วย อุปกรณ์การให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะไว้ให้ แต่ผู้สูงอายุจะต้องมีผู้ให้การดูแลด้วย ทางศูนย์พักพิงจะมีบุคลากรทางการแพทย์ที่คอยให้การดูแลและส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน สำหรับศูนย์พักพิงทั่วไปก็ควรจัดพื้นที่เฉพาะให้ผู้สูงอายุและมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ เช่น รวเกาะเดิน ทางราบสำหรับรถเข็น และห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือ^{14,18} นอกจากนี้ควรมีการประเมินความต้องการช่วยเหลือดูแลของผู้สูงอายุก่อนรับเข้าศูนย์พักพิง และในกรณีที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ก็ควรส่งต่อผู้สูงอายุไปยังศูนย์พักพิงที่มีความพร้อม หรือส่งต่อสถานพยาบาล¹⁵

3) ในระยะหลังเกิดภัยพิบัติ การดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นฟูทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้โดยเร็วที่สุด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในการเข้าถึงความช่วยเหลือและบริการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ เนื่องจากความบกพร่องในการเคลื่อนไหวและข้อจำกัดทางด้านฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สะดวกที่จะไปติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยราชการ และอาจตกเป็นเป้าหมายของการเอาเปรียบและการทุจริต¹⁹ การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ และการเริ่มดำเนินการสำรวจความต้องการการฟื้นฟูตั้งแต่ก่อนที่ภัยจะยุติจะช่วยให้ผู้รับผิดชอบทางด้านการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ²⁰ สามารถวางแผนจัดบริการให้ความช่วยเหลือโดยเปลี่ยนจากการ “ร้องขอ” เป็น

“การพิจารณาให้ความช่วยเหลือ” ทำได้ง่ายขึ้น รวมทั้งยังสามารถติดต่อขั้นตอนการดำเนินการด้านเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น²¹

จากแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติ ที่องค์กรต่าง ๆ ได้เสนอไว้นั้น ยังไม่มีแนวทางใดที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นแนวทางที่ดีที่สุด¹⁵ อย่างไรก็ตามทุกแนวทางที่แต่ละองค์กรเสนอล้วนให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน¹⁴⁻¹⁸ เนื่องจากในเวลาที่เกิดภาวะภัยพิบัติ ความช่วยเหลือทั้งจากทางราชการและองค์กรอิสระต่าง ๆ มักไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้ในทันทีเพราะระบบการสื่อสารและการคมนาคมถูกตัดขาด การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลกันเองเบื้องต้นก่อนใน 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดภาวะภัยพิบัติ จึงเป็นสิ่งจำเป็น และสามารถช่วยลดผลกระทบจากภาวะภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้^{22,23} นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพกลุ่มองค์กรในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน เนื่องจากเป็นกลุ่มแรก ๆ ที่สามารถเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ก่อนกลุ่มองค์กรอื่น ๆ ¹⁵

สำหรับประเทศไทย ภายหลังเหตุการณ์อุทกภัยปี 2554 หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต่างตระหนักถึงความเสี่ยงต่อภัยพิบัติที่จะรุนแรงมากขึ้นในอนาคต มีการกำหนดนโยบายในการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาฐานข้อมูลสนับสนุนการเตรียมพร้อมทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบเตือนภัย และการเตรียม

พร้อมชุมชนเพื่อรับมือกับภาวะภัยพิบัติ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลพื้นที่เสี่ยงภัย เส้นทางสำหรับอพยพ พื้นที่ปลอดภัยที่จะใช้จัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราว และข้อมูลทรัพยากรที่จะใช้ในการจัดการภัยพิบัติ โดยเฉพาะกรณีอุทกภัย ทั้งนี้ในส่วนท้องถิ่นได้มีการสำรวจและจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน และจัดเก็บไว้เป็นฐานข้อมูล รวมทั้งมีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังให้สถานพยาบาลทุกแห่งในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขสามารถเข้าถึงได้ อย่างไรก็ตาม ฐานข้อมูลเหล่านี้ยังอยู่ในลักษณะแยกส่วนกันอยู่ การที่ฐานข้อมูลเหล่านี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้บริหารในระดับท้องถิ่นให้สามารถนำข้อมูลสารสนเทศเหล่านี้ให้มาบูรณาการเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุและประชากรเปราะบางกลุ่มอื่นในสถานการณ์ภัยพิบัติ รวมทั้งควรมีการประเมินการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลเหล่านี้ด้วย⁶

การพัฒนาระบบเตือนภัยเพื่อผู้สูงอายุ ภายหลังการเกิดสึนามิในปี 2547 ได้มีการจัดตั้งศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติขึ้น และได้มีการพัฒนาระบบเตือนภัยมาเป็นลำดับ เช่น หลังการเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่ในปี 2554 รัฐบาลได้อนุมัติให้มีการติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิดเพื่อติดตามระดับน้ำที่ประตูระบายน้ำและติดตั้งอุปกรณ์วัดปริมาณน้ำฝนในพื้นที่ต่าง ๆ ในพื้นที่เสี่ยงอุทกภัย ตลอดจนมีระบบคอมพิวเตอร์ในการรวบรวมข้อมูลและประมวลผลเพื่อการแจ้งเตือนภัยและส่งข้อมูลไปยังศูนย์เตือนภัยแห่งชาติเพื่อการประกาศเตือนภัย โดยการแจ้งเตือนจะผ่านไปยังจังหวัด อำเภอ ตำบล และ

หมู่บ้าน ในขณะเดียวกันในระดับท้องถิ่นก็มีการเฝ้าติดตามปริมาณน้ำฝนและระดับน้ำในแม่น้ำลำคลองในแต่ละพื้นที่โดยอาสาสมัครของแต่ละหมู่บ้าน หากมีปริมาณน้ำฝนหรือระดับน้ำที่เพิ่มสูงขึ้นเกินเกณฑ์ก็จะมีกรารายงานไปยังระดับตำบลและอำเภอเพื่อขอความเห็นชอบในการประกาศเตือนภัย เมื่อนายอำเภอพิจารณาอนุมัติประกาศเตือนภัยก็จะมีกรแจ้งเตือนไปยังตำบล และหมู่บ้านโดยใช้ระบบสื่อสารที่กำหนดกันไว้ในชุมชน เช่น เสียงตามสาย ไซเรนเตือนภัยแบบมือถือ วิทยุ โทรโข่ง นกหวีด เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ มีนโยบายให้แจ้งเตือนภัยโดยการเคาะประตูบอกถึงที่บ้าน อย่างไรก็ตาม มาตรการนี้ยังไม่ค่อยได้ผลเพราะภายหลังได้รับการเตือนภัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่อพยพออกจากบ้าน เนื่องจากห่วงบ้าน ห่วงสัตว์เลี้ยง หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการมองเห็นซึ่งทำให้อพยพเคลื่อนย้ายได้ลำบาก⁶ ดังนั้นก่อนการเตือนภัยจำเป็นต้องมีการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะภัยพิบัติและปฏิบัติตามคำประกาศเตือนภัย รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการเตรียมสิ่งของจำเป็นติดตัวไปในกรณีที่ต้องอพยพออกจากบ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีความต้องการการดูแลพิเศษด้านการแพทย์ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการอพยพเป็นอันดับแรกก่อนที่ระดับน้ำจะท่วมสูงจนทำให้การเคลื่อนย้ายทำได้ยากลำบากนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในการจัดเตรียมยา-เวชภัณฑ์และยานพาหนะในการเคลื่อนย้าย ซึ่งการจัดการในเรื่องเหล่านี้ยังไม่มีการชัดเจน⁷

ในด้านการเตรียมพร้อมชุมชนรับภาวะภัยพิบัติ มีนโยบายให้ทุกหมู่บ้านมีการจัดทำแผนรับมือภาวะภัยพิบัติ และแผนการดูแลผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ โดยให้ผู้ใหญ่บ้านดูแลลูกบ้านซึ่งแบ่งเป็นคุ้ม และในแต่ละคุ้มเลือกหัวหน้าคุ้มมาเพื่อประสานงานขอความช่วยเหลือและรับสิ่งของยังชีพไปแจกจ่ายให้ลูกคุ้ม สำหรับผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบคอยดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มเปราะบางแต่ละคนโดยเฉพาะ^{6,7} อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการการดูแลพิเศษนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนจัดการเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและหากจำเป็นต้องอพยพออกจากบ้านก็ต้องมีสถานที่ปลอดภัยรองรับและพร้อมตอบสนองความต้องการการดูแลพิเศษทางด้านการแพทย์ด้วย ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดไว้เป็นนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว แต่กลไกที่จะทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมยังไม่ชัดเจน⁶

แม้ปัจจุบันแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติจะได้รับการพัฒนามาแล้วในระดับหนึ่ง แต่เพื่อให้การดูแลที่มีอยู่มีความสมบูรณ์มากขึ้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติด้วย เนื่องจากการกำหนดมาตรการที่ปรากฏส่วนใหญ่มีลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุรอคอยการช่วยเหลือ ซึ่งความช่วยเหลือที่ได้รับบางครั้งอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพต้องพึ่งพาทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตนเองได้ หากได้รับคำแนะนำในการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในขณะเดียวกันก็จำเป็นที่

จะต้องมีการกำหนดมาตรการและกลไกในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และมีความต้องการการดูแลพิเศษทางด้านการแพทย์เมื่อเกิดภัยพิบัติให้ชัดเจนขึ้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ

การดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติจะประสบความสำเร็จได้เมื่อพยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการการดูแลในภาวะภัยพิบัติ ทั้งนี้สภาพยาบาลระหว่างประเทศ (international council of nurses: ICN) ได้ระบุว่าพยาบาลทุกคนถูกคาดหวังให้สามารถแสดงสมรรถนะพื้นฐานในการให้การพยาบาลแก่ผู้ประสบภัยทั่วไปและผู้สูงอายุ โดยสมรรถนะดังกล่าวจะสอดคล้องกับกระบวนการจัดการภัยพิบัติ 4 ระยะ ได้แก่ 1) การป้องกันหรือบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติ 2) การเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 3) การรับมือกับภัยพิบัติ และ 4) การฟื้นฟูบูรณะ และใน 4 สมรรถนะหลักจะประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 10 ด้าน ได้แก่ 1) การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การพัฒนานโยบาย และการวางแผน 3) การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ 4) การสื่อสารและการแบ่งปันข้อมูล 5) การให้การศึกษาและการเตรียมความพร้อม 6) การดูแลชุมชน 7) การดูแลบุคคลและครอบครัว 8) การดูแลด้านจิตใจ 9) การดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง และ 10) การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน²⁴

ทั้งนี้สภาพยาบาลระหว่างประเทศได้ระบุสมรรถนะย่อยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุซึ่ง

เป็นประชากรกลุ่มเปราะบางไว้ว่า พยาบาลจะต้องสามารถประเมินและให้การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถจัดสภาพแวดล้อมของศูนย์พักพิงชั่วคราวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้เท่าที่จะเป็นไปได้ รวมทั้งระบุทรัพยากรที่จะต้องเตรียมสำหรับการดูแล และส่งต่อที่เหมาะสมสำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุเกิดบาดเจ็บหรือมีการกำเริบของโรคประจำตัวขณะเกิดภัยพิบัติสามารถประสานงานและร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการ สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเกิดจากผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมทั้งปรึกษากับสมาชิกในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพเพื่อให้มั่นใจว่าประชากรกลุ่มเปราะบางจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และฟื้นตัวจากภาวะภัยพิบัติโดยเร็ว^{25,24} อย่างไรก็ตาม การเตรียมพยาบาลเพื่อให้มีสมรรถนะพื้นฐานที่พร้อมให้การดูแลประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติในการศึกษาพยาบาลของประเทศไทยยังมีการจัดการเรียนการสอนแตกต่างกันในแต่ละสถาบันและอาจยังไม่เพียงพอที่จะพัฒนาไปสู่การมีสมรรถนะพยาบาลเพื่อรองรับการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ รวมถึงภายหลังจบการศึกษา พยาบาลส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รับการเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญภาวะภัยพิบัติ มีเพียงการฝึกซ้อมรับมือภัยพิบัติในหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น ทั้งนี้ พยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติอีกกลุ่มหนึ่ง คือ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พยาบาล ทั้งนี้เพราะพยาบาลกลุ่มนี้เป็นผู้มีความสำคัญในฐานะบุคลากรสุขภาพที่มีหน้าที่ให้การดูแลประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งมักจะต้องปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่ยากลำบากและมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรในภาวะภัยพิบัติ ขณะที่จำนวนผู้รับบริการมีอยู่จำนวนมากซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการส่วนใหญ่จะใช้ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลประกอบกับประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลเป็นตัวกำหนดรูปแบบการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ โดยบทบาทส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อการตอบสนองต่อระยะเกิดภัยพิบัติ ทั้งนี้การจัดการการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องทำตั้งแต่ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ และต่อเนื่องไปจนกระทั่งถึงระยะหลังเกิดภัยพิบัติ^{24,25}

เจนนิง แชนเดอร์ ได้เคยเสนอรูปแบบการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติเพื่อให้พยาบาลได้เข้าใจบทบาทของตนเองทั้งหมดตลอดระยะเวลาของการเกิดภัยพิบัติไว้²⁶ โดยที่รูปแบบการจัดการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติของเจนนิง (Jennings disaster nursing management model) นี้ได้รับการยอมรับกันทั่วไป และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติได้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ระยะขณะเกิดภัยพิบัติ ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ และระยะประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในระยะนี้ 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) และการนำแผนไปปฏิบัติ

(implementation) ดังนี้

1) การประเมิน: พยาบาลจะต้องระบุทรัพยากร (resources) และความเสี่ยง (risks) รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อการป้องกันความเสี่ยงในระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลควรระบุทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ เช่น การมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ งบประมาณที่เพียงพอสำหรับการจัดการดูแล อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมใช้ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลจะต้องระบุความเสี่ยงที่มีด้วย เช่น การมีผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวจำนวนมาก ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ การขาดแคลนยานพาหนะสำหรับการอพยพและส่งต่อผู้สูงอายุ และการไม่มีสถานที่ตั้งศูนย์อพยพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยข้อมูลทรัพยากรและความเสี่ยงเหล่านี้จะนำไปใช้ในการวางแผนต่อไป

นอกจากการประเมินทรัพยากรและความเสี่ยงแล้ว พยาบาลจะต้องมีการให้ความรู้เพื่อการป้องกันในระดับปฐมภูมิ เช่น ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ และการสอนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ และการอบรมอาสาสมัครเพื่อเป็นกำลังเสริมในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ เป็นต้น

2) การวางแผน : พยาบาลจะต้องใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวางแผน การจัดทำแผนที่ระบุบ้านของผู้สูงอายุพร้อมทั้งระบุผู้ที่มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว และการมอบหมายอาสาสมัครสาธารณสุขที่จะให้การช่วยเหลือดูแล

เมื่อเกิดภัยพิบัติ รวมถึงการร่วมกับชุมชนในการกำหนดวิธีการเตือนภัยที่ผู้สูงอายุทุกคนจะเข้าถึงได้ และระบุช่องทางการสื่อสารขอความช่วยเหลือ การแสวงหาสถานที่สำหรับจัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละสถานะสุขภาพ การประสานงานขอความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น มูลนิธิ กลุ่มอาสาสมัครกู้ภัย ในการสนับสนุนยานพาหนะในการให้ความช่วยเหลืออพยพและส่งต่อผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติ โดยจะต้องมีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายในแผนให้ชัดเจน

3) การนำแผนไปปฏิบัติ: เป็นการนำแผนที่วางไว้มาฝึกซ้อมเพื่อหาช่องโหว่ของแผน และปรับปรุงแก้ไขแผนให้พร้อมใช้ โดยพยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระตุ้นให้หน่วยงานทุกฝ่าย รวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกซ้อมแผน เพื่อให้ทุกฝ่ายจะได้เข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และทำความรู้จักกันไว้เพื่อความสะดวกในการติดต่อขอความช่วยเหลือกันเวลาที่เกิดภัยพิบัติในอนาคต

ระยะที่ 2 ขณะเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแล 2) ผู้ให้ความรู้ และ 3) ผู้จัดการรายกรณี

1) ผู้ดูแล จำแนกผู้สูงอายุที่ได้ผลกระทบจากภัยพิบัติ ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และให้การดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม และส่งต่อในกรณีที่เกินศักยภาพในการให้การดูแล

2) ผู้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันและการจัดการเมื่อเกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ

เช่น การถูกไฟดูด การถูกสัตว์มีพิษกัด การติดเชื้อ และการกำเริบของโรคประจำตัว

3) ผู้จัดการรายกรณี ค้นหาและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยังติดอยู่ในพื้นที่ประสบภัยผ่านอาสาสมัครที่รับผิดชอบประสานงานกับผู้นำชุมชนและกลุ่มองค์กรในชุมชนเข้ามาให้การช่วยเหลืออพยพผู้สูงอายุไปศูนย์พักพิงชั่วคราว หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ตลอดจนสนับสนุนให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 หลังเกิดภัยพิบัติ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในระยะนี้ 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) และการนำแผนไปปฏิบัติ (implementation) ดังนี้

1) การประเมิน : พยาบาลจะต้องทำการสำรวจความเสียหายและความต้องการของผู้สูงอายุที่ประสบภัย ขณะเดียวกันก็ดำเนินการให้ความรู้เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังเกิดภัยพิบัติ

2) การวางแผน : พยาบาลจะต้องการวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังเกิดภัยพิบัติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาจส่งเสริมให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีการฟื้นฟูและให้การดูแลเป็นพิเศษรายบุคคลในกรณีที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีการฟื้นคืนสภาพได้ล่าช้า ส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลเฉพาะด้านในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาที่ซับซ้อน

3) การนำแผนไปปฏิบัติ : เป็นการนำแผนการฟื้นฟูที่วางไว้มาซักซ้อมทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องแล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนแจกจ่ายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้สูงอายุใน

ภาวะภัยพิบัติที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาการจัดการดูแลในภาวะภัยพิบัติในอนาคต ได้แก่ อัตราป่วยและอัตราการตายจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายที่ใช้เกี่ยวกับภัยพิบัติ ประสิทธิภาพของแผนเผชิญเหตุภัยพิบัติ และการก่อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างกัน

พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุกำลังเผชิญกับความท้าทายทั้งจากการที่โครงสร้างประชากรจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้ และการเกิดภัยทางธรรมชาติที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การจัดการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตจำเป็นต้องครอบคลุมทั้งสถานการณ์ปกติและภาวะภัยพิบัติ แม้ว่าปัจจุบันจะมีการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุมาในระดับหนึ่งแล้ว แต่มาตรการส่วนใหญ่ยังอยู่ในลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องรอคอยการช่วยเหลือ ขณะที่ความช่วยเหลือที่ได้รับอาจไม่ตรงกับความต้องการ และทำให้พวกเขาอยู่ในภาวะพึ่งพา⁶ ดังนั้นควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะภัยพิบัติสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตัวเองได้หากได้รับคำแนะนำให้เตรียมความพร้อมในการดูแลตัวเองอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภัยพิบัติ ในขณะเดียวกันพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะภัยพิบัติจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการการดูแลในภาวะภัยพิบัติเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในทุกระยะของภัยพิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. Fernandez LS, Byard D, Lin CC, Benson S, Barbera JA. Frail elderly as disaster victims: emergency management strategies. *Prehosp Disaster Med* 2002;17(2):67-74.
2. Gibson MJ, Hayunga M. We can do better: lessons learned for protecting older persons in disaster [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 14]. Available from: <http://assets.aarp.org/rgcenter/il/better.pdf>
3. Helpage International. Promoting community-based disaster risk reduction, climate change adaptation and emergency response for older people and other vulnerable groups in ASEAN countries and Japan [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 14]. Available from: <http://www.helpage.org/download/50ec33c52a831>
4. Tamura K, Hayashi H, Kimura R. Clarifying suffering of the elderly in the 2004 Niigata flood and the 2004 mid-Niigata prefecture earthquake. *J of Nat Disast Sci* 2005;27: 67-84.
5. Adams V, Kaufman SR, Van Hatturm T, Moody S. Aging disaster: mortality, vulnerability, and long-term recovery among Katrina survivors. *Med Anthropol* 2011;30(3):247-70.
6. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly, 2014. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2015. (in Thai)
7. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Assessing and developing social assistance system in crisis situation. Bangkok: Nathaporn Plate; 2015. (in Thai)
8. McClelland E, Amlöt R, Rogers MB, Rubin GJ, Tesh J, Pearce JM. Psychological and physical impacts of extreme events on older adults: implications for communications. *Disaster Med Public Health Prep* 2017;11(1):127-34.
9. Cross KP, Cicero MX. Head-to-head comparison of disaster triage methods in pediatric, adult, and geriatric patients. *Ann Emerg Med* 2013;61(6):668-76.e7.
10. Wisitwong A, McMillan M. Management of flood victims: Chainat province, central Thailand. *Nurs Health Sci* 2010;12:4-8.
11. Wu J, Xiao J, Li T, Li X, Sun H, Chow EP, et al. A cross-sectional survey on the health status and the health-related quality of life of the elderly after flood disaster in Bazhong city, Sichuan, China. *BMC Publ Health* 2015;15:163

12. Siskind DJ, Sawyer E, Lee I, Lie DC, Martin-Khan M, Farrington J, et al. The mental health of older persons after human-induced disasters: a systematic review and meta-analysis of epidemiological data. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(5):379-88.
13. Parker G, Lie D, Siskind DJ, Martin-Khan M, Raphael B, Crompton D, et al. Mental health implications for older adults after natural disasters- -a systematic review and meta-analysis -CORRIGENDUM. *Int Psychogeriatr* 2016;28(1):21. doi: 10.1017/S1041610215001465.
14. American College of Emergency Physicians. Disaster planning toolkit for the elderly and special needs persons [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 3]. Available from: https://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Practice__Resources/disaster__and__EMS/disaster__preparedness/Planning%20Toolkit%20for%20the%20Elderl%200613%281%29Pdf.
15. Baylor College of Medicine, American Medical Association. Recommendations for best practices in the management of elderly disaster victims [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 13]. Available from: <http://www.bcm.edu/pdf/bestpractices.pdf>.
16. Nick GA, Savoia E, Elqura L, Crowther MS, Cohen B, Leary M. Emergency preparedness for vulnerable populations: people with special health-care needs. *Public Health Rep* 2009;124(2):338-43.
17. HelpAge International. Older people in disasters and humanitarian crises: guidelines for best practice [Internet]. n.d. [cited 2019 Jan 13]. Available from: http://www.handicap-international.fr/bibliographie-handicap/5CooperationInternationale/contextes__urgence/Helpage__guidelines.pdf
18. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1):A27.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Identifying vulnerable older adults and legal options for increasing their protection during all-hazards emergencies: a cross-sector guide for states and communities. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
20. Gutman GM, Yon Y. Elder abuse and neglect in disasters: types, prevalence and research gaps. *IJDRR* 2014;10:38-47.
21. Somes J, Donatelli NS. Ethics and disasters involving geriatric patients. *J Emerg Nurs* 2014;40:493-6.

22. Florida Department of Elder Affairs. Disaster preparedness guide for elders [Internet]. n.d. [cited 2019 Jan 13]. Available from: <http://elderaffairs.state.fl.us/english/EU2006/disaster06english.pdf>.
23. Saltvedt I, Opdahl Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):792-8.
24. World Health Organization, International Council of Nursing. ICN framework of disaster nursing competencies. Geneva: WHO; 2009.
25. Hutton A, Veenema TG, Gebbie K. Review of the International council of nurses (ICN) framework of disaster nursing competencies. *Prehosp Disaster Med* 2016;31(6):680-3.
26. Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Educ Pract* 2004;4(1):69-76.