

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ Role of emergency nurse practitioner during disaster

จินตนันท์ สิทธิประชากรราษฎร์*

บทคัดย่อ

ภัยพิบัติ คือเหตุการณ์โดยธรรมชาติหรือมนุษย์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม เป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากกว่าภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ชุมชนไม่สามารถรับมือได้ ระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ชะงักงัน การปฏิบัติงานในการจัดการภัยพิบัติจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก เช่น อาสาสมัคร ทีมสุขภาพและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพื้นที่ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีสมรรถนะการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ จึงเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมการและตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติ

คำสำคัญ : พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน / ภาวะภัยพิบัติ

Abstract

A disaster is a calamitous event due to natural or human causing extremely unfortunate consequences to life, property, livelihood and environment. It is a more violent than a state of emergency. As a result, the community cannot manage only. Health service system blocked. Better disaster management is needed from all partnerships immediately. Emergency nurse practitioners are those who develop practical competencies to manage with team in emergency situation especially preparing and responding roles to disaster.

Keywords: Emergency Nurse Practitioner / Disaster

บทนำ

จากสถานการณ์ภาวะภัยพิบัติของนานาชาติและประเทศไทยในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมาพบว่ามีความถี่ในการเกิดภาวะภัยพิบัติสูงขึ้น แต่ละสถานการณ์มีความเฉพาะและทวีความรุนแรงมากขึ้น เช่น คลื่นสึนามิ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่โรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะไดอิจิ ประเทศญี่ปุ่น พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนที่เคลื่อนเข้าสู่ประเทศฟิลิปปินส์ มหาอุทกภัยในภาคกลางและสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย โดยพบว่าอุทกภัยและวาทภัยมีอุบัติการณ์สูงสุดในทุกปี จากข้อมูลรายงานภัยพิบัติโลกตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ถึง

* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

พ.ศ.2554 พบว่าอุบัติการณ์อุทกภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43 เป็นร้อยละ 47 และวาตภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 25 พบในทวีปเอเชียมากที่สุด (The World Disaster report, 2012) สำหรับประเทศไทยพบว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยลำดับที่ 7 ของโลก (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000)

สภาการพยาบาลประเทศไทยกำหนดกรอบสมรรถนะการพยาบาลในการจัดการภาวะภัยพิบัติ 4 ระยะ ตามกรอบแนวคิดสภาการพยาบาลสากล (World Health Organization and International Council of Nurses, 2009) ได้แก่ การป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ การเตรียมความพร้อม การรับมือ/ตอบสนองพิบัติภัย และการฟื้นฟู/ฟื้นฟูสภาพ โดยทุกระยะของการจัดการภาวะภัยพิบัติ พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อสามารถบริหารจัดการสถานการณ์ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด (Hassmiller & Stanley, 2012) ในการนี้ สภาการพยาบาลได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (สภาการพยาบาล, 2558) เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านฉุกเฉินได้รับการเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งช่วงเวลาภาวะปกติและสาธารณภัย และทั้งลักษณะงานระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตระหว่างโรงพยาบาล บทความนี้จะนำเสนอขอบบาทของพยาบาลฉุกเฉินในทีมสุขภาพเพื่อการจัดการภัยพิบัติระยะป้องกัน ระยะเตรียมความพร้อม ระยะตอบสนอง และระยะฟื้นฟู รวมถึงประสบการณ์การพยาบาลฉุกเฉินในตอบสนองต่อภัยพิบัติที่อำเภอบางสะพาน

เนื้อหา

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการจัดการภาวะภัยพิบัติ

พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพในการจัดการภาวะภัยพิบัติ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะป้องกันหรือลดผลกระทบ/บรรเทาทุกข์ (prevention & mitigation) หมายถึงการดำเนินการเพื่อหลีกเลี่ยงหรือขัดขวางไม่ให้เกิดภัยพิบัติ รวมถึงการลดผลกระทบและความรุนแรงของภัยพิบัติที่ก่อให้เกิดอันตราย ความสูญเสียแก่ชุมชนและประเทศชาติ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2554) ประกอบด้วย

1. การหาความเสี่ยงของพื้นที่หมายถึงการประเมินอันตราย ความเสี่ยงและความเปราะบางในการเกิดภัย พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินสามารถรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมาจัดลำดับความสำคัญและประเมินความสามารถของหน่วยงานหรือองค์กรในการจัดการผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพื่อนำมาซึ่งการวางแผนและการดำเนินการตามมาตรการการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ ขั้นตอนการประเมิน ได้แก่

1.1 ประเมินความถี่และความเสี่ยงจากภัยที่เกิดกับชุมชน โดยใช้ข้อมูลในอดีตหรือจากสถิติข้อมูลอ้างอิงต่างๆ

1.1.1 การประเมินความถี่ ทำการประเมินความเป็นไปได้ของโอกาสเกิดสาธารณภัย และนำมาให้คะแนนความถี่ที่มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยกำหนดคะแนนตามโอกาสเกิดสาธารณภัย ดังนี้ คะแนน 1 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 - 3 ปีหรือความถี่ระดับต่ำมาก/น้อยมาก คะแนน 2 คือเกิดขึ้นได้ทุก 6 เดือน - 1 ปีหรือความถี่ระดับต่ำ/น้อย คะแนน 3 คือเกิดขึ้นได้ทุก 3 - 6 เดือนหรือความถี่ระดับปานกลาง คะแนน 4 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 - 3 เดือนหรือความถี่ระดับสูง/บ่อย และคะแนน 5 คือเกิดขึ้นได้ทุก 1 เดือนหรือความถี่ระดับสูงมาก/บ่อยมาก (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2000)

1.1.2 การประเมินความเสี่ยง ได้จากการนำคะแนนความถี่คูณคะแนนความรุนแรง ค่าคะแนนความรุนแรงจะถูกกำหนดขึ้นจากคนในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ดังนี้ คะแนน 1 ความรุนแรงไม่เป็นสาระสำคัญ/น้อยมาก คะแนน 2 ความรุนแรงต่ำ/น้อย คะแนน 3 ความรุนแรงปานกลาง คะแนน 4 ความรุนแรงสูง/วิกฤต และคะแนน 5 ความรุนแรงสูงมาก/หายนะ โดยค่าคะแนนความเสี่ยงสูงสุดคือ 25 คะแนน ตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดสระบุรี, 2558) (ตารางที่ 1) เช่น พื้นที่ทำการประเมินภัยจากอุบัติเหตุจราจรที่มีความถี่ระดับสูงมาก/บ่อยมากและคะแนนความรุนแรงระดับสูง/วิกฤต ดังนั้นความเสี่ยงจากอุบัติเหตุจราจรจึงจำเป็นต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะมีคะแนนความเสี่ยงสูงสุดเท่ากับ 20

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี

ชนิดของภัย	คะแนนความถี่	คะแนนความรุนแรง	ความถี่Xรุนแรง (คะแนนความเสี่ยง)
อุบัติเหตุจราจร	5	4	20
สารเคมีรั่ว	2	5	10
อัคคีภัย	2	4	8
น้ำท่วม	2	3	6
แผ่นดินไหว	1	5	5
ก่อการร้าย	1	5	5
วาตภัย	1	5	5
โรคระบาด	1	4	4

นอกจากนี้การประเมินความเสี่ยงสามารถจัดกลุ่มระดับความเสี่ยงโดยทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยง (risk assessment matrix) 3 ระดับ ได้แก่ระดับความเสี่ยงสูงหรือความเสี่ยงในช่องสีแดง เช่น ความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 5 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 3-5 ระดับความเสี่ยงปานกลางหรือความเสี่ยงในช่องสีเหลือง เช่นความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 5 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 1-2 และระดับความเสี่ยงต่ำหรือความเสี่ยงในช่องสีเขียว เช่นความเสี่ยงที่มีความถี่หรือความเป็นไปได้ระดับ 1 และมีผลกระทบหรือความรุนแรงระดับ 1-3 การทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยงนำมาซึ่งการจัดลำดับความสำคัญในการพิจารณาและตัดสินใจว่าควรจัดการกับความเสี่ยงจากภัยใดก่อนหรือในพื้นที่ใดก่อน และทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่ามีพื้นที่ใดที่ตกอยู่ในความเสี่ยงร้ายแรงหรือมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องจัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากตัวอย่างการประเมินคะแนนความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรีในตารางที่ 1 เมื่อนำมาทำแผนผังประเมินระดับความเสี่ยงพบว่าอุบัติเหตุจราจรเป็นภัยที่มีความเสี่ยงสูงสุด (ตารางที่ 2)

1.2 ประเมินพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของชุมชน ซึ่งมีความอ่อนไหวและล่อแหลมต่อการเกิดภัยพิบัติ

1.3 ประเมินระบุหน่วยงานหลักของชุมชน ประชาชน โครงสร้างพื้นฐาน บ้านเรือน บริการอื่นๆ ที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

1.4 ประเมินความสามารถของหน่วยงานต่างๆ ในการรับมือกับผลกระทบของภัยพิบัติ

ตารางที่ 2 แผนผังประเมินระดับความเสี่ยงของจังหวัดสระบุรี

ประเมินระดับความเสี่ยง			ความถี่/ความเป็นไปได้				
			ต่ำมาก/ น้อยมาก	ต่ำ/น้อย	ปานกลาง	สูง/บ่อย	สูงมาก/ บ่อยมาก
			1	2	3	4	5
ผลกระทบ/ความรุนแรง	ไม่เป็นสาระ สำคัญ/น้อยมาก	1					
	ต่ำ/น้อย	2					
	ปานกลาง	3		น้ำท่วม			
	สูง/วิกฤติ	4	โรคระบาด	อัคคีภัย			อุบัติเหตุจากรถ
	สูงมาก/หายนะ	5	แผ่นดินไหว วาตภัย ก่อการร้าย	สารเคมี			
	โอกาส/ระดับของความเสี่ยง						

ความเสี่ยงสูง (สีแดง)
 ความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง)
 ความเสี่ยงต่ำ (สีเขียว)

2. การกำหนดแนวทางป้องกันหรือลดความรุนแรงจากภัยพิบัติแต่ละชนิดในพื้นที่ เช่น กำหนดการใช้รหัสความปลอดภัย การให้วัคซีน การประเมินกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเปราะบาง รวมถึงระบบการเตือนภัยล่วงหน้า

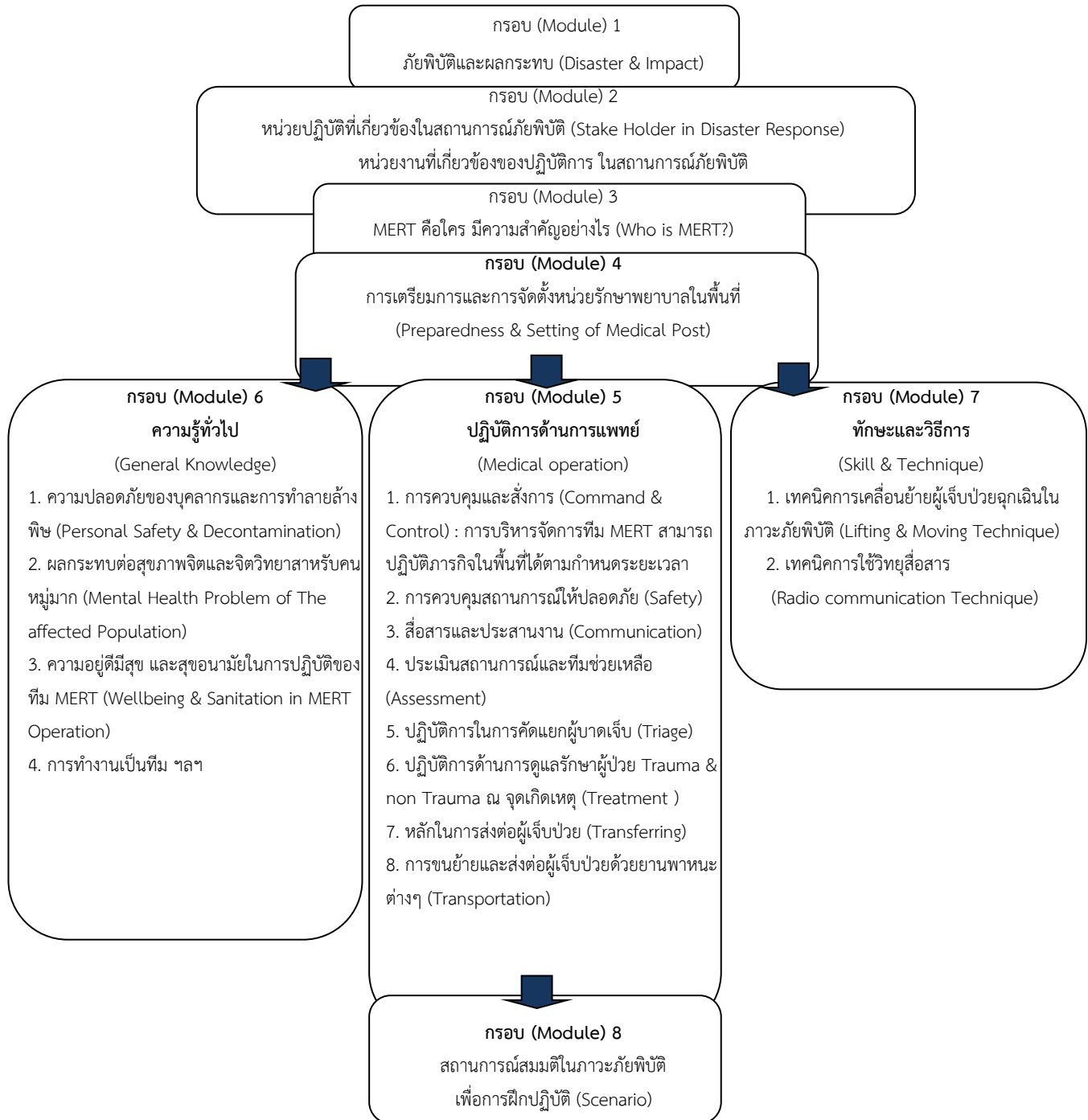
3. การจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ยังชีพเมื่อเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ผ้าห่ม และยาจำเป็นในภาวะฉุกเฉิน

4. การมีส่วนร่วมในการจัดทำนโยบายและเขียนแผนรองรับในภาวะภัยพิบัติทุกชนิดในพื้นที่ที่ประเมินความเสี่ยงได้ โดยให้ชุมชนภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

ระยะที่ 2 การเตรียมความพร้อม (preparedness)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดการฝึกอบรมความรู้และการซ้อมแผนภัยพิบัติตามความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมรับภัยพิบัติ สามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติ เริ่มจากระบบสั่งการเชื่อมโยงกับระบบการปฏิบัติการของหน่วยงาน ภาคีและเครือข่ายตามระดับความรุนแรงของภัยพิบัติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินได้รับการเตรียมความรู้และสมรรถนะต่างๆ ตามกรอบ 1-2 และกรอบ 6-8 (แผนภูมิที่ 1) เพื่อสามารถเป็นส่วนหนึ่งในทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ (mini medical emergency response team: mini MERT) และระดับสูง (mini medical emergency response team: MERT) (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) เช่น ความรู้เรื่องภัยพิบัติ แผนการจัดการภาวะภัยพิบัติ ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ การบริหารจัดการในภาวะสาธารณภัยแบบ MIMMS (Major Incident Medical Management System) CSCATTT (Command and Control/ Safety/ Communication/ Assessment/ Triage/ Treatment/ Transport) และการรายงานสถานการณ์ไปยังศูนย์สื่อสาร

ตามหลักการ METHANE (Major incident/ Exact location/ Type of incident/ Hazard/ Access/ Number of casualties/ Emergency services) ร่วมกับสมรรถนะด้านการคัดแยกผู้ป่วย การกู้ชีพ การดูแลผู้ป่วยในภาวะภัยพิบัติ การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการภัยพิบัติ และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น วิทยุสื่อสาร เป็นต้น



แผนภูมิที่ 1 หลักการเตรียมความพร้อมด้านสมรรถนะทีม MERT

ระยะที่ 3 การรับมือ/ตอบสนองต่อภัยพิบัติในทันที (response)

ขอบเขตการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ (กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2560) ดังนี้

1. ปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจภายใต้เงื่อนไขที่ท้าทาย สามารถประเมินและติดตามอาการเพื่อให้การดูแลหรือส่งต่อที่เหมาะสม ส่งเสริมกลไกและกลยุทธ์ในการเพิ่มความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยใช้ความรู้และทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรที่ขาดแคลนแต่ยังคงมาตรฐานของการรักษาไว้

2. การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ตามการมอบหมายอำนาจหน้าที่จากองค์กรที่รับผิดชอบต่อการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่นั้นๆ

3. การปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านเวชกรรมและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หัวหน้าทีมในขณะนั้น

ระยะที่ 4 การพักฟื้น/ฟื้นฟู (recovery/rehabilitation)

ระยะการพักฟื้น/ฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่ความเสียหายเริ่มบรรเทาลงแล้ว ทีมตอบโต้ภัยพิบัติทยอยถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานในพื้นที่และถอนตัวออกจากพื้นที่ ระบบบริการต่างๆในพื้นที่เริ่มให้บริการและประชาชนเริ่มกลับสู่วิถีชีวิตปกติ บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในระยะนี้ได้แก่การดูแลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการใช้แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยใช้ความละเอียดอ่อนและเข้าใจถึงความศรัทธาและความเชื่อส่วนบุคคล รวมถึงการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการตอบสนองต่อภัยพิบัติต่อไป

ประสบการณ์การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่อำเภอบางสะพาน

จากสถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วมฉับพลันและน้ำป่าไหลหลาก อำเภอบางสะพาน เดือนมกราคม พ.ศ.2560 เป็นผลจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือที่พัดปกคลุมอ่าวไทยและภาคใต้ ทำให้ภาคใต้ตอนล่างมีฝนตกหนักถึงหนักมากบริเวณจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง สงขลา ระนอง พังงา และภูเก็ต ก่อให้เกิดมวลน้ำป่าไหลหลากจากเทือกเขาตะนาวศรีเข้าท่วมพื้นที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์รวม 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอทับสะแก อำเภอบางสะพาน และอำเภอบางสะพานน้อย โดยจุดที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ อำเภอบางสะพาน ที่เกิดความเสียหายทั่วทั้งอำเภอรวมถึงเส้นทางคมนาคม ระบบสาธารณูปโภคและโรงพยาบาลบางสะพาน ทำให้โรงพยาบาลบางสะพานไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในระบบสาธารณสุขกลายเป็นผู้ประสบภัยเช่นกัน จึงต้องการการตอบสนองต่อภัยพิบัติอย่างเร่งด่วน

เมื่อระบบการบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเริ่มปฏิบัติการ ในขณะนั้นผู้บัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้สั่งการให้ดำเนินการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จัดทีมสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์และจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับ 1 (field hospital level 1) 3 จุด เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ อ.บางสะพาน ได้แก่ จุดที่ 1 โรงเรียนบางสะพานวิทยา ห่างจากรพ.บางสะพาน 3 กิโลเมตร จุดที่ 2 องค์การบริหารส่วนตำบลกำเนิดนพคุณ ห่างจากรพ.บางสะพาน 4 กิโลเมตร และจุดที่ 3 บริเวณหาดบ้านกรูด เนื่องด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

ในทีมได้ผ่านการอบรมหลักสูตร mini MERT และ MERT เพิ่มเติมมาแล้ว จึงได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีมปฏิบัติการในทีม mini MERT และทีมโรงพยาบาลสนามที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา โดยมีศัลยแพทย์เป็นหัวหน้าทีมด้านบริหาร การกักพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน สรุปดังนี้

1. รายงานตัวต่อผู้บังคับบัญชาและผู้บัญชาการเหตุการณ์ตามขั้นตอนมาตรฐาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559)

1.1 นำทีม mini MERT จังหวัดสระบุรี เข้ารายงานตัวกับผู้บัญชาการเหตุการณ์ระดับจังหวัด คือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์เพื่อรับทราบสถานการณ์ และได้รับมอบภารกิจให้นำทีมจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา

1.2 รายงานสถานการณ์ผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้บังคับบัญชาทุกครั้ง ในกรณีที่เหตุการณ์เปลี่ยนแปลง อาจปรับเปลี่ยนภารกิจได้ตามเหมาะสมและความต้องการของพื้นที่ โดยการผลัดเปลี่ยนหรือส่งต่อภารกิจให้กับทีมต่อไป

1.3 รายงานสรุปเมื่อสิ้นสุดภารกิจต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้บังคับบัญชา โดยทำการสำรวจและจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อยก่อนออกจากพื้นที่

2. ดำเนินการอพยพผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จัดพาหนะที่เหมาะสมในการเดินทางเข้าพื้นที่ เนื่องจากเส้นทางการคมนาคมในพื้นที่ภัยพิบัติถูกตัดขาด มีน้ำท่วมขังในบางพื้นที่ รถพยาบาลไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ ทีมชุดปฏิบัติการ mini MERT จึงใช้พาหนะรถบรรทุกทางทหาร โดยการนำของ ทีมกลาโหมในการขนย้ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือสื่อสาร อุปกรณ์ยังชีพและสัมภาระส่วนตัว

3. ทำการประเมินเลือกพื้นที่ตั้งโรงพยาบาลสนาม เมื่อทีมเดินทางเข้าพื้นที่ อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้เข้ารายงานตัวกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางสะพาน และร่วมค้นหาพื้นที่เพื่อจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โดยครั้งนี้กำหนดให้บริเวณอาคารห้องประชุมของโรงเรียนบางสะพานวิทยาเป็นพื้นที่จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม หลักเกณฑ์การเลือกพื้นที่ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (International Strategy for Disaster Reduction, 2005) ดังนี้

3.1 สำรวจความปลอดภัยในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

3.2 เลือกพื้นที่เนินสูงเพียงพอที่น้ำไม่สามารถท่วมถึง

3.3 เลือกสถานที่ที่มีโครงสร้างอาคารที่แข็งแรงเพื่อสามารถบริหารจัดการภารกิจโรงพยาบาลสนาม เช่น วัด โรงเรียน

3.4 ควรเลือกสถานที่ที่มีระบบสาธารณูปโภค เช่น น้ำประปาและไฟฟ้า

3.5 ควรเลือกสถานที่ที่การคมนาคมสะดวก สะดวกในการเข้าถึงบริการ เช่น สถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของชุมชน

3.6 ประเมินความปลอดภัยในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในสถานที่ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

4. จัดระบบบริหารทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสนาม

4.1 ระบบสื่อสาร เรื่องการใช้วิทยุสื่อสารและหาช่องทางในการติดต่อกับมูลนิธิในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้ภัยพิบัติตามมาตรฐาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) ดังนี้

4.1.1 จัดเวรสื่อสารและประสานงาน เพื่อการเตรียมความพร้อมระบบสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมง

4.1.2 วางระบบช่องทางการสื่อสารหลัก โดยใช้ระบบวิทยุคมนาคมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข 2 ระบบ

4.1.3 เตรียมระบบสื่อสารสำรอง เช่น โทรศัพท์มือถือ

4.1.4 ตั้งข้อสัญญาแยกกันสำหรับการสื่อสารภายในทีมโรงพยาบาลสนามและการสื่อสารนอกโรงพยาบาลสนาม เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้องและชัดเจน

4.2 บริหารอัตรากำลัง เนื่องจากระยะหลังเกิดภัยพิบัติ 24 – 48 ชั่วโมงแรกถือว่าอยู่ในช่วงวิกฤต เพราะทีมสนับสนุนยังไม่สามารถเข้ามายังพื้นที่ภัยพิบัติ การบริหารอัตรากำลังในสถานการณ์ที่มีบุคลากรจำกัดแต่ต้องปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพการดูแลด้านสาธารณสุขตลอด 24 ชั่วโมงจึงมีความสำคัญ

4.3 จัดระบบสาธารณูปโภค เครื่องอุปโภคบริโภค อาหารน้ำดื่ม และความเป็นอยู่

4.4 จัดระบบความปลอดภัยของทีมระหว่างการปฏิบัติงาน

4.5 จัดระบบประสานหน่วยสนับสนุน

4.6 จัดแนวทางปฏิบัติต่างๆในโรงพยาบาลสนาม เช่น การกำหนดแนวปฏิบัติเฉพาะกิจการจัดการศพ การส่งต่อ และออกรับผู้ป่วยภายนอกโรงพยาบาล

4.7 จัดระบบควบคุมการติดเชื้อในพื้นที่โรงพยาบาลสนาม เช่นการจัดการขยะติดเชื้อ

4.8 วางแผนการประชุมทีม โดยดำเนินการประชุมทีมปฏิบัติการทางการแพทย์แบบสหสาขาวิชาชีพ ภายหลังการปฏิบัติงานทุกวัน เพื่อแจ้งปัญหาการให้บริการ หาแนวทางแก้ไข และเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานกับพื้นที่เป้าหมายและหน่วยงานหลักของโรงพยาบาลสนาม โดยใช้กระบวนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล การปรับปรุงและพัฒนางาน ภายใต้ระบบและกลไกในการทำงานแบบยืดหยุ่น (ไพศาล ธัญญาวนิษฐกุล, 2555)

5. จัดระบบบริการสุขภาพรูปแบบโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา (ภาพที่ 1) โดยการรวมทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ต่างๆของทีมสระบุรีและทีมลาดหลุมแก้ว เพื่อให้ภารกิจการจัดบริการ 5 งานหลักใน 24 ชั่วโมงครั้งนี้สำเร็จ ได้แก่ ห้องตรวจอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องสังเกตอาการ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ และเมื่อทีมสนับสนุนมาถึง ดำเนินการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพิ่มอีกหนึ่งภารกิจ ผลการปฏิบัติงานที่นำทีมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลสนาม ระหว่างวันที่ 9 - 14 มกราคม พ.ศ. 2560 เป็นเวลา 6 วัน คือ การตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งหมด 429 ราย โดยทำหัตถการ 350 ครั้งรวมการใส่ท่อช่วยหายใจ 6 ครั้งและดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น 28 ราย อาการเจ็บป่วยได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ 79 ราย อาการระบบทางเดินอาหาร 51 ราย อาการระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 45 ราย อาการระบบผิวหนัง 32 ราย และอาการปวด/เวียนศีรษะ 28 ราย



ภาพที่ 1 งานบริการสุขภาพรูปแบบโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ที่โรงเรียนบางสะพานวิทยา

ปัญหาและแนวทางการแก้ไขขณะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสนาม สรุปลงนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัญหาและแนวทางการแก้ไขกรณีโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา

ปัญหา	ปัญหา	ข้อมูล/แนวทางการแก้ไข
1. บุคลากร	บุคลากรไม่เพียงพอในการให้บริการ 5 งานหลัก OPD/ ER/ Observe/ EMS/ Refer และ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ช่วยจัดทีมสนับสนุน ผลัดเปลี่ยนเวรเพื่อสามารถให้บริการได้ 24 ชม.
2. ทรัพยากร	ออกซิเจนสำรองไม่เพียงพอ/ ใช้ได้ไม่เกิน 3 ชั่วโมง	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ถังออกซิเจนจากรพ.บางสะพาน และหากออกซิเจนหมดให้นำไปเปลี่ยนถังใหม่ได้ที่ รพ.บางสะพาน
	ไม่มีเครื่องดูดเสมหะเคลื่อนที่	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เครื่องดูดเสมหะเคลื่อนที่จากรพ.บางสะพาน 1 เครื่อง
	ไม่มีวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและพิษสุนัขบ้า รวมถึงตู้เย็นสำหรับจัดเก็บ	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน vaccine dT/ verorab/ immunoglobulin และตู้เย็นสำหรับจัดเก็บยาแช่เย็น 1 ตู้
	ยาฉุกเฉินและสารน้ำไม่เพียงพอ	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุนยา adrenaline 50 amps และสารน้ำ 5%D/NSS/2 และ 0.9% NaCl
	เวชภัณฑ์ไม่เพียงพอ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ เย็บแผล และสวนปัสสาวะ	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ใหมเย็บแผล ยาชา ท่อช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ ถุงปัสสาวะ ตามจำนวนที่ต้องการ
	อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น เสาน้ำเกลือ เบาะรองนอนสำหรับผู้ป่วยสังเกตอาการ ตะแกรงรองขยะเปียก ถุงขยะ รถนั่ง และรถนอน	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน ทรัพยากรจากรพ.บางสะพาน โดยขนย้ายโดยทีมอาสาฯ
4. สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม	ขาดแคลนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม สำหรับผู้ป่วย	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เสื้อผ้าผู้ป่วย พูกรองนอน จากโรงพยาบาลบางสะพาน
	มีการแยกขยะติดเชื้อรอการขนไปทำลาย	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขอการสนับสนุน เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล
	ขาดแคลนอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้ป่วย	ทีมมูลนิธิกุ้ยและทีมจิตอาสาในพื้นที่ปรุงอาหารในโรงครัวของโรงเรียนแจกผู้ป่วย
	ขาดแคลนห้องน้ำและห้องส้วม	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขอรถสุขาเคลื่อนที่
5. บริการ	มีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการสูญเสียอยู่ในรพ.สนามจำนวน 4 ราย	ให้การดูแลด้านจิตใจเบื้องต้น และประสานขอสนับสนุนทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ลงพื้นที่

ตารางที่ 3 ปัญหาและแนวทางการแก้ไขกรณีโรงพยาบาลสนาม โรงเรียนบางสะพานวิทยา (ต่อ)

ปัญหา	ปัญหา	ข้อมูล/แนวทางการแก้ไข
5. บริการ (ต่อ)	ผู้ประสบภัยขอพักพิงในรพ.สนาม ขณะที่สถานที่คับแคบและใช้สำหรับ ผู้เจ็บป่วย	ประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เปิดศูนย์พักพิง เพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้ประสบภัยที่สูญเสียบ้านและทรัพย์สิน แยกออกจากผู้เจ็บป่วย
	ทีมปฏิบัติงานไม่ทราบเส้นทาง กรณี ออกรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล	ขอจิตอาสาซึ่งเป็นคนพื้นที่เพื่อคอยนำทางไปยังบ้านผู้ป่วย
	ปัญหาการจัดการศพ ณ โรงพยาบาล สนาม	ประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางสะพาน ดำเนินการ ออกใบชันสูตรศพร่วมกับร้อยเวรในพื้นที่ และกำหนด แนวทางปฏิบัติกรณีเสียชีวิตภายในและภายนอก โรงพยาบาลสนาม

สรุปและข้อเสนอแนะ

พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ในทุกระยะของภัยพิบัติ ตั้งแต่ระยะป้องกันถึงระยะฟื้นฟู (แผนภูมิที่ 2) จากประสบการณ์ภัยพิบัติที่ อ.บางสะพาน แสดงให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติทั้งด้านการตรวจรักษา การทำหัตถการ และการบริหารจัดการบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ให้สามารถช่วยชีวิตและดูแลผู้ประสบภัยได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่ยังไม่มีทีมสนับสนุนหรือไม่มีบุคลากรและทรัพยากรครบถ้วนทุกสาขา/ประเภท อย่างไรก็ตามพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินควรได้รับการอบรมระบบการจัดการทางสาธารณสุขในสถานการณ์ภัยพิบัติเพิ่มเติม เช่น การจัดการระบบโรงพยาบาลสนาม การอพยพและระบบการจัดการศูนย์อพยพในหลักสูตร MERT ระบบการจัดทีมเคลื่อนที่เร็วร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการสุขภาพได้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกในหลักสูตร mini MERT และการจัดการและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในหลักสูตร MCATT เป็นต้น และข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานประสบการณ์ภัยพิบัติที่ อ.บางสะพาน ดังนี้

1. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระดับจังหวัด

1.1 ควรมีแผนการระดมทรัพยากรสนับสนุนทีม หรือหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรควรมีอำนาจระดมทรัพยากรทั้งจากในจังหวัดหรือนอกจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเข้าช่วยเหลือกรณีเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์เครื่องมือ ที่เตรียมมาไม่เพียงพอ

1.2 ฝ่ายแผน ควรทำแผนการอพยพ เคลื่อนย้าย และการสนับสนุนระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด และควรมีแผนการส่งต่อผู้ป่วยภายในและภายนอกจังหวัดที่กำหนดไว้ล่วงหน้าในสถานการณ์ต่าง ๆ หรือควรเร่งออกแนวทางให้เร็วที่สุดเมื่อภัยพิบัติเกิดขึ้นและประกาศใช้แนวทางร่วมกันทันที

2. ทีม mini MERT

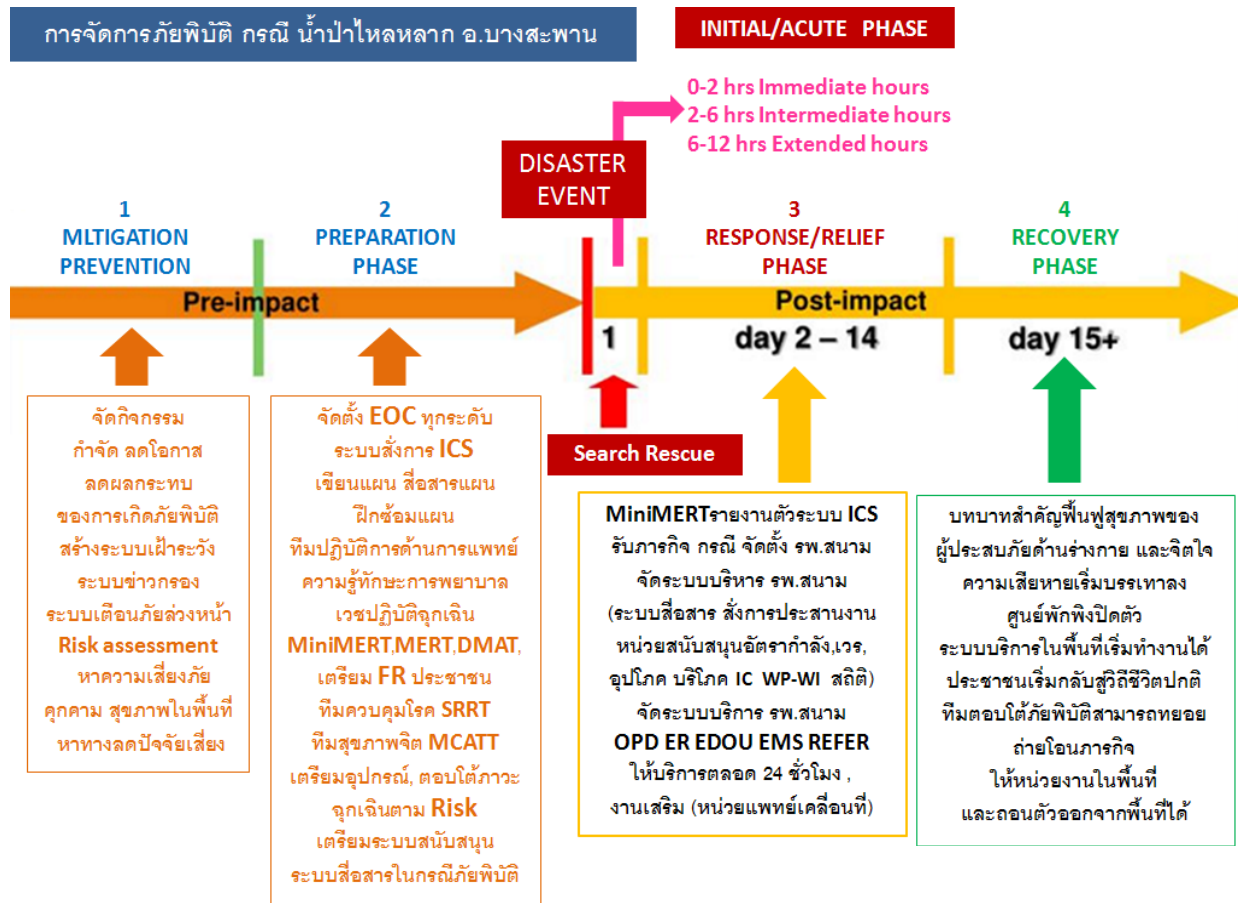
2.1 ควรเตรียมเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ ที่เป็นให้พร้อมใช้ เช่น แบบบันทึกเวชระเบียน แบบรายงานตัว และแบบสรุปกิจกรรม โดยควรเพิ่มรูปแบบการบันทึกและส่งข้อมูลได้ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ เนื่องจากพื้นที่โรงพยาบาลสนามไม่มีคอมพิวเตอร์

2.2 สมาชิกทีม mini MERT (ซึ่งไม่มีเภสัชกร) ควรเตรียมความรู้เรื่องยาและรู้จักซื้อขายที่เตรียมไปทั้งชื่อสามัญและชื่อการค้าก่อนเดินทาง

2.3 เครื่องดูแลหะ ควรเตรียมรุ่นที่เหมาะสมกับภัยพิบัติ คือ รุ่นที่สามารถชาร์ตพลังงานได้ทั้งจากปลั๊กไฟฟ้า และที่จุดบุหรี่บนรถ หรือรุ่นที่ควบคุมโดยผู้ใช้งาน

2.4 ควรเตรียมอุปกรณ์ป้องกันฝน เช่น ชุดกันฝน หมวก ร่ม และถุงมือ เพื่อความคล่องตัวในการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างฝนตก

2.5 ควรเตรียมตาข่ายสำหรับคลุมสัมภาระและอุปกรณ์อุปกรณ์ขณะขนย้ายระหว่างหน่วยงานเพื่อป้องกันการสูญหาย



แผนภูมิที่ 2 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในทุกระยะของภัยพิบัติ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. (2560). *หลักสูตรพัฒนาทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวปฏิบัติโรงพยาบาลสนามสำหรับสาธารณภัย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จังหวัดสระบุรี. (2558). *รายงานสรุปผลการประเมินความเสี่ยงในพื้นที่จังหวัดสระบุรี*. เอกสารการประชุม.

- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2554). การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 3, 236-41.
- ไพศาล ธีรญาณวิมล. (2555). รูปแบบโรงพยาบาลสนาม: การจัดการบริการสุขภาพสำหรับประชาชนผู้ประสบภัยน้ำท่วม ณ วัดเขาสมอคอน ต.เขาสมอคอน อ.ท่าม่วง จ.ลพบุรี. ธุรดิตต์:สำนักงานสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดการในภาวะสาธารณภัย/ภัยพิบัติ*. นนทบุรี:สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สภาการพยาบาล (2558). *หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://www.tnc.or.th:81/files/2014/04/act_of_parliament-8495/_92205.pdf
- Hassmiller, S.B. & Stanley, S.A. (2012). *Public Health Nursing and the Disaster Management Cycle*. Public Health Nursing. Missouri: Mosby.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2000). *Introduction to Disaster preparedness*. Retrieved from [http://www.ifrc.org/Global/ Introdp](http://www.ifrc.org/Global/Introdp)
- International Strategy for Disaster Reduction. (2007). *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters 2007*. Retrieved from <http://www.unisdr.org/2005/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/Hyogo-framework-for-action-english.pdf>.
- The World Disaster report. (2012). *Wdr2012-data dashboard*. Retrieved from <http://www.ifrcmedia.org/assets/pages/wdr2012/data/chart1/index.html>.
- World Health Organization and International Council of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. Geneva: International Council of Nurse.